

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



PSYCHOSOMATICKÉ ASPEKTY NEPLODNOSTI

Michaela Šilhavá

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D

Praha 2015

Prague college of psychosocial studies



PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF INFERTILITY

Michaela Šilhavá

The Diploma Thesis Work Supervisor:

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D.

Praha 2015

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny citace a prameny řádně vyznačila v textu. Veškerou použitou literaturu a podkladové materiály uvádím v příloženém seznamu literatury. Současně souhlasím s tím, aby tato práce byla zpřístupněna v knihovně PVŠPS a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze, dne 30. 6. 2015

Michaela Šilhavá

Poděkování

Za odborné vedení při zpracování předkládané diplomové práce bych na tomto místě ráda poděkovala vedoucímu práce panu MUDr. PhDr. Janu Poněšickému, Ph.D.

Anotace

Reprodukční schopnost člověka je složitým a nejdůležitějším procesem. Je to proces, který nás s jistotou rozděluje na muže a ženy. Reprodukce je bezpochyby biologickou a tělesnou záležitostí, kdy spolupracuje hormonální, imunitní a nervová soustava organismu. V posledních letech se však mění pohled společnosti a začínáme si přiznávat a uvědomovat, že biologické a tělesné vlivy organismu jsou víceméně ovlivněny duševní stránkou jedince, psychosomaticky.

Neplodnost můžeme považovat i za multifaktoriální onemocnění, kde by součástí léčby měl být pohled na bio-psycho-sociální aspekty jedince. Předložená diplomová práce je zaměřena na zamyšlení, jak by jedinec, jako bio-psycho-sociální bytost, měl být při léčbě neplodnosti vnímán. Práce překládá pohled na využití psychosomatiky při léčbě neplodnosti a představuje, jaká situace panuje z pohledu psychosomatické podpory léčby neplodnosti v centru reprodukční medicíny dnes, a jak jsou na ní lékaři a především neplodné páry připraveni.

Klíčová slova

Psychosomatika, psychoterapie, neplodnost, bio-psycho-sociální aspekty nemoci, reprodukční medicína

Annotation

The ability of reproduction of a human is a complex and the most important process. It is the process that for sure divide men and women. Reproduction is undoubtedly biological and physical matter in which hormonal, immune, and neural systems interconnect together. In last decades society's point of view is changing and we start admitting and realizing that biological and physical influences of the organism are more less influenced by the spirituality of an individual person, psychosomatically.

Infertility can be considered multifactorial disease when bio-psycho-social aspects of an individual should be part of treatment assessment. This thesis is reflection on how an individual as bio-psycho-social human being should be perceived during a fertility treatment. The thesis presents a point of view on how to utilize psychosomatics during fertility treatment; introduces present situation from psychosomatic support point of view in a centre of assisted reproduction during fertility treatment; shows how doctors and above all infertile couples are prepared to accept it.

Key words

Psychosomatics, psychotherapy, infertility, bio-psycho-social aspects of disease, reproductive medicine

Obsah

Úvod.....	9
Cíle diplomové práce	10
TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	11
1 Plodnost	11
2 Neplodnost v pojetí moderní medicíny.....	14
2.1 Časový faktor a sterilita.....	14
2.2 Výskyt sterility a prognóza.....	14
2.3 Příčiny neplodnosti	15
2.3.1 Příčiny neplodnosti u muže	16
2.3.2 Příčiny neplodnosti u žen	16
2.3.3 Duševní příčiny neplodnosti.....	17
2.3.4 Nejčastější příčina neplodnosti dnešní doby	19
2.4 Léčba neplodnosti.....	23
2.5 Odhalení příčiny neplodnosti	24
2.6 Reprodukční medicína.....	27
3 Neplodnost v pojetí komplexní medicíny.....	28
3.1 Psychosomatika	28
3.1.1 Vztah těla a psyché v psychosomatice	30
3.1.2 Psychosomatická medicína a neplodnost	32
3.2 Psychoterapie.....	34
3.2.1 Psychoterapie v reprodukční medicíně.....	35
3.2.2 Biodynamická psychoterapie	36
3.2.3 Informace o využití dalších alternativních metod	40

PRAKTICKÁ ČÁST PRÁCE	41
4 Kvalitativní výzkum	41
4.1 Cíl kvalitativního výzkumu a výzkumné otázky	41
4.2 Plán výzkumu	41
4.3 Výběr respondentů.....	42
4.4 Analýza jednotlivých kazuistik	43
4.4.1 Kazuistika č. 1	43
4.4.2 Kazuistika č. 2	46
4.4.3 Kazuistika č. 3	49
4.4.4 Kazuistika č. 4	51
4.4.5 Kazuistika č. 5	54
4.4.6 Závěr první praktické části	56
4.5 Rozhovory s lékaři.....	58
4.5.1 Rozhovor s prof. MUDr. Zdeňkem Malým, CSc.	58
4.5.2 Rozhovor s lékařkou MUDr. Andreou Paškovou, Ph.D.	61
4.5.3 Rozhovor s lékařem primářem MUDr. Janem Štelclem	62
4.5.4 Rozhovor s lékařem MUDr. Tomášem Frgalou, Ph.D.....	64
4.5.5 Rozhovor s MUDr. Ondřejem Matěnou.....	67
4.5.6 Závěr druhé praktické části	69
Diskuze	71
Závěr	72
5 Slovník pojmů.....	74
6 Literatura.....	76

Úvod

Téma diplomové práce Psychosomatické aspekty neplodnosti zvolila autorka po šestileté praxi v centru reprodukční medicíny. Průběžně sledovala, že medicínská léčba neplodnosti nestačí a péče o psychický stav pacientů by měl být nedílnou součástí v průběhu léčby neplodnosti. Zároveň si uvědomuje, že většina pacientů, kteří se na klinice pro léčbu neplodnosti léčili nebo léčí, ještě stále vnímají medicínskou léčbu za důležitější a léčba zaměřená na všechny bio-psychosociální aspekty je pro neplodné stigmatizující. Nahlížení do duše znamená pro pacienty znejistění, změnu nazírání a strach. Přesto se naše společnost začíná postupně měnit a nabízí možnosti a odborníky, které začínají neplodnost řešit komplexně.

Situace je dnes složitější i proto, že případů neplodnosti přibývá a příčiny se mění. Z dříve sledovaných příčin neplodnosti, kdy byly popisovány především záněty vaječníků a neprůchodné vejcovody, se do popředí příčin dostávají funkční poruchy plodnosti. Těmito poruchami jsou především nedostatečná kvalita ženských vajíček a kvalita spermií, která je způsobena odkládáním plodnosti do vyššího věku.

Zvyšující se fenomén neplodnosti, způsobuje nutnost potřeby začlenit psychoterapeutickou práci i do odvětví této medicínské specializace.

Ať jsou příčiny na jakékoli straně, nelze opomenout péči o duši. Neplodnost je tak těžká diagnóza, která pokud není dobře řešena a je podceňována a vnímána pouze na straně somatické, nikoli duševní, způsobuje nemalé psychické potíže v životě jedince. Je proto nutná spolupráce mezi lékaři reprodukční medicíny, psychoterapeuty, psychosomatiky a psychology. Pokud se stane součástí léčby neplodnosti i pohled na její bio-psycho-sociální aspekty, zvýší se nejen úspěšnost léčby, ale nastane i pocit bezpečí klienta, a to i v případě léčby neúspěšné, kdy pacient může najít smysl života i bez dítěte.

Cíle diplomové práce

Obecné cíle

- Vyhledat informace o plodnosti a neplodnosti, bio-psychosociálních aspektech neplodnosti
- Představit bio-psychosociální příčiny a možnosti léčby neplodnosti
- Upozornit na otázky dnešní doby věnované biologickému věku ženy a reprodukce
- Informovat o psychosomatické medicíně, která se může stát součástí léčby neplodnosti

Praktické cíle výzkumu

Výzkumné otázky první části výzkumu:

- Jaká je spojitost s prožitým a neplodností?
- Jaké psychosomatické potíže se ukazují v životě pacientky a jak je pacientka vnímá?

Výzkumné otázky druhé části výzkumu:

- Jak vnímají lékaři asistované reprodukce psychosociální aspekty neplodnosti, jak vnímají psychosomatiku jako medicínský obor?
- Využívají i další odborníky (psychosomatiky, psychoterapeuty) u neplodných párů?

TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

1 Plodnost

D. BOADELLA tvrdí, že *„aby mohlo vzniknout tělo nového člověka, musí být nejdříve uvolněny zárodečné buňky uložené v tkáních rodičů a musí se začít volně pohybovat. Jde o explozivní a vrcholově vzrušující událost“* (BOADELLA, 2013, s. 27).

Ovulace je velkým dějem, kdy pohled na pukající folikul vypuzující budoucí vajíčko vzbuzuje úžas. Také samotný orgasmus, při němž jsou spermie vymrštěny ejakulačními výstřiky do vzdálenosti mnohotisíckrát přesahující jejich vlastní délku, může rozvltnit tkáň celého těla nejvyšší excitací (BOADELLA, 2013).

„Spermie a vajíčko, tato mikroskopická smítka zárodečné plazmy zakořeněná v počátcích historie, se začínají přibližovat směrem k sobě. Vajíčko putuje dolů vejcovodem a je posouváno peristaltickými vlnami pohybem řas na vnitřních stěnách vejcovodu. Mezitím proti proudu plave čtyři sta milionů spermií. Jako malí lososi pronikají úžinami molekulárních struktur ve sliznici, jejíž hustota dosahuje maxima právě během ovulace“(BOADELLA, 2013, s. 27).

Nielsson popisuje, že *„spermie kmitají sem tam a tělesná spojení se mezi nimi jen na chvílku uvolní. Pak může spermie využít příležitosti a proplout co možná nejdále do volného prostoru. Podobá se to prodírání skrz nepřátelský dav. Je-li něco tak malé jako spermie, musí se dávat pozor na molekuly a na jejich pozici. Proud hlenu unášející toto úžasné hejno spermií je nejen vyživuje, ale jak se zdá je zároveň povzbuzuje k dalšímu snažení. Některá složka tohoto sekretu spermie přitahuje k vajíčku. První spermie, která se dotkne želatinové membrány vajíčka, vyvolá v membráně reakci. Membrána vytvoří jakýsi druh trychtýře a změkne natolik, aby umožnila vedoucí spermii proniknout do vnitřní tekutiny buňky. Jakmile k tomu dojde, membrána se stane nepropustnou pro všechny zbývající spermie, které na ni dorážejí ze všech stran. Volně plynoucí oplodněná zygota pokračuje ve svém pomalém sestupu vejcovodem“* za 30 hodin se poprvé rozdělí na dvě buňky (cit. dle BOADELLI, 2013, s. 28).

Plodnost je dána především biologicky a jedná se o schopnost jedince produkovat pohlavní buňky, po „splynutí těchto buněk“ od opačně pohlavních jedinců vznikne jedinec

nový. Aby se děj plodnosti mohl uskutečnit, musí být přítomen proces rozmnožování, který je jednou ze základních vlastností živých organismů a zajišťuje tak vznik jedinců nových.

Plodnost (fertilita) je demografický ukazatel vyjadřující průměrný počet narozených potomků na jednu ženu. Za hraniční hodnotu potřebnou k zachování populace se obvykle považuje hodnota 2,1 potomků na jednu ženu (dostupné z <https://cs.wikipedia.org>).

Reprodukčně biologické aspekty jsou ale dány i odlišností kultur. Jak budeme vznikat, jak se budeme rodit a kdo budou naši rodiče? To nám nastavuje kultura, ve které žijeme.

Literatura uvádí několik důvodů, proč partneři chtějí mít dítě.

Principy, které nás vedou k tomu mít dítě, jsou dány citovým vztahem mezi ženou a mužem. Motivaci ke zplození dítěte můžeme shrnout do několika bodů: Na prvním místě je to „instinkt“, tzn. mít dítě je přírodní zákonitost a bezdětnost je nepřírozená a nepřirodní. Existuje pud pohlavní a rodičovský, a ty řídí lidské chování. Na druhém místě jsou uváděny tendence psychologické a společenské. Osvědčit před sebou a před druhými svou plodivou schopnost – mužskou a ženskou, mateřskou i otcovskou. Vyrovnat se ostatním v jedné z nejdůležitějších biologických funkcí. Dále se uvádí, že k motivaci mít dítě se přidávají důvody již více dílčí. Dítě znamená posílení rodinného společenství a přináší radost a zábavu. Je možno někomu lásku věnovat a od někoho jí přijímat (MATĚJÍČEK, 1986, s. 18).

Další autor popisuje zamilovanost jako výjimečný stav, narcistického splývání představy sama sebe se svou vlastní ideální představou a představou druhého. Zpočátku je člověk přijímán. Když je člověk člověkem milován, představuje si, že je druhým naprosto přijímán a obdivován, konečně mu někdo plně rozumí a vše na něm miluje a tak si může připadat báječný. Tyto aspekty navozují pocity uvolnění, sebeakceptace a naprosté harmonie s milující osobou. Ve vztahu k partnerovi se najednou nemusí ovládat, přetvařovat. Dochází k rozpuštění hranic mezi oběma milenci, jež odpovídá vědomému přání ženy a nevědomému přání muže. V obou případech se jedná o staré přání po jednotě a harmonii a to hned na více vývojových stupních. Na další generační úrovni tohoto zajímavého procesu, vede zamilování k naplnění další potřeby, totiž zplodit děti (PONĚŠICKÝ, 2008, s. 103).

Rodičovství je v soudobé české společnosti, i přes výrazný růst podílů mladých bezdětných lidí v populaci, považováno za jednu ze základních komponent identity dospělého

člověka a znamená silnou sociální normu. Rodičovství může být chápáno jako nezbytná součást naplnění lidského života, případně i jako jeho poslání (HAŠKOVÁ, 2009, s. 58).

MATĚJÍČEK sděluje, že „*domov pro nás znamená místo, kde jsou naši. Povšimněte si, jak je to jednoduché a výstižné slovo! Místo, kde jsou naši lidé, ti kteří k nám patří a k nimž patříme my. Místo, kde jsme přijímáni takoví, jací jsme. Kde se nemusíme přetvařovat, kde nemusíme nic předstírat, ba dokonce, kde ani nesmíme nic takového dělat*“ (MATĚJÍČEK, 1994, s. 18).

Z tohoto vědomí, že jsme přijímáni, plyne pak pocit jistoty a bezpečí. Domov je místo, kam se můžeme vrátet z dobrodružných výprav po světě. Místo uklidnění a odpočinku, místo spočinutí v biblickém slova smyslu. „*Zaslouží si tedy nejvyšší úctu a ochranu – vždyť, vzpomeňte si, dobrý domov nepatří jenom nám, ale i našim dětem. „Dobrý domov má naději předávat se z generace na generaci*“ (tamtéž).

Citový vztah mezi lidmi i podle zmíněných citací o rodině, patří mezi biologickou potřebou člověka a její snaha o naplnění je přirozená. Dnes se však nacházíme v době směřované k většímu individualismu a neobvyklé podpoře osobního rozvoje. Hlavní hodnoty představuje nezávislost, sebevyjádření, svoboda. Ale čím více se tímto směrem vydáváme, zjišťujeme, že můžeme za nezávislost a profesní seberealizaci zaplatit. Například samotou a posléze i bezdětností. Jelikož často odsouváme citové vztahy a samostatnost a nezávislost se pro nás stává prioritní. V pozdějším věku však smysl života v podobě nezávislosti a seberealizace začne ztrácet svou hodnotu a přejeme si více emoční a partnerské seberealizace. Začínáme více vnímat osamělost a potřebu citové podpory, lásky a něhy.

O co nám v životě jde, všichni se snažíme přežít nebo reprodukovat to, k čemu jsme naprogramováni a v tomto směru uspokojit svoje životy. K potřebě a naplnění lásky. Láska je tak duchovní cit, tak líbezná hudba, že pokud si nyní každý promítne do reality svůj život, kdy cítil tu nejlíbeznější hudbu k druhému a vztah byl tak daleko, co si přál? Nejen s druhým sdílet to společenství, ale sdílet s ním i nový život.

Pokud se však nedaří naplnit představu a touhu po dítěti, která se zdá v naší dospělé lásce přirozená, nastává problém. Primárně, a to ve většině případů je spojen s tělesnou dysfunkcí. Sekundárně však lze odhalit mnoho psychosomatických příčin.

2 Neplodnost v pojetí moderní medicíny

Jestliže žena při pravidelném pohlavním styku nejméně dvakrát týdně neotěhotní do jednoho roku, je tento stav označován jako sterilita. V našich sociálně ekonomických podmínkách párových manželských vztahům je diagnóza sterility, a tedy i vyšetření pro sterilitu, týkajícího se vždy konkrétního páru, tedy muže a ženy (ROZTOČIL, 2011).

V. CHVÁLA říká, že tato definice je samozřejmě jen arbitrážní určení a je velmi relativní (CHVÁLA, 2010).

Přesto tak neplodný pár dostává „vstupenku“ k léčbě neplodnosti a velice často bývá žena odeslána svým gynekologem do centra reprodukční medicíny. Neplodnost je dlouhodobý problém lidstva. Už historicky nacházíme v literatuře o neplodnosti zmínky a mnoho dějinných komplikací vznikalo například kvůli neplodnosti vládnoucích rodů.

2.1 Časový faktor a sterilita

Přirozeně otěhotnět není samozřejmostí. Pokud během časového intervalu jeden rok dojde k otěhotnění přirozenou cestou, jedná se o tzv. zdravý pár. Statisticky je určeno, že žena ve věku 20 let potřebuje k otěhotnění průměrně čtyři menstruační cykly ($p = 25 \%$), žena ve věku 25 – 35 let v průměru šest menstruačních cyklů ($p = 16 \%$), po 35. roku věku ženy pravděpodobnost otěhotnění prudce klesá. Po 40. roku věku ženy je k otěhotnění zapotřebí v průměru 20 menstruačních cyklů ($p = 5 \%$) (ROZTOČIL, 2011, s. 223).

Z biologického hlediska je tedy zřejmé, že věkem se snižuje šance na otěhotnění a s narůstajícím věkem je zapotřebí vyšší trpělivost, než se otěhotnění podaří.

2.2 Výskyt sterility a prognóza

A. ROZTOČIL tvrdí, že s neplodností se setkává přibližně 10 % párů. Příčina je ve 35 - 45 % nalezena u muže, ve 45 – 55 % u ženy a u zbylých 5 – 10 % příčinu nenalezneme (ROZTOČIL, 2011, s. 223).

Prognóza léčby sterility je dnes již dobrá, asi u 90 % žen původně neplodných párů se díky asistované reprodukci dnes podaří otěhotnět. Vzhledem k pravděpodobnostnímu charakteru otěhotnění také část žen, u nichž nedošlo k otěhotnění do jednoho roku, a tedy již splňují kritérium pro vyslovení diagnózy sterility, otěhotní samovolně – bez léčby, poskytnou-li dostatek času např. několik roků (ROZTOČIL, 2011).

2.3 Příčiny neplodnosti

Samotné bytí člověka nemůže být vysvětlováno pouze jednou příčinou. Proto v léčbě neplodnosti musí zaznít komplexní příčiny, nejen ty tělesné, ale i ty duševní. Podobně jako v celé moderní medicíně je nutné začít se zabývat vztahem tělesnými, psychologickými a emocionálními složkami.

I když schopnost otěhotnět je daná především biologicky. Neplodnost není pouze nemocí, ale můžeme ji označit i za psychosociální fenomén, která ve svém kontextu může mít důsledek na duševní a sociální život člověka.

Příčiny neplodnosti dělíme dle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) do těchto kategorií:

1. Primární – u těchto dochází k naprosté absenci početí i přes pravidelný nechráněný pohlavní styk po dobu jednoho roku, alespoň dvakrát týdně.
2. Sekundární - nastává u párů, které dítě mají a pokoušejí se o další.

WHO zařazuje mezi neplodnost pravidelné spontánní potraty a kojeneckou úmrtnost - úmrtnost živě narozených dětí před dosažením pátého roku života. Velkým tématem je pak „neobjasněná neplodnost“, kde se hovoří o absenci početí, která je způsobena např. faktory, jako je laktace, antikoncepce, snížená sexuální aktivita, nebo jakékoli neznámé a nejasné nebo jakékoli neznámé a nejasné příčiny (dostupné z <http://www.neplodnost.org>).

Realita je taková, kdy dochází ke kombinaci těchto všech faktorů.

2.3.1 Příčiny neplodnosti u muže

- Vrozené příčiny
zde patří všechny možné genetické formy genetických poruch
 - Obstrukční příčiny
oboustranný, prozánětlivý uzávěr v oblasti nadvarlete nebo chámovodů – gonorea, parotitida, též stav po mužské sterilizaci podvazem chámovodů, stav po traumatech varlat
 - Hormonální
nedostatečná stimulace z hypofýzy, útlum hypofýzy vysokými dávkami androgenů, estrogenů, aplikací analog GnRH (např. v období onkologické léčby)
 - Postradiační či toxické příčiny
vznikají například po onkologické léčbě, ale i v případě působení toxických látek, které jsou do těla vpravovány různými chemickými látkami, nebo léky
 - Imunologické příčiny
poruchy imunity bývají velmi těžko prokazatelné
 - Příčiny, které vznikají v souvislosti s infekcí
(např. chlamydiemi)
 - Lékové interference
například léky s estrogením účinkem
 - Příčiny související s jiným onemocněním
 - Idiopatické příčiny
- (ROZTOČIL, 2011, s. 225)

2.3.2 Příčiny neplodnosti u žen

- Vrozené
zde patří všechny možné genetické formy genetických poruch
- Morfologicky podmíněné
pozánětlivý uzávěr obou tub, periovariální adheze, endometriální polyp, submukózní myom, Ashermannův syndrom (chybění endometria) někdy vrozené vývojové vady dělohy
- Hormonální

poruchy cykličnosti ovariální funkce (velmi časté), např. polycystická ovaria (PCO) a různé typy anovulace

- Vyčerpání ovarii
např. věkem, radiací po onkologickém
- Imunologické příčiny
často v souvislosti s endometriózou, též protilátky proti spermiím nebo proti zona pellucida oocytů a embryí
- Příčiny způsobené v souvislosti s infekcí
např. toxoplazmóza, borelióza, chronická endometritida
- Psychogenně podmíněné příčiny
- Lékové interference
např. antikoncepce, nesprávně časované podávání gestagenů před ovulací, depotní gestageny s dlouhodobým (měsíce až roky) účinkem
- Příčiny související s jiným onemocněním
např. kachexie způsobená malnutricí nebo nádorem, těžké avitaminózy, morfinismus, závažná postižení nadledvin, diabetes mellitus či tyreopatie
- Idiopatické příčiny

(ROZTOČIL, 2011, s. 226)

2.3.3 Duševní příčiny neplodnosti

WHO nepoukazuje na propojení příčin neplodnosti s psychikou, ale psychologové a další odborníci, věnující se například psychoterapii, psychosomatice na toto téma dnes apelují a nechtějí vnímat neplodnost jen nejen z pohledu tělesné, ale i duševní. Učebnice gynekologie psychogenní příčiny popisují, ale zvláštní pozornost této problematice nevěnují.

H. KONEČNÁ, která se zabývá několik let pacienty, kteří trpí neplodností, poukazuje ve své knize *Na cestě za dítětem* na mnohem větší propojenost neplodnosti a psychiky. Konečná uvádí, že když zmizí psychogenní příčina, zmizí i porucha (KONEČNÁ, 2003, s. 28).

H. KONEČNÁ tvrdí, že mnozí lidé považují za jediné podmínky k otěhotnění, heterosexuální pár, dobrá vůle k oplození a schopnost k tomu. Z toho plynoucí názor, že

neplodnost skutečně není nemoc v klasickém významu, „*ale ne-moc ve smyslu ne-schopnosti, a to především u mužů, nebo ne-chtění, chybění dobré vůle, a to především u žen*“ (KONEČNÁ, 2003, s. 29).

Jako jednou z hlavních příčin poruch plodnosti dle mnoho terapeutů je považována psychická nerovnováha. Jako důkaz často zmiňují otěhotnění po první návštěvě lékaře, nebo otěhotnění po adopci, otěhotnění po psychoterapii, placeboterapii, psychofarmakoterapii atd. (tamtéž).

Označení psychické příčiny na jednu stranu dává naději na vyléčení, protože existuje psychoterapie, a druhou stranu lidé obvykle velmi špatně snášejí u jakékoli nemoci označení příčin v psychice.

H. KONEČNÁ (2003) rozděluje psychické příčiny do dvou skupin:

1. **Dynamický model** - příčinou je vnitřní konflikt člověka trpící funkční sterilitou, mají nevědomé úzkosti a nepřátelství hostility týkající se porození dítěte, to se v praxi může projevit, že je ovlivněna funkce vaječnicků nebo vejcovodů, nebo tím, že je ženin zájem o pohlavní styk v plodném období potlačen. Očekávala žena dítě, ačkoli si to přeje, buď se tomu nevědomě brání, nebo není poctivě motivováno (nepoctivou motivací může být snaha udržet si partnera), v takových případech reaguje tělo velmi prozíravě např. ambivalentním postojem k mateřství, u ženy to může být například pracovní kariéra, kdy se nechce vzdát svého vysněného místa, u muže to může být např. podvědomý strach, že přijde o manželčinu péči, ale zde se může jednat i o mnohem hlubší nevědomé témata.
2. **Stresová příčina** – kdy nejčastější příčinou je stres a zaměření se na to mít dítě. „*Manžel se chystal na roční služební cestu do zahraničí, byl voják a jel do velmi rizikové oblasti, byly jsme právě po svatbě a já jsem si přála otěhotnět, chtěla jsem otěhotnět co nejrychleji, abych mohla být těhotná a čekat naše dítě, když bude pryč, samozřejmě jsem neotěhotněla, po roce jeho návratu, kdy jsem cítila v našem vztahu odcizení a věděla, že musíme pracovat na tom, aby náš vztah, byl v pořádku a na těhotenství jsem již neměla pomyšlení, otěhotněla jsem.*“

Je to mnohdy právě to nalinkování, co nefunguje. To vědomí je významné a někdy je potřeba to vzdát.

P. ČEPICKÝ říká, že neplodnost způsobená psychickými faktory existuje zcela nepochybně a není vůbec vzácná. Psychogenní poruchy menstruačního cyklu jsou časté. *„Přímé psychogenní poruchy cyklu jsou pestrá skupina – od neléčených psychóz, přes psychogenní poruchy příjmu potravy (i když zde psychický faktor působí zprostředkovaně), přes stres, až třeba k separačním poruchám cyklu nebo k psychogenní hyperprolaktinémii. Všechny tyto poruchy jsou spjaty s neplodností, kterou vnímáme nikoli jako „psychogenní“, ale jako „hormonální“. Tuto situaci bychom mohli nazvat psychoendokrinní sterilita. Teoreticky přicházejí v úvahu ještě dvě další možnosti ovlivnění plodnosti psychickými faktory. Jednou je cesta psychoimunitní. Občas se objevují práce, které její možnost naznačují, jejich problém je ovšem v tom, že pracují většinou s modelem stresu a ten nutně vede k zvýšené aktivitě endorfinerního systému a zvýšené produkci kortikoliberinu, který narušuje normální sekreci GnRH. Třetí teoretickou možností je cesta psychovegetativní, ta je však dnes naprosto spekulativní bez jakýchkoli vědeckých podkladů“* (ČEPICKÝ, 2015).

Nesmíme také opomenout příčinu, kdy pár nemůže otěhotnět, protože nemá pohlavní styk. (tamtéž).

2.3.4 Nejčastější příčina neplodnosti dnešní doby

V dnešní době je nutné se samostatně věnovat příčině odkládání mateřství do vyššího věku, i když se samozřejmě prolínají všechny zmíněné příčiny. Odklad mateřství do pozdního věku, do doby, kdy už naše plodnost z biologického hlediska není optimální, narůstá.

V průběhu 90. let 20. století dochází ve střední a východní Evropě k poklesu plodnosti pod hladinu prosté reprodukce (tzn. 2,1 dítěte na jednu ženu). V severní, západní i jižní Evropě byly obdobné, i když pomalejší a zpravidla méně výrazné proměny reprodukčního chování sledovány historicky již dříve. K vyvíjejícímu fenoménu odkladu plodnosti do pozdějšího věku jsou připisovány různé faktory, kdy jedním z významných faktorů je dostupnost hormonální antikoncepce, která umožňuje sebenaplňující volbu, zda dítě mít a kdy ho mít. Dalším faktorem je odklon od „zlatého věku manželství“ k éře nesezdaného soužití (HAŠKOVÁ, 2009, s. 31).

J. PONĚŠICKÝ (2015) popisuje dnešní dobu jako výkonnostní, narcistickou, konzumní a zábavnou. Mít dítě je nejen radost, ale i povinnost, která nám může znemožnit tuto dobu dostatečně prožít a odklad počít dítě může být jednodušší.

Sociodemografické chování má jistě vliv na zvyšující se neplodnost. V posledních letech se neplodnost výrazně zvyšuje, převážně v důsledku zvyšujícího se věku žen, které se rozhodnou mít dítě až po 30. roce svého věku. A tak se stále setkáváme s ženami, které i po 40. roce věku otěhotněly, porodily zdravé dítě a staly se matkami, ale vzhledem k biologickým předpokladům je tento fakt více výjimečný.

Z. MALÝ sděluje, že zatímco na přelomu osmdesátých a devadesátých let minulého století byly největším problémem při otěhotnění neprůchodné vejcovody způsobené srůsty po prodělaných zánětech nebo při endometrióze, u dnešních žen je největším nepřítelem jejich věk. Současná generace se potýká s funkčními poruchami tvorby spermií a vajíček a jejich kvalitou a poukazuje na fakt, že každá žena se rodí s dostatečnou funkční kapacitou vaječnicků, která se však s rostoucím věkem snižuje. Navíc upozorňuje, že u stále vyššího počtu žen dochází k předčasnému vyčerpání vaječnicků, třeba již ve 35 letech (MALÝ, 2014).

Je prokázáno, že kvalita oocytů je ovlivňována věkem ženy. Vědecké analýzy prokázaly, že už ve 32 letech má žena až 25 % vajíček geneticky nekvalitních; ve 40 letech je to minimálně polovina (HFEA, 2010).

Mít děti v příliš mladém věku, ve věku, kdy je na to organismus nejvíce „naprogramovaný“, může působit jako narušení vnitřní rovnováhy. Děti znamenají omezení možností, kvalifikace, vzdělávání.

V popředí stojí i uvolnění a oddělení sexuálních potřeb, což výrazně narušuje stav partnerství. Navíc je patrné, že se dožíváme mnohem vyššího věku a že není třeba spěchat. Možnosti, které nám společnost nabízí, jsou bohaté. Od mladých lidí často slyšíme názory, že je potřeba si nejdříve užít, studovat, poznat svět, mít kariéru, sociální a ekonomické zabezpečení a teprve po naplnění těchto potřeb přichází mateřství, bohužel v době, když už naše biologická léta nejsou optimální.

U mužů se navíc stále více popisuje snížená kvalita spermií. Odborníci reprodukční medicíny poukazují i na kvalitu spermií, která se u mužů trvale snižuje.

J. ZVĚŘINA říká, že v Sexuologickém ústavu v Praze jsme před lety porovnávali spermiologické hodnoty mužů, které specialisté poprvé vyšetřili kvůli tomu, že jejich manželství zůstávalo bezdětné. Od padesátých do osmdesátých let minulého století se počty spermií a jejich kvalita nezhoršily. Protože se tato v podstatě optimistická studie nehodí do současné laděné kampaně, nikdo ji nebere vážně (ZVĚŘINA, 2015).

Z. MALÝ tvrdí, že zhoršení spermiogramu vidí i u dárců spermií, které přicházejí na kliniky pro léčbu neplodnosti darovat spermie neplodnému páru, který nemůže otěhotnět, tedy relativně zdraví a mladí muži. *„V roce 2002 byl u nás na klinice Unica jako dárcé akceptovatelný každý pátý muž, v roce 2012 již jen každý osmý. Na kongresu Evropské společnosti reprodukční medicíny také byla již v roce 2005 zveřejněna studie s neradostným výsledkem ukazujícím, že pokud se nezpomalí tempo zhoršování kvality spermií u bílých mužů, do 50 let už nebude plodný žádný z nich“* (MALÝ, 2015).

Lékaři doporučují začít s plánováním rodiny včas, ideálně do 30 let. V tomto věku bývají vajíčka i spermie ještě v plné síle, vykazují minimum genetických vad, a také hormonální systém v ženském těle funguje obvykle lépe než ve vyšším věku.

Socioekonomická situace, která dává měřítko společnosti v plánování rodiny, se mění oproti předchozímu století, kdy se děti rodily ženám v průměrném věku 20 až 25 let. Společnost je založena na výkonu, samostatnosti a společenské nároky na jedince se zvyšují.

„Příroda se musí přizpůsobit člověku, člověk vytváří svoji civilizaci a kulturu, a ta je prostředím, ve kterém žijeme“ (PONĚŠICKÝ, 2012, s. 89).

Zasahujeme do vlastní přirozenosti, do podstaty společnosti, ale i do okolí, do životního prostředí.

A. HOGENOVÁ tvrdí, že *„Lidé věří tomu, co se mnohokrát opakuje, co říká tzv. „autorita“, přitom je rozhodující, že za „autority“ se pokládají výhradně umělé mediální „hvězdy“. V dnešní době se lidé spokojují s „obrazy“. Středověké rčení, které tvrdilo, že jen „osli se přou o obrazy“, upadlo v zapomenutí. Smysl tohoto rčení je lidem dnes již cizí, vždyť pravda se stala něčím, co závisí na rétorice, na sofistice, na komunikativních schopnostech, na asertivitě“* (HOGENOVÁ in RŮŽIČKA, 2006., s. 25).

Úroveň civilizovaného života se zdá však úměrná konfliktu mezi přirozeností a společně sdílenou kulturou, mezi spontaneitou a možnostmi se takto autenticky chovat, mezi citem a rozumem a to je lidem vlastní (PONĚŠICKÝ, 2012, s. 109).

Člověk by měl pečovat o svůj individuální rozvoj, rozvíjet své nadání, speciální zájmy. Ale do popředí těchto uvědomění, při hledání svého autentického zájmu, by neměl opomíjet svůj hluboký zájem, a to je ženství a mužství, pro které je plodnost nezpochybnitelnou součástí.

H. MÁŠLOVÁ říká, že upozorňuje na chvíle, kdy začínáme svou plodnost ovlivňovat. Hovoří o epidemii neplodnosti, která je způsobená ztrátami vitality populace. Neplodnost je podle ní přesný příklad civilizační choroby, která nemá jednoduché řešení, stejně jako rakovina, cukrovka nebo kardiovaskulární choroby. Málo se při ní zdůrazňuje, co je příčinou. Na neplodnost, stejně jako na infarkt, si člověk připravuje tělo deset patnáct let dopředu. Popisuje, jak dívka již v dětství neměla v pořádku kosternosvalový korzet, což znamená, že od šesti let seděla ve škole a učila se, tělocvik měla jednou týdně, do školy jezdila metrem nebo tramvají, kde opět seděla. Odcházela i přicházela domů za tmy, měla málo pobytu na vzduchu „venku“. Žena se následně vystavila užívání hormonální antikoncepce, ještě v době, kdy její reprodukční systém dozrává. Problém s neplodností, je způsobem i socializací, která je v dnešní době rozdílná, než byla v předešlém století. Přirozený postupný průběh sociální komunikace, které jsme zažívaly ještě my, naše maminky a babičky a společnost je aktivně podporovala, dnes jakoby mizí (MÁŠLOVÁ, 2015).

H. MÁŠLOVÁ tvrdí, že k ní často přijde svobodná klientka a hned ve dveřích prohlásí: „*Je mi pětadvacet a jsem v pohodě.*“ Říká, že se vlastně ani vdávat nechtěla a dítě nechtěla, ale když se odkryje pár slupek, zjistí se, že už od třidvaceti si přála dítě. Jen se její vztah nedostal do fáze, kdy by to bylo aktuální. Jde o neschopnost svést muže do té míry, že si mě vezme a udělá mi dítě, a z toho může plynout odkládání rodičovství, které se může stát pozdější příčinou neplodnosti (MÁŠLOVÁ, 2015).

Bohužel oddalovat plodnost se dnes stává důležitějším tématem, než o svou plodnost pečovat. Na podzim roku 2014 oznamují velké světové firmy jako Facebook či Apple, ale i Citibank benefit svým zaměstnankyním příspěvek na zmrazení a uchování vajíček. Velké ženské dilema – dítě, či kariéra – se tímto krokem zdá být vyřešeno (dostupné z <http://ekonomika.idnes.cz>).

Z. MALÝ tvrdí, že díky pokrokům v kryobiologii, která vyvinula šetrné zmrazování, se také reprodukční medicína posunula o generaci dále. Nejnovější postup CryoTop umožňuje zmrazení a rozmrazení bez ztráty kvality, a tak je mražení zárodečných buněk již několik roků standardní medicínskou procedurou v institutu Unica. Doposud je využíváno především pro onkologicky nemocné, kdy před započítím chemoterapie, nebo ozařování, si pacienti nechávají zmrazit své buňky pro pozdější otěhotnění. Tak jak se tato vymoženost dostává do vědomí populace, začínají využívat muži i ženy této možnosti, posunout mateřství, rodičovství do pozdějších let. Zpráva o této nabídce zaměstnankyním, jen dokumentuje, že i laická veřejnost již tuto možnost akceptuje. Předpokládáme, že toto rozhodování musí být zcela dobrovolné a bez tlaku na zaměstnankyně (MALÝ, 2014).

Lékaři reprodukční medicíny doporučují, pokud si nemůžeme z různých důvodů pořídit rodinu do třiceti let, uvažujeme o zmrazení vajíček a spermií a jejich uchování na pozdější dobu.

2.4 Léčba neplodnosti

Pervin uvádí, **chceme soupeřit s přírodními vědami, místo abychom zkoumali, co lidé právě činí a cítí a jakou roli to hraje v jejich každodenním životě.** (cit. dle PONĚŠICKÉHO, 2006, s. 59).

Při léčbě neplodnosti nelze soustředit myšlenku jen na tělesné obnovení. Nestačí zabývat se tělesnou, biologickou částí problému, která se zdá viditelnější. Přestože moderní medicína, již umí ve většině případů pomoci právě díky precizním medicínským postupům (s využitím dokonalých farmaceutických produktů) ve spojení s dokonalou laboratorní technikou, ale i dostupnými možnostmi léčby, např. nahrazením již biologicky nekompetentních buněk za buňky kompetentní - darované. Pokud však opomeneme nahlížet na situaci individuálně a řešit jí komplexně bio-psycho-sociálně, budeme se zabývat pouze biomedicínou. Naše přirozenost se tak ztratí a daň za vědu, která byla bezpochyby v prvopočátku vnímána za přínosnou, se stane nebezpečná a ohrožující, která bude v konečném důsledku působit především na přirozenost člověka.

V léčbě neplodnosti jde především o trpělivost, kdy by důležitou součástí měly být dostatečné informace, které budou obsahovat dva nejdůležitější aspekty, **péči o tělo a péči o duši**.

A. HOGENOVÁ tvrdí, že léčba těla a tělesnosti nemůže být jen technickou záležitostí, protože jde o celek. „*Stále platí ono antické, že Thymos (druhá část duše – srdnatost) musí být harmonizován správnou výchovou: múzickou a gymnastickou, obojí se musí doplňovat naprosto komplementárně. To je základ zdraví ve smyslu ISONOMIA, protože MONARCHIA ničí zdraví, tento kalokagathický ohled se díky jednostrannosti novověkého karteziánského přístupu k tělu zcela opomíjí, i když sem tam se manifestuje jeho důležitost. Výlučně biologický přístup v promýšlení těla a tělesnosti vede jen k jejich redukci na věc, k jejich zvěcnění. Proto jsou nutné úvahy o těle a tělesnosti nutné diskursy o pravdě, evidenci, péči o duši*“ (HOGENOVÁ, in RŮŽIČKA, 2006).

Léčba neplodnosti je dnes poskytována v centrech reprodukční medicíny neboli asistované reprodukce. V České republice centra pro léčbu neplodnosti narůstají. V roce 2007 jich bylo v registru 25, dnes je jich 38.

Léčba neplodnosti se soustřeďuje především na somatické příčiny nemoci. Psychické příčiny neplodnosti, bývají velice často opomíjeny. Nahlízet do duše by mohlo znamenat znejistění, změnu nazírání, ale i patřičné psychologické vzdělání.

2.5 Odhalení příčiny neplodnosti

Do ordinace lékařů specializujících se na léčbu neplodnosti se dostávají páry, které ve většině případů dostanou doporučení od svého praktického gynekologa. Není dnes však výjimkou, že se na centrum pro léčbu neplodnosti obracejí páry sami. Veškeré informace dnes najdou na internetu, a pokud se jim delší dobu nedaří otěhotnět, je pro ně nejčastějším řešením obrátit se na lékaře specialistu.

Dnes se léčba neplodnosti pomocí metod asistované reprodukce stává pro mnoho lidí součástí medicíny a její možnosti a metody vítají, dlouho prohloubené tabu odpadá a stud žen, že právě ony počaly pomocí metod asistované reprodukce, mizí.

Moderní lékař se však nezabývá celým a nezkráceným člověkem ani ve svých výchozích úvahách. Rovnou jde k úzce vymezenému segmentu lidského života, totiž nemoci, kde se zabývá její fyziologií, patofyziologií resp. patologií a metodami její léčby (dostupné z <http://www.psychosom.cz>).

Neplodnost je pro neplodné taková nejistota, že chtějí znát příčinu, a když je pak vše odhaleno na tělesné úrovni, je to pro ně v mnoha případech dostačující. Je-li příčinou například endometrióza, předčasné ovariální selhání nebo u mužů nedostatečně pohybující se spermie, není potřeba mnohdy řešit více, prostě to tady je. Proč to však je?

Snahou a cílem moderní medicíny, v našem případě reprodukční medicíny, je odhalit příčinu v již nedobře fungujícím orgánu a ten „opravit“, respektive v asistované reprodukci je možné orgán „obejít“ nebo jej uměle „využít“ (i mimo tělo), a tak pacienta vyléčit.

V ordinaci lékaře specializujícího se na reprodukční medicínu, ve většině případů tomu tak je. V učebnici gynekologie se píše: „U části vyšetřovaných párů nenalezneme v současné době dostupnými metodami příčinu neplodnosti, sterilitu pak nazveme idiopatickou. Při správném vedeném vyšetření by její podíl neměl přesáhnout 5-10 %.“ (ROZTOČIL, 2011, s. 223).

P. Čepický (2015) zdůrazňuje, že se nevyplatí po příčinách sterility pátrat. Mnohem rychlejší a jednodušší je provést nitroděložní oplodnění v řízeném cyklu (neznámá příčina se obejde), když se to nepovede, tak provést oplodnění ve zkumavce, případně ICSI (přímé zavedení spermie do vajíčka) – prostě po neznámé příčině se nepátrá, obejde se obloukem. Je to postup velmi racionální, protože i když bychom nějakým drahým sofistikovaným postupem příčinu zjistili, postup bude ve velké většině případů stejně tentýž.

Epicentrem nemoci pro moderní medicínu není osoba člověka, ale orgán a jeho tkáň. Prakticky nikdy nedojde k tomu, aby lékaři zkoumali duševní smysl, kterou nemoc pro pacienta má. Není to kritika lékařů, jejich vzdělání je tímto směrem vedeno, a je to snad i pro vývoj jejich oboru bezpečné. Medicína je vysoce kvalifikovaný a specializovaný obor, z nemoci plynoucí tělesné poradenství, složité a náročné, vysoce vzdělané a profesionalizované řešení speciálních biochemických a biofyzikálních tajemek a problémů, otázek a zapeklitých hádanek. Lékař může diagnostikovat, a dokonce i léčit i bez osobní

přítomnosti pacienta, bez znalosti jeho životního příběhu, bez porozumění jeho situaci (RŮŽIČKA, 2010).

Medicína osobu i psychosociální kontexty nemocného dává do závorky a ponechává stranou, aby na nemoc mohla pohlížet jako na dobře definovatelnou věc. Nemoc a její průběh, stejně tak, jako významná část léčby se lékařům ukazuje na obrazovce, v křivkách grafů a souborech standardně vytvořených laboratorních hodnot (tamtéž).

V roce 1977 Světová zdravotnická organizace přijímá, že nemoc musí být vnímána biopsychosociálně. Má tedy tři složky biologickou, psychologickou a sociální. Biopsychosociální pohled zatím zůstává teoretickým pojmem a biomedicínský pohled naprosto převažuje i v reprodukční medicíně.

Franz Alexander, zakladatel psychosomatické medicíny, vycházel z teorie vzniku patogeneze na základě intrapsychického konfliktu a zdůrazňoval vliv vegetativního nervstva (sympatické a parasympatické patogenetické mechanismy) a hormonů na vznik chorob, avšak již připouštěl možnost vlivu existencí různých událostí a vnitřního faktoru na vznik choroby – samotný intrapsychický konflikt podle něj nemusí být samotnou a jedinou příčinou vzniklé nemoci (BAŠTECKÝ aj., 1993).

K diagnostice neplodnosti lékař potřebuje znát částečně anamnézu, která se týká plodnosti – především počtu již počatých dětí u muže, prodělané operace, závažné choroby, délka a pravidelnost menstruačního cyklu, frekvenci pohlavního styku a posuzuje také celkový zdravotní stav včetně obezity, kachexie. Také je důležité, zdali jsou pacienti kuřáci. Dále lékaři přistupují ke gynekologickému vyšetření, ultrazvukové vyšetření dělohy a vaječníku, kdy se zaměřují na konkrétní počty antrálních folikulů ve vaječnicích (AFC – Antral follicul count), položení dělohy, což jim pomáhá k posouzení ovariální rezervy a následně dle úvahy provádí biochemické a laboratorní vyšetření, jako je např. posouzení hormonální hladin apod., eventuálně spolupracují s dalšími lékaři v oboru.

Reprodukční medicína, je velmi rychle se rozvíjející obor a v posledních letech slaví neobyčejné úspěchy.

2.6 Reprodukční medicína

Metody asistované reprodukce daly a dávají šanci i partnerským dvojicím, které by dříve geneticky vlastní děti mít nemohly. O jejím zásadním významu svědčí i to, že jen v naší republice jsou takřka 5 % všech narozených dětí počata právě tímto způsobem. Louisa Brown byla prvním dítětem počaté pomocí asistované reprodukce, narodila se v roce 1978 v Oldhamu v Anglii.

K prvnímu lidskému umělému oplodnění vedla dlouhá cesta, která začala v Edinburghu ve Skotsku již o 20 let dříve. Robert Edwards v roce 1962 popsal stádía zrání lidského vajíčka ve zkumavce. Ve stejném roce byla také poprvé popsána embryonální kmenová buňka (Edwards, Paul, Cole 1962), která se diferencovala *in vitro*. První oplození lidského oocytu, který dozrál *in vitro*, popsal Barry Bavister. Robert Edwards začal spolupracovat s Patrickem Steptoe v roce 1968 po tom, co si přečetl v odborném časopisu *Lancet* jeho článek s popisem vejcovodů při laparoskopii. Celých deset let intenzivní spolupráce nakonec vedlo ke společnému úspěchu a v roce 1978 se narodilo první dítě ze zkumavky (ŘEZÁČOVÁ, 2015).

Dnes se léčba neplodností pomocí metod asistované reprodukce stává pro mnoho lidí součástí medicíny a její možnosti a metody vítají. Dlouho prohloubené tabu odpadá a stud žen, že právě ony počaly pomocí metod asistované reprodukce, mizí.

Asistovaná reprodukce se neustále vyvíjí a zdokonaluje. Úspěšně ji doplňují tzv. mikromanipulační techniky, kvalitnější přístroje, laboratorní vybavení a v neposlední řadě účinnější hormonální přípravky. Úspěšnost léčby se pohybuje kolem neuvěřitelných 60 % klinických gravidit.

V mnoha případech již do popředí medicínské péče reprodukční medicíny začínají vstupovat psychologové a psychoterapeuti, zatím se nestávají součástí každé léčby, neboť psychologická péče je v našem podvědomí stále vnímána jako stigmatizující, pacienti si stále nechtějí připustit, že to „potřebují“, ale nabídky a kvality služeb v této oblasti se stále rozšiřuje.

Navíc jsme si již vědomi dopadu neúspěchů léčby neplodnosti na psychiku párů. Například Daniluk (1996) provedla rozhovor s 37 nedobrovolně bezdětnými ženami ve věku od 25ti do 44 let, které nedávno vzdaly snahu mít biologické dítě. Celkem identifikovala

devět témat, která se parafrázovala ve zkušenostech a potřebách neplodných žen v jejich posunu k biologické bezdětnosti a reorientaci. A byl to pocit marnosti s ohledem na další hledání řešení své neplodnosti. Pocit fyzické, emocionální a duševní vyčerpanosti. Intenzivní pocit ztráty a úzkosti. Pocit prázdnoty a odepřené zkušenosti. Pocit „role outsidera“, a pocit závislosti. Přání uzavřít tuto část života. Pocit, že se musí redefinovat a též svou budoucnost. Potřeba přijetí a podpory od blízkých lidí. Pocit úlevy při obnovení „starého“ života (STRAUSS, 2002, s. 10, vlastní překlad).

3 Neplodnost v pojetí komplexní medicíny

Komplexní pojetí léčby neplodnosti vnímá bio-psychosociální aspekty jedince. Věnuje se tělu a duši.

3.1 Psychosomatika

Psychosomatika je věda, jak již název vypovídá (z řečtiny: psyché – duše a soma – tělo), věnující se vztahu mezi tělesným stavem a psychologickými a emocionálními složkami. Poukazuje na to, že jsou nemoci, kde jsou změny a poruchy funkce či fyzické obtíže způsobeny duševním stavem člověka (POŇEŠICKÝ, 2002).

T.H. LOEW říká, že psychosomatická terapie musí být blíže životu. Psychosomatika sleduje člověka od buňky k mezilidským vztahům a zpět. Psychosomatika je ale i biochemickým oborem. Neurotransmitery, receptory a dráhy v mozku hrají svoji roli. *„Pracujeme na tom, abychom tyto oblasti dokázali projikovat směrem do společnosti. Abychom spojovali mikroskopickou úroveň se sociálními interakcemi člověka. Umíme sledovat společenské jevy až zpět po úroveň buňky“* (LOEW, 2015).

Psychosomatika je podle LOEWA (2015) oborem s největším psychosociálním pochopením nemoci. *„Lidé vstupují do vzájemných vazeb a žijí ve vztazích a tyto vazby mají přímý vliv na procesy neurotransmiterů. To se promítá v systému a systém to ovlivňuje. „Děláme „vzpomínkovou“ medicínu.“ Žijeme vždy v té chvíli, ve které se nacházíme, ale také se neustále vracíme k tomu, co jsme kdy v životě zažili, a nejen v našem životě, ale funguje to minimálně tři generace zpátky. Dnes již umíme ukázat, že psychosociální efekty mají vliv na předešlé generace (tamtéž).*

Psychosomatika je náhled na obě naše části, duševní a tělesnou. Dnešní medicína, přestože duši nepopírá, tak na ni stále málo nahlíží. Nahlížet do duše pro ni znamená znejistění, změnu nazírání a strach. Přesto se společnost začíná postupně měnit a nabízí možnosti a odborníky, kteří začínají neplodnost vnímat i ze strany duše.

Psychosomatické lékařství se snaží o porozumění a vyjádření především v medicínské oblasti, ale výsledkem je, že se jeví málo vědecky, méně průkazně a špatně vyjádřitelné hlediskem i způsobem přírodovědecké věcnosti. Psychosomatika pak působí nahodile a subjektivně (RŮŽIČKA, 2010).

Různé psychoterapeutické teorie vzniku psychosomatických onemocnění spojuje myšlenka jednostranného tělesného reagování na úkor psychické odpovědi či zpracování zátěžové situace (POŇEŠICKÝ, in RŮŽIČKA, 2006, s. 50).

Psychosomatická medicína reprezentuje tradiční proud lékařství s komplexním pohledem na nemocného člověka. Zohlednění psychického stavu pacienta a vlivu jeho sociálního okolí tradičně patřilo k základním východiskům lékařského umění. Rozvoj medicínské techniky zastiňuje psychosomatické myšlení a rozvoj psychosomatiky v medicíně se dostává následně do pozadí. Dnes již existuje vědecky zakotvená psychosomatická medicína, která poskytuje diferenciální diagnostiku, prevenci a kauzální léčbu funkčních poruch a psychosomatických onemocnění. Zohledňuje somatické, psychické, sociální i duchovní aspekty. Vzájemnou provázanost všech těchto aspektů přesvědčivě dokládají současné výzkumy mozku (dostupné z <http://www.psychosomatika-cls.cz>).

Psychosomatická medicína není jedním vymezeným oborem, ale komplexním. Je to vzájemná spolupráce všech somatických oborů (RŮŽIČKA, 2010).

Srozumitelná a rovnocenná komunikace a spolupráce všech somatických oborů, jako je například gynekologie, psychiatrie, psychologie a psychoterapie, je klíčová především pro léčbu chronických a tzv. medicínsky nevysvětlitelných chorob.

Psychosomatická medicína není alternativou k čistě biologicky orientované medicíně, „*je jejím logickým doplněním*“. Čím více se v moderní medicína drobí na jednotlivé specializované obory, tím je potřebnější obor, který je schopen shromáždit všechna tato hlediska do celistvého pohledu na zdraví a nemoc (RŮŽIČKA, 2010).

Pokud je psychosomatika a následně psychoterapie správně pojímána, neodvrhuje cestu reprodukční medicíny, doplňuje léčbu, vypomáhá k lepším výsledkům léčby a mnohdy i nachází cestu vyrovnaní se od přirozeného početí k umělému.

3.1.1 Vztah těla a psyché v psychosomatice

Aniž si to uvědomujeme, **žijeme v jednotě ducha a těla**. Je to zřejmé z každodenního života a i z přírodovědeckého pohledu. Naše tělesnost bývá spjata s emocemi a s jednáním. „*Tělesně se radujeme, strachujeme, bráníme, a když je to třeba, milujeme*“ (PONĚŠICKÝ, 2012, s. 177).

Z vývojového hlediska vedou tělesné zkušenosti a jejich integrace k vytvoření osobní identity. Jejím základem je afektivně pozitivní prožívání vlastního těla, jeho stability, pohyblivosti a smyslnosti, jež přispívá k pozitivnímu životnímu postoji. V optimálním případě je tělo prožíváno v úzké spojitosti s naším aktivním „Já“, je činné a interaktivní (tamtéž).

A HOGENOVÁ říká, že „*Tělo není jen nosičem našeho pyšného „Já“*. *Tělo jsme my celí i se svými temnými tendencemi, je to náš rozvrh jednotlivých pohybů v jednotlivých situacích. Tělo zrazuje daleko dříve, než naše schopnost myslet a cítit. Tělo na nás klade další a další nároky, které zatěžují, zdržují*“ (HOGENOVÁ, in RŮŽIČKA, 2006, s. 29). A podstatu těla musíme hledat v tom, co se nám ukazuje. „*Tělesné schéma je součástí toho, čemu se říká „duše“*. *Duše je tím, co se pohybuje ze sebe samé. Duše je tím celkem, jenž je vždy pravým zakládajícím důvodem. Duše je začleněna do ještě obsáhlejšího celku, do ducha, chápaného jako Bytí samo*“ (tamtéž, s. 31).

Jakékoli tělesné nedostatky mohou být obrazem naší duše a moderní medicína nemusí stačit, a i když umí již v mnoha případech pomoci a vyléčí, vyléčení nemusí zůstat komplexní.

Neexistuje nemoc, která by svým smyslem nezapadala do příběhu člověka (CHVÁLA a TRAPKOVÁ, 2004).

Významnou úlohu hraje propojení moderní medicíny a komplexní medicíny, a především celistvý náhled na nemoc, který je nutný s pacienty sdílet. Pozitivní úlohu v léčbě

nemocí hraje psychosomatika a psychoterapie a stávají se tak nedílnou součástí péče o naše zdraví.

Z vývojového hlediska vedou tělesné zkušenosti a jejich spojení k vytvoření osobnostní identity. Jejím nosným základem je afektivně pozitivní prožívání vlastního těla, jeho stability, pohyblivosti a smyslnosti, a to přispívá k pozitivnímu životnímu postoji. (PONĚŠICKÝ, 2012, s. 177).

J. PONĚŠICKÝ říká, že „*Vztah těla a psychiky vynikne na pozadí vzniku psychosomatických poruch, počínaje otázkou, proč rozpojujeme onu psychosomatickou jednotu a bráníme se představě psychogenního vzniku neurotických a psychosomatických obtíží*“ (PONĚŠICKÝ, 2012, s. 49).

Podle J. Piageta vytváříme pojmy motorickou činností během tzv. psychomotorického stadia vývoje a nikoli jen přejímáním od sociálního okolí. Toto základní tělesné vnímání, zvláště v mezilidském kontaktu potvrdil i nedávný objev tzv. zrcadlových neuronů v mozku. **Alexander Lowen, zakladatel bioenergetické terapie, zdůrazňuje, že každá zkušenost je tělesná** (tamtéž, s. 50).

Praktické zkušenosti ukazují, že důvod tělesného reagování je skrytý a nevědomý. Tělesně smysluplně nejednáme proto, že se bráníme, neboť vytěsněné motivy do nevědomí nám protřečí v našem sebepojetí, sebeobzoru, morálnímu cítění atd., ve hře je i úzkost, vina, stud a naší snahou je tyto pocity vytěsnit tak, že výsledkem je zkomolená tělesná reakce (PONĚŠICKÝ, 2012).

Alexandera Lowena Wilhelm Reich ve své práci Analýza Charakteru nabídl první mapu rozvinutých obranných systémů, které si neurotičtí pacienti budují ve svém těle, aby se chránili, jak před vnějším světem, tak před tíhou svých vlastních emocí. S tímto zásadním pohledem do fungování neurotických osobností se Reich nespokojil a šel mnohem dále, položil základy své vlastní teorie životní energie (bioenergetická teorie) a od roku 1935 se věnoval důkladnému zkoumání napětí v těle svých klientů (BOADELLIA, 2013, s.)

Každý špatně adaptovaný člověk žije jakoby ve stavu neustále pohotovosti a stresu. Stav napětí a nadměrná aktivita somatického nervového systému, který tyto stavy udržuje, se v takových případech stávají chronické. Zjišťujeme, že v této fázi normální autoregulační

procesy nefungují, a že je zde zapotřebí pomoci zásahu. Je třeba obnovit schopnost organismu reagovat na své okolí rozumně a zdravě, a to tím že odstraníme bloky, které brání volnému toku energie. Lidé potřebují nejvíce schopnost uvolnit se. Pokud chceme po lidech, kteří léta potlačovali své emoce, aby se uvolnili, nebudou toho schopni. Musí napnout všechny síly, aby uvolnili svou zlost (BOADELLA, 2013).

U neplodných párů tyto tělesné bloky mohou vzniknout nepřijetím svého mužství či ženství, například vymezením se vůči své matce, otci či dalším vztahovým osobám.

Tělo musí být v energetické rovnováze. Energetické nabití musí odpovídat energetickému vybití. Z toho důvodu nemůže být množství energie, které vyvine člověk dýcháním a látkovou výměnou, větší než množství emocí, jež je schopen projevat a tolerovat. Nadměrné množství energie vede k úzkosti (LOWEN, 2003).

Účinnou somatickou terapií, která se tělu věnuje a hledá příměr mezi duchovním a tělesným prožíváním, může být nejen prevencí, ale i léčbou psychosomatických onemocnění, je bioenergetika.

Bioenergetika působí na vyrovnaní tělesné energie. Má za cíl osvobodit člověka od zafixovaných traumatických zážitků z minulosti, jež se projevují jako křečovitost a chronické napětí v těle. Aby však bylo dosaženo tohoto cíle, musí si člověk tato napětí uvědomit a naučit se chápat, jak a proč vznikla. Musí svůj současný stav cítit a svůj dřívější stav poznat (LOWEN, 2003).

3.1.2 Psychosomatická medicína a neplodnost

Dnešní pracoviště center reprodukční medicíny nabízejí péči somatickou. Centra reprodukční medicíny se již nebrání spolupracovat a zaměstnávat odborníky, kteří psychosomatickou či psychoterapeutickou péči nabízejí. Komunikace a důvěra mezi terapeuty a lékaři specializující se na neplodnost a především důvěra pacientů, že psychoterapie je prospěšná a doplňující vědecká metoda se musí ale stále posilovat.

Lékaři si uvědomují, že psychická a sociální stránka nemoci je vždy důležitou a často rozhodující úrovní, kterou nelze v léčbě neplodnosti opomenout (BAŠTECKÝ, 1993).

Kliniky pro léčbu neplodnosti spolupracují v současné době s jedním psychologem, který ve většině případů poskytuje krizovou intervenci v průběhu léčby. Ale věříme, že budoucnost a informovanost rozšíří pole i tímto směrem. Vše ale musí začít především u lékařů, kteří získají dostatečné informace a sami se stanou součástí s vnímavým pohledem k bio-psycho-somatickému zdraví jedince.

V České republice stále chybí lékaři zdělaní v oblasti psychosomatiky. Doba se ale mění a Společnost pro psychosomatickou medicínu, jejímž posláním je prosazení Engellovo bio-psycho-sociálního pojetí zdraví i nemoci, které bylo přijato WHO již v roce 1977, se snaží o větší prosazení psychosomatiky do oblasti medicíny a jejím cílem je začít již se vzděláváním lékařů na lékařských fakultách.

Nejde o snahu odvést předmětnou medicínu od svých postupů, ale pomoci najít jedinci to, co on v dané situaci potřebuje. Vždy se setkáváme s jednotlivým člověkem, s jednotlivými životními událostmi jedince, se situacemi, které jsou sice podobné, ale významem jedinečné a neopakovatelné (RŮŽIČKA, 2010).

Cílem je vnímat nemoc v komplexním pojetí a najít s klientem tu správnou cestu k jeho bytí. U neplodných tato cesta nemusí vyhrávat jen narozením dítěte, ale i přijetím životní cesty bez dítěte. Je to velmi silný okamžik, vyžadující úctu k životu bezdětných.

J. RŮŽIČKA tvrdí, že nemoc se netýká primárně mého těla nebo mé duše, ale vždy mé existence, mého celého, tedy i tělesného pobytu ve světě. Týká se mé trvalé vztaženosti ke světu, který mne určitým způsobem a v konkrétních relacích oslovuje, který tvoří místo mého života, s lidmi a vztahy k nim. Je místem, kde a jak svůj vezdejší život vnímám, cítím, jak mu tak či onak rozumím. Nemoc zasahuje proto nejen moji tělesnost, ale celý můj život, jehož jsem nedílnou součástí, což platí i naopak. V tomto místě vidíme základní rozdíl mezi nemocí pojatou v tak či onak předmětné podobě a nemocí pojatou celostně, naivně bezprostředně. Ta pak se stává neštěstím zlem, ranou osudu, strádáním, někdy katastrofou. A to nejen mojí! Nemoc v žité skutečnosti tedy není něčím vnějším, ale nemoc je součástí mého, Vašeho bytí. Sice ne beze zbytku, nikdy ne zcela zjevně a přehlédnutelně, ale vždy celé (RŮŽIČKA, 2010).

Kdy s neplodnými můžeme tyto aspekty nemoci hledat, co je dobré, aby doprovázelo jejich somatickou léčbu? Co se dnes jeví jako vhodná možnost psychosomatické péče, kterou je

možné neplodným nabízet? Na všechny tyto otázky, lze odpovědět nabídkou psychoterapie.

S psychosomatikou pracují různé psychotherapeutické školy. Je důležité vycházet a stále se vracet ke konkrétní osobě a k podmínkám jejich konkrétního osobního života v řadě aspektů. **Nemoc předmětné medicíny je vymezena jako potíže těla, psychoterapie se zabývá životem člověka**

3.2 Psychoterapie

Mezi jednotlivými psychotherapeutickými směry a jejich teoriemi je mnoho rozdílů. Hlavní psychotherapeutické směry se mezi sebou liší tím, zda kladou větší důraz na citový, svobodný rozvoj osobnosti (psychoanalýza a humanistická psychoterapie), nebo na racionální a behaviorální složku, kde jde o to, jak lépe zvládat svůj vnitřní život a mít pod kontrolou své chování (KBT – jde o optimální kontrolu a sebepůsobnost). Je třeba pečlivě zvolit, ve které oblasti spočívá problematika daného pacienta (PONĚŠICKÝ, 2012).

Podstatná je vždy mezioborová spolupráce a informovanost, abychom nabídli našim pacientům terapeutický směr, který právě pro ně bude přínosný a motivující.

J. PONĚŠICKÝ tvrdí, že psychoterapie je zvláštním oborem, jako každá věda se zabývá tím obecným, zároveň však postupuje u každého nového klienta individuálně. **Psychoterapii se lze naučit, ale je i uměním, ve kterém hraje podstatnou roli nadání, angažovanost a specifická osobnost terapeuta.** Je specializovaným oborem vyžadující mnohaleté studium i vlastní výcvik a zároveň jde o „pouhé“ vedení pacienta na cestě k normálnímu zdravému a přirozenému způsobu života. (PONĚŠICKÝ, 2012).

Podmínkou účinné psychoterapie je jak navázání bazálního, spolehlivého vztahu a převážně pozitivního terapeutického vztahu. V druhém případě, jde také o to, aby pacienta pokud možno na počátku terapie informovala o všech způsobech dané metody psychoterapie. Důležité je klienta informovat o způsobu léčby, jejích cílech i úskalích, o roli terapeuta a o tom, jak může pacient v terapii konstruktivně spolupracovat (PONĚŠICKÝ, 2012).

3.2.1 Psychoterapie v reprodukční medicíně

P. ČEPICKÝ tvrdí že, „*Terapie psychogenní neplodnosti je čistě somatická – a velmi úspěšná. Psychoterapie, která by se měla stát jedinou léčebnou metodou je, navíc po třicítce, kdy je nejčastěji diagnostikována, může být vše ztráta času* (ČEPICKÝ, 2014). Ale dodává, že jako prevence druhotných následků neplodnosti ano (tamtéž).

Psychoterapii neplodných párů, by měl provádět člověk znalý psychoterapie a současně znalý reprodukční medicíny, ale odborníků je příliš málo. Odborníků, vykonávající psychoterapii a práci se somatickými pacienty, je sice více, ale jejich počet je stále nedostatečný. Bádat o psychogenní sterilitě přímo je nemožné. Důvod spočívá v tom, že když už je žena sterilní, tak psychické následky zcela zastíní psychické příčiny (tamtéž).

Čím dříve je neplodnost řešena, tím je větší šance na otěhotnění, na to, že bude pacientka vyléčena.

A může somaticky orientovaný lékař vůbec zařadit do své praxe naslouchání problémům svých pacientů bez jakéhokoli profesionálního školení a může se spolehnout na svou intuici, cit, své životní zkušenosti (PONĚŠICKÝ, 2012).

Psychologickou péči u neplodných opomenout nelze. Za problematikou neplodnosti se totiž v mnoha případech může skrývat „vnitřní“ konflikt člověka. Psychoterapie, ať už v jakémkoli směru se stává další nejen podpůrnou, ale i léčebnou metodou.

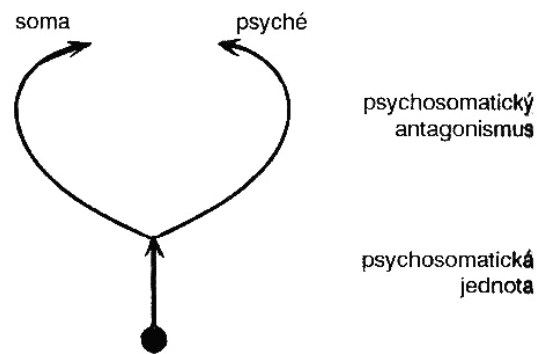
Jsme si vědomi, že psychosociální problémy mohou být příčinou i následkem četných gynekologických obtíží vyvíjejících se až k neplodnosti. Mnohonásobné úkolování ženy, jak je předepisuje společnost, způsobuje často problémy s přetížením. To se následně projevuje četnými psychickými a psychovegetativními obtížemi, a to zejména v těch případech, kdy se ženě v rámci pohlavně specifické socializace nepodařilo získat dostatečné sebevědomí a naučila se spatřovat svou hodnotu jednostranně pouze v hodnotě pro druhé. K přetížení vede často také snaha podávat co nejlepší výkony ve všech oblastech a úsilí o kariéru. (MORSCHITZKY a SATOR, 2012).

3.2.2 Biodynamická psychoterapie

Merleau-Ponty (1962) „*Tělo je naše povšechné medium, abychom měli tento svět*“ (cit. dle TOTTON, 2005, s. 4, vlastní překlad).

Pokud hovoříme o psychosomatice, neměli bychom biodynamickou psychoterapii vynechat. Její otec Wilhelm Reich upozorňoval na psychosomatickou jednotu těla a mysli již od prvopočátku své práce, znázornění této jednoty se stalo i symbolem Reichova díla viz obrázek č. 1 (REICH, 1973).

Obrázek podle Reicha zobrazuje psychosomatickou jednotu.



Obr. č. 1

V dnešní době má Reichova analýza v psychosomatice charakteru své neopomenutelné postavení (FALEIDE A. et al., 2010).

Je nutné zdůraznit, že body-psychoterapie je ve skutečnosti svým zakladatelem Wilhelemem Reichem založena na psychoanalytických konceptech a metodách a bez nich se stává nesrozumitelnou (STAUNTONOVÁ, 2014).

Na psychoanalytických koncepcích se psychosomatika historicky vyvíjí. Psychoanalytické koncepty předpokládají, že za vznikem psychosomatických nemocí stojí určité specifické psychologické proměnné. V rámci těchto koncepcí byly formulovány teorie nevědomých specifických konfliktů, teorie specifických změn emocí, teorie specifických osobnostních profilů, teorie specifických postojů vůči konfliktům (BAŠTECKÝ, 1993).

Body-psychotherapie neboli bioenergetika je považována za formu humanistické psychotherapie nebo jako „rozvoj osobnosti“. V poslední době převzala některé psychodynamické prvky a je na ní nahlíženo jako na součást psychodynamickému humanistické terapie (STAUNTONOVÁ, 2014).

Bioenergetika neboli body-psychotherapie je metoda terapeutické práce, která vychází z Reichovy analýzy charakteru. Jejím zakladatelem je Alexander Lowen, který byl žákem a tři roky pacientem Reicha. Byl ovlivněn učením o analýze charakteru, charakterových a svalových pancířích a možnostech jejich rozrušení. Z Reichovy charakterové analýzy čerpal také při vypracování své vlastní „bioenergetické analýzy“ (LOWEN, 2002).

„Bioenergetická analýza“, je psychotherapeutická metoda vycházející z teoretického modelu psychoanalýzy, uznává nevědomí, vytěsnění, libido, Oidipův komplex a přenos, ale už nepracuje s volnými asociacemi, přičemž podstatnou součástí terapie je práce s tělem. Velmi výrazně se podobá charakterové analýze a přímo z ní vychází, protože studuje tělesné projevy pacienta, jeho svalový krunýř, způsob dýchání a pomocí práce s tělem se snaží odstranit svalové, potažmo i emocionální bloky. Terapie zahrnuje tělesná cvičení, aktivní dýchání a terapeutovu práci se svaly. Uznává Reichovo pojetí proudění biologické energie v těle. Terapie také využívá klasických analytických postupů jako analýzy přenosu nebo analýzy snů (LOWEN, 2002 s. 25).

A. LOWEN také definoval vlastní teorii pěti struktur charakteru (schizoidní, orální, narcistická, masochistická, rigidní), přičemž každá skupina má určitá typická napětí v určitých částech těla (LOWEN, 2002, s. 29).

Přívlastek „bioenergetický“ v označení terapeutických přístupů odkazuje k tomu, že se zde dostáváme do kontaktu se silnými emočními reakcemi. Schopnost reakce mobilizovat nebo paralyzovat tělo je dobře známá. Neurózu pojímá jako systém bloků, které zamezují volnému proudění pocitů v těle (BOADELLA, 2014, s. 17).

D. BOADELLA tvrdí, že Reich poskytl první základnu pro somatickou psychologii. Stál u zrodu všech současných terapií zaměřujících se na emoční život těla. Gestalt terapii založil Fritz Perls, Reichův pacient a žák. Na počátku bioenergetické analýzy v New Yorku v roce 1956 stáli dva lékaři vycvičení Reichem, a sice Alexander Lowen a John Pierrakos. Gerda Boyesenová otevřela své centrum pro biodynamickou psychologii v Londýně v roce

1970. Rozvíjela v něm terapeutickou práci iniciovanou Reichem ve Skandinávii. (BOADELLA, 2009).

Dnes má somatická psychologie mnoho dalších směrů. Slovu „bioenergetika“ rozumíme jako procesu, který zahrnuje všechny životní procesy v těle (tamtéž).

BOADELLA označuje pod slovem bioenergetika své slovo biosyntéza, ale můžeme říci, že jde o totéž. Jedná se o energetické proudy v těle. Tyto proudy se projevují jako plynutí vjemů, myšlenek a obrazů skrze nervový a smyslový systém, jako plynutí emočního života v centru těla skrze orgány uložené hluboko v trupu. Stresové podněty během porodu, dětství nebo v pozdějším životě narušují propojení těchto tří proudů. Přívlastek „bioenergetický“ v označení terapeutických přístupů odkazuje k tomu, že se dostáváte do kontaktu se silnými emočními reakcemi. (BOADELLA, 2009, s. 18).

Z rané historie psychoanalýzy vyplývá, že Freud objevil základní princip. Freud velice brzy rozpoznal, že se nestačí rozpomenout na zapomenuté prožitky z dětství, aby bylo dosaženo léčebného účinku. Ten přichází teprve tehdy, pokud se odkryje i příslušná potlačená emoce. Freud se pokoušel pomoci svých verbálních technik vyvolat emočně sycené vzpomínky, ale mnoho jeho pacientů nebylo schopno znovu prožít své dlouho zadržené emoce. Jedním z prvních psychoanalytiků, který začal rozumět tomu, co ozdravný proces blokovalo, byl Wilhelm Reich. Bioenergetickou terapií pomáháme lidem prožívat své skryté pocity zlosti, zármutku, strachu a touhy. Až když se tělo uvolní zablokované impulsy, může získat zpět svoji schopnost prožívat radost a příjemnost spojenou s vyrovnaným fungováním organismu (tamtéž).

V terapii můžeme najít pozitivní kvality, které můžeme žít. Objevit naše vlastní zdroje bytí. Najít vlastně „zkratku“, jak se dostat ke své potlačené energii, ke svým potlačeným emocím, ke svým neurózám. Většina neuróz, vzniká z vnějšího světa, z matky, otce, z různých prožitých traumat, ale mnoho z nich jsou jen zadržované životní impulsy - láska, vášeň, radost, zábava nebo potlačené emoce.

Následujeme své primární impulsy, jako je radost „tohle chci, miluji Tě nebo nenávidím tě“, to je vlastně ono, to co děláme v terapii. Setkáváme se s tím primárním, a když dojde k transformaci, zůstává v nás jen část neuróz, většiny se může podařit zbavit a tak tělo uvolnit. Většina neuróz přichází z vnějšího světa, z rodiny, od rodičů. Takže čím více jsme schopni následovat své primární impulsy, pracovat s libidem, se sexuální energií, životní

energií, tak tím méně neuróz zůstává. Umožňuje nám to léčení, primární impulsy nám snižují neurotičnost. V tělesné terapii hledáme, jak aktivovat tyto impulsy.

Podle LOWENA (1974) spočívá obecný postup psychoterapie v pomoci klientovi, aby si uvědomil nevědomé konflikty a strachy, které omezují a ovládají jeho schopnost vnímat a reagovat. Aby poznal, že tyto strachy a konflikty patří k minulosti a v přítomnosti již nejsou významné. Tento přístup je v zásadě psychoanalytický. Zatímco náhled na původ a rozvoj dříve nevědomého konfliktu a strachu, může být teoreticky léčivý, prakticky tomu tak nemusí být vždy. Náhled se odehrává pouze v rovině myšlení, a proto mu může scházet silný energetický náboj, který je nezbytný pro změnu. Z toho důvodu je bioenergetický postup následující:

1. dostat se do kontaktu s napětím v těle,
2. uvolnit napětí a tím i emoce zablokované svalovým pancířem,
3. poskytnout analytické interpretace vzpomínek a emocí, které se při práci s tělem postupně vynořují z nevědomí,
4. interpretace snů a rozvíjející se přenosové situace.

Lowen měl tendence začínat práci s tělem a postupně v průběhu terapie přidávat analytickou práci (cit. dle SMITHA, 2008, s. 27).

Body-psychoterapie má v současnosti mezi terapeutickými styly své místo. V léčbě neplodnosti je svým přínosem, především pro své tělesné pojetí. Body-psychoterapie může být výhodná pro pacienty, kde je možné nabídnout práci s tělem, kdy pacient má strach řešit svou situaci a psychoterapeutická péče je pro něj zatím stigmatizující. Dobrý body-terapeut pak může doprovodit klienta přes somatické potíže nejen k vnímání svého těla, ale zároveň ke své duši.

Body-terapie je však vystavena i kritickému přístupu. Říká se, že je „divoká“, nebezpečná a kontaktní. Dotek je stále ještě považován v psychoterapii za bezhraniční a tím nebezpečný. Pravděpodobně se nestane dominantní terapeutickou metodou, ale u psychosomatických potíží se může stát i metodou nenahraditelnou (TOTTON in STAUNTONOVÁ, 2014).

3.2.3 Informace o využití dalších alternativních metod

Ze zkušeností s neplodnými ženami je zřejmé, že jsou ochotné obětovat mnohé, aby otěhotněly. Velmi zajímavé jsou pro ně další alternativní a fyzioterapeutické metody a naše pacientky s nimi mají nemalé pozitivní zkušenosti.

V České republice stojí stále v popředí *Metoda Ludmily Mojžíšové* (Ludmila Mojžíšová 1932-1992), která se ve skutečnosti zabývá převážně svalovinou pánevního dna. Na těchto svalech vlastně jsou uloženy ženské pohlavní orgány. Zvýšené napětí ve svalovině dna pánevního se může přenášet i na vejcovody, dělohu a pochvu, které pak nefungují normálně. Svůj podíl zde mají i poruchy funkce páteře, protože odtud vycházejí nervy mířící k pohlavním orgánům. Mojžíšová se tedy zabývá svaly, ty zkrácené a příliš napjaté uvolňuje, ty oslabené posiluje. Léčená žena se zbavuje i těžkostí jako jsou bolestivé měsíčky, bolesti hlavy, bolesti páteře atd. (dostupné z <http://www.hanavolejnikova.cz/>).

V posledních letech je však stále oblíbenější akupunktura. Metoda, vycházející z tradiční čínské medicíny, spočívá ve využívání akupunkturálních bodů. Tyto body, které se při léčebné metodě akupunktury nabodávají malými jehličkami, leží na akupunkturálních drahách, přezdívaných také jako dráhy energie. Cílem této metody je dráhy odblokovat a zabezpečit jejich průchodnost.

Nabízí se další možnosti práce s tělem nebo s naší duší a na internetu jich lze najít nespočet. V praxi jsme se setkali s pacientkami, které prošly různými alternativními terapiemi počínaje prací s pozitivním myšlením. Další možností může být Kraniosakrální terapie. Metoda probíhá ve spolupráci se zkušeným terapeutem a v absolutním příjemném klidu. Cílem kraniosakrální terapie je navázat kontakt se svým tělem, obnovit své vitální síly, pročistit tělo a především si hluboce odpočinout a relaxovat.

Je těžké upřít partnerům touhu po dítěti a díky asistované reprodukci se dnes již v mnoha případech počít daří. Neplodnost, považujeme za nemoc, za narušení funkčnosti reprodukčních orgánů a dalších tělesných systémů. V mnoha případech v léčbě lékaři využívají dnes metod asistované reprodukce, ale je třeba vnímat naše pacienty či klienty celistvě, tělesně a duševně.

PRAKTICKÁ ČÁST PRÁCE

4 Kvalitativní výzkum

4.1 Cíl kvalitativního výzkumu a výzkumné otázky

Tato diplomová práce si v první části výzkumu klade za cíl na několika kazuistických případech ukázat spojitost s prožitým a neplodností. Jak jsou bio-psychosociální aspekty neplodnosti vnímány ze strany pacientů.

Druhá část výzkumu je zaměřena na lékaře, kteří neplodné pacientky léčí. Jak nahlízejí na neplodnost, a co pro ně tato nemoc znamená. Jestli je pro ně pouze ztráta některé funkční části v těle, kterou lze „opravit či nahradit“ nebo jestli je pro ně hodnotné vnímat i psychosociální aspekty neplodnosti, které se na ní podílejí.

Vzhledem k charakteru výzkumných otázek se jedná o výzkum kvalitativní.

Výzkumné otázky první části výzkumu:

- Jaká je spojitost s prožitým a neplodností?
- Jaké psychosomatické aspekty se ukazují v životě pacientky, a jak je pacientka vnímá?

Výzkumné otázky druhé části výzkumu:

- Jak vnímají lékaři asistované reprodukce psychosociální aspekty neplodnosti, a jak vnímají psychosomatiku jako medicínský obor?
- Využívají i další odborníky (psychosomatiky, psychoterapeuty) u neplodných párů?

4.2 Plán výzkumu

M. MILOVSKÝ tvrdí, že kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality kvalitativních metod (MILOVSKÝ, 2006, s. 18).

V kvalitativním výzkumu respektujeme různorodost kontextuálních souvislostí. Vzhledem k jejich povaze a variabilitě. Rezignujeme na snahu jednotného, uniformního a zcela standardizovaného postupu. Při uplatnění kvalitativního přístupu se předpokládá, že takový přístup není zcela možný. Každá situace je zcela jedinečná a neopakovatelná (MILOVSKÝ, 2006, s. 72).

Rozhodnutí pro kvalitativní výzkum je z důvodu, že pro psychosomatické téma je tato metoda vhodnější. Využíváno je polostrukturovaných rozhovorů a kazuistik.

Kazuistika nebo též případová studie patří mezi výzkumné metody a zabývá se popisem jednotlivých případů, např. vznikem, průběhem a vyléčením duševní choroby apod. Stejně jako jedince se může kazuistika týkat i skupiny lidí či instituce. Slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 253).

J. HENDL tvrdí, že kvalitativní výzkum je zaměřen na interpretace subjektivních pocitů, popis kontextu jednání a chování. Jev, který prostřednictvím kvalitativního výzkumu zkoumáme, se nachází ve svém přirozeném prostředí. V tomto výzkumu výzkumník a jeho respondenti působí a vyvíjejí se při něm výzkumník, účastníci i vlastní výzkumná situace, která se přizpůsobuje okolnostem a získaným výsledkům. Na rozdíl od přesných, užších závěrů kvantitativního výzkumu jsou závěry kvalitativního výzkumu komplexní a široce formulované. Předností kvalitativního výzkumu je možnost získat jeho prostřednictvím podrobný popis a vhléd při zkoumání daného jedince (HENDL, 2005, s. 55).

4.3 Výběr respondentů

Při výběru respondentů jsem se zaměřila na klienty kliniky Unica, kde šest let pracuji s neplodnými ženami. Další klientky jsem vybrala ze své terapeutické praxe. Jsem frekventantkou šestiletého výcviku biodynamické psychoterapie a pod supervizí pracuji metodou Biorelease technik. Rozhovory s lékaři jsem provedla na klinice Unica v Brně a s lékařkou na klinice pro léčbu neplodnosti Iscare v Praze.

Respondenti byli seznámeni s povahou a cílem výzkumu práce a vyjádřili souhlas svým podpisem, viz příloha Informovaný souhlas.

4.4 Analýza jednotlivých kazuistik

4.4.1 Kazuistika č. 1

Osobní údaje a můj vztah ke klientovi

Paní Helena 35 let, středoškolačka. Helenu znám 6 let, obrátila se na mě na doporučení své známé a chtěla pomoci s léčbou neplodnosti. Poslední rozhovor jsem s Helenou provedla v březnu 2015.

Současná situace, uvedení do problematiky

Od svého gynekologa, kterého Helena navštívila pro opakované bolesti břicha ve svých 29 letech, se dozvěděla, že má cystu na vaječniku velikosti grepu a že je nutné ji odstranit. V tu dobu byla jeden rok po svatbě a se svým mužem se snažila otěhotnět. Následovala laparoskopická operace, při které došlo k odstranění pravého vejcovodu, a Heleně byla sdělena diagnóza – endometrióza. *„Tenkrát mi lékař sdělil, že je jasné proč nemohu otěhotnět a že mi čeká ještě boj, netušila jsem, že bude tak krutý. Po operaci mi lékař sdělil, že endometriózní ložiska byly na mých vaječnicích patrné a vše bylo odstraněno, ale musím navštívit kliniku pro umělé oplodnění, protože má plodnost již nebude dostatečná na to, abych otěhotněla normální cestou. Také mi řekl, že to musím řešit okamžitě, že není na co čekat.“* Helena na doporučení svého gynekologa navštívila kliniku pro léčbu neplodnosti. Na klinice Helena absolvovala léčbu za pomoci hormonální stimulace, vaječníky však byly endometriózami cystami a ložisky poškozeny, že na léčbu hormonální stimulací již nereagovaly. *„Nejdříve mě hormonálně stimulovali, ale nezískalo se žádné vajíčko. Bylo to peklo. Lékař sdělil, že tudy cesta nevede, že mé vaječníky jsou díky endometrióze poškozeny, a že musím podstoupit léčbu pomocí darovaných vajíček.“* Helena podstoupila opakované cykly s darovanými vajíčky, přestože byla děloha v naprostém pořádku a pacientka byla z medicínské stránky výborně připravena, nedokázala vše přijmout. Trvalo dva roky, než otěhotněla. Otěhotnění přišlo až v době, kdy pacientka byla vyčerpaná a rozhodla se celý proces léčby ukončit, poslední embryotransfer považovala za zbytečný, přesto ho podstoupila. *„Bylo mně tenkrát líto embryo zničit, to mně přišlo neetické a tak jsem si ten poslední transfer nechala udělat, aby to embryo zemřelo ve mně, tak jsem to vnímala a s tím jsem do toho šla, otěhotněla jsem a vlastně přišel i pocit jestli je to správné. Ale je pravda, že jsem si stále*

myslela, že by se mohl stát zázrak a otěhotněla bych spontánně, proto jsem se s manželem snažila spát, i když na tyto aktivity jsem nikdy moc nebyla, sex byl pro mě vždy nepříjemný, ale bylo to vyvolané i strachem z bolestí, které mně endometrióza často způsobovala.“

„Nebyla jsem v péči žádného psychologa, vy to víte nejlépe, procházela jste ty roky celou léčbu se mnou. Vlastně mě to otravovalo, jak jste mě k tomu neustále vybízela. Já jsem to tenkrát nechtěla řešit s nikým dalším, chtěla jsem mít dítě. Nepotřebovala jsem od někoho cizího podporu, potřebovala jsem ji od lidí, kteří byli se mnou. K tomu psychologa nepotřebujete. Zvládli jsme to dobře, nebo myslíte, že jsme to nezvládli? Až nyní cítím, po těch letech, že bych se na to chtěla podívat více. Bojím se teď rakoviny z těch všech hormonů. A zase ty útvary, co to je? Myslíte, že mám dát na doktory a vaječníky, tedy zbytky z vaječníků, nechat raději odstranit?“ Dnes se Helena rozhoduje pro druhé dítě, opět za pomoci darovaných vajíček. První rok po porodu, byl nález na vaječnicích v pořádku, nyní se objevily opět nesouměrné cysty, které jsou důvodem k tomu, aby se zbylé části vaječníků odstranily.

„Myslela jsem si, že když máme toho malého, že už to nebudu muset řešit, ale jak nyní toužíme po dalším dítěti, jsem nervóznější. Naštěstí nemám již ty bolesti jako dříve, které endometrióza způsobovala, ale nyní se bojím, toho divného útvaru ve vaječniku, bojím se rakoviny. Mám malé dítě a nemohu být nemocná. Mám vlastně chtít další dítě? S manželem mám krásný vztah, ale o syna by se nepostaral, kdyby se mně něco stalo, já vím, že je to doma na mě.“

Rodinná anamnéza

Helena je z malé vesnice na Moravě. Vystudovala střední rodinnou školu a pracuje se svým manželem v rodinné firmě. Mají malý obchůdek, a také prodávají své zboží na trzích. Manžel je klidnější povahy a celou domácnost řídí Helena. Helena pochází z úplné rodiny. Maminka je velice dominantní ženou a ještě dnes Heleně do života zasahuje. Otec je submisivní, nevýrazný. *„Vlastně se mi nikdy nevěnoval, jak bych si přála, nikdy si se mnou nepovídal, on vlastně nikdy nikomu moc nepovídal. Vždy jsem chtěla mít takového tatínka, jako měla naše kamarádka.“* Helena svého otce popisuje více jako klidného, submisivního muže, který se nikdy neprojevoval a vždy činil, co mu jeho žena nakázala. *„Tatínkovi to tak vyhovuje, jeho maminka moje babička, je stejná jako moje maminka, je to taková generálka a nikdy se s mojí mámou neměla ráda.“* Helena má jednu sestru, která je o dva roky starší a žije v zahraničí. Sestra Heleny děti nemá, trpí stejným problémem, před dvěma lety jí byla diagnostikována endometrióza. Dětství, které bylo podle Heleny krásné, prožila v blízkém vztahu se sestrou, kterou miluje, a se kterou mají dodnes velice úzký a hluboký vztah. Dětství

popisuje hezky. „*Mamka byla přísná, ale vlastně to bylo v pohodě, spíš taťka to měl těžké a má dodnes, ale on už to tak nějak bere a raději nemluví. Většinu času jsme strávily venku, vyrostly jsme v přírodě, tak jsme takové holky z vesnice. Já jsem byla více na ty domácí práce a sestra byla vždy strašně chytrá, a tak jsme se doplňovaly.*“ Druhou babičku, matky matku si Helena nepamatuje. „*Babičku od maminky si nepamatuji, umřela, když naší mámě bylo 14 let, mamka říkala, že si pamatuje, že měla také vážné gynekologické potíže, a že měla nádor v děloze a bylo to rychlé. Na mamce pak zůstalo vše, musela se věnovat dědovi a svému o 5 let mladšímu bratrovi, zůstala s nimi sama a vlastně se o ně stará i dnes. Proto se také bojím, abych nyní ten nález, který se opět ukazuje, nebyl nádor, jak jsme hovořily o mé babičce, vím, že se to dědí. Řekněte mi, co si o tom myslíte a co bych já pro to mohla udělat, znáte mně tolik let, vy víte, že bych se na to chtěla podívat, ale nevím na koho se obrátit. Udělala jsem toho již tolik, abych měla dítě.*“

Shrnutí

Z kazuistiky vyplývá, že paní Helena ve svém onemocnění, přikládá důležitost rodinnému systému. Svou nemoc v první fázi, tedy než se narodil její syn, přijímala až po delší době. Léčba neplodnosti byla o trpělivosti. Helena neměla nikdy potřebu vyhledat jinou péči než medicínskou. Mnohé duševní potřeby a podpory naplňoval její muž a zaměstnanci kliniky, kteří vytvářeli Heleně potřebné bezpečí. Helena, než otěhotněla, byla cvičitelkou aerobiku a pravidelně 3krát týdně předváděla jiným ženám. Lze tedy usuzovat, že cvičení bylo významné v péči a přijetí svého těla. Vztah k jejímu tělu byl pozitivní. Helena však nikdy nevnímala propojení těla a duše a více se soustředila na své tělesné potřeby. To duševní bylo více o bezpečí v daném prostoru a léčbě. Ve svém osobním životě se její role ubírala podobně, jako tomu bylo u její matky. Doma měla potřebu vše řídit a komunikace mezi ní a manželem byla opomíjena, stejně jako u svého otce. Helenu jsem měla možnost v léčbě doprovázet po celé roky, opakovaně jsem jí dávala prostor vyhledat odbornou psychoterapeutickou pomoc, ale Helena ji nepovažovala za podstatnou, byla přesvědčená o své síle zvládnout vše, i mužskou roli přijímala mnohdy za svou. Strach z onkologického onemocnění a s další životní etapy, být a zůstat dobrou matkou pro svého syna, vyvolal zájem o hlubší pohled na její onemocnění. „*Kde se berou mé cysty a proč tam vlastně jsou, co když to bude nádor, co když umřu.*“ Je možnost a prostor pomoci Heleně ukázat nejen léčbu tělesnou, ale skutečně nabídnout i práci, která se týká péče o její další zdraví o její duši, která může mít významný vliv na její tělesné prožívání a vnímání. Psychosomatické aspekty lze

samozřejmě sledovat v rodinném systému, ať už se týkají náročné matky, či zemřelé babičky a nezapojení se mužské role v podobě otce. Následně převzetí těchto rolí do vlastního dospělého života.

4.4.2 Kazuistika č. 2

Osobní údaje a můj vztah ke klientce

Petra 39 let, vysokoškolačka, pracuje v bance, stejně jako její manžel Roman 49 let. Petra se na mne obrátila s žádostí o poradenství v léčbě neplodnosti, jelikož na klinice, kde se léčí nepřichází žádný pozitivní výsledek. S Petrou pracuji od září 2014.

Současná situace, uvedení do problematiky

Petra s Romanem se dostavili na kliniku pro léčbu neplodnosti před deseti lety. Roman měl za sebou radioterapii pro onkologické onemocnění. Příčinou neplodnosti jsou primárně spermie partnera, které byly léčbou onkologické choroby poškozené. Roman měl spermie zmražené z doby před zákrokem. Vzorek byl použit při čtyřech léčebných cyklech, které byly neúspěšné. Petra je podle lékařů v naprostém pořádku a ona sama to tak vnímá. „*Vím, že ta neplodnost je ze strany manžela, mně nic není, já jsem úplně zdravá a děti mít mohu.*“ Petře byly provedeny testy plodnosti a vše je v pořádku. Při vyšetření imunologie byla Petře diagnostikována *Celiakie*, nikdy však žádné problémy neměla. Tato informace byla pro Petru nová a překvapující. Petra své zdravotní potíže vytěšňuje a nechtěla ani toto onemocnění přijmout. Po dvou letech léčby, měla Petra vážný úraz, při kterém spadla do hluboké díry v zemi a poranila si páteř. Naštěstí nebyla poškozena nervová soustava, pouze páteř se musela operovat a speciálními šrouby spojit. „*Ležela jsem dva měsíce na ARU a dnes jsem ráda, že žiji. Na úraz si nepamatuji.*“ Od té doby má Petra problémy se spánkem a bojí se usnout, bojí se zavřít oči, aby se trauma nevrátilo. Po propuštění z nemocnice trávila měsíc v rehabilitačním ústavu a následně tři týdny v lázních. „*Tyto ústavy se na mě také podepsaly, hlavně proto, že tam měl pořádek někdo nějaký problém. Mně toho vlastně nakonec moc nebylo, ta páteř se rozhýbala.*“ Petra si opět své vážné potíže nepřipouští, ale na doporučení lékaře vyhledala psychologa, se kterým si chtěla vyřešit své problémy se spánkem. „*Již v rehabilitačním ústavu, jsem se setkávala s terapeutky, vnímala jsem je tak normálně, moc pomoci jsem nepotřebovala, až s tím spánkem. S psychologem, kterého jsem si v Praze našla, to byla dobrá sezení, hodně jsme pracovali na tom, abych zavřela oči, dnes je to lepší, ale*

když jdu spát, je to stále trápení. K psychologovi jsem pak přestala po dvou letech chodit, nemělo to dále smysl. Vy si asi myslíte, že jsem měla být trpělivější, ale já jsem chtěla začít pokračovat v léčbě neplodnosti, a to období úrazu zapomenout. Léky na spaní neberu, po úrazu mi v nemocnici psychiatr dal antidepresiva, ale ty jsem pak vysadila, necítila jsem, že je potřebuji.“ V posledních měsících se Petra věnuje léčbě neplodnosti, jelikož další čtyři cykly byly neúspěšné, přála si Petra darované spermie, manžel souhlasil. Petra o tomto kroku rozhodovala víceméně sama, jelikož manžel měl pocit, že je zodpovědný za svou vinu, kdy Petra díky jeho spermiím nemohla otěhotnět. Cyklus s darovanými spermii byl opět neúspěšný. *„Je to nyní devět měsíců, co se opět pokouším, mám za sebou 5 cyklů léčby z toho jeden s darovanými spermii, ale je vidět že ani darované spermie nejsou dobré, je to už dlouhé, ale teď co více pracuji s tělem, se mnoho věcí mění. Začal se zlepšovat i naše partnerské soužití, od začátku byl náš vztah narušen, trápilo mi, když jsem věděla, že nepočneme přirozeně nikdy. Někdy mám i chvílky, kdy si říkám, jestli teď bych měla mít dítě, jestli jsem na to připravená, já vlastně to dítě nikdy nechtěla uměle, dělala jsem to jen, že jsem to považovala, že to tak být musí a jak mi lékaři tvrdí, že nesmím čekat, že jsem stará, tak tam raději budu chodit, ale chci pracovat na sobě, abych mohla být já šťastná také, a to asi není jen o tom dítěti. Vlastně jsem přemýšlela, že se s partnerem rozejdu a půjdeme si každý svou vlastní cestou, ale vždy, když to chci udělat, tak mně nejde ho opustit, nedokážu ho opustit, on by zůstal sám.“*

Rodinná anamnéza

Petra vyrostla se svým rodiči a bratrem v menším městě. Maminka byla úřednice a otec nikdy nepracoval, živil se po různých brigádách. *„Otec je poustevník, to mám po něm. Má strašně rád přírodu a je obrovský pohodář. Dnes už s matkou nežije, když mi bylo patnáct let, tak už to nemohl vydržet a koupil si zahradní domek, kde má kočku a psy. Vypadá sice jako bezdomovec, ale já ho mám strašně ráda, to co mě mrzí, že pil a stále pije alkohol, ale ani jsem se mu nedivila, máma byla hrozná.“* Petra vypráví o svém otci krásně, říká, že byl v jejím dětství na rozdíl od mámy dobrým tátou. *„Bratr to má stejné, začal hodně pít alkohol, žije sám.“* Maminka dle Petry, měla neustálé zdravotní problémy. *„Pořád si na něco stěžovala a stěžuje, stále jí něco je. Nově jí lékař řekl, že má cévní komplikace, tak mi hned musela říci, že z toho je neplodnost, a že to mám po ní. Já ale po ní nic nemám, mně vůbec nic není, jen ta Celiakie.“* U Petry je vzdor k matčiným nemocem a k matce samotné. S jakýmkoli onemocněním se setká, spojuje ho s matkou. Jinak Petra své dětství popisuje jako

normální. Vystudovala na konzervatoři zpěv. „*Myslím si, že hudební geny mám po tátovi. Táta krásně zpívá*“. Hudebě se dále nevěnovala a šla na vysokou školu ekonomickou. Se svou maminkou má stále stejný vztah. Popisuje ho jako nemocný, protože matka je nemocná stále. „*Máma je jen nemocná, je to prostě hypochondr, celý život neslyším nic jiného, než že jí něco bolí, že jí něco je. Přesně vidím ten víkend, jak tam zase jedeme, říkám si, co zase bude mít.*“ Na své zdraví Petra reaguje velice jasně. „*Já nemocná nejsem a nikdy jsem nebyla, mně nic není, mám trošku smůlu, že manžel nemá spermie, ale to jsme vyřešili dárcem, ale manžel tu nemoc měl z rodičů. Měl strašné dětství, má mámu učitelku, a ta mu dává zabrat, prostě jsme rádi, že naše rodiny nežijí v naší blízkosti*“.

Shrnutí

Z kazuistiky je zřejmé, že Petra nikdy nepřijala chvíle, kdy by o sobě musela prohlásit, že je nemocná, že je slabá, že už nemůže. Mohlo by se říci, že se jedná o nevyřešený konflikt a nepřijetí matky a v zápětí sama sebe, ženy - matky. Svě potíže nevnímá a nepřipouští si je. „*Jen abych nebyla jako máma.*“ Nebo tvrzení, že vlastně asi dítě nikdy nechtěla, jen že se to tak prostě musí. Petra se potřebovala cítit jako zdravá žena i v situaci, kdy zdravá nebyla, po úrazu. Při tělesné práci s Petrou bylo zřejmé, jak její tělo velmi silně ukládá emocionální reakce, na mnoha místech bylo výrazně ztuhlé. Několik sezení jsme pracovaly na kontaktu Petry s jejím tělem, abychom využily její tělesnou energii a další potenciál k uzdravení a k vlastnímu růstu dále. Petra začíná lépe svému tělu rozumět a je pro ni zřejmé, že by chtěla začít pracovat i s tématy, které si dříve odmítala. Dobrým výsledkem pro Petru bylo tělesné uvolnění a další informace, které k Petře přicházely a ukazovaly vztah k matce, ale zároveň i neideální vztah k otci, který byl sice milující, ale nepodporující alkoholik. Ukázalo se, ale i nepřijetí choroby svého muže, která je příčinou vnímání, že žádné mužské sperma není dobré, a že ji, zdravou ženu, nedokáže oplodnit. Přišel i velký vztek na matku, na otce, na muže, ale i sama na sebe. Prožívání je ovlivněno zmíněnými aspekty a mohou odrážet nemožnost otěhotnět. Další velkou kapitolou je prožitá traumatická událost spojená se strachem a vnitřním stresem, které zvyšuje napětí v těle. Jemná terapeutická práce s tělem vede k postupnému uvolnění a pacientka přichází lépe do kontaktu sama se sebou, se svým tělem. Na klinice pro léčbu neplodnosti, kde se Petra momentálně léčí, nedošlo k žádné nabídce, aby využila i jiný typ péče než medicínský. Lékařem jí jsou opakovaně prováděny procedury umělého oplodnění s využitím dárcovských spermií a léčba je stále neúspěšná, což Petru značně vyčerpává. Proto bylo pro mne podstatné, abych jí tuto možnost nabídla, a dalším

mým cílem bude s klientkou najít psychoterapeuta, se kterým by mohla pokračovat v dlouhodobější terapii.

Psychosomatické aspekty, které se v této kazuistice ukazují, můžeme pozorovat primárně v rodinném prostředí, nepřijetí matky „hypochondra“ a tím je pravděpodobné nevnímání a nepřijetí samu sebe. Nedobrý vzor u svého otce alkoholika, v dalších letech života nepřijetí jakéhokoli poudrazového onemocnění a jakékoli své diagnózy, se kterou pacientka ve většině případů odmítala pracovat.

4.4.3 Kazuistika č. 3

Osobní údaje a vztah ke klientce

Klientka Lisa, 49 let, vystudovala žurnalistiku. Pracuje jako novinářka. S Lisou jsem pracovala dva roky na klinice pro léčbu neplodnosti, připravovala jsem ji k léčbě pomocí darovaných oocytů. Lisa se mnou setkala k doplnění potřebných údajů pro tuto kazuistiku v prosinci 2014.

Současná situace, uvedení do problematiky

V současné době se Lisa léčí na klinice asistované reprodukce pomocí darovaných oocytů. Lisa „bojuje“ o to stát se ve svém životě opět matkou, když již jednou matkou byla. Lisa se léčí s neplodností již deset let. Ve 22 letech otěhotněla s mužem, se kterým odmítla žít a mít dítě, proto podstoupila umělé přerušování těhotenství. „*Kdybych tenkrát věděla, že budu trpět neplodností, nikdy bych si to dítě vzít nenechala. Myslím si, že je to pro mě daň, za to, co jsem tenkrát učinila. Nikdy jsem na to nikoho neměla a psychologové se jen tázali jaká je motivace k tomu mít dítě. Jaká asi! Dnes se na mě všichni terapeuti dívají divně, že jsem stará, že chci mít dítě v padesáti. Jedna terapeutka, na kterou jsem dostala doporučení, chtěla to mé mrtvé dítě řešit. Rozumíte mi, proč nechci nikam jít? Zkusila jsem vše. Vy také máte dítě, tak mě také nikdy nepochopíte.*“ Lisa několik let s mužem žít nechtěla a vnímala je jen jako dárce spermií. Většinu života tráví po boku jiné ženy. Ve 35 letech se jí podařilo otěhotnět. Muži, se kterým měla dítě, nic neřekla. Porodila chlapce císařským řezem, její syn však v šesti měsících náhle zemřel. Lisa se od té doby léčí s neplodností. Za sebou má v současné chvíli 12 cyklů umělého oplodnění, v posledních letech, vzhledem k věku a menopauze, která přišla i díky hormonálním stimulacím dříve, jsou její jedinou šancí darované oocyty. Léčbu absolvuje se svým známým, který také děti nemá a rád by je měl. Momentálně vzhledem

k věku (léčba v České republice povolena do 50 let) podstupuje poslední pokus umělého oplodnění, co bude dál, netuší. *„Tak je to naposledy, vím to, vy víte, zkusila jsem vše, nejlepší léčitelé, chodila jsem na psychoterapii, mám za sebou několik esoterických seminářů, dělali na mně vše. Nic nepomohlo a již jsem přestala věřit. Není možné věřit. Ptáte se, co bude potom, nic, budu psát články o ekonomice, budu cestovat a budu normálně žít. Budu ale zklamaná, za to že život je krutý.“*

Rodinná anamnéza

Lisa je cizinka, vyrostla v zahraničí a do Česka se dostala jako novinářka. Vyrostla v rodině, kde byla nejdůležitější víra. Každou neděli pravidelně strávila s rodiči v kostele. O svých rodičích sděluje velice málo. O otci se Lise nechtělo hovořit. *„Můj otec byl věřící, ale natolik ubližoval ženám, že víra pro něj byla pouze zámkou pro odpuštění všech jeho hříchů, které se na mně a na matce dopustil. Řešila jsem to opakovaně s psychoterapeutkou, nemělo to nikdy smysl, prostě to nechci řešit. Můj otec mne zneužíval a já jsem si vědoma, co to u mne zanechalo. Matka byla s ním, nikdy mi nepomohla.“* Sourozence Lisa nemá. *„Máma nikdy pak již druhé dítě neměla, měla mne již v 18 letech a celý život mi vyčítala, že díky mně nevystudovala. Neříkám, že na mne nebyla hodná, ale nebyla se mnou. Byla s otcem a sama se sebou. Měla jsem nejlepší kamarádku, sousedku, prožila jsem dětství s ní, dnes se ale už nevidáme, jsme každá na jiném konci světa. Maminka mne začala více vnímat, až když jsem byla na vysoké škole. Jezdila za mnou a podporovala mě, celé studium mi platila a já jsem se mohla studiu plně věnovat, ale o tátovi se mnou již nikdy nehovořila.“* V 17 letech potkala prvního muže a otěhotněla s ním, dítě odmítla a podstoupila umělé přerušování těhotenství, pak už se jí v životě moc nedařilo. Pracovala v novinách jako ekonomická redaktorka. S muži žít nechtěla, ale vyhledávala v práci mužskou společnost, aby mohla mít dítě. *„S muži jsem měla jen sex, není to, co bych v životě vyhledávala, ale potřebovala jsem počít, tenkrát jsem ještě nepřemýšlela nad umělou reprodukcí, to přišlo až později.“* Po pár letech, kdy přišlo další těhotenství, se Lisa radovala a porodila syna, který náhle zemřel. Po smrti syna Lisa odjela ze své země do Česka, kde pracuje jako novinářka.

Shrnutí

Lisa svou neplodnost prožívá jako trest za svou víru v dětství, která jí více vzala, než dala. Násilník otec a matka, která svého manžela podporovala a z Lisiny pocitů vyplývá, že nebyla nikdy pro ni. Lise matka vyčítala, že nevystudovala, protože se narodila Lisa. Sama již nevěří, že by se mohla mít lépe. Po smrti svého syna navštěvovala pět let psychologickou péči. Lisa je dobře seznámena s tím, co se stalo, a že léčba neplodnosti není jen o jejím těle a medicíně, ale i o duši. Bojí se však ke své duši jít, pocítila tolik ublížení.

Psychosomatických aspektů, které mohou ovlivňovat celou situaci s plodností, přestože velký význam již nyní hraje i věk, se ukazuje mnoho. Primární zneužívání otce, díky němu má Lisa konflikt s vírou a nenachází vztahy k mužům, v průběhu svého života odmítá vztahy k mužům a soužití s nimi. Dalším tématem je nepřijetí a nepozornost matky, která se v pozdějším věku změnila, v době kdy Lisa opustila domov a šla studovat, matka pak byla s ní. Dalším těžkým traumatem zůstává mrtvý syn, jehož smrt Lisa nikdy nepřijala a dodnes tuto tematiku nechce otevírat a nechce s ní pracovat, při rozhovoru se mnou o jejím synu jakoby její tělo ztuhne, přestane cokoli proudit dále, křeč je i v mimickém svalstvu a Lisa se snaží všechny své myšlenky obrátit k jiné tématice, žádná emoce není Lise povolena, ani pláč ani vztek.

Lisa má také mnoho tělesných symptomů, vysoký krevní tlak, na který užívá léky, je obézní. Od 40 let má problémy s artrózou. Menstruační cyklus u Lisy byl vždy nepravidelný a přechod nastal velmi brzy, ale tato situace byla zřejmě ovlivněna hormonální léčbou v průběhu několikaleté umělé reprodukce.

4.4.4 Kazuistika č. 4

Osobní údaje

Paní Veronika 43 let, vysokoškolačka. Pacientka se na mne obrátila v době, kdy měla za sebou osm let léčby neplodnosti.

Současná situace, uvedení do problematiky

V centru asistované reprodukce, kde se Veronika léčila, prošla řadu vyšetření. Nikdy jí žádná přesná diagnóza nebyla sdělena. Výsledky vyšetření ukazovaly, že je vše v pořádku. Jen vyšetření imunologie zjistilo zvýšené protilátky proti spermiím. Po několika neúspěšných pokusech otěhotnět pomocí asistované reprodukce (pacientce byly aplikovány vysoké dávky

stimulačních hormonů pro získání vajíček) došlo k vynechávání cyklu, nakonec pacientka ve 40 letech přestala menstruat a začala užívat hormonální substituční terapii. „*Prožila jsem náročné roky, jako bych nebyla žena. Běhala jsem jen na ultrazvuky a čekala, jak to dopadne. Jak folikuly narostou, kdy bude ovulace, a kdy se to vajíčko odsaje a oplodní. Nikdy se to nepodařilo, jsou to ztracené roky a já to již nevrátím.*“ Veronika v léčbě pokračovala za pomoci metodou darovaných oocytů, bohužel také neúspěšně. V průběhu let navštěvovala psychologickou péči, kterou jí doručovali na klinice. „*Ano, doporučili mi psychologa a já ho navštěvovala, je to pro Vás jednodušší. Psycholožka byla hodná, poslala mě do skupiny různých žen, ale já chtěla dítě. Tu podporu a sílu k léčbě jsem ale dostala, to nechci kritizovat. Víte, stálo to vše mnoho peněz, skoro partnerství, a také mé aktivní roky. Jsem stará a unavená.*“ Péče byla velmi podporující a pacientka měla sílu, absolvovat ten kolotoč stále dokola. Dnes ale nemá sílu na nic. Veronice jsem se věnovala a pracovaly jsme spolu tělesnou terapií, s metodou Biorelease a zaměřovala jsem se na využití podporujících technik. Při našich společných sezeních, se Veronice otevírala témata z dětství s matkou a objevil se i nesoulad k tomu, aby ona sama mohla být matkou. Cítila se stále jako malá odpovědná dívka, která nesmí polevit v profesních povinnostech, aby nezklamala svou maminku. V současné době Veronika navštěvuje psychoterapeutku pravidelně a pracuje na svých tématech. Změnila zaměstnání, nechtěla pracovat již na manažerské pozici, její vztah se rozpadá. Rozhodla se, že o děti usilovat již nechce.

Rodinná anamnéza

Paní Veronika vystudovala Vysokou školu ekonomickou, obor zahraniční obchod a finance. Promovala s červeným diplomem a stále je na to patřičně pyšná. Veronika hodně dbá na svůj odborný profil, ale i vzhled. Plynule hovoří anglicky a francouzsky. „*Nikdy jsem nepochopila, proč já nemohu otěhotnět, dodržuji zdravý životní styl, každé ráno běhám, cvičím, vařím si velice zdravě, jen tak bych něco nesnědla, velice dbám na složení potravin. Odstěhovala jsem se s manželem za Prahu, blíže k přírodě, a když vyjde čas a jsme spolu, tak jsme v přírodě.*“ Veronika po škole budovala kariéru v bance a dlouho nemohla najít přítele. „*Žádný muž neodpovídal mým představám, chtěla jsem skutečně najít muže, který mě a naše děti zabezpečí, bude velice chytrý a inteligentní. Přála jsem si, aby měl vysoké postavení v zaměstnání. Já sama mám vysoké postavení a potřebovala jsem muže, se kterým si budu rozumět.*“ Veronikina maminka je rozvedená úřednice, která po odchodu manžela, který odešel, když děti byly v předškolním věku, k jiné ženě, zůstala na péči o děti sama. Veronika

je její starší dítě a má bratra, který je o čtyři roky mladší. Bratr Veroniky má dvě děti, které vychovává se svou ženou. Veronika svého otce nezná, naposledy ho viděla v pěti letech, kdy opustil její maminku. Nikdy ho již nevyhledávala. „*Maminka si přála, abych byla chytrá a něčeho v životě dokázala. Moc si přála, abych šla na vysokou školu. Abych měla krásný život a v práci, abych byla nejlepší.*“ S manželem se Veronika seznámila před deseti lety v zaměstnání, byl to klient banky, kde Veronika pracuje. Manžel Petr je o 20 let starší než Veronika. Petr vede nadnárodní společnost a mnoho času tráví pracovně v zahraničí. Petr je rozvedený a z předchozí ženou má 2 děti. „*Petr ani děti nechtěl, protože je má s předchozí ženou, ale věděl, že pro mě je důležité mít děti, a tak se rozhodl, vzhledem k tomu, že má děti již starší, mít se mnou dítě.*“ Vztah s Petrem popisuje Veronika hezky. K Petrovi velice vzhlíží. „*Petr mně dal konečně to, co jsem potřebovala, je hodný, laskavý, pracovně je sice hodně mimo domov, ale snažíme se být každou chvíli v kontaktu. Petrův spermioqram byl vždy v pořádku, i když je starší než já. Jsme si oba vědomi, že příčinou toho všeho jsem já. Jen se neví vlastně proč, jedině co mně našli lékaři je alergie na spermie, ale to se obejde cestou metody umělého oplodnění, takže v tom již problém také není. Tak nevíme, kde ten problém je. Maminka nám vždy držela palce. Když jsem měla těžké chvíle, pomáhala s domácností. Nikdy jsem také nechtěla odejít z práce, a tak spojit léčbu s mou prací bylo náročné. Každý negativní výsledek pro mě znamenal sílu začít ten boj znovu a vždy jsem si přála vyhrát. Poprvé jsem se skutečně zastavila, až před nedávnem. Když jsem si začala konečně uvědomovat, co to tolik let dělám. Ničím sebe, své tělo a svou rodinu.*“

Shrnutí

Klientce jsem nabídla krátkodobé terapeutické ošetření Biorelease a práci s tělem a poradenství v oblasti jak dál. Svou práci jsem soustředila na to, abychom našly dobrého psychoterapeuta. Při terapeutické práci jsem sledovala nároky jejího života, které plynuly ze strany požadavků matky a odpovědnost Veroniky, splatit mamince dluh za péči o ní a bratra. Velké téma se také otevřelo při práci s tělem, kdy se Veronice vynořila vzpomínka z pubertního věku, že když byla na gymnáziu, měla v tu dobu vážnou známost, byla hodně zamilovaná, ale maminka jí v její známosti nepodporovala. „*Maminka se velice bála, abych neotěhotněla, abych neměla dítě, abych si nezkazila život.*“ Prosba matky, aby Veronika neměla děti a nezkazila si život, tak v nevědomí mohl odrážet i vztah k plodnosti v pozdějším věku. Tíha a ambice, které sama matka nemohla v životě uspokojit a přála si je naplnit u svých dětí, se Veronice promítají do současnosti.

Psychosomatické aspekty se ukazují ve vztahu k matce, k profesní, ale i osobní náročnosti života. Velmi podstatné je zmínit i vztah k mužskému vzoru, v dětství se u klientky neobjevil žádný pozitivní mužský vzor, otec s nimi nežil a o Veroniku se nezajímal, matka s žádným mužem nežila. Zde jen hypoteticky si dovoluji zmínit imunitní tělesné reakce Veroniky proti spermiím, které mohou být odrazem nežitého otce, muže. Dnes Veronika žije s mužem, který je o 20 let starší a manželství je pro ni šťastné. Tělesně Veronika i ve svém již středním věku působí, jako mladá dívka a i její tělo je štíhlé a dokonalé, bez známek ženské zralosti.

4.4.5 Kazuistika č. 5

Uvedení do problematiky

Šárka 25 let, není pacientkou kliniky asistované reprodukce. Obrátila se na mě na doporučení svého gynekologa s žádostí o poradenství řešení své situace s plodností v blízké budoucnosti.

Současná situace, uvedení do problematiky

Šárka je v současné době po operaci těžké endometriózy v rektovaginálním septu. Při operaci musela být provedena reverzibilní stomie tlustého střeva, pro její masivní rozsah. Svůj zdravotní stav začala řešit se svým gynekologem, a protože se bolesti stupňovaly, odeslal ji do Prahy na kliniku, kde byla provedena laparoskopie. Šárce byla oznámena diagnóza vážné endometriózy. Bylo nutné provést další operační zákrok, který vedl k odstranění endometriozních ložisek. „*Po operaci to bylo hrozné. Stalo se to, že mi z pochvy tekla stolice, lékař říkal, že střevo prasklo, tak mne museli opět operovat*“. Bohužel výkon byl tak rozsáhlý a tlusté střevo po operaci prasklo, musel být proveden dočasný vývod tlustého střeva, a také částečná plastika pochvy. Momentálně je Šárka šest měsíců po operaci. Vše se hojí. Lékaři Šárce sdělili, že bude moci být vývod odstraněn a znovu obnovena funkčnost střeva. Šárka navštěvuje každý týden sezení a pracujeme Biorelease metodou a práci s tělem. Dotýkáme se aktuálních témat, které se týkají jejího těla, přijetí dočasného vývodu střeva, hovoříme o sexuálním životě, který momentálně není možný. Přítel Šárce pomáhá, Šárka však začala pozorovat, že mnoho času tráví i s mobilem a dopisuje si s jinými ženami. Cílem práce s Šárkou je najít v jejím těle co nejvíce sebeozdravných procesů. Posílit její sebevědomí a přijetí. Při společné práci sleduji vztah k ženám, k autoritám. Za největší problém popisuje

vztah s babičkou, maminku popisuje hezky, ale v hlubší chvíli a v terapii se vynořují poporodní vzpomínky nepřijetí. Šárka tyto situace konzultuje i s maminkou, která jí sdělila, že jí po porodu odmítla, protože byla slizká a vypadala ošklivě a ona měla pocit, že jí nechce. Nekočila ji a musela být jí nasazena umělá výživa. V prvních týdnech po porodu o ni pečovala babička, která dle Šárky nebyla milující, ani hodnou babičkou, ale přísnou. „*Babička mi říká dodnes, že jsem byla pomalé dítě, že jsem ani nechtěla chodit na nočník, že se mnou byly jen starosti. Myslím, že proto jsem pak měla skutečně celý život ty problémy, celé dětství mě bolelo břicho, celé dětství jsem měla problémy s vyprazdňováním.*“ Do dnešního dne, jí vyprazdňování způsobuje obtíže, až dnes, kdy má Šárka vývod přestala vyprazdňování vnímat.

Rodinná anamnéza

Šárka pochází z úplné rodiny. Vystudovala střední školu zaměřenou na sociální služby. Po škole ale nastoupila jako vedoucí obchodu prodávající oblečení zahraniční luxusní značky. Šárka o sobě sděluje, že nikdy neměla moc kamarádek a byla více samotářská. V současné době tři roky chodí s přítelem, který žije v jiném městě. V pracovních dnech u něj Šárka žije, na víkend jezdí k rodičům. Přítel Šárky je o čtyři roky mladší a pracuje v bezpečnostní agentuře. Rodina žije v malém městě v rodinném domě, na stejném pozemku, kde má dům i babička z otcovy strany (dědeček zemřel na rakovinu slinivky, když bylo otci Šárky 12 let). Maminka pracuje jako účetní a otec je zámečnický. Bratr je o dva roky starší a již je starostou jejich rodného města. „*Bratra mám strašně ráda, všichni ho mají u nás doma rádi. Vždy byl mnohem šikovnější a chytřejší než já. Vysokou školu nedostudoval, ale i tak má velkou kariéru. Já jsem mu vždy záviděla vztah s babičkou. Mně ona ráda neměla, ale pro brášku udělala vše.*“ Otec Šárky v rodině nehrál významnou roli, celý život trávil ve své pracovně u domu nebo pracoval na zahradě. Pro rodinu je velice důležité, aby okolí jejich domu a dům samotný byl ten nejlepší v obci. Babička zdělila pozemek po svých rodičích a je pro ni velmi důležité, aby rodina žila spořádaně a udržovala místo, kde žijí co nejlépe. „*Minulý rok, jsme si také pořídili na náš pozemek velký bazén. Už ten nejmodernější a konečně nemusíme jezdit nikam na dovolenou, protože u nás doma je to jako na dovolené.*“ To co nejvíce Šárku doma zatěžuje, je její babička, ke které nikdy nenašla cestu. „*Babička se ke mně stále chová kriticky, vše co jsem v životě udělala, nebylo dobře. Vystudovala střední škola a stejně jsem slyšela, že na to nemám. Maminka velmi často říkala, že to nemám řešit, že ona se tak chová ke všem ženám i k ní a ať se tím neustále nezatěžuji, že dům je velký, a že*

mám pro sebe svůj prostor. Až když jsem začala mít ty velké úporné bolesti břicha před rokem, babička se mně zeptala, jestli bych to neměla řešit se svým lékařem, že její dcera, která zemřela na rakovinu vaječníku ve 35 letech, také měla podobné bolesti. Bylo to snad poprvé, co o mě babička projevila zájem.“

Shrnutí

Šárka v současné době dítě mít nemůže. Endometrióza byla úspěšně odstraněna, tlusté střevo a dutina břišní se zhojuje, vaječníky nebyly odstraněny, menstruační cyklus je momentálně pravidelný. Endometrióza je však onemocnění, které se ve většině případů vrací.

Pro Šárku bude nyní důležitá dlouhodobá psychoterapie, při které bude docházet ke zpracování jejích témat, velká podpora její osobnosti a dosycení primárního přijetí. V rodinném vzorci se ukazuje neprůbojná matka, přísná babička a neideální vzorec otce. Podstatné je i práce s klientkou na jejím pohlavním životě, který byl operací znemožněn a regenerace a uzdravení v pánvi je dlouhodobé a klientka má strach, že by při pohlavním styku v budoucnu mohlo dojít k poranění.

Z psychosomatických aspektů lze vysledovat, jak duševní život jedince a neprožití základních symbiotických a láskyplných potřeb v dětství, které mohou vést k tělesné somatizaci v dospělosti, a to především u Šárky v oblasti pánve, kde jsou uloženy naše reprodukční orgány, naše žensství. Nutné je také zmínit, že potřeba vyprazdňování, brzké vysazování na nočník a necitlivé zacházení s dítětem v průběhu análního stadia, kdy se dítěti potřeba vyprazdňování nedaří, může somatizovat potíže s vyprazdňováním celé dětství, vést k bolestem břicha a následně i k rozvoji vážných tělesných nemocí. Pokud dojde i k duševnímu uzdravení a přijetí života a zpracování duševních témat, které se zde mohou tělesně projevit, bude možné, že se Šárce podaří vést i plnohodnotný život v roli ženy a následně v roli matky.

4.4.6 Závěr první praktické části

Na položenou výzkumnou otázku (Jaká je spojitost s prožitým a neplodností?) nacházím odpovědi již v raném dětství.

V kazuistikách došlo k určitému nesouladu v duševní stránce jedince a můžeme se domnívat, že vliv primární rodiny a v mnoha případech nevhodné rodinné vzorce, mohou

poukázat na problém tělesných onemocnění a vyvolat psychosomatické obtíže v pozdějším životě, v našem případě se jedná o ženy, které nemohou otěhotnět.

Spojitost s neplodností a s tím, co ženy prožívají, hraje důležitou roli. Analýzy jednotlivých kazuistik ukazují na nedostatky psychosociálních vztahů v dětství a ukazují se jednotlivé problémy v rodinných systémech. Společné a zásadní u všech kazuistik je vztah k vlastní matce, který byl v určité fázi vývoje narušen. Vzorec otce, který nebyl pozitivním vzorem partnera matky. V první kazuistice se jedná o přísnou matku a nedostatek mateřské lásky, neideální vzor otce, který nevěnoval svým dcerám žádný čas. Ve druhé kazuistice jde o vztah s matkou, která nebyla pro dceru osobností, a nedošlo k přijetí matky. Svě matky si klientka nevážila pro její hypochondrické chování. Otec nezastal v rodině žádnou mužskou autoritu, utekl od řešení svého vztahu se svou ženou a stal se alkoholikem. Ve třetí kazuistice matka nedokázala ochránit svou dceru před svým násilným partnerem. Klientka vyrůstala ve velmi traumatickém rodinném prostředí. Ve čtvrté kazuistice byla milující matka, ale na svou dceru projektovala své nedostatky a přála si, aby její dcera měla lepší život než ona sama. Otec, muž v této rodině chyběl. Pátá kazuistika je o ženě, která přichází o svou plodnost ve věku, ve kterém na děti ještě nepomýšlí, lze sledovat raná dětská témata, nepřijetí matkou po porodu a nevytvoření symbiotického vztahu s matkou, kdy péči přebrala babička, která sama není ideálním ženským vzorem, muži v této rodině nejsou autoritativní.

Z dalších vlivů, které se v kazuistikách ukazují, je vzhledem k početí nutné zmínit i prožívání sexuálního života, který se pro ženy stává jen jako povinnost vztahu, nikoli prožíváním, které má vést k hluboké lásce a k splynutí mezi mužem a ženou.

Na druhou výzkumnou otázku (Jaké psychosomatické potíže se ukazují v životě pacientky a jak je pacientka vnímá?) lze odpovědět, že psychosomatické obtíže u neplodných se mohou ukazovat jako funkční porucha orgánů, která může vzniknout v pánevní oblasti, jedná se vlastně o nemožnost počít dítě a stát se matkou. U žen z kazuistik se objevovaly především tyto tělesné potíže - poruchy menstruačního cyklu, endometrióza, nedostatečná ovariální rezerva, nekvalitní vajíčka, následně nemožnost počít a udržet embryo v děloze.

Další důležité aspekty, které nelze opomenout, jsou vztahy s muži. Velký vliv má samozřejmě i mužský potenciál a psychosomatika partnera, ale ten nebyl předmětem výzkumné části a v kazuistikách se ukazuje druhotně. Pouze ve druhé kazuistice u Petry je významný andrologický faktor, kdy manžel klientky prodělal onkologické onemocnění a

přišel o funkčnost reprodukčních orgánů. Kdybychom se chtěli poohlédnout, kde tyto funkční poruchy vznikly a následovaly tak partnerův život, objevilo by se zřejmě více.

Mé zkušenosti z praxe na klinice Unica, po rozhovorech s několika desítkami mužů o jejich problémech s plodností, ukazují, že většina funkčních poruch spermií, které snižují plodnost mužů, ukazují na jejich psychosomatické obtíže, které vznikají jako u žen stresem, zvýšeným pracovním výkonem a napětím, které jsou dány dnešní dobou, ale stejně jako u žen i dětstvím, kdy v určitých fázích nedošlo k tzv. zdravému symbiotickému vývoji s rodiči s matkou a otcem.

4.5 Rozhovory s lékaři

4.5.1 Rozhovor s prof. MUDr. Zdeňkem Malým, CSc.

Prof. Zdeněk Malý, 63 let, je přednostou kliniky Unica a profesorem gynekologie a porodnictví na Masarykově univerzitě v Brně. Od zavedení ultrazvuku do gynekologické diagnostiky byl v týmu, který v roce 1982 přivedl na svět první dítě „ze zkumavky“ v bývalém Československu. Začátkem 90. let pracoval tři roky jako vrchní lékař ve Vídni. Po návratu byl přednostou gynekologicko-porodnické kliniky Fakultní nemocnice v Brně a od roku 2001 působí na klinice Unica, která se pod jeho vedením stala mezinárodně uznávaným pracovištěm reprodukční medicíny. Spolupracuje s řadou zahraničních odborníků a je zván k přednáškám na zahraniční kliniky, především v Rakousku a v Itálii.

Jak máte vztah k psychosomatické medicíně a jak jí vnímáte?

Domnívám se, že by to měla být neoddělitelná součást humánní medicíny.

Proč tak usuzujete?

Protože je mi 63 let, jsem 37 let v medicíně a vím, co je to duševní stránka pacienta a vím také, jak je důležitá ta neoddělitelnost. Ale nesleduji ty psychické principy, ale chci pacientům vysvětlit okolnosti toho fyzického problému, je pro mě důležité, aby to pochopili. Psychické konflikty a deprese bývají až druhotné, z nepochopení léčby. Dívám se na to více z pohledu, že pacient má být informován o principech léčby, průběhu léčby, šancích na úspěch či neúspěch, ale nesouvisí to s prožitým, nebo já si to myslím, ani nevím, jak by to mělo souviset.

A dětství pacienta například nějaké nesprávné rodinné vzorce?

To se určitě na neplodnosti nepodílí.

A třeba v Rakousku, kde jste pracoval, je tam psychosomatika lépe vnímána?

To bych netvrdil, tam jsou lékaři více vedeni k tomu, aby s pacientem komunikovali, což v Česku není. A od komunikace se odvíjí základní část psychosomatického působení.

A co si myslíte, ten dnešní stres?

Ten s psychosomatikou vůbec nesouvisí. Je to více trend v dnešní civilizované společnosti a samozřejmě jsou zhoršené reprodukční schopnosti. Životní prostředí negativně působí, chemie, látky, které v prostředí jsou. Ale vůbec si nemyslím, že by na to měly vliv nějaké situace z dětství, jestli žena bude sterilní či nikoli. U muže totéž, vliv dětství na kvalitu spermií nemá žádný vliv. Například kolik žen otěhotní ze znásilnění, brutální věci a ty ženy těhotní.

A co například endometrióza, u které stále nebyla odhalena příčina?

To se neví, ale nenašel jsem žádnou studii, která ukazuje na zvýšený výskyt endometriózy u žen ve stresu.

Proč myslíte, že ty idiopatické onemocnění nemají spojitost s psychikou?

Já jsem o tom nepřemýšlel. Za prvé těch idiopatických sterilít je mizivé procento. Když se udělá důkladná analýza reprodukčního systému té paní nebo pána, tak se najdou důvody, a ty idiopatické jsou více než nedostatečnou diagnostikou. Moderní doba, která přinesla spoustu diagnostických metod, eliminovala idiopatickou sterilitu. Já si nepamatuji, že bych viděl pacientku, kde by nebyl faktor sterility. Ať to bylo na straně pánské nebo dámské, vždy se tam něco ukázalo a je tam vždy nějaký otazník nebo zakopaný pes.

Předpokládáte tedy, že ani ten otazník nemá souvislost s psychikou pacientky?

Tak jestli tam má nějakou adhezi vaječnicků nebo špatné spermie, tak to nesouvisí s psychikou. A s dětstvím už vůbec ne.

A doporučujete klientům nějakou terapeutickou péči?

Nedoporučuji, protože tady žádná není a já sám se snažím pacientům vše vysvětlit, aby tomu byly schopni porozumět a jejich duše se zklidnila. Ale hlavně pacienti nechtějí konzultovat

svůj stav s psychologem, s tím, že nejsou blázni. Společnost není vůbec orientována tím směrem, aby znala souvislosti svého psychického stavu.

Na klinice u Vás budou pracovat nově psychologové, myslíte si, že budou přínosem?

Nedokážu si to představit. A nemyslím si to, při organizaci našeho zdravotnictví to ani není možné.

A co byste doporučil, co by bylo nejlepší pro duši Vašich pacientů?

Na to se nedá odpovědět, těch faktorů je několik a je to pro každého velmi individuální.

A co třeba oblíbené cvičení dle Mojžíšové nebo psychoterapie?

Nevím, to už se nedá hodnotit, Mojžíšová tady byla před 20 let a spektrum pacientů a příčin neplodnosti se celé změnilo. Většina párů není 100% sterilní, nejsou to úplně neplodné páry, mají pouze omezenou plodnost.

U Vás na klinice se s neplodností léčí i mnoho zahraničních pacientů, ti psychologa využívají?

Pouze ti, co se potřebují léčit darovanými oocyty, chodí k psychologovi. Tady u nás tato nabídka také není, a tak tady psychologa supluji já, proto jsem s pacienty tak dlouho, je to ale velmi vyčerpávající a pak jsem já sám zralý na psychoanalytika.

Vy sám máte mnoho stresových podmětů v zaměstnání, chodíte do supervize nebo terapie?

Ještě ne, ale můj kamarád je ředitel psychiatrického oddělení, tak věřím, že až skončím, budu mít dobrou péči.

4.5.2 Rozhovor s lékařkou MUDr. Andreou Paškovou, Ph.D.

MUDr. Andrea Pašková, 37 let, pracuje jako gynekolog a porodník na Gynekologicko-porodnické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a na klinice pro léčbu neplodnosti Iscare.

Máte vztah k psychosomatické medicíně, jak jí vnímáte?

Ženy jsou hodně citlivé bytosti a psychika může ovlivňovat jejich zdraví. Psychosomatiku ve své podstatě respektuji, ale ne každý jí může porozumět. Soustředím se více na léčbu těla a tělesných příznaků.

Sledujete i jiné podstaty vzniku nemocí, než čistě medicínské například ty, které mají mnoho společného právě s duší?

Když je pacientka svolná k té komunikaci, tak lékař může během rozhovoru zjistit informace i o duši, které mohou souviset s daným problémem. Pokud něco zjistím a je pacientka naladěná komunikovat o jejím problému a je prostor a čas tak to řeším, ale běžně to v pacientkách nevyvolávám, je to na nich, pokud má pacientka zájem a řekne si o to, tak doporučím například psychologickou poradnu, pokud se pacientka nezeptá, poradnu nedoporučím.

A to i v případě, když cítíte, že ji potřebuje?

Myslím si, že v té společnosti spousta pacientek nahlíží velmi negativně na psychologickou péči, a nechtějí ji. Ještě stále vládne pojem psychologie = psychiatrie, a to znamená, že člověk není v pořádku.

Posíláte pacientky ke konkrétnímu psychologovi, nebo to necháváte na jejich volbě?

Je jich málo, většinou jim sdělím, ať se podívají na internetu. V ordinaci na to není mnohdy čas.

Jaký má vztah plodnost a psychika?

Nemyslím si, že neplodnost je čistě psychosomatické onemocnění, myslím si, že se podílí pouze na idiopatické neplodnosti. Setkávám se asi s 20 % pacientek, které mají idiopatickou neplodnost, ale vždy je tam jasná medicínská spojitost.

S jakou nejčastější příčinou se u neplodnosti setkáváte?

Myslím si, že příčiny se nemění, mění se věk pacientek, a to je dáno společností. Ženy se realizují, jsou dlouhodobě ve svazcích, které se pak rozpadají, nejsou naplněné. Je to tlakem, změnou společnosti. Ženy mateřství odsouvají, mají svou kariéru. O spermiích, životním prostředí a způsobu života nemluvě.

Jaké psychosomatické aspekty můžete vyzorovat?

Jsou ve velkém stresu, mají vyšší postavení ve firmách, často létají letadlem, cestují, menstruační cyklus i v tomto nesouladu bývá ovlivněn. Pokud jsou ženy v klidu doma s dětmi a pečují o rodinu, těhotní spontánně bez komplikací.

Velkým nedostatkem je soustředěnost na to chtít mít dítě, dále nedobré vztahy v partnerství, když je toto vyřešeno, tak se jim paradoxně zlepší výsledky léčby.

4.5.3 Rozhovor s lékařem primářem MUDr. Janem Štelclem

MUDr. Jan Štelcl, 38 let, je vedoucím lékařem kliniky Unica, celý svůj profesní život se specializuje na gynekologii a porodnictví, nyní se zaměřením na reprodukční medicínu. Působil jako sekundární lékař v Nemocnici Milosrdných bratří v Brně a na Gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice Brno. Po získání atestace v oboru gynekologie a porodnictví pracoval několik let na oddělení gynekologické onkologie v Masarykově onkologickém ústavu v Brně, kde se zabýval komplexní léčbou pacientek s nádorovými onemocněními. V současné době se specializuje na léčbu neplodnosti a je vedoucím lékařem kliniky Unica.

Jaký máte vztah k psychosomatické medicíně a jak ji vnímáte?

Kladný a vnímám jí jako nedílnou součást moderní medicíny.

Myslíte si, že psychosomatika ovlivňuje neplodnost?

Ano, stres nervové bloky, bloky na páteři, vnitřní disharmonie organismu, zhoršená funkce jednotlivých orgánů, neurohumorální disbalance, setkávám se s tím denně.

Doporučujete pacienty k odborníkovi, psychologovi nebo psychoterapeutovi?

Já jim doporučuji někam zajít. Více hovoříme o Mojžišové metodě nebo akupunktúře, ale konkrétní odborníky neznám. Pro mě nabídka na trhu není, ale je pravda, že se o to až tak nezajímám. Zním Chválu, Máslovou, ale žijí v Brně, Chvála je v Liberci a Máslová v Praze. Je to kontroverzní, ale jsem toho zastánce, bohužel pro část pacientů je nepřijatelné chodit někam k terapeutovi.

Proč myslíte?

Medicínská tradice, která se soustředí více na somatickou část nemoci, ale i finance, uvažování a přemýšlení o zdravotních problémech o příčině a následku choroby.

Hovoříte tedy s pacientem v ordinaci o duševních tématech?

Ano, vždy si na to najdu čas.

A jak na to reagují?

Individuálně.

Jak vidíte budoucnost propojení psychosomatické a psychoterapeutické páče reprodukční medicíny?

Musí být větší osvěta v mediích. Více informací pro lékaře, vzdělávání již na fakultě. Úhrada pojištěncům a konkrétnější představa pro lidi. Stále mají velký strach ze stigmatizace psychologem, psychiatrem. Lidé si to nepřiznají.

Myslíte si, že idiopatické příčiny jsou spojeny s psychosomatikou?

Mimo jiné.

Co endometrióza?

Myslím si, že nejdříve je endometrióza a pak psychika. Pacientky z těch bolestí mají deprese.

Nemyslíte si, že by endometrióza, která nemá stále odhalenou příčinu a je ve vašich ordinacích častá, je zapříčiněna například „nějakou neurózou“, kterou žena nemá v sobě vyřešenou?

To ano, tak to také může být.

Myslíte si, že lékařská společnost začíná více nahlížet na psychosomatickou léčbu?

Velmi pomalu, ale ano.

Jak pečujete Vy o svou duši, navštěvujete například supervize?

Nemám na to čas, ale vím, že bych to potřeboval, již jsem se hlásil k jedné psychologce, ale ta mne nevzala pro nadbytek pacientů, tak jsem to vzdal a navíc ta péče není levná.

Vidíte u pacientů něco v rodinných vzorcích, konstelacích, co by mohlo ovlivnit neplodnost?

Strach, úzkost, tlak okolí, něco z dětství určitě, ale může to být i strach z porodu.

Ale i to, že pár nesouloží. Myslím si, že v těch negativních vzorcích se může vyplavovat „něco“ neuro-humorálně, co např. následně může rušit receptivitu endometria, která je potřebná k tomu, aby žena otěhotněla.

4.5.4 Rozhovor s lékařem MUDr. Tomášem Frgalou, Ph.D.

MUDr. Tomáš Frgala, 50 let, je specialistou v oboru reprodukční medicíny. Několik let působil v zahraničí, konkrétně na Univerzitě Jižní Kalifornie, kde pracoval na řadě projektů a studií zaměřených na výzkum nových látek v léčbě nádorových onemocnění. Několik let působil jako onkogynekolog. V posledních letech se také podílel na studiu nových postupů v oboru reprodukční medicíny.

Jak vnímáte psychosomatickou medicínu?

Jako ovlivnění fyzického stavu organismu a jeho přirozených fyziologických funkcí psychickými pochody, ale i naopak.

Myslíte si, že neplodnost svou příčinu v psychosomatice?

Ano, tělesné funkce jsou ovlivněny psychickými. Nedokážu to podložit vědecky, ani žádnou konkrétní observací. Velmi často slýchám, že je to úzce propojeno. Mám před těmito výroky, ale velký respekt. Nemůžete říct pacientovi, to je psychosomatické. Je nutná velká dávka citlivosti a pochopení pacienta můžete jen jemně vést. Já samozřejmě hledám tu nejlepší léčbu, ten nejvhodnější postup. Já chci prospět každé pacientce a v každé chvíli k ní tak přistupuji, chci pro ni udělat maximum a snažím se nehodnotit, hledám cestu, co pacientka potřebuje.

Myslíte si, že vaším empatickým přístupem a tím, že s pacienty jste skutečně celistvě, ovlivňujete i úspěšnost léčby neplodnosti u Vás na klinice?

Nejsem zpětně schopen hodnotit, jestli to ovlivňuje jejich psychosomatickou stránku. Přistupuji k pacientce bez jakýchkoli předsudků a pak nesleduji, jestli to mělo nějaký vliv či nikoli.

S jakým psychosomatickými aspekty se nejvíce setkáváte v poradnách u neplodných párů?

Tak například přístup k pohlavnímu styku, k milování, ten pocit ta intenzita, kterou do toho ten člověk vkládá je důležitý a hraje to svou významnou roli. Samozřejmě partnerský vztah, někdy se stane, že dítě chce pouze jeden a druhý je k tomu nějakým způsobem tlačěn, ale pak to jsou páry, které mají skutečné problémy medicínské.

Nechci ale mluvit jen o ovlivnění psychiky a těla, ale jak jsem říkal na začátku rozhovoru o ovlivnění psychiky na základě určité nefunkčnosti těla v našem případě neplodnosti. Léčba neplodnosti je o trpělivosti a u nás je jí mnohdy velice potřeba.

Sledujete u některých pacientů, že Vás ani nepotřebují a že byly vyléčeny i jinou cestou než umělou reprodukcí?

Krásné jsou například ty příběhy, kdy pár přijde řešit své problémy, je naplánována léčba a najednou spontánně otěhotní, těchto párů je méně, ale jsou a nám dělají velkou radost. Zřejmě dojde k nějakému uvolnění napětí, které je způsobeno nemožností otěhotnět v době, kdy si to přejeme, kdy to chceme.

Spolupracujete s psychologem, psychoterapeutem?

U nás na klinice psychologickou péči supluje my, lékaři a sestry, koordinátorky a je to velmi důležité, neopomenutelné. I když máme samozřejmě možnost pacienta poslat do psychologické péče, tak přesto od nás očekává podporu a krizovou intervenci, v případě opakovaných nezdařilých pokusů otěhotnět. Očekávají to především od zdravotní sestry nebo koordinátorky, která je s párem v neustálém kontaktu, ví o nich vše, ten vztah nebývá napjatý a role sestry je v tomto velice významná. Psycholog je asi významný, pokud se pacient pro něj rozhodne, ale já vidím zásadní význam v tom, vzdělávat psychologicky zdravotníky, kteří jsou s párem v každodenním kontaktu.

Mělo by tedy význam zvyšovat edukaci sester na disciplíny, které se týkají krizové intervence, psychologie, psychosomatiky?

Ano, jednoznačně, pacientky sestrám důvěřují a potřebují je.

S jakou nejčastější příčinou neplodnosti se dnes setkáváte?

Pracuji na klinice osm let a musím se stále zamýšlet nad tímto dotazem. Z toho co vidím je to především andrologický faktor, ale může to být tím, že spermie na rozdíl od vajíček lze velice dobře analyzovat a hodnotit, ale civilizační faktory působí zřejmě na obě pohlaví. Ale to jsem neobjevil nic nového. Tak například studie ukazují vlivy bisfosfonátu, který je vylučován plastovými láhvemi a poškozuje pohlavní buňky.

Můžeme situaci svádět na vliv civilizované společnosti, moderního úžasného pohodlného zábavného života, který žijeme, do kterého patří běžná dostupnost všeho možného například wifi k mobilům. Jsme pořád připojeni, ale za cenu toho, že mobil neustále něco vysílá a zárodečné buňky mohou být ovlivněny. Víím, že nejsou na to jednoznačné studie, které by to skutečně potvrdily, lze o tom diskutovat, ale myslím si, že to může být jedna ze zásadních příčin neplodnosti. Další příčinou neplodnosti může být rozpoložení páru. Jsou páry, které si skutečně přejí dítě a jsou v harmonii, ale jsou páry, kde to není vždy jednoznačné, jeden si dítě přeje a druhý pouze následuje jeho přání, přestože si sám dítě nepřeje.

A co například endometrióza, kterou má značná část našich pacientek a je považována za jednu z příčin neplodnosti. Myslíte, že toto onemocnění může mít nějakou spojitost s psychosomatikou?

U endometriózy vidím právě to druhotné působení na psychiku, ženy velice zužuje a sekundárně může vyvolávat úzkosti a pocity méněcennosti, navíc bolest, která ji doprovází je pro mnoho žen velice náročná. S léčbou jsme dnes už opět dál a věřím, že pacientkám dnes již dokážeme velice dobře pomoci. Je to onemocnění primární a samozřejmě není ojedinělé. Nemyslím si, že její příčiny jsou psychosomatické. Četl jsem mnoho teorií vzniku endometriózy, některé jsou tak zajímavé, že bych jim mohl i věřit, ale vliv je více chemický než psychický. Těch názorů a studií, které na endometriózu ukazují je hodně, ale nikde se nepopisuje o psychosomatických příčinách.

4.5.5 Rozhovor s MUDr. Ondřejem Matěnou

MUDr. Ondřej Matěna pracoval sedm let na gynekologicko-porodnickém oddělení ve Vyškově, kde se kromě praktického porodnictví a gynekologie věnoval endoskopickým operacím. Cenné zkušenosti získal při stáži v Masarykově onkologickém ústavu v Brně. V Unice pracuje od počátku roku 2015.

Myslíte si, že nemoci mají základ v psychice?

Obecně v gynekologii je to strašně evidentní, psychika je součástí nemocí.

Vždy se na to hledělo, aby o ženy bylo dobře pečováno a ty nejzákladnější věci jako porod, pravidelná menstruace jsou nezpochybnitelně svázány se stavem mysli a se stavem duše. Má to i logiku, že žena musí být v pohodě, aby mělo význam menstruovat a počít. Psychosomatická medicína je tedy pro mě součástí medicíny.

Jak vnímáte psychosomatickou medicínu?

Jako součást léčby neplodnosti. Víme, že obecně ženy jsou více na tyto změny vnímavé a má to i racionální základ. Pokud žena není psychicky v pohodě, tak z důvodů evolučního není dobré, aby počala. Nemenstruuje, neovuluje. Příroda očekává ty nejvhodnější podmínky, aby mohla počít a donosit dítě. V dobré psychické kondici má žena i lepší schopnost připravit se na porod, ten se pak ubírá lepším směrem.

Se kterými příčinami se nejčastěji setkáváte?

Jednoznačně s neplodností, kterou trpí ženy po třicítce, mnohdy ani nejsou příčiny objasněny. Respektive se usuzuje na nedobrou kvalitu spermií a oocytů, která je dána věkem. Dlouhodobý tlak s plodností a neplodností je dnes na ženy ve středním věku, kolem třicítky a více, kdy pak nastává velmi často problém otěhotnět.

Myslíte si, že nejčastější problém neplodnosti, je odsouvání plodnosti do středních let?

Ženy jsou dnes tlačeny k výkonu, ke kariéře. Společnost je nyní tlačí k tomu, že se založením rodiny nemusí spěchat. Je nutné se nejdříve prosadit a posunout v práci. Ženy o sebe hodně dbají, vypadají dlouho mladě, žijí zdravě, nekouří, říkají si, že jejich matky měly také děti, tak proč by ony nemohly otěhotnět. Příroda je pak může ve čtyřiceti překvapit, že přestože jsou krásné a svěží, tak jejich vaječníky již nefungují, jak by bylo třeba k otěhotnění. Navíc samozřejmě máme mnoho dalších psychosomatických potíží, které se s věkem stupňují.

Orientace společnosti by neměla být jen úsilím o úspěchy, ale měli bychom si uvědomit hlubší hodnoty. Přemýšlet nad tím, co je podstatné, ale to se týká i mužů.

Myslíte si tedy, že dnešní doba není ideální pro mateřství?

Ano. Nepřipravujeme se na to dobře, abychom byli rodiči. Připravujeme se dobře na výkon, úspěchy.

A psychosomatické aspekty vnímáte jaké?

Samozřejmě i odsouvání plodnosti lze považovat za psychosociální téma, jak tvrdíte. Dále je to mnoho témat. Vidím tam ty stopy z dětství, i některé kazuistiky mých pacientek na to mohou ukazovat. U početí si myslím, že role musí být zdravě nastaveny, aby mohly pokračovat dále. Proto je někdy nutné je napravit, uvolnit role rodinného prostředí.

Co si myslíte o onemocnění, které neplodnost často způsobují, například endometrióza?

Dovolím si říci, že zde psychosomatika hraje určitou roli. Každá žena retrogradně krvácí, u některé se endometrióza rozvine a u některé ne. Představuji si to tak, že tam, kde se rozvine, nepracuje imunita tak, jak by měla. Podle posledních studií je skutečně prokázáno, že na vzniku endometriózy se podílí imunita. Spojitost imunity a psychosomatiky je, ale netroufám si říci jakým způsobem a kdy se tak děje.

Myslíte si, že by lékař měl mít psychosomatické vzdělání nebo byste na pracovišti preferoval odborníky, psychology apod.?

Je to velice těžké, bylo by dobré, kdyby to zvládnul lékař a k odborníkovi by se dostali skutečně lidé, kteří to mnohem více potřebují. Lékař by měl mít psychosomatický výcvik, gynekolog rozhodně nebo nějaký základ k umění vnímat tu celistvost a zapojit jí do terapie. Já pacientkám sděluji, že je obdivuji, co vše musí zvládat a že by na to neměly být samy a posílám je k psychologům, k psychoterapeutům. V době internetu je možnost najít dobrého odborníka, ale uvítal bych mnohem větší spolupráci s psychoterapeuty, a také by mě bylo přínosné psychosomatické vzdělání, ale v našich odborných kruzích se o psychosomatice moc nehovoří.

Pracujete ve velmi náročné profesi, navštěvujete supervizi nebo psychoterapii?

Nově asi měsíc máme na pracovišti psycholožku, můžeme jí k supervizím využívat.

4.5.6 Závěr druhé praktické části

Rozhovory s lékaři přinášejí názory, jak lékaři předmětné medicíny vnímají a nahlíží na duševní procesy jedinců, které mohou mít spojitost s neplodností. Odpovídají na výzkumné otázky (Jak vnímají lékaři asistované reprodukce psychosociální aspekty neplodnosti, jak vnímají psychosomatiku jako medicínský obor? Využívají i další odborníky, psychosomatiky nebo psychoterapeuty u neplodných párů?).

U každého rozhovoru je zřejmé, že psychika je pro lékaře nedílnou součástí těla a je na ni různě nahlíženo. Lékaři vnímají duši jako neoddělitelnou součást bytí. Sdělují, že si jsou duši vědomi, a že je potřeba v léčbě neplodnosti o duši pečovat. Psychosomatické lékařství je přínosné, jen stále zůstává neuchopeno a možnost vzdělávání v tomto oboru je v České republice velmi opomíjeno. Z rozhovorů vyplývá, že by lékaři uvítali větší informovanost o psychosomatice a někteří z nich by ocenili i další vzdělávání. Velkým problémem však zůstává i čas, který lékař v ordinaci může pacientovi věnovat, a proto je důležitá spolupráce s psychosomatiky a psychoterapeuty.

Navíc je z rozhovorů je patrné, že společnost by měla začít podporovat vliv a postavení rodiny již u mladých párů. Založení rodiny se v dnešní době posouvá do pozdějšího věku, který již v mnoha případech nemusí být pro početí dítěte ideální.

V rozhovoru s panem profesorem Malým je vidět, že považuje duševní nesoulad, až jako důsledek léčby neplodnosti. Podle pana profesora vzniká především z důvodů malé informovanosti pacienta, špatné komunikace s lékařem a z nejistoty v procesu léčby. Zvýšenou komunikací, která dává pacientům povědomí co se děje a jak probíhá léčba, psychické potíže mizí. S problémy v dětství neshledává žádnou souvislost a idiopatické onemocnění vidí, jako nesprávně diagnostikované nemoci. Poukazuje více na to, že moderní doba, která přinesla spoustu diagnostických metod, eliminovala idiopatickou sterilitu a pokud není odhalena tělesná příčina, lékař nedostatečně pacienta vyšetřil. Potíže vidí na straně funkčních poruch reprodukčního systému, odkazuje mnohé na životní prostředí, které negativně působí a plodnost snižuje. Odklad mateřství je pro něj významným faktorem narůstající neplodnosti v dnešní společnosti. Psychoterapeutickou péčí neplodným nedoporučuje, nezná odborníky, u kterých by si byl jist, že to bude přínosné.

Z rozhovoru s paní doktorkou Paškovou je patrné, že si je vědoma spojení duševní a tělesné stránky jedince. Poukazuje na zvýšenou citlivost žen ve vztahu k mateřství, respektuje psychosomatickou péči, ale zdůrazňuje, že ne každý jí může porozumět. Z rozhovoru však plyne jakási nepřipravenost našeho zdravotnictví poskytnout onu péči o duši, nabídnout odborníky ze strany terapeutické oblasti a s nimi spolupracovat. Paní doktorka upozorňuje, že nejdůležitějšími psychosomatickými aspekty, které lze sledovat u neplodných žen je především stres. Paní doktorka upozorňuje, že psychologická a psychoterapeutická péče je stále v podvědomí, že něco není s daným jedincem v pořádku a je více stigmatizující, ale ona sama ve své praxi, pokud žena má zájem a chce tuto otázku řešit, psychologickou péči doporučuje.

Pan primář Štelcl má kladný vztah k psychosomatice a vnímá ji jako nedílnou součást moderní medicíny. Upozorňuje na medicínskou tradici, která se soustředí více na somatickou část nemoci, ale i finance, uvažování a přemýšlení o zdravotních problémech o příčině a následku choroby, které jsou stále více v zasetí moderní medicíny, jelikož dávají mnohem větší jistoty v rozpoznání procesu. Poukazuje i na špatné rodinné vzorce, kdy je přesvědčen, že v negativních vzorcích se může vyplavovat „něco“ neuro-humorálně, co např. následně může rušit receptivitu endometria, která je potřebná k tomu, aby žena otěhotněla. Pan primář by uvítal větší vzdělávání v této oblasti a větší dostupnost odborníků včetně větší informovanosti pacientů.

Pan doktor Frgala při rozhovoru zdůrazňuje, že se více setkává s opačnou situací, kdy onemocnění a poruchy tělesných funkcí ovlivňují psychiku. Před psychosomatikou má respekt. Upozorňuje, že s ní musí být velmi opatrně nakládáno. Psychosomatika je pro něj velmi těžko uchopitelná a nemá vědecký základ, ale nevylučuje zajímavost a zvědavost k této disciplíně. Co sdělujeme pacientovi a je nehmatatelné musí být velmi dobře zváženo. Za nejčastější příčinu neplodnosti v dnešní době považuje odklad mateřství do věku po třicátém pátém roce věku, kdy můžeme mnohem více trpět civilizačními chorobami, než je tomu v mladším věku. Zmiňuje i vliv životního prostředí, které může ovlivnit nejen vliv spermií, ale i vajíček. Za významné považuje vzdělávat psychologicky zdravotní sestry a zdravotnické pracovníky, kteří nejvíce mohou ovlivnit pacienty nejen v průběhu léčby.

Pro pana doktora Ondřeje Matěnu by měl být celostí pohled na pacienta nedílnou součástí a v gynekologii obzvláště. Za nejčastější příčinu neplodnosti označuje posouvání mateřství do středního věku a zároveň zdůrazňuje, že dnešní společnost je zaměřena na výkon

a skutečné hodnoty, které vytváří právě rodina, mohou být opomíjeny. Psychosomatiku spojuje s imunitním a hormonálním systémem, který je právě na psychice závislý. Upřednostnil by větší edukaci v oblasti psychosomatického přístupu pro lékaře.

Diskuze

Pokud nás samotné nezasáhne problém neplodnosti osobně, můžeme si myslet, že léčba neplodnosti pomocí asistované reprodukce je určitý zásah do přirozenosti člověka. Asi ano, ale ve chvíli, kdy pár touží po dítěti a nemá jinou možnost než léčbu pomocí asistované reprodukce, začnete být shovívavější.

Narůstajícími požadavky, které jsou dány zvyšujícím se počtem neplodných párů, udělaly v reprodukční medicíně za posledních dvacet let neobvyklý pokrok.

Dnes embryologové umějí vybrat pomocí různých metod i ze špatného vzorku spermatu životaschopnou spermii, kterou oplodní zralé vajíčko. Vzniklá embrya poté pět dní kultivují a speciálním zařízením 24 hodin monitorují jejich vývoj, aby vybrali ten nejjedlejší produkt početí. Před zavedením embrya také využívají speciální látku, která zvýší šanci na uhníždění embrya v děloze. A navíc pomocí genetické diagnostiky mohou rovněž u embrya zjistit některé závažné odchylky.

Zdá se neuvěřitelné, co se v léčbě umělým oplodněním dnes dokáže, myslím si, že v budoucnu namísto dnešního dokonalého inkubátoru, který sleduje embrya (vyvíjející se mimo tělo ženy) kamerou, aby se do jeho prostředí co nejméně zasahovalo, vznikne třeba i přístroj, který s nimi bude jemně pohupovat, aby se cítila jako v těle své matky nebo jim tento inkubátor bude hrát píseň, kterou jejich matka poslouchá. Snaha vyvíjející se asistované reprodukce je přiblížit se co nejpřirozenějším podmínkám, ale jaký vliv to bude mít na naši populaci dále, zatím není známo.

Nesmíme opomenout při všech těchto informacích o dokonalosti reprodukční medicíny, jejíž úspěšnost léčby se dnes pohybuje okolo 75 %, že je dobré nahlédnout, která lidská a zdravá přirozenost v nás byla potlačena, která vlastně to vše mohla způsobit.

Tato práce a výzkum nahlíží hlouběji na souznění duše a těla. Upozorňuje, že naše tělo a naše duše je jednota, která je součástí našeho života, a tedy i našeho zdraví. Víme, že

vztahy nejen ty první rodinné k matce a otci nelze naprogramovat, ani nijak vytvořit v laboratorních podmínkách. A mohou to být právě ty vztahy, ty životní stresy a dnes velmi časté opomenutí sebe samotného, naše primární já, které se může ztělesňovat v našem těle.

Léčit „biologicky“ je dobré, ale nikdy to nepovede k úplnému uzdravení, pokud zůstane v zapomnění psychosociální léčení. **A stejně se k němu budeme muset celý život navracet.**

Aby bylo tělo uzdraveno, musí být uzdravena i duše. Bude krásné, pokud se narodí dítě do vztahů zdravějšího a plnějšího. Připraveno na další bytostná témata, které náš život doprovázejí. Je to velká, náročná a někdy i životní práce, která určitě může stát za to celkové úsilí. Být individualitou se svojí vlastní strukturou je velká ochrana, kterou můžeme získat a může být výsledkem našeho životního procesu, naší dobré psychosociální terapie.

Léčba neplodnosti vyžaduje moderní medicínu, ale i komplexní pojetí a nesmí opomíjet role psychosomatiků, psychoterapeutů, psychologů, ale i sociálních pracovníků.

Závěr

Tato diplomová práce se zabývá psychosomatickými aspekty. V první teoretické části poukazuje na neplodnost v pojetí moderní medicíny, jak předmětná medicína neplodnost charakterizuje a jak na neplodné páry nahlíží. Podrobněji se věnuje významnému tématu dnešní doby, kterým je odsouvání početí do pozdějšího věku. Prolíná názory nejen odborníků gynekologů, ale i lékařů věnujících se psychosomatice. Druhá teoretická část je zaměřena na jednotnost těla a duše, na psychosomatiku. Obrací se k psychoterapii a vzhledem ke zkušenostem autorky vyzdvihuje biodynamickou psychoterapii.

V praktické části popisuje kazuistiky pacientek, které neplodností prochází a hledá psychosomatické aspekty, které jejich neplodnost mohly vyvolat. Ukazuje se, že některé aspekty, které mohou působit na naši tělesnou strukturu a vyvolat tak tělesný nedostatek se ukazují již v raném psychosociálním vývoji sledovaných žen. Jde především o nedobré vzorce matek a otců, které utvářejí naše vztahy k nám samotným a k okolí. Ve druhé praktické části se zaměřuje na názory lékařů moderní medicíny a jejich vnímání psychosomatiky, ze které plyne, že je nutností začlenit do praxe odborníky, kteří budou s neplodnými pacientkami

pracovat komplexně. Lékaři asistované reprodukce také volají po větší informovanosti z oblasti psychosomatického lékařství.

Nelze se divit, že většina pacientů stále vyžaduje péči, které se věnuje moderní medicína, díky dnešním dokonalým technologiím, postupům a farmakologickému průmyslu se zdá většině pacientů být jistější, efektivnější, a pokud je dobře vedena, i krátkodobější.

Je třeba si ale uvědomit, že nemoc je bio-psychosociální situací, kde nejde pouze o tělo, ale i o duši. Při somatické léčbě moderní medicíny, která se zaměřuje pouze na léčbu těla a opomíjí duši, může v dalším životě pacienta vyvolat vnitřní duševní nesoulad a ohrozit i výsledek léčby.

Prosazení psychosomatického myšlení a psychoterapeutické péče v reprodukční medicíně je v našem zájmu. Terapeuti si uvědomují, že psychosomatická péče a léčba je pro pacienta velice náročná, snad náročnější než léčba somatická. Ale jsme přesvědčeni, že smysl a naplnění života pacienta je důležitý. Jsme si již vědomi, že naše tělo je součástí naší duše. Jsme individuálními lidskými bytostmi s bio-psychosociálním, ale i spirituálním vnímáním a tak bychom se měli snažit, aby k nám i v léčbě neplodnosti bylo takto přistupováno.

5 Slovník pojmů

androgenní – týkající se androgenů, mužských pohlavních hormonů

androgeny – mužské pohlavní hormony

AFC – Antral follicul count - počet zásobných folikulů ve vaječníku

Ashermannův syndrom – gynekologická porucha, při které došlo ke srůstům dělohy

avitaminózy - chorobný stav vyvolaný naprostým nedostatkem určitého vitamínu

borelióza - je infekční onemocnění způsobené přinejmenším třemi druhy gramnegativní bakterie rodu Borrelia

celiakie - onemocnění sliznice tenkého střeva způsobené nesnášenlivostí lepku

diabetes mellitus - cukrovka, chronické onemocnění, která se projevují poruchou metabolismu sacharidů

embryo - zárodek jedince vzniklý oplodněním koncepcí a vyvíjející se v děloze

endometriální polyp – benigní nádory děložního těla

endometrióza - gynekologické onemocnění, při kterém dochází k růstu endometria (výstelka dutiny děložní) mimo dělohu

estrogeny – ženské pohlavní hormony

GnRH – gonadotropiny uvolňující hormon releasing hormon

gonadotropiny – hormony předního laloku hypofýzy, které řídí činnost pohlavních žláz tvorbu pohlavních hormonů a vyžívání pohlavních buněk

gestageny - ženské pohlavní buňky

gonorea – kapavka, častá pohlavní nemoc

hyperprolaktinemi - zvýšená hladina hormonu prolaktinu v krvi

hypofýza – podvěsek mozkový

chlamydie – nepohyblivé bakterie, které parazitují uvnitř buněk a způsobuje u lidí různé druhy infekcí genitálií, očí a lymfatických uzlin

chronická endometritida – dlouhodobý zánět dělohy

interference – znamená vzájemné ovlivňování, prolínání nebo střetání jevů či hmoty

ICSI – injekce (vpíchnutí injekce) spermií do vajíčka endometrióza

in vitro - je odborný termín, používaný v medicíně, biologii a dalších příbuzných oborech pracujících s organizmy a jejich částmi v umělých podmínkách laboratoře

kachexie - silná celková sešlost, chátrání a hubnutí

laparoskopie - je endoskopická operační metoda, zviditelnění ženských pohlavních orgánů

malnutrice - podvýživa

morfinismus - chorobná závislost na morfinu

neurotransmitery - nízkomolekulární chemická látka, která přirozeným způsobem vzniká v nervové soustavě a slouží k přenášení vzruchů

oocyt - samičí pohlavní buňka, ženské vajíčko

parotitida – zánět příušních žláz virového původu

periovariální adheze – anatomicky nebo funkčně podmíněná neprůchodnost vejcovodů

rektovaginálním septu - týkající se konečníku rekta a pochvy vagíny

submukózní myom – nezhoubný tumor pocházející ze svaloviny děložní

toxoplazmóza - toxoplazmóza je parazitární onemocnění člověka a zvířat, které způsobuje prvok *Toxoplasma gondii*

tyreopatie - chorobné postižení štítné žlázy, které způsobuje např. snížení funkce nebo zvýšení funkce

zona pellucida - ochranný obal vajíčka, po oplodnění a v prvních stádiích vývoje obal embrya

6 Literatura

BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7.

BOADELLA, D. *Wilhelm Reich - Průkopník nového myšlení*. Přeložil Oldřich Tegze. Praha: Malvern, 2013. 302 s. ISBN: 978-80-87580-51-6.

BOADELLA, D. *Životní proudy*. Přeložil Oldřich Tegze. Praha: Triton, 2009. 199 s. ISBN: 978-80-7387-692-0.

FALEIDE, A. O., LIAN, L. B., FALEIDE, E. K. *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

HAŠKOVÁ, H. *Fenomén bezdětnosti*. Praha: SLON, 2009. 264 s. ISBN 978-807-4190-209.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. 800 s. ISBN 80-7178-303-x.

HENDL, J; *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HÜLSWITT, T; BRINZANIK, R. *Budeme žít věčně?*. Zlín: Kniha Zlín, 2012. ISBN 978-80-87497-37-1.

CHVÁLA, V; TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie psychosomatických poruch - Rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál, 2004. 228 s. ISBN: 978-80-7367-561-5.

KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Praha: Academia, 2003. 318 s. ISBN 80-200-1055-6.

LOWEN, A. *Bioenergetika - Terapie duše pomocí práce s tělem*. Přeložil Oldřich Tegze. Praha: Portál, 2003. 272 s. ISBN: 978-80-7367-189-1.

MATĚJÍČEK, Z. *Rodiče a děti*. Praha : Avicenum, 1986. 336 s. ISBN sine.

MATĚJÍČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha : Portál, 1994. 98 s. ISBN 808-528-2836.

- MILOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s, ISBN 80-247-1362-4.
- MORSCHITZKY, H.; SATOR, S. *Když duše mluví řečí těla*. Přeložil Petr Babka. Praha: Portál, 2012. 184 s. ISBN: 978-80-262-0310-0.
- PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 2012. 220 s. ISBN: 978-80-7387-547-3.
- PONĚŠICKÝ, J. *Fenomén ženství a mužství*. Praha: Triton, 2008. 220 s. ISBN: 978-80-7387-106-2.
- PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton, 2001. 113 s. ISBN: 80-7254-216-8.
- PONĚŠICKÝ, J. *Člověk a jeho postavení ve světě*. Praha: Triton, 2006. 272 s. ISBN: 80-7254-861-1.
- REICH, W. *Objevení orgonu. Díl první: Funkce orgasmu*. Praha: Concordia. 1993 (překlad německého rukopisu *Die Entdeckung des Orgons, Erster Teil, Die Funktion des Orgasmus*, Leipzig/Wien/Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1927.
- ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
- RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, 2006. 320 s. ISBN: 80-7254-750-X.
- SMITH, E. W. L. *Tělo v psychoterapii*. Přeložila Silvie Struková. Praha: Portál, 2007. 208 s. ISBN 978-80-7367-144-0.
- STAUNTONOVÁ, T. *Body-psychoterapie*. Přeložila Petra Plašilová, Bohumila Loučimová. Praha: Maitrea, 2014. 351 s. ISBN: 978-80-87249-66-6.
- STRAUSS, B. *Involuntary Childlessness. Psychological assesment cousenling and psychoterapiy*. Göttingen: Hogrefe a Huber Publischera, 2002. ISBN 0-88937-198-9.
- TOTTON, N. *New Dimensions in Body Psychotherapy*. Maidenhead: Open University Press 2005. 195 s. ISBN-13 978 0335 21592 8.

Internetové zdroje

ČEPICKÝ, Pavel. Psychogenní neplodnost. *Psychosom.cz* [online]. Praha c2014, /cit. 2014-10-12/. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=1576.

HANA VOLEJNÍKOVÁ A METODA LUDMILY MOJŽÍŠOVÉ. O metodě. *Hanavolejnikova.cz* [online]. Praha: ©2015 [cit. 2015-07-10]. Dostupné z <http://www.hanavolejnikova.cz/o-metode>.

HFEA. Fertility treatment in 2010. Trends and figures. *Dataset.uk* [online]. c2010, [cit. 2014-10-12] Dostupné z <http://data.gov.uk/dataset/human-fertilisation-and-embryology-authority-fertility-treatment-2010-data>.

CHVÁLA, Vladislav. MUDr. Chvála odpověděl na naše otázky. *Podpora léčby neplodnosti.cz* [online]. c2010, /cit. 2015-18-12/. Dostupné z: <http://www.podporareprodukce.cz/article/novinky/doktor-chvala-a-jeho-pohled-na-vec>.

LOEW, H. Thomas. Psychosomatická terapie musí být blíže životu. *Psychosom.cz* [online]. c2015, /cit. 2015-30-06/. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=3782.

MALÝ, Zdeněk. Ideální věk na dítě do třicítky. *Žena-in.cz* [online]. c2015, /cit. 2015-12-01/. Dostupné z <http://zena-in.cz/clanek/idealni-vek-na-dite-do-tricity>.

MALÝ, Zdeněk. Facebook a Apple přispívá v USA zaměstnankyním na zmrazení vajíček. *Unica.cz* [online]. c2015, /cit. 2015-12-01/. Dostupné z http://www.unica.cz/static/media/press_messages_cs/2014-10-17_-_TZ_Mrazeni_vajicek_Facebook_a_Apple.pdf.

MÁSLOVÁ, Helena. Reprodukční lenivost a dětinští muži způsobují epidemii neplodnosti. *Lidovky.cz* [online]. c2015, /cit. 2015-22-04/. Dostupné z http://relax.lidovky.cz/reprodukni-lenivost-a-detinsti-muzi-zpusobuji-epidemii-neplodnosti-1ea/zdravi.aspx?c=A150129_180435_ln_domov_mmu.

RŮŽIČKA, Jiří. Šamanství, léčitelství, moderní medicína a psychoterapie. *Psychosom.cz* [online]. c2010, /cit. 2014-10-01/. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=1137.

ŘEZÁČOVÁ, Jitka. Asistovaná reprodukce v léčbě neplodnosti. *Levret.cz* [online]. c2015, /cit. 2015-12-03/. Dostupné z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-8/?pdf=73>.

ZVĚŘINA, Jaroslav. Počty spermií a jejich kvalita se nezhoršily . *Novinky.cz* [online]. c2015, /cit. 2015-12-01/. Dostupné z <http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/355148-sexuolog-jaroslav-zverina-pocty-spermii-a-jejich-kvalita-se-nezhorsily.html>.

IDNES. Mateřskou odložte, zmrazíme vajíčka, nabízí Apple a Facebook svým ženám.

Ekonomika.idnes.cz [online]. c2015, /cit. 2015-30-02/. Dostupné z

http://ekonomika.idnes.cz/apple-a-facebook-prispeji-pracovnicim-na-zmrazeni-jejich-vajicek-pxz-/eko-zahranicni.aspx?c=A141015_140138_eko-zahranicni_nio.

NEPLODNOST.ORG. Typy a příčiny neplodnosti. *Neplodnost.cz* [online]. c2017, [cit. 2015-30-01]. Dostupné z <http://www.neplodnost.org/typy-priciny-neplodnosti.html>.

SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY. Co je psychosomatická medicína. *Psychosomatika-ČLS.cz* [online]. Praha: ©2015 [cit. 2015-07-16]. Společnost psychosomatické medicíny, Dostupné z: http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=733.

Pro výzkumný projekt: Psychosomatické aspekty ukazující se u neplodných žen

Období realizace: 05/2014 – 07/2015

Řešitelé projektu: Michaela Šilhavá

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Jsem informován/a , že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu:

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu:

V _____ dne: _____

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE:

Autor: Michaela Šilhavá

Instituce: Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Obor: Sociální práce a sociální politika zaměřená na aplikovanou psychoterapii a komunikaci

Název práce: Psychosomatické aspekty neplodnosti

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. JAN PONĚŠICKÝ, PhD.

Počet stran: 82

Počet příloh: 1

Počet titulů české literatury a pramenů: 23

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 4

Počet internetových odkazů: 14

Rok obhajoby: 2015

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:

.....

Uživatel/ka potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využije ve své práci, uvede ji v seznamu literatury a bude ji řádně citovat jako jakýkoli jiný pramen.

Jméno a příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: *Michaela Šilhavá*
 Obor studia: *Sociální práce*
 Název práce: *Psychosomatické aspekty neplodnosti*
 Vedoucí/opponent práce: *Jaroslav Poněšický*

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): *88*
 Počet stránek příloh: *1*
 Počet titulů v seznamu literatury: *27*

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

			X	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		X		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

		X		
--	--	---	--	--

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:

Jaké máte vlastní zkušenosti s příčinami neplodnosti a s jejich psychosomatickou léčbou?
Porovnejte opakované snahy reprodukční medicíny u neplodnosti ve vyšším věku za správně?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce, zvl. její první, teoretická část s přehledem literatury je velmi komplexní a přehledná.
Druhá, praktická část týkající se kvalitačního přístupu zahrnuje 5 případů, jež jsou poměrně stručné a těm i závěry z nich nejsou příliš do hloubky. - Mělo jít upřesnit vlastní zkušenosti.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: *Velmi dobře*

Datum, podpis:

5.9.2015 *Bošáček*

* nehodící se, škrtněte

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

Jméno a příjmení studentky: Michaela Šilhavá
Obor studia: sociální práce
Název práce: Psychosomatické aspekty neplodnosti
Oponent práce: PhDr. Markéta Habermannová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 79

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 40

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přiléhavost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

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)

			3	
--	--	--	---	--

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

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

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

Naplnění cílů práce

			3	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			3	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

			3	
--	--	--	---	--

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Znovu přesně sdělit praktické cíle výzkumu (v práci na str. 10 i 41 jsou uvedené s chybou, nepřesně).
- 2) Autorka upřesní, jakou použila výzkumnou metodu (to v práci chybí) a jak s ní přesně pracovala.
- 3) Podrobněji diskutovat získané výsledky (porovnat kazuistiky mezi sebou, porovnat výsledky s odbornou literaturou, jak spolu souvisí výsledky z kazuistik a z rozhovorů s lékaři apod.)
- 4) Diskutovat možná omezení dané studie.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce předkládá velmi aktuální a podnětné téma, které navíc vychází s dlouholeté praktické zkušenosti samotné autorky, což je potřeba ocenit. Teoretická část přináší přehled hlavních teoretických přístupů k tématice plodnosti, neplodnosti, léčby neplodnosti, možnosti využití psychoterapie i alternativních přístupů. Autorka čerpá z českých i zahraničních zdrojů. Celkový dojem ale velmi kazí některé překlepy a zejména špatné citace jmen autorů a to opakovaně (v textu i v seznamu literatury, např. Matějček a Miovský). Internetové citace nemají uvedený datum a čas. V praktické části je hned v úvodu (str. 10 a 41) 3x chyba v přesném vymezení cíle práce a tak se jen těžko z textu vyvozuje jeho přesné znění. Dále zde úplně chybí kapitola, která by popisovala použité metody práce a nevíme tedy, zda jsou získaná data v dále uvedených kazuistikách pořízena na základě rozhovorů nebo jen třeba studiem dokumentace či dlouhodobým pozorováním. Srovnání jednotlivým kazuistik a získaných výsledků je pak poměrně stručné, což je škoda. Praktická část dále obsahuje celé rozhovory s 5 lékaři. Jejich úplné znění by bylo vhodné dát spíše do přílohy a v textu nechat pouze výsledky dosažené z těchto rozhovorů. Stejně tak slovníček pojmů by byl vhodný dát do přílohy. I přes uvedené výtky je práce doporučena k obhajobě s tím, aby byla doplněna dle otázek.

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Navrhovaná klasifikace: 2 - 3 dle výsledku obhajoby

Datum, podpis: 5. září 2015



* nehodící se, škrtněte