

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy
katedra psychologie

Studijní obor: psychologie
Studijní program: obecná psychologie

PhDr. Ing. Eva Boháčková

FENOMENOLOGIE PROŽÍVÁNÍ MEZNÍCH SITUACÍ

na příkladu akutních porodů císařským řezem

THE PHENOMENOLOGY OF EXPERIENCE IN EXTREME SITUATIONS

Based on the Example of Unplanned Caesarean Sections

Disertační práce

2010

Vedoucí práce: Doc. Ilona Gillernová, Csc, Prof. Oldřich Mikšík, DrSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto disertační práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Horním Bezděkově, dne 27.3.2010

Eva Boháčková

Poděkování

Děkuji mnohokrát svému bývalému školiteli Prof. Oldřichu Mikšíkovi, DrSc., za přínosné debaty a mnohé podnětné připomínky; mé poděkování patří též současné školitelce Doc. Iloně Gillernové, Csc., za ochotu, cenné instrukce a za to, že mě podporovala až do samého konce; dále děkuji všem maminkám, za jejich ochotu podělit se se mnou o své intimní zkušenosti a v neposlední řadě patří velký dík celé mé rodině za nekonečnou trpělivost, toleranci a shovívavost, kterou projevovali v průběhu celé práce.

Abstrakt

Cílem kvalitativní studie s názvem „Fenomenologie prožívání v mezních situacích na příkladu akutních porodů císařským řezem“ je zmapovat a pokusit se popsat fenomén mezních situací, a to především z hlediska jejich dynamiky s důrazem na prožívání. Jako příklad mezní situace jsme si zvolili akutní porod císařským řezem na pozadí historicko – ekonomicko – společenských proměn, který má posloužit jako jakýsi prototyp úspěšného završení mezní situace. Proto byly do výzkumu zařazeny pouze takové případy, kdy přežila jak matka, tak i dítě.

V naší práci si klademe otázku, co znamená pro ženu prožití této konkrétní mezní situace, s jakými pocity může být tento prožitek spojován a zejména, jak byl tento prožitek následně zpracován či vyhodnocen. Nejde nám tak v pravém slova smyslu o zobecnění, protože jde vždy o neopakovatelnou událost, ale spíše se zaměřujeme na nalézání vhodných teoretických rámců, výzkumných metod a bezpečných způsobů, které matkám umožní od prožité události získat odstup a přeinterpretovat tuto citlivou událost pozitivním způsobem. Pak mohou tuto důležitou životní a mnohdy traumatickou zkušenost smysluplně integrovat do svého současného každodenního života a obohatit ho o další prožitkovou dimenzi.

Abstract

Our qualitative study “The Phenomenology of Experience in Extreme Situations Based on the Example of Unplanned Caesarean Sections” tries to map and to describe the phenomenon of extreme situations mainly from the point of view of their dynamic aspects and puts the emphasis on the experience of such. As a typical example of extreme situation we have chosen unplanned Caesarean Section on the background of historical – economic and social changes. Such example is to serve as a prototype of successful ending to the extreme situation. Therefore only such cases when both mother and child survived the delivery were included in our research.

In our work we are laying a question what experience of this concrete extreme situation means to women, what types of feelings may be connected with such experience and above all what various ways there are to cope with such experience.

We are not actually trying to generalize because every such experience is a unique one. We are more searching for suitable theoretical frameworks, research methods and safe ways to allow mothers to gain distance from this difficult and sensitive experience so they can reinterpret such in a positive way. Then they can integrate such important and often traumatic event into their present every day life and enrich it by another experience dimension.

OBSAH

ÚVOD	1
I. TEORETICKÁ ČÁST	3
1. FENOMENOLOGIE V PSYCHOLOGII	3
1.1 Různá pojetí fenomenologie	5
1.2 Fenomenologický přístup	6
2. PROŽÍVÁNÍ MEZNÍCH SITUACÍ	10
2.1 Prožívání	10
2.1.1 Vymezení pojmu prožívání v psychologii	10
2.1.2 Vztah prožívání a vědomí	14
2.1.3 Pojetí čtyř životních světů	17
2.1.4 Kulturní a sociální aspekty prožívání	20
2.2 Mezní situace	23
2.2.1 Pojmosloví	23
2.2.2 Dynamika mezních situací	25
2.2.3 Obecné zákonitosti mezních situací	28
2.2.4 Vyústění mezních situací	37
3. PŘECHODOVÉ RITUÁLY	44
3.1 Přechodové rituály a jejich funkce	44
3.2 Mužské a ženské přechodové rituály	48
4. MATEŘSTVÍ A OTCOVSTVÍ	52
4.1 Mateřství, vznik a typy otcovství	52
4.2 Matriarchát a patriarchát	55
4.3 Proměny rodičovství	58
4.4 Otcovství a mateřství v současnosti	60
II. POROD	70
1. BIOLOGIE A FYZIOLOGIE PORODU	70
2. POROD JAKO PSYCHOLOGICKO – SPOLEČENSKO – KULTURNÍ FENOMÉN	75
3. HISTORIE PORODNICTVÍ	80
4. SOUČASNÉ PROUDY A TRENDY V PORODNICTVÍ	84
4.1 Rozdílné porodnické modely	84

4.2 Proměny porodnické praxe	91
5. PSYCHOLOGIE PORODU	96
5.1 Psychické aspekty v perinatální medicíně	96
5.2 Prožívání těhotenství a porodu	100
5.3 Potřeby a možné psychické poruchy po porodu	112
6. CÍSAŘSKÝ ŘEZ	119
6.1 Historie porodu císařským řezem	119
6.2 Druhy císařských řezů	120
6.3 Indikace k císařskému řezu	121
6.4 Císařský řez v rozvojových zemích	124
6.5 Epidemiologie císařského řezu	128
6.6 Psychologické aspekty císařského řezu	131
III. VÝZKUMNÁ ČÁST	141
1. TEORETICKÝ A METODOLOGICKÝ RÁMEC PRÁCE	141
1.1 Návaznost na předchozí práce a výběr tématu	141
1.2 Mezioborový přístup	142
2. VÝZKUMNÝ PROJEKT	145
2.1 Kvalitativní výzkum	145
2.2 Typ studie	146
2.3 Fenomenologický postup	147
3. PORODNÍ PŘÍBĚHY PANÍ HANY	149
3.1 První porodní příběh	149
3.2 Strukturace prožitkového pole - Prožitkové modality	157
3.3 Druhý porodní příběh	159
3.3 Baumtest paní Hany	164
4. POROD A CÍSAŘSKÝ ŘEZ JAKO METAFORA	165
4.1. O Červené Karkulce	165
4.2 Otesánek	166
4.3 Příběh o Jonášovi	168
ZÁVĚR	170

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ODBORNÝCH PRAMENŮ

PŘÍLOHA

Prohlášení

Dotazník

*"Na hranicích logiky sice přestává věda,
ale nepřestává příroda, která je i tam,
kam ještě žádná teorie nepronikla.
Velebná příroda se u protikladu nezastavuje,
ale využívá ho k tomu,
aby z protikladného vytvořila nové zrození."
C.G.Jung*

I. ÚVOD

Když se narodíme, začínáme se pohybovat a orientovat ve světě, který nás obklopuje. Postupně docházíme ke zjištění, že vše má svoji opozici, svůj protiklad, že existují dva rozdílné světy. Že horké patří ke studenému, den neexistuje bez noci a že život by pozbyl smyslu bez své konečnosti. Že existuje svět vědomí a nevědomí, svět mužů a svět žen. Svět tady a tam. A že tyto světy se mohou v ideálním případě citlivě doplňovat, mohou kolem sebe ohleduplnými a ztišenými krůčky našlapovat a při tom všem přicházet stále více na to, jak jsou jeden pro druhého důležité. Ať už je síla vlivu těchto světů na lidský život chápána jakkoli, patrně jen stěží lze polemizovat s tím, že díky své odlišnosti a nezaměnitelnosti je každý z nich nositelem svého osobitého a jedinečného významu. Ovšem s harmonickým natož dlouhodobým propojením těchto různorodých světů se běžný člověk západního typu setkává zcela výjimečně.

Každodenně můžeme být však svědky bezpočtu nových zrození, která díky své paradoxní povaze nabízejí zcela přirozená setkávání či protínání mnohých protikladných rovin bytí. Porod je možno chápat na jedné straně jako přirozený biologický a fyziologický proces, ale můžeme ho současně považovat za jakési mystérium či „zázrak zrození“; porodní událost propojuje osudově matku s jejím dítětem; porodní cesty jsou přirozeným pojítkem světa vnitřního – nitroděložního se světem vnějším, kde platí zcela odlišná pravidla; a protiklady nejzazší, smrt a život pak představují dvě – naštěstí nestejnou měrou zastoupené – možné varianty vyústění. Jsme si tak dobře vědomi, že stojíme před velmi složitou a komplexní problematikou, do které vstupují faktory nejrůznějšího druhu a řádu.

Vedeni touhou po jasnosti a snahou o co největší srozumitelnost, však nesmíme při tom všem zapomínat, že záležitosti duše, o které nám jde v případě našeho psychologického zkoumání především, jsou procesy prožitkové a jako takové jsou vystaveny neustálým proměnám. Proto zákonitě narážíme na obtíž, jak tyto procesy jednoznačně popsat či pojmenovat, pakliže nechceme to živoucí a pohyblivé proměnit v cosi strnulého.

V naší práci se proto neptáme, kterého pohledu na jev se máme chopit, abychom poskytli vyhovující vysvětlení v souladu s tou či onou filozofií, s tím či oním psychologickým směrem či

teorií, či jak je nutno ten či onen fenomén překroutit, zjednodušit či deformovat, abychom se vešli do hranic dosud známého a vysvětlitelného. Naopak při tomto způsobu uvažování jsme si, pokud chceme být poctiví k sobě i k našemu vědeckému zkoumání, nuceni položit otázku, co se žádá od nás, abychom se mohli vyrovnat s naším tématem na jeho úrovni. Zda zkoumaný fenomén – mezní situace – při veškeré své složitosti a komplexnosti je možno postihnout a vysvětlit pomocí tradičních principů a nebo – do jaké míry a jakým směrem je třeba rozšířit své myšlení, abychom mohli stanout v odpovídajícím vztahu ke zkoumanému fenoménu.

Cílem kvalitativní studie s názvem „**Fenomenologie prožívání v mezních situacích na příkladu akutních porodů císařským řezem**“ je zmapovat a pokusit se více osvětlit fenomén mezních situací, a to především z hlediska jejich dynamiky s důrazem na jejich prožitkovou rovinu. Při vědomí, že porod a péče mu věnovaná značnou měrou odráží změny ve společnosti, v níž žijeme, jsme se rozhodli, že akutní porod císařským řezem, který jsme si zvolili jako modelový případ mezních situací, je užitečné zkoumat na pozadí historických a společenských souvislostí a proměn.

Akutní císařský řez, při kterém dochází k bezprostřednímu ohrožení života matky a jejího dítěte pak pro nás představuje modelovou situaci, prototyp úspěšného završení mezní situace. Z tohoto důvodu byly do výzkumu zařazovány pouze případy se šťastným vyústěním, tedy takové porody, při kterých matka porodila císařským řezem zdravé dítě.

V naší práci si dále klademe otázku, co znamená pro matku a její další život prožití této konkrétní mezní situace, s jakými pocity bývá tento prožitek spojován a dále, jak a zda vůbec lze tuto jedinečnou zkušenost a míru jejího zpracování vědecky zkoumat. Zajímají nás rovněž způsoby a cesty, jejichž prostřednictvím lze integrovat často obtížné a hluboko uložené pocity. Nejde nám tak v pravém slova smyslu o zobecnění, protože jsme si vědomi, že se jedná vždy svým způsobem o neopakovatelnou událost, ale spíše se pokoušíme osvětlit a uchopit ji z různých úhlů tak, aby byl při zpětném pohledu umožněn smysluplný výklad prožité události, který by usnadnil tuto životně důležitou zkušenost maminkám nově strukturovat a začlenit ji tak jako cennou a obohacující do jejich každodenního života.

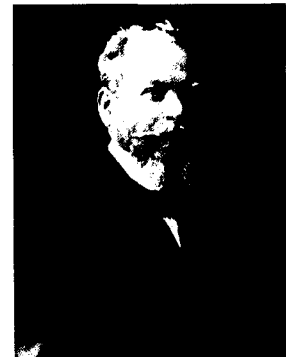
II. TEORETICKÁ ČÁST

1. FENOMENOLOGIE V PSYCHOLOGII

Fenomenologie (z řeckého *phainomai*, ukazuji se), znamená obecně přesné zkoumání jevů. Místo zkoumání podstat a skutečností samých se tedy zabývá zkušeností, tím, jak se věci „samy“ člověku ukazují.

Pojem fenomenologie ve 20. století spojuje s **filozofií Edmunda Husserla** (1859-1938).

V základech fenomenologie leží přesvědčení, že filozofické poznání nespočívá v konstruování obecných principů, ale v deskripci „fenoménů“, tj. věcí samých. Ve výzkumné praxi tento princip požaduje nepředpojatý přístup k nalezenému problému. Cílem fenomenologie v užším významu je objektivní poznání smyslu věci, tzn. uchopení jejich invariant, přičemž jevy (fenomény) se zkoumají takové, jaké opravdu jsou, a ne takové, jak je na ně na základě dosavadních znalostí pohlíženo.



Podle Edmunda Husserla nelze fenomenologický přístup ztotožnit s naivním vcítěním. Fenomenologická redukce usiluje o odhalení základních esencí myšlení zbaveného nekonzistencí vnímání. Všechny aspekty mentálních procesů, které nelze považovat za primární, je nutné „uzávorkovat“ v procesu epoché. Analyticko-reflexivní kroky fenomenologické redukce vyžadují disciplínu a vysoký stupeň sebekritiky. Zkoumání na základě fenomenologie se soustřeďuje na významy (Jaký je význam určité zkušenosti?) a na analogie (Čemu je tato zkušenost podobná?). Cesta redukce je cestou uzávorkování. Cílem je čisté myšlení. Toto čisté myšlení není prázdné, ale je stále myšlením něčeho. Myšlení je vědomí a vědomí se vždy týká něčeho. Tento vztah Husserl nazývá intencionalita vědomí.

Fenomenologické uvažování, které nekonstruuje, nebo konstruuje až v poslední instanci, se drží toho, co se jeví, co se samo ukazuje. Avšak ukazování se není nic samozřejmého. Nestačí otevřít oči a přijmout to, co se dává, nýbrž právě zde, v otázce nalezení cesty k původnosti je, jak uvádí Patočka (1995), velká *crux* fenomenologie. Dalo by se říci, že jednou nohou stojí člověk v bezprostřední skutečnosti, v danosti, ale tato danost, jak uvádí Patočka, plně vydá svůj obsah teprve tehdy, když není brána jako to, zač se vydává, nýbrž jsme-li s to získat oporu a základ zároveň i v celku (Patočka, 1995).

Při svém úsilí po uchopení nového se niterně soustředíme a svůj pohled namíříme nikoliv na určité a pochopitelné, nýbrž na celek. Náš pohled je tak připraven vstřebat co nejvíce najednou. Pokud se pustíme do takovéto introspekce, například hledíme na určitou krajinu nebo přemýšlející o nějakém problému, všimneme si, jak je náš pohled zároveň plný a prázdný. Protože vystavit se té úplnosti a vydržet ji lze jen tehdy, když se člověk na chvíli přestane věnovat detailům. Při tomto hnutí hledíme dovnitř a držíme se zpátky, než dosáhneme oné prázdnoty, která by dokázala úplnost pojmout v celé rozmanitosti (Hellinger, 2005).

Obsah pojmu **fenomenologická psychologie** není, jak uvádí Nakonečný (1995) zcela jasný. Za fenomenologicky orientovanou psychologií se považuje směr, který v této vědě prosazuje introspekcionalisticky založenou analýzu psychických fenoménů, v širším smyslu pak popíše těchto fenoménů vůbec, ale také psychologii, která vychází z fenomenologické metody představitelů existencialismu a z témat, která existencialistická filozofie předestřela, počínaje analýzou postavení člověka ve světě u M. Heideggera, přes „existenciální psychoanalýzu“ J.P. Sartra, až po *daseinsanalýzu* L.Biswanger a M.Bosse. Nověji se k fenomenologické psychologii řadí i dílo V.E.Frankla práce představitelů tzv. humanistické psychologie. Jde tedy o velmi vnitřně diferencovaný směr, jehož společným jmenovatelem je důraz na **vztah člověka k bytí ve světě a analýza zážitků tohoto bytí** (Nakonečný, 1995).

Fenomenologická metoda v psychologii je používána nejednotně, stejně jako je nejednotné i celkové pojetí tzv. fenomenologické psychologie, jejichž jednotlivé směry se liší, mimo jiné, mírou závislosti na svých velkých vzorech, Husserlovi a Heideggerovi. Graumann a Métraux podle Nakonečný (1985) chápou v tomto smyslu „fenomenologickou orientaci“ dokonce jako „**zvláštní způsob myšlení a charakteristický styl výzkumu.**“

Psychologická fenomenologie směřuje k identifikaci bezprostředních zážitků ve struktuře psychického jako intencionálního aktu. Svět je tu chápán jako přítomný v subjektu: „Co je ve vědomí prožíváno, je subjekt sám. Prožívání je sebe sama zobrazující život, který vystupuje z anonymity proudu života do osobně centrovaného světa (Herzog podle Nakonečný, 1995).

D. Wyss (podle Nakonečný,1995) uvádí, že fenomenologie „**je věda o podstatě zážitků,** tzn. o jejich dále již neřešitelném smyslu,“ který se vykazuje invariantami v jejich intencionalitě.

1.1 RŮZNÁ POJETÍ FENOMENOLOGIE

Jak uvádí Nakonečný, můžeme rozlišit v podstatě trojí pojetí či tři roviny psychologické fenomenologie:

A. Fenomenologie jako „čistá deskriptivní psychologie“

V tomto pojetí a na této rovině je fenomenologie chápána pouze a jen jako **uspořádání a popis nějakého komplexu jevů**. Zkoumaným předmětem jsou **fenomény**; zajímá nás zde především čisté prožívání a tzv. fenomenologická fakticita. Metody, které zde používáme, jsou deskripce (popis) a dále pak tzv. fenomenologická redukce někdy též označována jako prostá fenomenologická redukce. Tato metoda nás má přivést až k identifikaci uzlových bodů ve fenomenologii nazývaných „invarianty“. Invariant, jenž z tohoto procesu vznikne, je ideálií (vyabstrahovanou ideou) zůstávající v naší paměťové výbavě.

Jedná se tedy o rovinu, která nám umožní v nepřehledném a nestrukturovaném terénu popsat a posléze utřídit své poznatky tak, aby se staly dostupnějšími našemu psychologickému zkoumání a za společného jmenovatele je pak možno považovat pomyslné uzlové body – invarianty. Jinými slovy – zjednodušeně řečeno, jsou to vlastně tematické okruhy, kterými je užitečné dále se zabývat.

B. Fenomenologie jako „čistá eidetická“ psychologie

Zkoumaným předmětem je zde „**eidos duševního bytí**.“ Doporučenou metodou, která je na této rovině užívána, je **eidetická redukce**, dále znovu **deskripce**, nově pak **variacce**. Eidetickou redukcí se pak označuje postup **vycházející od libovolného faktu ke stále vyšší obecnosti, až dospěje k jeho generálnímu eidosu (podstatě)**.

Pro lepší názornost si přiblížme tento postup prostřednictvím některých příkladů. Vhodným příměrem pro tuto fenomenologickou rovinu by mohly být kupříkladu trojrozměrné obrázky, které vyžadují jakýsi nezaostřený pohled „skrz“. Teprve po určité době a ještě ne vždy se nám podaří zachytit vystoupivší obrázek. Na jiné rovině by se dalo využít analogie s náhlým vhledem do situace či známým „aha efektem“. Taktéž představa vydělení figury z pozadí či rozpoznání člověka v davu (recognize) by byla patrně velmi blízká uvedenému fenomenologickému postupu užívaného v této rovině.

C. Fenomenologie jako transcendentální fenomenologie

Předmětem zkoumání na této rovině je „univerzální syntéza, která je chápána jako anonymní základ objektivního světa“. **Užitou metodou je zde tzv. transcendentální redukce** a filozofická kritika rozumu. K základním postulátům této roviny patří, že „Jevy se samy nejeví, nýbrž jsou prožívány. Kausalita (příčinnost) je zde nahrazována motivací - dynamické procesy, které se pokoušíme zachytit, neprobíhají kauzálně, ale mají podobu smysluplných motivačních souvislostí. Nepanuje zde mechanická nutnost, ale směrodatné je to, nakolik a jak člověk příslušným záležitostem rozumí, jaké pro něho nabývají významnosti Nakonečný (1998).

1.2 FENOMENOLOGICKÝ PŘÍSTUP

Fenomenologie sama o sobě představuje originální metodologický přístup, jehož ústředním zájmem je popis uvědomělé zkušenosti a jevů v jejich bezprostřední danosti.

Hlavním cílem fenomenologického zkoumání v psychologii je popsat a analyzovat prožitou zkušenost se specifickým fenoménem, kterou má určitý jedinec nebo skupina jedinců. Tento přístup vychází z filozofické fenomenologie. Výzkumník se snaží citlivě vstoupit do vnitřního světa jedince, aby porozuměl významům, jež fenoménu přikládá. Výzkumník analyzuje získaná data, aby zachytil esenci prožité zkušenosti. V rámci fenomenologické studie se vytváří popis a interpretace sdělených prožitků. **Výsledkem je text, který „zní pravdivě“ pro toho, kdo měl danou zkušenost s daným fenoménem, a poskytuje vhled pro toho, kdo ji neměl** (Hendl, 2005).

Ve fenomenologii jde do značné míry o to, nelézt v množství fenoménů podstatné, to, čemu se pak úplně a celou svou vahou vystavíme. Podstatné se vynoří z úkrytu jako „blesk ze tmy“ a poznání se šíří dál. Často překračuje rámeček toho, co bychom si dokázali vymyslet, nebo co bychom mohli usoudit na základě premis, pojmů a logiky. **K náhledu se dostáváme skrze odevzdání, zdrženlivost ve věci a záměrů, beze strachu a přitakávající realitě, ať už je, jaká je** (Patočka, 1995).

Fenomenologické poznávání

Jak uvádí Hellinger Při fenomenologickém způsobu poznávání člověk usedne uprostřed hojnosti jevů, mezi nimiž nevolí ani je nehodnotí. Tento způsob vyžaduje také prázdnotu a ohled na dosavadní představy i na vnitřní hnutí, i kdyby jen pocitová, úmyslná nebo hodnotící.

Pozornost by při tom měla být zároveň nasměřovaná i nenasměřovaná, koncentrovaná i prázdná.

Postoj fenomenologa

Fenomenologický postoj vyžaduje napjatou pohotovost k jednání, nikoliv však nutnost jednat a dal by se připodobnit k rybáři, který uvolněně avšak pln očekávání pozoruje splávek na hladině připraven v pravou chvíli přejít k cílené aktivitě. Díky tomuto pnutí jsme také nejvíce vnímaví a všímaví. Kdo napětí vydrží, zjistí pochvíli, okolo jakého středu se celá ta mnohoznačnost otáčí a náhle poznává souvislosti, možná neuspořádané, ale odhalí pravdu nebo následující krok. Náhled přichází najednou a zvenčí, jako bychom dostali dar, bývá však omezený. Dívání se skrze fenomén, tedy přesahující to, co se momentálně jeví.

Odevzdání

Prvním předpokladem pro vytvoření zkušeného náhledu je nezáměrnost. Kdo není záměrů prost, vsouvá do skutečnosti vlastní motivy, pravděpodobně, aby ji změnil podle nějakého předem daného obrazu či vzoru, pravděpodobně, aby tímto obrazem či vzorem ovlivnil druhé a přesvědčil o své pravdě. Jenomže to znamená postavit se proti skutečnosti, předem zaujmout pozici, jako kdyby byla skutečnosti objektem jeho samého, a nikoliv, on objektem skutečnosti. Je jasné, jak musí vypadat takové odevzdání - jde o to zřít se záměrů, dokonce i těch dobrých. A je nutno vzdát se veškerého „chytračení“, protože, jak všichni víme, velmi často se nepodaří to, co děláme s dobrými nebo dokonce nejlepšími úmysly. Záměr nemůže náhled zastoupit ani nemůže být jeho základem (Hellinger, 2007).

Goethův přínos pro fenomenologii

Johann Wolfgang Goethe (1749 – 1832) byl německý básník, prozaik, dramatik, historik umění a umělecký kritik, právník a politik, biolog a stavitel vůdčí osobnost německé klasiky (Wikipedie-8.2.2010).

V Goethově způsobu myšlení je podle Starého (1996) však také možné spatřovat nejzralejší stupeň evropské myšlenkové tradice, kdy novověké rozpolčení poznávacího procesu na subjekt a objekt je překonáno ve jménu živého a celistvého myšlení, otevírajícího výhled

na svět, jaký doopravdy je. Bylo by možné v něm spatřovat skutečnou alternativu k současnému



vědeckotechnickému způsobu myšlení, usilujícímu převážně o takové hodnoty, jako je fungování, účelnost a měřitelný výkon. Goethe je alternativou zejména v tom, jak se mu daří plnit **úkol každého opravdového myšlení**, vytyčený antickou filosofií slovy „sódzein ta fainomena“ – **uchovat, uchránit svět jevů, a to tím, že podrží a dále bude rozvíjet jejich smysl.**

Ideu je podle Goetha možné nejenom myslet, nýbrž lze ji ve všech fenoménech příslušného druhu zřetelně rozpoznat, pozorovat ji, dokonce ji i prožívat. Je to možné proto, že Goethe nepokládá ideu za pouhý obecný, schematický, zredukovaný nebo zprůměrnovaný pojem, nýbrž spatřuje v ní sám živý princip (archetyp, praobraz) utvářející a formující svět fenoménů, princip, který je takto bezprostřední, organickou součástí každého fenoménu. Podle Goetheho „bychom neměli nic hledat za fenomény, protože ony samy nabízejí poznání.“

Goethe byl přesvědčen, že ve „zdravém lidském rozumu“ se člověku dostalo nástroje, který „dokonale postačuje pro život na zemi“. Tento zdravý lidský rozum je třeba ovšem kultivovat ve smyslu stupňování ke stále vytříbenějším formám (Goethe hovoří o „vyšší empirii“ nebo o „vyšším myšlení“), ale vždy zásadně tak, aby současně s rozvíjením rozumových schopností se rozvíjelo i citění a ostatní lidské poznávací schopnosti. Základní Goethovou analogií byla **analogie s rostlinou**. A rostlina nemůže vyrůst a vyvinout květ jako vrchol své jsočnosti, aniž by současně při svém růstu brala s sebou a pozvedávala i své kořeny, jimiž nepřestává čerpat výživu. Jakmile se rozumové myšlení oddělí od svých kořenů a stane se racionalismem, vzniká podle Goethe propast mezi myšlením a nazíráním, a ať se ji člověk snaží sebelépe překlenout (Goethe vypočítává: „rozumem, umem, fantazií, vírou, citem, bludem, a když si jinak nevíme rady, i naivitou“), jeho obraz světa se tak či onak zkresluje.

Jestliže nelze Goethovy principy přirozeného, organického myšlení obvyklými logickými postupy jednoduše vyjmout z živé souvislosti, lze se k nim nicméně z různých hledisek postupně přibližovat, a **to jako k jednotlivým ohniskům nebo uzlům v celkové struktuře, především v těch bodech, kde se zvláště nápadným způsobem nabízejí k nahlédnutí**. Goethe sám ostatně postupoval stejně, když některé fenomény označoval za „eminentní“, to je takové, v nichž idea, resp. „urfenomén“ vystupuje zvláště výrazně nebo názorně na povrch.

Největší obtíž provázející každý pokus o výklad Goethovy „Denkweise“ spočívá v tom, že jeho „způsob myšlení“, určený pro oblast organického života, je sám organický – živý, je to myšlení, které je neustále v pohybu, ve stavu zrodu a vždy je zasazeno do konkrétních souvislostí. V tomto smyslu jej mohl Goethe právem označit jako „příležitostný“, tedy stejným slovem, jakým charakterizoval svou poezii. Vytrhnout kteroukoli myšlenku z takového živého

celku je totéž jako chytit třepotajícího se motýla do sítky a připíchnout ho – milosrdně umrtveného – do své metodologicky uspořádané sbírky.

Přestože lze mezi fenomenologií a Goethovým způsobem uvažování nalézt mnohé podobnosti, Goethe se díky své vzpurné povaze (hnutí Sturm und Drang) zpěchoval uvažovat vědomě o metodologických základech svého myšlení, nemluvě již o jejich systematickém zpracování. Jak se sám vyjádřil, netoužil po tom, aby znal své vlastní tajemství. A především se jeho povaha vzpírala tomu, aby uvažoval nad způsobem svého uvažování – což, jak víme, je základním rysem celé moderní filosofie, ústící v Husserlově monumentálním pokusu o projasněné a matematicky přesné pojmy, na nichž by bylo možné založit filosofii jako přísnou vědu.

Mein Kind! Ich habe es klug gemacht.

Ich habe nie über das Denken gedacht.

(Ve významovém překladu)

Milé dítě! Šel jsem na to chytře.

Nikdy jsem nepřemýšlel, jak přemýšlím.

(Starý, 1996).

2. PROŽÍVÁNÍ MEZNÍCH SITUACÍ

2.1 PROŽÍVÁNÍ

2.1.1 Vymezení pojmu prožívání v psychologii

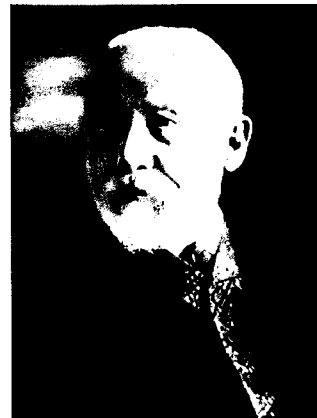
Pojem prožívání je spolu s pojmem chování ústředním psychologickým pojmem. Je velmi nejednotně vymezován, často je chybně redukován na pouhé cítění.

Jak uvádí Nakonečný pojem prožívání má tradici zejména v německé psychologii a je spojováno především se jménem **Diltheyho** (1833-1911). Proti metodě přírodních věd, která se během 19. století nesmírně rozvinula, postavil Dilthey

humanitní či společenské vědy (doslova „duchovní vědy“) a snažil se vybudovat jejich vědeckou metodu. Přírodní vědy zkoumají svět z hlediska příčinnosti, kdežto úkolem „duchovních věd“ je podle něho chápat a vysvětlovat vztahy mezi životem, vyjadřováním a rozuměním. Vycházel přitom z intuitivního prožívání a pochopení duševna, což stavěl do protikladu k vysvětlujícím postupům přírodních věd. Za základní vědu považoval psychologii "rozumějící", která postihuje duchovní podstatu jevů v psychice jednotlivců i větších lidských skupin a jejich souvislost se světem kulturně historických hodnot. Pomocí popisu a intuitivního pochopení duchovních zážitků se snažil porozumět základům historických, společensko-kulturních jevů (Wikipedie-20.2.2010). Jak dále uvádí Nakonečný, Dilthey vymezuje tzv. vnitřní vztahový rámeček, který umožňuje pohlížení na věci z hlediska pozorované osoby nikoli očima objektivního vnějšího pozorovatele. Prožívání umožňuje podle Diltheyho pojímat život jako kontinuální proces. Jednotu prožívání ilustruje Dilthey příměrem „hudby větru“ a „hudby harfy.

Na intrapsychickou dimenzi jako na základ psychologie poukazuje také pojetí intencionality u **F. Brentana**. Podle **S.L. Rubinštejna** je prožívání člověka subjektivní stránkou jeho reálného života, subjektivním aspektem životní dráhy osobnosti. Mezi výrazné představitele psychologie prožívání. Patří **W. Stern**. Psychologii chápe jako vědu o prožívající a prožívánischné osobě. Schopnost prožívání proměňuje podle tohoto autora člověka z pouhé animální osoby v humánní bytost. Sterna však zajímá jen prožívání – a tedy dochází k opačnému redukcionismu oproti behaviorismu.

Podle **K. Lewina** prožívání vede k zážitku psychologické existence. Dispozice k prožívání jsou chápány jako **potence a tendence**. **Aktuální prožívání tvoří kontinuální plynoucí dění**, ale



může získat i tvar ("Gestalt") a ohraničit se, diferencovat se vůči ostatním tvarům prožívání tak, že v prožívání dominuje určitý obsah či kvalita (myšlenka, snaha) **vystoupit, vyčlenit se jako figura proti pozadí.**

Podle **Ph. Lersche** (1898-1972) „s prožíváním vstupuje život do nové dimenze: duševní je k bdělosti prožívání dospěvší život. „V bezeesné hlubině spánku klesáme z bdělosti prožívání zpět do neprožívaného života“. To poukazuje na to, že „do života je vloženo cosi, co je známo jen ze zkušenosti prožívání – jmenovitě duše“; také podle Lersche je prožívání „dimenzí života“ a „prožívající duše je nejvyšší potencií života“. Přestože, jak dále uvádí Nakonečný, zní toto spíše literárně, prožívání je skutečně zvláštní fenomén a nelze spolehlivě zodpovědět otázku, proč v procesu evoluce vystoupilo, jaký mělo biologický smysl, proč se, patrně z vegetativních procesů, vynořily nejprve jakési temné pocity a později se vytvořila schopnost mít dojmy a myšlenky dokonce vůli, nezřídka zápasící s pudy.

Leech dále vypracoval tzv. **funkční okruh prožívání**: duševní je dáno teprve tam, kde je život "vnitřně osvětlován", není totožné ze životem vůbec, neboť není vše živé oduševněno. Toto „osvětlení zevnitř“ je prožívání a povstává z komunikace živé bytosti s jejím životním prostředím – jako všímání, spatření a pozorování – z toho se podle Lersche vyvíjí poznání. **Komunikace živé bytosti s vnějším světem má formy prožívání a praxe** – obojí spolu souvisí, z prostředí se vyděluje to, co je životně důležité, a ostatní je potlačováno, z okolí se stává životní prostředí, jeho fyzické charakteristiky jsou transformovány do komplexu zážitků, stávají se „fenomenálním polem“. Potřeby organismu, které se ohlašují ve formě popudu a vyjadřující podmínky jeho bytí, způsobují, že se určité části okolí, určité objekty a jevy vydělují jako významné, zatímco jiné zůstávají indiferentní. Ze spatřování světa vychází vznik dojmů a na jejich základě pak živá bytost jedná. Pud, spatřování a dojmy vytvářejí funkční okruh prožívání, v němž Lersch spatřuje **elementární schéma duševního života**. Prožívání souvisí fylogeneticky s dokonalejší orientací v životním prostředí.

H. Rohracher chápe psychologii jako vědu o vědomém prožívání. Ztotožňuje prožívání s vědomými procesy a stavy. Spornou otázkou ovšem je, zda vše, co prožíváme, si skutečně uvědomujeme. Základním nástrojem prožívání je tu introspekce. **W. James** se podrobněji zabýval prožíváním, avšak nazýval je vědomím. Vědomí, respektive prožívání tvoří podle něho kontinuální plynutí, proud, z něhož verbalizace jednotlivých zážitků nebo jejich akcentace citem nebo pozorností apod. činí relativně diskrétní děje. James to srovnává s letem ptáka, v němž se střídá pohyb křídel a klid (Nakonečný, 1998).

E.V. Frankl (1994) spojuje prožívání s prožíváním jednotlivých hodnot, které jsou podle Frankla trojího druhu:

- **fyziologické**
- **psychologické**
- **noologické**

Modality prožívání

V novějším třídění zážitků se prosadila tzv. platonská trojice oproti tzv. aristotelovské čtveřici. V současných tříděních tak vystupují následující zážitkové složky či modality obsahu prožívání:

- **poznávání (vnímání, představy, myšlení)**
- **cítění**
- **snažení nebo chtění (prožívání procesů motivace)**

Prožívání je tedy **příjem a zpracování informací** (poznávání), jejich **hodnocení** (cítění) a eventuálně **puzení** k určité účelné behaviorální reakci (chtění, motivace). V prožívání se utváří významy stimulů a situací, které jsou vnitřní pohnutkou k jednání. V prožívání se vlastně ustavuje orientace individua v jeho životním prostředí, která je předpokladem adaptace.

Vytváří se komplex funkčně propojených adaptivních reakcí, v němž prožívání tvoří jednotu s fyziologickými ději v organismu na jedné a s chováním na druhé straně. V prožívání se utváří významy stimulů a situací, které jsou vnitřní pohnutkou k jednání. V tomto smyslu je prožívání primární a základní psychický fenomén (Nakonečný, 1998).

Prožívání tak představuje souhrnný název pro všechny vnitřní, subjektivní psychické procesy, které tvoří celek, z něhož mohou být jednotlivé modality vyabstrahovány. Prožívání je někdy významově kladeno vedle poznávání, pak je ztotožňováno především s cítěním. Pojem vědomí v užším slova smyslu je pak v podstatě totožný s pojmem prožívání.

Těž podle Jiráňka a Součka (1969) má z tohoto hlediska každý zážitek tři stránky, a to:

- **poznávací**
- **citovou**
- **motivační – „snažovou“**

Jak uvádí Plháková, v různých situacích může některá z nich vystupovat do popředí. Například při přípravě na zkoušku je nejvýraznější aspekt poznávací a motivační. Ani tato

situace však nepostrádá citový doprovod slabší intenzity. Při milostném dostaveníčku dominuje aspekt citový a „snahový“, zatímco kognitivní stránka poněkud ustupuje do pozadí.

Předmětem prožívání může být vnější svět, stav vlastního organismu nebo stav vlastní mysli. Lidská mysl tak není uzavřená leibnizovská monáda. Prožívání má významný vztahový rozměr. Člověk si neustále více či méně uvědomuje své citové vazby k blízkým lidem i svou začleněnost do sociálních skupin (Plháková, 2006).

Celkový aktuální obsah prožívání je **komplexní, vrstevnatý, se vzájemně se překrývající se**, souhlasnými i protichůdnými, “proudy” jednotlivých prožitků. V neustálém toku prožitkových procesů nejsou všechny “proudy”, objekty, obsahy atp. stejně jasně a výrazně plně vědomé. Respektive uvědomované a diferencované. Prožitky plynoucí na okraji “toků” zůstávají méně rozlišené, mimo jasné uvědomování si jich (tušení, pocitování); teprve jejich převedením do “středu toku”, soustředěním vědomí na ně – pozorností, se stanou jasnějšími, výraznějšími a vědomějšími. Souhrnně je postižitelný pouze globální celek prožitků jako celostní prožitek zcela specifické kvality (Geist podle Plháková, 2004).

Kvality a charakteristiky prožívání

Prožívání je základní charakteristický rys proudu vědomí, každého procesu odehrávajícího se ve vědomí, každého více či méně vědomého duševního obsahu; je individuální, liší se od člověka k člověku ve své **šíři, hloubce, jasnosti, živosti a výraznosti**; je nesdělitelné, patří k subjektu. Charakteristickým rysem prožívání je jeho **intencionalita, předmětnost**. Subjekt vždy prožívá něco; prožitky nejsou prázdné, jsou to prožitky něčeho.

Dalšími rysy prožívání jsou jednak jeho **neustálý tok**, plynoucí současně v mnoha “proudech”, v mnoha rovinách s různou intenzitou a v různých souvislostech; **jednak primární a spontánní aktivita**, která se kontinuálně sebegeneruje. Prožívání obsahuje souhrn bezprostředních dat, která jsou jednotným celkem souborného aktuálního fenomenálního světa jedince.

Prožívání vyvstává z komunikace živé bytosti se svým životním prostředím a z toho se vyvíjí poznání. Fylogeneticky souvisí s dokonalejší orientací v životním prostředí.

Charakteristiky prožívání:

- **subjektivita**
- **jedinečnost a neopakovatelnost** - i když se zážitky opakují, prožívání je vždy jiné

- **mnohorozměrnost** prostoru prožitkových kvalit
- **proměnlivost** uvnitř daného stavu
- **kvalitativní předěly** mezi stavy podstatně rozdílnými
- **mechanismy zpětnovazební povahy**, které ustalují jeho trvání

Zážitek

Každý duševní jev, který jedinec prožívá, je vždy vnitřní, subjektivní, obvykle s citovým doprovodem; je zdrojem osobní zkušenosti, hromadí se celý život a utváří jedinečné duševní bohatství každého člověka. Zážitek je výsledek nebo konstituent prožívání. [19.2.2010-
<http://ii.fmph.uniba.sk/~filit/fvp/prezivanie.html>]

Podle Vasiljuka (1988) tak můžeme pojem prožívání chápat v různých významech:

1. Jako určitý **aktivní vnitřní proces**, vedoucí k určitému výsledku a reálně přetvářející psychologickou situaci.
2. Prožívání dále zachycuje, **jak jev subjekt bezprostředně zakouší**, že je mu dán.
3. Prožívání jakožto **bezprostředně subjektivní vnitřní danost** psychického jevu.

2.1.2. Vztah prožívání a vědomí

Jak uvádí Plháková(2004) je nepřetržitý tok psychických zážitků (obsahů), který probíhá při různých stupních jasnosti vědomí, respektive bdělosti.

Podle Vasiljuka na úrovni uvědomování je obsah vědomí podmíněně strukturován užíváním znaků – přetvářejí původní duševní dění na akty vědomí. Při aktivních formách vnímání, myšlení, paměti **vystupuje uvědomovaný předmětný obsah jako pasivní objekt**. Předmětný obsah je nám dán **zvědomováním** – pozorované vystupuje jako objekt; pozorovatel jako subjekt. **Avšak při prožívání se tyto vztahy obrátí!**

Prožívání probíhá obvykle spontánně, aniž by od nás vyžadovalo zvláštní úsilí. **Pozorované** – je tu aktivní; a je tedy logickým subjektem. **Pozorovatel** jen snáší, **trpí působení faktického obsahu**, je pasivní, a proto vystupuje jako logický objekt. Pokud pozorovatel postihuje svou vlastní aktivitu, pak máme co do činění se sebereflexí (logická struktura pojmu nevědomí).

Pod povrchem fenomenálně pociťovaného průběhu prožívání nalezl Vasiljuk **práci, která je uskutečňována prožíváním, mají-li ve vědomí člověka nastat reálně a životně důležité,**

významné změny. Hrozí-li člověku **nebezpečí**, může se pokusit zachránit **útekem**. Pokud se člověka zmocní **zármutek**, protože mu zemřela žena, může tuto situaci napravit nějakým zvláštním jednáním? Takové jednání neexistuje, protože neexistuje ani jako předmětná proměna skutečnosti, která by situaci vyřešila a vedla k uskutečnitelnému cíli. **Předmětné jednání je bezmocné.** A stejně bezmocný je i psychický odraz, a to jak racionální, tak emocionální. **Emoce může vyjádřit osobnostní smysl situace a napomoci znovuzískat ztracený smysl** (Vasiljuk, 1988).

Prožívání je tak chápáno též jako protiklad k **objektivnímu poznání** ve smyslu "významuplných prožitků" (Bussinův termín).

Prožívání času

Plháková uvádí, že další důležitou dimenzí prožívání je čas (časovost). V libovolném okamžiku má jedinec na zřeteli svou minulost i budoucnost, Často také sleduje určitý záměr či cíl orientovaný do budoucnosti. V psychologii se hovoří o lidské potřebě „otevřené budoucnosti“. Má-li člověk před sebou nadějnou perspektivu, dokáže bez problémů snášet a překonávat různé aktuální nesnáze (Plháková, 2006).

V prožívání můžeme dle Vasiljuka nalézt z hlediska času tři různé dimenze:

1. **Časovost** – prožívání můžeme chápat jako proces, který má svůj začátek, průběh a konec
2. **Historičnost** – v procesu prožívání nacházíme vztah k minulosti (vzpomínky) i k budoucnosti (snění, očekávání)
3. **Zážitek trvání, zážitek okamžiku** – obraz toho, co se právě v subjektu a jeho okolí děje (Vasiljuk, 1988).

Prožívání času se řídí **zákonem vyplněného časového úseku**: čím více je časový úsek vyplněný, a čím více je rozčleněn na malé intervaly, tím se zdá delší. Tento zákon určuje zákonitou odchylku psychologického času ve vzpomínce od objektivního času.

Pro časové prožívání současnosti platí **obrácené pravidlo**: čím chudší na události a jednotvárnější je právě probíhající čas, tím se zdá delší, "vleče se"; čím více je vyplněn, tím nepozorovaněji ubíhá a tím kratší se zdá jeho trvání. V tomto rozdělení zákona o vyplněném časovém úseku na dvě pravidla protikladná svým obsahem, se projevuje kvalitativní specifičnost minulosti a přítomnosti: minulost je svým obsahem objektivizovaná a je jím určována; události s ní spojené jsou mimo nás: tím člení čas a prodlužuje jeho prožívání. Naplňující přítomnost se

prožívá jako přítomnost a v podstatě se koncentruje na jediný zážitek; prožívanou událostí ji natolik nečlení, protože je prožívaná jako přítomnost. Pokud čas prožívání není vyplněn, vzniká obvykle zážitek únavného napětí, takže se pozornost koncentruje na sám průběh času, který tím jako kdyby se prodlužoval (například na nudné přednášce).

V souladu s tím, jak při prožívání času vystupuje do popředí zaměřenost na budoucnost, mění se i zákonitosti určující délku prožívání. Doba, během níž očekáváme žádoucí události, se v bezprostředním zážitku únavně prodlužuje, nežádoucí události ho mučivé zkracují. V prvním případě čas nikdy neubíhá dostatečně rychle, zatímco v druhém případě utíká vždycky příliš rychle. Prožívaná doba trvání se odchyľuje od objektivního času směrem opačným, než je - jedna ze základních dimenzí psychiky - ucelený, nepřetržitý proud jev [19.2.2010-<http://ii.fmph.uniba.sk/~filit/fvp/prezivanie.html>].

Prožívání a další psychické procesy

Prožívání souvisí prakticky se všemi poznávacími procesy, které má člověk k dispozici:

Vnímání

Prožíváme to, co vnímáme nebo jsme už kdysi vnímali (zde nastupuje na scénu **paměť**); případně např. v denním snění "s otevřenýma očima" můžeme prožívat své plány do budoucna vytvořené naší fantazií, ale tyto jsou často složeny z již dříve prožitých a tedy známých prvků. Zároveň s právě prožívanou situací vnímáme také emoce, které to v nás vyvolává.

Myšlení

Přemýšlíme o tom, co prožíváme a přemýšlíme, jak na aktuální prožívanou situaci reagovat, jak v ní jednat. Prožité situace mezi sebou též srovnáváme. V běžných situacích uplatňujeme obvykle již osvojená kognitivní schémata a pohybujeme se ve vymezených hranicích. Naopak v situacích vyvolávající velmi silné emoce a afekty, ztrácíme, na různě dlouhou dobu, rozumovou kontrolu svého jednání.

Řeč

Člověk mluví o tom, co prožívá. Někdo více, jiný méně ochotně a rád, ale mlčet o sobě úplně a po celý život nedokáže patrně nikdo. Někdy je dokonce dobré velmi užitečné a praktické mluvit o tom, co právě prožíváme – např. když nás bolí, protože nám v tramvaji někdo stojí na noze". Říká se, že člověk myslí v pojmech. Pojmy slouží k zvědomění a uchopení našich prožitků – vědomě prožíváme to, co umíme pojmenovat, pro co nacházíme jméno; prožíváme

samozřejmě i tehdy, prožíváme-li stavy těla, duše a mysli, které neumíme pojmenovat, ale pak se můžeme cítit (prožívat) zmatek případně až pocit vnitřní dezorientace, protože nevíme (nemáme od toho odstup), co se s námi právě děje.

Fantazie a představivost

Prožíváme, i když sníme, prožíváme své sny. Z hlediska prožívání není tak přílišný rozdíl v tom, zda jsme vzhůru či spíme – denní snění je však vědomé – obvykle se jedná o záměrně vyvolané představy, zatímco noční sny člověk vůlí a chtěním s výjimkou tzv. lucidních snů ovlivnit nemůže.

Učení

Prožíváním určitých, pro nás nových situací, získáváme s těmito situacemi zkušenost a zároveň se učíme, jak v nich jednat, pokud nastanou někdy v budoucnu znovu.

Motivace

Prožívání souvisí také s **motivací** – člověk pociťuje / prožívá nějakou potřebu a je tak motivován k tomu, aby se snažil ji naplnit. Zároveň je člověk motivován k opakování a k návratu k takovým situacím a činnostem, které již jednou prožil a vykonal s příjemným pocitem nebo pozitivním výsledkem.

[15.2.2010-/<http://www.referaty10.com/referat/Psychologie/2/tema-2-11-Psychologie.php>]

2.1.3 Pojetí čtyř životních světů

Jak uvádí Vasiljuk, existují 4 typy prožitkových životních světů, které aplikuje též na prožívání krizových situací:

TYP1: NAVENEK SNADNÝ A VNITŘNĚ PROSTÝ ŽIVOTNÍ SVĚT

Pro tento typ prožívání je typické, že mezi potřebou a jejím předmětem neexistuje žádná vzdálenost, žádná činnost; jako by se bezprostředně dotýkaly. **Životní svět a vnější svět jsou slité. Typické pro tento svět jsou symbiotické vztahy.** Dá se říci, že se jedná o holé bytí plně otevřené světu.

Pokud se týká časoprostorového hlediska, jsou pro první typ prožívání typické následující charakteristiky:

- nezná "rozměrovost"

- svět, který je naprosto uzavřený (sám v sobě)
- chybí v něm prostorová vzdálenost a trvání v čase
- nezná žádné "tam"
- celý vnější prostor je redukován na bod "tady"
- veškerý vnější čas je redukován na "ihned"
- "tady a ihned" X "zde a nyní"
- oblasti nejsou subjektivně spojeny
- neznalost jakéhokoli "onoho jiného"
- **nepotřebuje psychiku, nepotřebuje pocity**

princip slasti – nespokojenost, jež obsáhne vše, nebude mít konce, nesmírná hrůza, vlastně smrt

- jedinec s tímto typem prožívání **vede absolutně pasivní, trpnou existenci**
- minulost a budoucnost jsou jakoby vtisknuty do přítomnosti; nejsou z ní vyčleněny
- pocity: protrpění, slast, nespokojenost
- **odpovídá životu plodu**
- blaženost, která netuší, co ji čeká
- je to plus, která netuší, že je to "plus" a že existuje i nějaké "minus"

Jakákoli dílčí bolest (nespokojenost) při tomto typu prožívání rychle dorůstá (není-li příčina ihned odstraněna) rozměrů všezasahující hrůzy, která „zatáhne“ celý obzor životních pocitů dítěte, neboť dítě ještě "nezná" prostorové a časové omezení bolesti.

TYP 2: NAVENEK OBTÍŽNÝ A UVNITŘ PROSTÝ ŽIVOTNÍ SVĚT

Vnější prostor je v tomto prožitkovém světě vnímán jako plný **přehrad, překážek a odporu.**

- **tělesnost**
- překračování hranic rozšiřuje hranice života na oblasti pro něj absolutně vnější
- prostorová vzdálenost, časové trvání – **časová a prostorová perspektiva**
- neúnavné **usilování o předmět potřeby**
- subjekt **nezná pochybnosti**, váhání, pocity viny, výčitky svědomí
- **existují jen vnější překážky**
- v extrému vede až k fanatismu či chování "maniaka"

- **zjednodušená významová struktura obrazu vnějšího světa**
- předmět je chápán z hlediska prospěšnosti či škodlivosti
- principem se zde stává nutnost podřídit se diktátu reality
- **princip reality**
- pocity: bezstarostnost, zoufalství, naděje, strach
- realistické prožívání
- dobře vybudované ego-obranné mechanismy

TYP 3: VNITŘNĚ SLOŽITÝ A NEVENEK SNADNÝ ŽIVOTNÍ SVĚT

Pro tento prožitkový svět je charakteristické obnažené bytí zbavené spoutávající obtížnosti a tlumivého působení vnějšího světa.

- svět absolutně průzračný, výsledek = cíl, uskutečnění = úmysl
- bez vnitřních alternativ a napětí
- **každý výběr tragický** – dezintegrace nebo rozpad formy
- chybí společné měřítko
- vytváří se tzv. hodnotové vědomí
- **subjekt nemá jasnou zvědomělou představu o vlastních konkurujících si motivech**
- **hodnotové prožívání**
- vnitřní konflikt
- ztráta smyslu

Úkolem prožívání je nalezení nového hodnotového systému, jehož prostřednictvím je možno dodat bytí vnitřní integritu a smysl.

- téma morálních výběrů

TYP 4: VNITŘNĚ SLOŽITÝ A NAVENEK OBTÍŽNÝ ŽIVOTNÍ SVĚT

Charakteristikou dominující tomuto světu je vůle.

- druhý typ vůli nepotřebuje; motivy si zde vůbec nekonkurují, neobjevují se alternativy
- nejvyšším principem daného životního světa je **tvůrčí činnost**
- dosažení cíle brání vnější překážky a současně je komplikuje vnitřní kolísání
- je třeba vynaložit volní úsilí k dokončení
- **je třeba využít vůle pro boj proti boji motivů**

Například jedinec slíbí vedlejšímu aktualizovanému motivu, že uspokojí jeho nároky později, že aktivita subjektu minula lákadlo a nezamířila k němu je aktem vůle – provedla transformaci motivu stojícího za pokušením.

- potřeba sladit nadsituačnost se situačností
- **spojování dlouhodobých a krátkodobých perspektiv**
- **tvůrčí prožívání**, krize, poslání, životní dílo
- realizace životního záměru

Úkolem tvůrčího prožívání je zajistit možnost jednat. Člověk je obvykle při tomto typu prožívání ochoten obětovat kterýkoli ze svých motivů. Postup sloužící ne na dosažení vlastního štěstí, blahobytu a bezpečí, ale na to, aby mohl sloužit nejvyšší hodnotě.

Shrnutí typů prožívání v jednotlivých světech:

1. **Hédonistické prožívání** – ignoruje realitu, zkresluje ji a popírá tím, že vytváří iluzi aktuálního uspokojení
2. **Realistické prožívání** – bere realitu takovou, jaká je
3. **Hodnotové prožívání** – ideální, sémiotické procedury
4. **Tvůrčí prožívání** – buduje (tvoří) novou životní realitu; hluboká symboličnost; vytváří jedinečnou **syntézu** různých typů prožívání

Způsob prožívání by měl v optimálním případě odpovídat jedinečné situaci daného životního světa. V rámci probíhajícího prožívání mohou někdy vznikat závažné vnitřní konflikty mezi principy. Prožívání je možno chápat jako dlouhodobý řetězový proces, kdy je třeba potýkat se též s nepříznivými důsledky předcházejících pokusů je zvládnout. Může být též pokusem vyrovnat se obrannými mechanismy s následky neúspěšné obrany.

2.1.4 Kulturní a sociální aspekty prožívání

Jak bylo řečeno dříve, prožívání je zcela individuální a druhým slovy těžko sdělitelné (zde hraje důležitou roli zkušenost – bolest nad ztrátou dítěte spíše pochopí matka, které zemřel syn než žena se dvěma zdravými dětmi. Na druhou stranu existují určité situace, které lidé prožívají víceméně obdobně (př. smutek nad ztrátou milované osoby nebo radost při oznámení, že vaší kamarádce se narodilo zdravé dítě.

Podle Vasiljuka (1988) dochází ke kolektivnímu přijímání a prožívání všech důležitých, mezních a rozhodujících okamžiků v našich životech na základě tzv. **schémat**, které vycházejí z koncentrované a historicky nashromážděné zkušenosti s prožíváním typických životních situací. Tato schémata (archetypální vzorce) mohou sloužit jako kulturně ustálená forma individuálního prožívání. Myslí tím již výš zmiňované určité formy prožívání, adekvátní určité situaci, které jedinci umožňují, aby prodělal důležitou vnitřní změnu související s nároky a požadavky této situace – př. pohřeb a předepsaná doba truchlení umožní vyrovnat se se ztrátou zemřelého. Nelze se jim naučit jako systému vědeckých znalostí, neboť schémata mají vždy i symbolický obsah. Lidé určité kultury mají napojení na odpovídající symbolismy. Tato schémata jsou víc, než jen vnější formy – člověk je prožívá a mění se uvnitř.

Základní prožitkové principy

Vnitřní dynamika je podle Vasiljuka (1988) nesmírně složitá a je založena na čtyřech základních principech.

Těmito prožitkovými principy jsou:

- **Princip slasti**
- **Princip reality**
- **Princip hodnoty**
- **Princip tvorby**

Vasiljuk předpokládá mnohoúrovňovou strukturu prožívání. Prožívání podle něho probíhá na převážně nevědomé úrovni (skrytá hnutí mysli a srdce), ale existuje obvykle i bezprostřední úroveň prožívání (např. touha po nějaké životní změně), která souvisí s **úrovní uvědomování**.

Vliv sebepřijetí na prožívání

1. Nepodmíněně kladné přijetí

Vede k utváření pozitivního sebepojetí a k vysoké míře kongruence mezi **prožíváním a já**. Dítě pak nemusí popírat jakýkoli ze svých prožitků, což mu usnadňuje psychologickou adaptaci.

- 2. Podmíněně sebepřijetí** (negativní zpětná vazba) vede naopak k popírání některých prožitků. Dochází k **rozporům mezi prožíváním a sebepojetím**. **Jedinec, který** nedokáže nebo nechce přijmout prožitky za vlastní si tak vytváří jungovskými řečeno Stín. Něco z toho,

co skutečně prožívá se přetavuje v obranné mechanismy sloužící zejména proti úzkosti (zkreslení, popření). V chování se pak projevuje nižší stupeň inkongruence, což zvyšuje pravděpodobnost možných poruch přizpůsobení.

Takový jedinec se pak snaží více či méně přizpůsobit přáním druhých lidí namísto projevování vlastního já, což fixuje **rozpor mezi chováním a prožíváním**.

Prožitky dále Vasiljuk rozděluje na příjemné a bolestné nebo ohrožující a zdůrazňuje potřebu prožívání sebe v souladu s uvědomovaným sebepojetím. Je optimální přijímat prožitky tak, jak se vyskytují v jevovém poli (Vasiljuk, 1988).

Na druhou stranu člověk prožívá i "zevnitř", žije život své mysli a své duše; prožívá ve smyslu pociťuje. Jako příklad můžeme zvolit lásku, ale stejně by to platilo i o bolesti apod. Na jedné straně ji člověk prožije, v určitých údobích jí v životě projde – ona začne, trvá a skončí a člověk jde dál, zvnějšku nezměněn. Na druhé straně ji prožije, že ji cítí v sobě, je jí plný a podléhá jí. Když pak skončí, zase jde dál (ostatně co jiného mu zbývá), ale uvnitř je změněn, poznamenan (v dobrém i zlém slova smyslu), je bohatší o prožitek, je bohatší o zkušenost.

Člověk, který by naopak nic neprožíval, by zároveň nic necítil. Tím by ovšem přišel o nepřehledné množství nejrůznějších zážitků a s nimi spojených pocitů, ať již příjemných nebo nepříjemných, které teprve naplňují život. Člověk by tak nikdy nepoznal pocit radosti, pohody, štěstí, smutku, zoufalství. Nevěděl by, co to znamená mít rád, ani co je nenávisť; neznal by strach. Neměl by nic z krásné hudby, nic by mu neříkalo umění ani krása přírody, protože by krásu neuměl a ani nemohl vnímat a cítit, vlastně prožít. Nic z toho a ještě mnohem víc by člověk nikdy nezažil a nepocítil, patrně by mu to příliš ani nevadilo, protože by ani nevěděl, že by to mohl zažít a pocítit – nebyl by ani šťastný ani nešťastný – byl by jako robot.

Prožívání ve všech svých aspektech činí (mimo jiné) člověka člověkem a přidává mu k formě (tělu) ještě něco velmi podstatného – obsah (duši).

2.2 MEZNÍ SITUACE

*Významná období našeho života jsou ta,
kdy získáme odvahu překřtít naši špatnost
na to, co je v nás nejlepší..
F. Nietzsche*

2.2.1 POJMOSLOVÍ

Krize

Baštecká (2001) rozděluje krizi a trauma. **Krize** (z řec. krinein – rozhodnout či z lat. crisis – rozhodný obrat) je reakcí na náročnou situaci, kterou jedinec není schopen zvládnout běžnými strategiemi zvládnání. Krizi vymezuje sám jedinec, když určitá situace či událost pro něj získává charakter krize.

Trauma (z řec. trauma – zranění, úraz) je reakce na situaci, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost, nese prvky nepředvídatelnosti a neovladatelnosti. Trauma je vymezeno podnětem. Vodáčková (2002) popisuje psychické trauma jako situaci, při níž selhávají adaptační mechanismy využívané při běžné zátěži, charakteristický je zejména pocit ztráty moci a vlivu ovlivňující sebeprožívání. Mezi další charakteristiky psychického traumatu patří pocit bezmoci, prožitek ohrožení života, tělesné či duševní integrity, vnější příčina a extrémní děsivost traumatické zkušenosti.

V medicíně nazýváme krizí okamžik, kdy se lomí průběh nemoci, pak dojde ke zlepšení nebo zhoršení či smrti. Krize tak představuje **hrozbu, riziko, příležitost**. Krize je situace nerovnováhy mezi subjektivním významem problému a možnostmi zvládnání, které má daný jedinec k dispozici. Špatenková (2004a) vymezuje krizi, jako **krizi situační** nebo (dle definice Baldwin) **krizi traumatickou** (trauma): tato krize je způsobena mocnými vnějšími stresory, které člověk neočekává a nemá nad nimi žádnou kontrolu (náhlá smrt partnera, znásilnění, autonehoda, přírodní katastrofy, válečný stres, rukojmí, věznění). Také Vodáčková (2002) uvádí v typologii krizí krizi pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru. Kastová (2000) rozděluje krize na **krize vývojové, krize z nadměrných požadavků a krize ze ztráty**. Krizi ze ztráty uvádí také Špatenková (2004b) jako nejzávažnější krizi v tabulce životních událostí.

Jaspers podle Dahlke (2001) v průběhu vývoje zaznamenává krizi jako okamžik, v němž se vše podrobuje náhlému obratu, z něhož člověk vyjde proměněn, ať už na práh nějakého nového rozhodnutí, nebo úpadku. Životní historie nemá stejnoměrný časový průběh, ten je kvalitativně členěn; žene rozvíjení prožitků k vrcholu, na němž se musí rozhodnout. Chceme-li se na

rozhodujícím stupni udržet bez rozhodování, pokoušíme se bez úspěchu vzeprít vývoji. Krize má svůj čas; nemůžeme ji vyjít vstříc ani ji přeskočit. **Musí uzrát jako všechno v životě.** Krizi můžeme též vnímat jako okamžik chaosu, z něhož se má vytvořit nový řád.

Životní dráhu jedince můžeme chápat jako zvládnání jednotlivých vývojových úkolů a v souladu s Eriksonem jako překonávání dílčích vývojových krizí. **Vývojová krize** nastává, dostanou-li se hybné síly vývoje do ostrého rozporu. Jak uvádí Říčan, jedná se o stav, kdy už není možné zůstat takovým jako dosud, a přitom cesta kupředu není otevřena nebo je velmi nesnadná. Ze střetnutí protikladů vzniká nová kvalita. To ovšem znamená, že se ztrácí něco starého. Jde o přerod a – zejména na vědomé úrovni – o ztrátu kontinuity, neboť neexistuje žádné „jádro“ osobnosti, které by krizí prošlo nedotknuto. Přitom vědomí kontinuity, to, že já dnešní bude zároveň já zítřejší, je jeden ze základních integračních principů osobnosti. Proto blížící se vyvrcholení krize vzbuzuje úzkost. Úzkost je zde signálem ohrožení: ohrožena je kontinuita dosavadního způsobu života, je nutný skok k nové kvalitě (Říčan, 1998).

Mezní situace

Mezní situací můžeme označit určitý druh zvláště hlubokých a závažných krizí, pro něž je **charakteristické ohrožení nějaké zásadní životní hodnoty.** Jedná se o situace, které jedince extrémně či krajně ohrožují, ale na druhé straně i krajně podněcují. **V takovýchto situacích dochází k ohrožení samotných základů, podstaty lidství či lidskosti.** Odhalují a podněcují lidskost skrze její ohroženost. Subjektivní vnímání mezních situací a často extrémních stavů s nimi spojených, záleží, krom dalších faktorů, na stupni zpracované a zhodnocené zkušenosti.

Popišme si, co soudí o mezních situacích filozof Jaspers (1996): „V lidském životě existují situace, z nichž nemůžeme vystoupit a které nemůžeme změnit. V „pouhém“ bytí se těmto situacím vyhýbáme tím, že před nim zavíráme oči a žijeme, jako by nebyly. Zapomínáme, že musíme umřít, že jsme bytostně vinni a vydáni všanc náhodě. Máme pak co činit jen s konkrétními situacemi, které zvládáme ke svému prospěchu a na něž ve světě reagujeme plánováním a obchodováním, jsouce hnáni zájmy pouhého bytí. **Na mezní situace pak reagujeme buď tím, že si je zastíráme, nebo tím, že je skutečně uchopíme v zoufalství a v opětovném sebenalezení; stáváme se sami sebou v proměně svého bytí.**“

Nutnost prožívat nevytváří podle Vasiljuka (1988) **pouze situace nemožnosti, ale současně i situace mimořádných možností.** Nelze je však řešit navenek orientovaným chováním. Například při úmrtí blízké osoby s tím nelze vůbec nic „udělat“. Mezní situace nás vybízejí ba

přímo různými často i těmi nejdůležitějšími způsoby přinucují k volbě, rozhodnutím, kterým se nelze vyhnout (efekt Zeigernikové, kdy jednou zadaná a nedořešená úloha, nedokončený Gestalt vytváří silné motivační pole, irituje psychiku do té doby, než člověk započne se řešením problému; obvykle je přinucen udělat nějaké rozhodnutí). **Rozhodnutí učiněná v mezních situacích a zpracování mezních situací zásadním způsobem ovlivňují další běh našeho života. Způsob jejich vyústění rozhoduje velmi podstatně o kvalitě a smysluplnosti dalšího života jedince.** Člověk je přinucen k volbě, je nucen projikovat – vyhodnotit, co je dobře, co je špatně, co je „plus“ a co je „minus“. Způsob jeho prožívání a motivace (proč se tak rozhodl) velmi úzce souvisí s jeho aktuálními hodnotovými preferencemi.

2.2.2 Dynamika mezních situací

Vnitřní přerod

Mezní situace, která může nastat v jakékoli fázi našeho života, ale také třeba vůbec nemusí, zatímco u jiného „přijde“ i několikrát za život, s sebou obvykle nese všechny podstatné charakteristiky krize. Mimo jiné, že staré způsoby přestávají fungovat nebo se již naprosto míjí účinkem, zatímco nové ještě nejdou nalezeny. To nutně vede k různě dlouhému období chaosu, zmatku a nejistoty. Cesta dopředu je zahrazena, nikde „žádné světýlko na konci tunelu.“

Extrémní či vrcholně náročné životní situace rozbíjejí často bez předchozího upozornění a jakéhokoliv varování naši sebetvrdší „skořápku“, naprosto bezskrupulózně odlupují jednu slupku za druhou, jako nůž máslem projíždějí jednotlivými vrstvami naší dosavadní osobnosti, nikterak a bez uzardění nerespektují naše obranné mechanismy. Ba, dá se říci, že nás vysvlékají i z té úplně nejposlednější slupky. Tváří v tvář stojíme naprosto obnaženi a jsme vystaveni napospas sami sobě i světu úplně „nazí“ (tak jako např. Král Lear).

V takovýchto situacích obvykle stojíme před nemalou možnou říci přímo radikální změnou, jakýmsi **vnitřním přerodem**, kdy je třeba vzdát se všeho, čím jsme si dodávali pocit bezpečí a postavit se světu bez ochrany, abychom mohli prodělat tento vnitřní přerod vedoucí ke skutečné zralosti. Vnitřní přerod znamená opustit všechno dosavadní, navyklé, rutinní a vykročit kupředu, aniž přesně víme, kam.

Podle Řičana by bylo divné, kdybychom necítili určitou **bolest**, když opouštíme některé ze stadií svého života, které důvěrně známe, abychom se vydali do nejistoty dalšího stadia; avšak připravenost překročit určitý mezník z jednoho stadia do druhého znamená zároveň připravenost intenzivně žít. Čím větší strach máme z opouštění a nakonec ze smrti, čím více

přeceňujeme vlastní osobu až k pocitu nenahraditelnosti, nebo ztrácíme perspektivy a dobyté pozice, tím více budeme ignorovat přirozené tendence. Kdo se nemění, nemůže však ani růst, a kdo neroste, ten vlastně nežije. **Zůstaneme tak dlouho zdeptáni a nebudeme nacházet smysl života, dokud nenajdeme příslušný směr.** Žádné pohodlné a povrchně založené pokusy naší duši neosvobodí (Říčan, 1989).

Překonání strachu podle Junga (1994) v této souvislosti znamená morální výkon neobyčejných rozměrů, a přitom není jedinou podmínkou, která musí být splněna na cestě k autentickému životu.

Téma zvládnutí mezní situace s sebou nese skutečnost, která, jak se ukazuje, je základem a příčinou všech obtíží těchto situací. **Je to hluboká, někdy i divoká, vždy však podivuhodná proměna naší duše.**

Změna a proměna

Změna – je podle Czecha často spojena s přehnaným optimismem, jako by se dalo změnit všechno. Pozoruje, že nezřídka v tom bývá cosi násilného. "Rád(a) bych všechno udělal(a) jinak, protože to, co existuje, není dobré. Rád(a) bych změnil(a) sám(sama) sebe, rád(a) bych se přetvořil(a) v někoho jiného, protože takový(á), jaký(á) jsem, nejsem dobrý(á)."

Proměna – v tomto chápání a rozlišení obsahuje v sobě něco podstatně jemnějšího; to, co je – je dobré, ale ledacos deformuje naši podstatu, naši pravdu; spočívá v očištění jakéhosi praobrazu od všelijakých nánosů (podobně jako loď, která je po dosavadní plavbě životem znečištěna různými řasami, travinami či mořskými živočichy), a pak nechat to podstatné růst; to předpokládá absolutní přitakání k bytí; nepokouší se vymýtit všechny chyby a slabosti (Czech, 2006).

Tento přístup by korespondoval s humanisticky orientovanou psychologií a jejím postulátem, že lidská podstata je dobrá a že jen díky nesprávné výchově a vlivům okolí došlo k deformaci a pokroucení naší přirozeně dobré povahy, ale i se známým Michelangelovým citátem, že „Socha v kameni je dávno obsažena, stačí odsekát jen přebytečné kusy.“

Obrazy proměny

V souladu s C.G. Jungem (1994), že ačkoli je "naše touha po jasnosti a nedvojznačnosti sice pochopitelná, nesmíme však při tom zapomínat, že záležitosti duše jsou prožitkové procesy, tedy proměny, jež nelze nikdy jednoznačně pojmenovat, pakliže nechceme to živoucí a pohyblivé proměnit v cosi strnulého. Neurčitě určité mytologéma či mihotavý symbol podle

něho leckdy postihují duševní proces věrněji, dokonaleji, a tím i nekonečně jasněji než sebejasnější pojem. Neboť symbol zprostředkovává nejen nazření procesu, nýbrž také – což je snad právě tak důležité – souběžný anebo následný zážitek onoho procesu, který lze v jeho přítomnosti pochopit nenásilným vcítěním, a nikoli obhroublou snahou o jasnost."

Proto si dovolíme uvést pro názornost několik bilických obrazů, které, dle našeho názoru, pomohou přiblížit zákonitosti typické právě pro dynamiku mezních situací:

Egyptské rány – symbolizují negativní proměny. Faraon nechce pustit na žádost Mojžíše dobrovolně lid z Egypta. Praví se, že srdce faraonovo je zatvrzelé – odpovídá fázi, kdy jsme ještě nepochopili a rigidně trváme na svém a všechny své impulzy chceme a potřebujeme mít pod kontrolou. Vše se proměňuje kolem něho ze živého v mrtvé, plodné v neplodné, krásné v ošklivé. **Voda se mění v krev** – ryby v ní hynou, lidé ji nemohou pít – zvrácený život vede ke smrti a šíří ji kolem sebe – **záplava země žabami, komáry**. Ten, kdo se zatvrdí, může se proměnit až v karikaturu lidství, dochází „k otravě“ jeho myšlenek a citů – emoce se osamostatní a usadí se, obrazně řečeno jako obtížný hmyz ve všech škvírách našeho těla i naší duše. V důsledku toho, nejsme schopni jasně myslet, hrozí, že onemocní i naše pudová či instinktivní sféra; **hromy, krupobití** – všechny egoobrané mechanismy dosud nebyly spotřebovány a člověk bojuje a bojuje a bojuje... Co všechno musí ještě přijít, abychom byli ochotni naslouchat své duši? Kde je naše dno?

- **Průchod Rudým mořem** – proměna smrtelného nebezpečí v cestu k životu; nejhroživější nebezpečí se může zvrátit ve zkušenost skutečného života. "Kde je nebezpečí, tam roste i záchrana." Základní zkušenost proměny spočívá ve zvratu hroživého v chránící, strachu v důvěru, zajetí ve svobodu. Nejprve je však nutno prožít úzkost a bezvýchodnost v celé její ostrosti, teprve pak se mohou zvrátit v opak (v souladu s principem enantiodromie): když jsme u konce se všemi svými možnostmi, když se proti nám všechno spiklo a není – zdánlivě – už žádného východiska.
- **Voda ze skály** – na cestě z Egypta hrozí lidu smrt žízni; ze skály hory Choreb vytryskne hojný pramen, lidé se mohou napít; hůl je obrazem vitality, která pronikne i skalou, aby přivedla život k rozkvětu. „Zkamenět“ může srdce v člověku, který potlačuje své city a potřeby, a tak se stále více odděluje od života. Agrese, kterým nedovolíme žít, vášně, které si zakazujeme, emoce, které zadržujeme, nás mohou proměnit v kámen. Nejde o to škrtnout – pokud možno –

všechny chyby, nýbrž spolehnout se na to, že vše v nás má nějaký smysl; že každá krize, každý konflikt je současně šancí.

Životní obrat

V souvislosti s mezními či náročnými životními situacemi (např. krizí středního věku) Říčan (1989), ale i Jung (2009) mluví podobnými slovy o nutnosti tzv. životním obratu.

C.G. Jung situaci předcházející životnímu obratu popisuje takto: ...“z přesvědčení se stane ohraná písnička, z ideálů strnulé návyky a z entuziasmu automatické gesto. Jestliže se jednou odvážíme pohlédnout směrem dovnitř, pak nás může přepadnout tušení potřeb, tužeb, úzkostí, rozporů a temna. Mysl touží pryč, ale život by chtěl téci tam dolů. Hrozí však, že daimón nás srazí dolů a udělá z nás zrádce našich dosavadních ideálů a nejlepších přesvědčení, dokonce nás samých, jak jsme se domnívali, že se známe. Je to prostě katastrofa, neboť jde o nechtěnou oběť. Věci však probíhají jinak, když je oběť přinášena dobrovolně. Pak to neznamená převrat, „přehodnocení všech hodnot“, zničení všeho toho, co bylo kdysi posvátné, ale proměnu a zachování. Všechno mladé jednou zestárne, všechno krásné povadne, všechno teplo vychladne, každý lesk pohasne a každá pravda zvětrá a stane se jalovou. Neboť všechny tyto věci kdysi nabyly podoby a všechny podoby podléhají vlivu času; stárnou, churaví, rozpadají se – pokud se nepromění. **Ten, kdo musí sestoupit, nechť to dělá s otevřenýma očima.** Pak je to oběť, která skloní i mysl bohů. Po každém sestupu následuje vzestup. Mizející tvary nabudou znovu podoby a pravda je platná na dlouhou dobu jen tehdy, pokud se promění a znovu vydá svědectví v nových obrazech, novými jazyky, jako staré víno, které je nalito do nových měšců. V hlubině přebývá moudrost, moudrost matky; v jednotě s ní je mysl dáno tušení hlubších věcí, praobrazů a prasil, které leží v základu všeho živého a tvoří jeho vyživující, udržující a tvořivou matici (Jung, 2009).

2.2.3 Obecné zákonitosti mezních situací

Zákonitosti „přechodu“

Krize spojená s „přechodem“ má své zákonitosti a probíhá jen zčásti pod vlivem aktuálních životních událostí. Na druhé straně nelze ani v nejmenší krizi bagatelizovat jejím zobecněním na její obecné charakteristiky. Význam a konkrétní smysl se tak dá nalézt pouze v rámci konkrétních vnějších i vnitřních životních kontextů trpícího člověka a jeho naprosto jedinečného

a neopakovatelného způsobu prožívání této krize. Vasiljuk uvádí, že způsob prožití krize rozhoduje o jejím kladném či destruktivním vyznění a ovlivňuje náš další život i vztahy k lidem. Podle něho události, okolnosti a proměny svého života, z nichž vznikla krize, může člověk prožít vždy sám a jedině on sám. Dále dochází k závěru, že proces prožívání lze do určité míry řídit. Prožíváním označuje speciální vnitřní činnost, vnitřní práci, která člověku pomáhá vypořádat se s kritickou situací (Vasiljuk,1988).

1. ETAPA – ETAPA ZUŽOVÁNÍ

"Ach," řekla myš, "svět je den ode dne těsnější. Nejdříve byl tak široký, až jsem měla strach, utíkala jsem dál a byla jsem tak šťastná, že konečně vidím vpravo i vlevo v dálce zdi, jenže tyto zdi se tak rychle sbíhají, že jsem už v posledním pokoji, a tamhle v koutě stojí past, do níž běžím." – "Stačí jen, když změniš směr." Řekla kočka a sežrala ji.

Malá bajka (Franz Kafka) z knihy Černý havran

Tato etapa je subjektivně vnímána jako postupné a nekompromisní „zužování“ promítající se postupně do všech oblastí života.

Proces zužování může podle Kastové (1998) nabývat následujících forem :

- **situační** – pocit přemožení nadměrnou, neovlivnitelnou situací: neví "kudy kam"
- **dynamické** – emoce mají jen jeden směr (zoufalství, úzkost, strach, beznaděj) – selhává či úplně chybí jejich regulace
- **mezilidské** – pocit izolace nebo znehodnocený vztah
- **svět hodnot** – znehodnocení stále většího počtu životních oblastí, realizace hodnot byla zmařena, vlastní existence chápána jako bezcenná, čímž se jedinci někdy pozvolna jindy náhle zmenšuje jeho manévrovací životní prostor

Vnímání času

V souvislosti s výše uváděnými změnami se mění též **vnímání času**, kdy jedinec může mít pocit, že jeho sociální hodiny stále jdou, ale jakoby naprázdno (čas se vyprazdňuje, vůbec nic se neděje). Může se dostavit též subjektivní pocit, že času ubývá. Jedinec často současně nebo samostatně popisuje pocit provizoria jakoby bez viditelného konce, což může zesilovat pocity bezútěšnosti, bezmoci a beznaděje.

Vnímání prostoru

Změna zasahuje též **vnímání prostoru**. Často se dostavuje pocit, že vnitřní psychický prostor se zmenšuje. Naše ego se může cítit jakoby mezi dvěma „mlýnskými kameny“ - morálními požadavky Superega a pudovými nároky Id, ale i mezi nedořešenými záležitostmi z minulosti a nakročením do budoucnosti. Může též docházet ke střetávání starých přejatých hodnot s hodnotami vlastními. Dostavuje se často pocit izolace. Postupně se zmenšuje množství funkčních egoobraných mechanismů a tedy celkový manévrovací životní prostor.

Energie a její dynamika

Ve vědomí dochází k **postupnému úbytku energie, dynamika klesá**, dostavuje se často syndrom burn out. Naopak **v nevědomí se hromadí energie**, která se může projevovat různými způsoby jako například:

- **náhlým a nemotivovaným napětím**
- **vnitřním neklidem, jenž se nedá utiřit ani prostředky jindy účinnými**
- **pocitem, jako kdybychom seděli na sudu s prachem nebo byli natahováni „na skřípec“ neznámými a nevypočitatelnými projevy (nečekanými výbuchy agrese)**
- **pocity puzení k něčemu, co nám zůstává utajeno**
- **věci a lidé, kteří byli pro člověka důležité, nás dále už nezajímají**
- **vyostřují se partnerské vztahy**
- **objevují se v míře větší než je obvyklé partnerské troj- a víceúhelníky (návrat nedořešených oidipovských schémat)**
- **objevuje se vnitřní a vnější odpor ke strukturám, které nám až dosud nevadily a radost z porušení dosud akceptovaných norem**

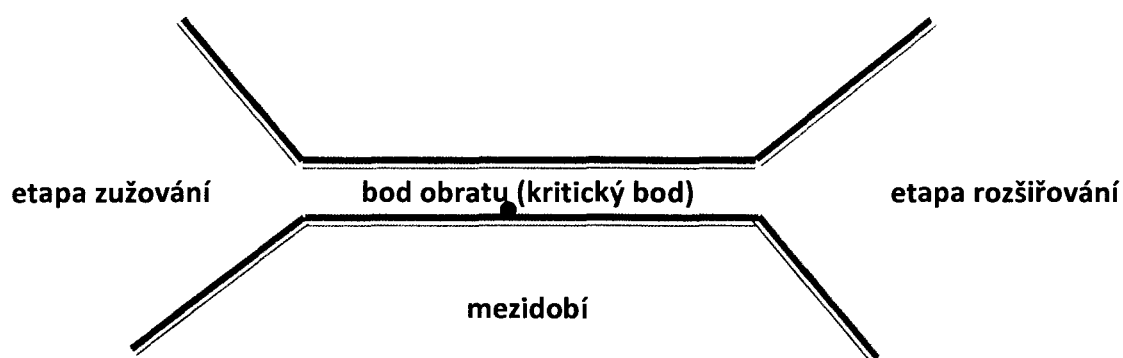
Syndrom vyhoření – „burnout syndrom“ – „stávka duše“ – je přirozenou odpovědí a obranou organismu na náročnou životní situaci, která uvádí člověka do stresového stavu. Vzniká všude tam, kde člověk více emocionálně dává, než přijímá, nebo tam, kde je příliš veliký rozdíl mezi představami člověka a životní realitou.

Burnout je doprovázen celým souborem symptomů, jako je tělesné zhroucení, pocit bezmoci, beznaděje, ztráta iluzí, životní energie, nadějí, plánů a životní motivace, nadšení a

nakonec dochází i k vyčerpání duševních sil. Prevence spočívá především v duševní hygieně a v různých relaxačních technikách.

K situaci mezní situace, v níž může dojít k tzv. životnímu obratu, se dobře hodí **příklad s přesýpacími hodinami**. Přesýpací hodiny jsou jedním z tradičních symbolů Saturna či Krona, pomyslného strážce prahu, přísného učitele, který nás "nepustí dál", pokud nepochopíme jím s nemilosrdnou trpělivostí uštědřované stále tvrdší životní lekce. Přesýpací hodiny, jak známo, mají dvě části, které jsou spojeny zúženým místem. V mezní situaci může mít jedinec pocit, jako by se dosypávala pomyslná poslední zrníčka písku, logicky doprovázený častým pocitem nedostatku energie. Muž tak spotřebovává poslední zbytky mužské energie, ale k dispozici má celou dávku ženské substance (které se čím dál víc děsí a současně ji čím dál více podléhá) a která si teď říká o slovo – ovšem to vyžaduje, aby vše, v tomto případě pomyslné přesýpací hodiny (dosavadní hodnotový systém) byly takřkajíc postaveny „na hlavu.“. Naopak žena může začít využívat svou dosud nepoužitou zásobu mužství a začít třeba podnikat či se naplno začít věnovat doposud opomíjenému koníčku.

Pokusme se vyjít z výše uvedeného příkladu a využít ho k vytvoření **schématu mezní situace**:



Etapa zužování souvisí s prožíváním situace jako bezútěšné, beznadějně, bezvýchodné nemající racionální řešení či logické východisko. Všechny dosavadní mechanismy selhávají a ukazují se jako neúčinné. Člověk spíše tuší než by si v této fázi plně uvědomoval, že **způsob vyústění (vyřešení) situace významně ovlivní kvalitu jeho dalšího života**. Typické zde je, že staré možnosti jsou již nepříjemné a nové ještě nejsou nalezeny. Vynořuje se – někdy až téměř nutkavě – **potřeba "zbavit se toho"** (Lewinovy pseudopotřeby – nutkání k akci i v situacích, které neposkytují podmínky k uspokojení potřeby) – čemu se ovšem bráníme, s čím doposud bojujeme, to zůstává, co naplno prožijeme, to teprve zmizí.

Nezbytnou podmínkou rekonstrukce na vyšší úrovni, je rozrušení zautomatizované, stereotypní a zúžené formy života a struktury osobnosti. Dochází k postupné dezintegraci osobnosti. V literatuře se obvykle setkáváme s dvěma typy integrace, které v reálném životě nemusí mít zdaleka tak ostré hranice:

- A. **Pozitivní dezintegrací** rozumíme stav, kdy je zachována kontrola a rovnováha, jsou přítomny autoterapeutické a kreativní tendence.
- B. Naopak pro stav **negativní dezintegrace** je typická slabá tendence k tvořivosti, dochází k podstatnému zpomalení realizace cílů a sebevývoje s neschopností transformace. Může docházet ke sklonu ke stabilizaci za každou cenu, které však paradoxně opačně může vést až ke ztrátě kontaktu s realitou.

O který typ dezintegrace se jedná, rozhoduje však až výsledek další etapy.

2. ETAPA - MEZIDOBÍ

Jedná se o různě dlouhé období (regrese, deprese), které zahrnuje „vlastní bod obratu či kritický bod.“. Tento bod souvisí s překročením hranice, odkud již nevede cesta nazpět. Změny v této fázi lze od jistého okamžiku proto charakterizovat jako ireverzibilní. Dá se pouze začít jinak a snad lépe nebo v situaci „zamrznout“ a stagnovat. **Bod obratu obvykle přichází společně se zásadním a vnitřně odvážným rozhodnutím, které nepřipouští žádná "zadní vrátka."**

Pro jedince je to nepřeslechnutelná zpráva, že je třeba přepnout na jiný životní program (a nezapomenout se zároveň postupně zbavovat toho starého). Po životě, který byl převážně určován výkony – obvykle v zajetí našeho perfekcionismu, přepínáme na rozjímavé hledání jeho smyslu. Nalézáme nebo pro sebe znovuobjevujeme oblast, která se stává **spíše posláním než plněním povinností**. Situace může být různě prodlužována a prožívána jako bolestná tím více, čím více mám tendenci dělat vše jako doposud.

Kritický bod

podle Vasiljuka(1988) nespočívá v pochopení smyslu situace ani ve zjištění sice ukojeného, ale existujícího smyslu, nýbrž v jeho vytvoření, ve zrození smyslu, ve vybudování smyslu. Právě procesy tohoto druhu představují onen hledaný rozměr psychické reality, pro kterou nemá teorie odpovídající kategorie. Svět vzniká, když ho člověk objevuje.

Jedním z podstatných zlomových momentů bývá, podaří-li se přetvořit a přetavit strach z nicoty a prázdnoty ve vnitřní prostor, který začínáme „obývat“ a tvořivě využívat. Dosavadní

utrpení spojené s prožíváním krizového stavu obvykle významně polevuje a na scénu začínají přicházet opětovně pocity radosti a životního smyslu (jakoby z temných mraků tu a tam již začínalo prosvítat slunce). Když přijde na lámání chleba, život je pořád stejné víno, ale v nových lahvích (Berne, 1970). Osud každého člověka je dán tím, co se děje uvnitř jeho hlavy ve chvílích, kdy je konfrontován se skutečností své hlavy. Děláním si iluzí o světě a klamáním sebe sama. (Berne, 1970).

Fáze předcházející kapitulaci

Je možno bránit se ještě dlouho, a to nejrozmanitějšími způsoby:

- soustředit se ještě více na "pěstování" vlastní dokonalosti, úspěšnosti a neomylnosti;
- pečovat o všechny kolem sebe a tak dokazovat svou důležitost a potřebnost (a vyhýbat se úspěšně a dlouhodobě sobě a svým potřebám);
- utápět se v horečnaté aktivitě (workoholismus) nebo v alkoholu;
- spávat se stále mladšími milenkami a milenci...

Tyto obranné strategie by se však dala docela dobře přirovnat k **faustovské smlouvě s ďáblem**. Přistoupíme-li na ni, můžeme se cítit mladí. Podle Říčana (1989) zaplatíme ovšem svou autentičností, citovou a intelektuální pravdivostí, vnitřním suchopárem. **Jednou však přijde den, kdy se iluze náhle zhroutí a člověk propadne zoufalství.** To je ta chvíle, kdy, obrazně řečeno, ďábel odnáší Fausta, protože čas smlouvy vypršel. Faust se brání, snaží se vyprostit a z posledních sil tak ničí vše, co žilo v jeho blízkosti. **Něco v nás umírá, končí – a něco nového vzniká, rodí se. Jde o diskontinuitu, o konec a nový začátek. Je to jako přetržená nit, kterou, jak se zdá, nelze navázat.**

- **Hledání viníků a identifikace s rolí oběti**
 - všichni jsou nespravedliví, falešní, nepřátelští, závistiví; proč zrovna já ?
- **Konfrontace s pocity viny, studu, s pocity méněcennosti**
- **Existenciální vyrovnávání se smrtí**
 - člověk musí dosáhnout nejen rozpuštění zastaralého (chorobného, škodlivého) postoje, ale potřeba se vnitřně propracovat k postoji novému, který je zdravý a životaschopný.
 - V této fázi je důležitá odhodlanost a ochota k podstoupení hlubokých změn, které mohou jít až za hranice rodinného předurčení a podmínek, ve kterých jedinec vyrůstal,

ale i odvaha k zpretrhání těch rodinných pout které již neplní svůj účel, ale která prostupují rodinou jako červená linie transgeneračních zatížení – v berneovském pojetí vystoupení ze scénáře. Bolest a utrpení, které působí připoutanost a závislost je nahrazen schopností být připraven dát volnost, pustit, odejít (Holečková, 2004).

- **Postupné přijímání vlastního podílu zodpovědnosti „vyvíňuje“ nás i druhé**
 - nese s sebou pochopení, proč se něco takového stalo právě nám. Pochopíme, že jsme to my, kdo za to nese zodpovědnost a uvědomíme si, že je na nás, abychom to změnili anebo přijali jako skutečnost, kterou změnit nelze. Je třeba provést odpovídající změnu postoje – jak již bylo řečeno výše „přepnout“ na jiný životní program (např. člověk po vážné chorobě musí utlumit svůj dosavadní akční radius). Proces odpoutání se od minulosti bývá provázen láskyplným pochopením a odpuštěním.

Kapitulace

Ke kapitulaci patří podle Řičana (1989) také uvědomění si principu „Mohu si nechat pomoci“. Pokud křičíme „Musím to dokázat sám“ – ještě jsme nekapitulovali. Aktivní je rozhodnutí vyjít z izolace, ostatní je spíš svolení, odevzdání se účinku nabízené pomoci. V této fázi má rozhodující význam pro uzdravení truchlení. Uznání toho, že jsme něco ztratili, že něco je nenávratně pryč. Vědomý prožitek dna vede konečně k enantiodromii, k bodu obratu.

Západní člověk je vychováván v přesvědčení, že všechno lze udělat, že „každý člověk je svého štěstí strůjcem“ – stačí jen chtít. Že život je darwinovsky řečeno boj, boj o přežití a vyhraje ten nejsilnější. Věty „Na tom nemohu nic změnit!“ „To nedokážu“ s sebou nese v naší kultuře, bohužel téměř vždy, příchuť slabosti. Kapitulovat znamená zastavit boj, vzdát se a přijmout fakt, že tak jako dosud to už nepůjde. Protivník je příliš silný a čas hraje pro něho. Nedá se porazit – zbývá jen podřídit se mu a vyrovnat se s pocitem selhání. S tím, že naše možnosti a schopnosti jsou omezené. Je třeba odložit pýchu a vidět skutečnost takovou, jaká je. Nejdříve jsou však spotřebovány všechny vysvětlující systémy a skutečnost se zpravidla deformuje. „Zuby nehty“ se bráníme prožitku „dna“, „konce“. Se ztrátou iluzí dochází zákonitě k prožitku zklamání často přímo kolosálních rozměrů. Člověk, který po léta věřil, že dospěl k nejhlubšímu bodu možného utrpení nyní zjišťuje, že utrpení je bezedné, že nelze dosáhnout jeho absolutně nejhlubšího bodu, protože se člověk může dostat vždy ještě hlouběji a níže.

Je třeba složit zbraně v marném zápase a – plakat. Je však tak těžké složit zbraně a plakat...

Návrat vytěsněného

Použitím Freudova termínu návrat vytěsněného máme na mysli fakt, že vždy, když chceme udělat krok dál ve smyslu dalšího vývoje, uzavřít starou a začít novou životní kapitolu, je vše, co jsme dosud odkládali na „někdy jindy“, vše, co nám bylo nepříjemné, vše, před čím jsme utíkali či zavírali oči, takřikajíc znovu „na stole“. Přesně to, co jsme nejvíce zavrhovali, si žádá v těchto chvílích o své konečné přijetí.

Otázky víry a smyslu

Pojem ‚víra‘ není možné vnímat pouze ve vztahu k poznaným a jasně definovaným náboženským směrům a rituálům. Mnoho lidí odmítá přijímat představy spojené s vírou a vyznáním, které uznávají ostatní lidé. Tito lidé mají svou vlastní ucelenou představu o smyslu života, morálních a etických normách, i o životě po životě. Jedná se o silnou individuální víru, která pomáhá těmto lidem překonávat i obtíže spojené s umíráním (Mosconiová, 1998).

Jak uvádí Tillich, skutečná víra, která usiluje o vlastní pravdivost, je **víra zápasící sama se sebou**. Čím více o sobě pochybuje, tím se stává pravdivější. **Skutečná víra se prosazuje „navzdory“ okolnostem**, které mají tendenci ji podryvat, a ne jednoduše za okolností, které ji potvrzují. Věřit v lásku tváří v tvář nenávisti, v život tváří v tvář smrti, v den uprostřed temné noci, v dobro tváří v tvář zlu – to vše může někomu připadat pouze jako beznadějně naivní myšlenka či zbožné přání, jako pokus „pískat si ve tmě“; všechny tyto případy však mohou být rovněž chápány jako projev nesmírné odvahy, odvahy důvěry ve víc než ve vládnoucí moc faktů a jevů. Víra má „charakter přijetí svého vlastního přijetí“. Víra je odvaha přijmout přijetí nepřijatelného: sebe sama. **To nové v dějinách, ale proč to nevztáhnout i na život jednotlivce, vždy přichází tehdy, když v to lidé nejméně věří. Přichází ovšem až ve chvíli, kdy se to staré ukáže jako staré a tragické a umírající a kdy není vidět žádné východisko.**

Milost nás zasahuje ve chvílích velké bolesti a nepokoje. Zasahuje nás, když kráčíme temným údolím nesmyslného a prázdného života. Zasahuje nás, když cítíme, že naše odloučení je hlubší než obvykle, protože jsme porušili další život – život, který jsme milovali nebo kterému jsme se odcizili.

Ohrožením v mezních situacích jsme takřka donuceni obrátit se receptivně k bytostným zdrojům své existence: na hranici svých možností se v postoji odevzdaného očekávání otvíráme neznámému smyslu, bytí, lásce. Bez aktivity „odjinud“ zůstáváme vždy „na suchu“ – zbývá nám

pouze naše imaginace, racionalita, tradice, neproniknutá, nevyzvaná, nepodepřená, neosvícená, neposílená ničím, co je vyšší než my.

Milost nic nepřemáhá násilím. **Nabízí, otvírá, přitahuje – a ztrácí se, je-li naší odpovědí jen pokus přizpůsobit si ji.** V každém okamžiku dává příležitost, abychom po ní zatoužili. Možnost transcendence je v zásadě jenom jediná (Tillich, 2004).

Téma oběti

Dovolíme si na tomto místě uvést další z biblických motivů pro tentokrát takový, jež souvisí s tématem oběti. Oběti toho nejcennějšího, oběti syna – či synovství v obecném slova smyslu. Příběh o Abrahamovi a Izákovi je příběhem o překračování lidských mezí, o přiblížení se k hranicím božského, ovšem za cenu nikterak nicotnou; otec, který ať už z jakéhokoli důvodu, je ochoten zabít svého syna, překračuje zcela jednoznačně hranice toho, co je možno považovat ještě za lidské. V ochotě obětovat – **s plným vědomím** – svého syna – symbolicky toho nejcennějšího, co má – se otec de facto vzdává sám sebe jako člověka.

Izák (česky Smíšek) – může být chápán jako symbolem víry v nemožné, kdy přestárlý pár zplodí dítě – Ráchel bylo podle legendy již 90 let. Získaná zkušenost, které jsme zde svědky, přesahuje etická kritéria. Jde o prožitek nadpřirozené události, který v člověku vyvolává velmi silné pocity – ať už pozitivní či negativní – bez jakékoli logiky. Na takovou událost prostě nelze použít běžná etická měřítká, lze ji pouze hodnotit intenzitou zkušenosti a pokusit se v ní hledat – či franklovsky řečeno stvořit – hlubší smysl. Je to událost, kdy vrchol a propast se stává jedním (Dreifuss, Riemerová, 2006).

"Nepotřebujeme už v životě další ztráty, abychom mohli truchlit nad ztrátami, které jsme už zažili." "Odpuštění a vůle být šťastný je to stejné."

Když mají nenáviděné a opuštěné děti tohoto světa vůli vzdát se utrpení – uzdravit se, nikoli vyrovnat si účty – transformace je na dosah. Jestliže můžeme odpustit, že jsme byli odmítnuti a opuštěni, a jestliže cítíme, jak na nás odpuštění působí, jsme proměněni a je to zázrak (Johnson, 2006).

3. ETAPA – ETAPA ROZŠÍŘOVÁNÍ

Tuto etapu bychom mohli vnímat ve znamení uskutečňování viditelných změn v situaci. Jedinec se rozhodl pro určitý krok, změnu, kterou začíná uvádět v život. Někdy to může trvat i dosti dlouhou dobu, než se změně člověk trvale přizpůsobí, než pomínou následky z prudkého

přechodu do nové situace. Tato fáze se nese v duchu **stabilizace**. Její **součástí může být jakási regenerace, které by se dalo přirovnat k období rekonvalescence po vážné chorobě**. Tato fáze **by se dala nazvat též obdobím „viditelných změn“**.

2.2.3 Vyústění mezních situací

Obnova individuálního života

Základním znakem uzdravování je přitakání životu "teď a tady" – **jakési neodporování životu**. Získáváme nový postoj vědomí, v němž **mužský Logos spolupracuje s ženským Erótem** (rozšiřuje se jakási příhraniční, tj. společná oblast; dochází stále více k vzájemné prolínání a doplňování rolí).

Eliade (1994) hovoří v souvislosti s rituály obnovy života o **zapálení nového ohně (tzv. druhý dech)**. To vše jsou snad vhodné příklady pro jedince, který v této fázi zaznamenává **příliv nové životní energie**, nových podnětů, nápadů. Začíná se obnovovat jeho **zájem o okolní svět**. Podle Vasiljuka (1988) nejde však pouze o to, občas do nového světa proniknout, nýbrž zabydlet se v něm natrvalo. Správně poznat, vnitřně přijmout a rozšířit na celý svůj život nový systém hodnot.

Situace se opakují, ale **reakce na ně jsou rozdílné**, protože je jinak vyhodnocujeme (nebo je nemáme již potřebu vyhodnocovat); jinak situace prožíváme (nebo je třeba už vůbec nemáme potřebu prožívat). **Člověk se stává individualitou** a jak uvádí Johnson (2006) začíná být dokonce sám sobě zdrojem radosti. Ve svém cítění a jednání není odkázán pouze na konvence – stále více si dovolí žít podle toho, jak to skutečně cítí – **narůstá tím jeho autenticita a míra kongruence**. Obvykle **pokračuje v započatém díle** a bez dalších výhrad a „reptání“ se věnuje naplno své dosavadní činnosti – např. učitel nachází ve svém povolání poslání – **nebo si nachází své nové povolání, pro které se cítí být skutečně povolán** (nebo alespoň tvořivého koníčka).

Vynořuje se potřeba přenést těžiště svého zájmu mimo svou osobu – eriksonovsky řečeno dochází k prohloubení generativity – a člověk začíná chápat, že něco jiného nebo někdo jiný je důležitější a potřebnější než on sám. Podle Vasiljuka (1988) vede služba lidem k přitakání životu, k přechodu od pocitu smrti k prožívání plnosti a hodnoty života (vina – pokání – vykoupení – blaženost).

Proměna vztahů

C.G. Jung o tomto procesu hovoří slovy: „Oběť hrdiny se děje jen v plném oddání se životu, přičemž také všechno libido vázané v rodinných svazcích musí být z úzkého kruhu přeneseno do

šíře; neboť pro dobrý stav jedince je žádoucí, aby se poté, co byl v dětství pouze spoluotáčející se částicí v oběžném systému, nyní jako dospělý stal sám centrem nějakého nového systému. Že takovýto krok také zahrnuje řešení nebo přinejmenším zohlednění erotického problému, je samozřejmě jasné, neboť když se tak nestane, pak zůstane nevyužité libido naprosto nutně vězet v nevědomém endogamním vztahu k rodičům a dělá individuum v podstatných částech nesvobodným“ (Jung, 1988).

"K obdarování potřebujeme plnost. Takovou plnost, že dávání je nutností, uvolněním, úlevou. Dávání vyžaduje plnost a plnost vyžaduje dávání..." (Johnson, 2006)

Dávání – sebe začíná být pocíťováno stále více současně jako sebe – obdarování.

Prožíváme sami sebe dostatečně silné, abychom si dovolili být zranitelnými.

Necítíme již dále potřebu **hledat ideální obrazy (formu)** ve vnějším světě dosavadní domnělé dokonalosti, nýbrž svoji podstatu (obsah, smysl) hledáme uvnitř sebe sama spolu s rozvíjející se potřebou aktivního utváření a spolurozhodování o tom, jací jsme a jací budeme. **Druzí již neslouží jako zrcadlo potvrzující naši sebehodnotu, ale jsme čím dál tím více schopni opravdového a bezprostředního setkání – již nestačí zrcadlová plocha; je zapotřebí vnitřního prostoru – prostoru pro intimitu bezprostředního setkání člověka s člověkem, v duchu humanisticky orientovaných psychologů - bytí „tady a teď“** . Stále důležitější je nejen to, co vidíme, vnímáme a cítíme my sami, ale také to, co vnímají a cítí ti druzí. Po období hlubokých a často též bolestných vhlédů do sebe a velkých změn, nelehkého přehodnocování kategorií vítězství a úspěchu, svůj stín, poeticky řečeno, člověk nejen snáší, ale objímá (oběť – objetí) odpouští mu a vnímá jej jako dar. **„A zavržený kámen se stává kamenem úhelným“**. Kupříkladu matka konečně přijímá své postižené dítě, které dosud vnitřně odmítala či vnímala jako zátěž – jako největší dar svého života.

Smysl utrpení

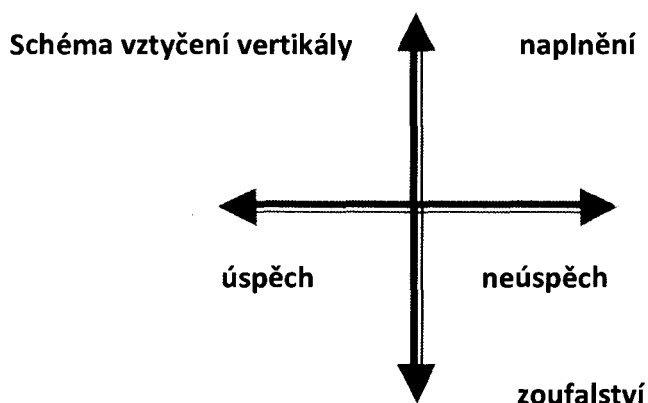
Podle Frankla (1996) je jedinec v takovýchto situacích vtažen do duchovního víru, v němž se zdají hodnoty řídit se do propasti pochybností. Právě taková těžká situace mu dává možnost, aby vyrostl sám nad sebe. Za zmínku stojí duševní rozpoložení jednoho klienta v krizové situaci popisované jako „emoční koncentrák.“ Jsme-li konfrontováni se situací, již se nemůžeme vyhnout a z níž nemůžeme uniknout, dostává se nám příležitosti, uskutečnit nejvyšší hodnotu a naplnit nejhlubší smysl, které jsou skryty v utrpení. Neboť ze všeho záleží na našem postoji, jímž své utrpení přijímáme. Člověk stále volí z mnoha přítomných možností. Člověk je bytostí

konečnou a jeho svoboda je omezená. Není to svoboda vzhledem k podmínkám, nýbrž svoboda zaujmout postoj. Člověk se určuje sám v tom, **zda se podmínkám poddá a nebo se jim postaví** (Frankl, 1996).

Otázka smyslu a pseudosmyslu

Emoce představuje bezprostřední výraz vztahu jedince k událostem. **Smysl** je pak zprostředkován významy a vůbec poznáním, poznáním sebe sama a svého života – **emoce jsou prostoupeny myšlenkou**. **Smysluplnost oproti ztrátě smyslu** (zoufalství, beznaděj, neproveditelnost, nevyhnutelnost). Úkolem je dosáhnout smysluplnosti, najít zdroj smyslu. "Zpracovat" tyto zdroje, vytěžit z nich smysl, vytvořit smysl. **Prožívání na úrovni bytí** – obnovením možnosti realizovat vnitřní nezbytnosti života. **Na úrovni vědomí** – nalezením smysluplnosti.

Kritické situace nás nutí prožívat – **prožívat znamená překlenout jistou "trhlinu" v životě, je to obrodná práce, jakoby kolmá k linii realizace života** (Vasiljuk, 1988). Frankl v této souvislosti hovoří o vztyčení vertikály, což velmi úzce souvisí s kladením si otázek po smyslu, otázky podílu vlastní zodpovědnosti apod. Podle Říčana (1990) jde o dobu, kdy „jsme v otázce“.



Jestliže dosud bylo důležitější, jak hodnotí počínání jedince okolí a podle toho byl poměřován úspěch či neúspěch, těžiště se posléze a postupně přesouvá dovnitř, kdy stále více nabývá na důležitosti, zda jedinec samotný vyhodnotí své chování jako naplňující bytí by třeba skončilo vnějším, hmatatelným neúspěchem, nebo naopak, zda skončí v propasti zoufalství, „korunované“ světským úspěchem. Vertikála tak představuje **jakési vnitřní zpevnění** – může se, má odvalu a konečně je i schopen – **opřít se o sebe a své hodnoty**, ke kterým si došel na základě své vlastní jedinečné zkušenosti a zhodnoceného prožitku.

Dále se již netážeme na smysl života, nýbrž každý den a každou hodinu zakoušíme výzvy a otázky života, na něž můžeme a máme správně odpovědět nikoli hloubáním a mluvením, nýbrž **odpovědným jednáním**. Skutečný smysl je transcendentující a tkví v subjektivně pocíťované hodnotě výkonu, zážitku nebo postoje, který umožňuje konat skutky zlidšťující tento svět a zvyšující úroveň důstojnosti života co největšímu počtu lidí (Frankl, 1996). Utrpení je výzvou ke konfrontaci s metafyzickými hodnotami a k realizaci postojových hodnot (Frankl, 1996).

Franklův systém **logoterapie** pracuje s prožitkem utrpení a postojem k němu, přičemž se klientovi snaží **ukázat svobodu jeho postoje**. Existují také beznadějně situace bolesti a utrpení, kde je těžké hledat smysl a které mají sotva východisko, o něž by stálo za to se snažit. I v takových situacích ještě existuje možnost volby postoje, který postižený člověk k dané události zaujme. „Pojem realizace hodnot postoje ukazuje, jak vysoce jsou hodnoceny takové velkolepě lidské postoje k životním situacím, které se zdají být bezvýchodnými; často znamenají jedinou záchrannou šanci, která ještě zbývá, možnost trpělivosti a vnitřní silou svůj osud přece jen ještě obrátit k dobrému. Dosáhnout v utrpení obratu k lepšímu je možné jedineč **zaujetím pozitivního postoje k utrpení**.“ (Lukasová, 1998, 17-18). Frankl (1996) v této souvislosti hovoří též o tzv. suprasmyslu: člověk je žádán, aby UNESL svou neschopnost rozumově pochopit nepodmíněnou smysluplnost.

Na období krize je možno pohlížet též z hlediska prožívání krize hodnot, kterou lze podle Polákové (1998) rozdělit do **třech fází**:

1. Vážné ohrožení realizace hodnoty

– **Jedinec je konfrontován s hrozcí destrukcí vyvolávající mohutnou obrannou odezvu**

– **Snaží se nejrůznějšími způsoby situaci zachránit**

2. Situaci se nepodařilo zachránit

– **ztráta realizace životně důležité hodnoty – hodnota sama se nemění, ale jedinec si uvědomuje, že je již nedostupná**

– **není tedy co zachraňovat, původní stav nelze obnovit**

– **situaci je nutno „ustát“ a vydržet rozpor mezi tím, co je žádoucí, co by „mělo“ být, a tím, co je**

– **rozpor mezi existencí abstraktního významu hodnoty a neexistencí její konkrétní realizace**

– **pocit bezmoci, ničivé vědomí toho, bez čeho nelze žít, ale současně nemožnost zachránit původní stav může vést k mobilizaci naděje a**

zaměření se na budoucnost

Možnosti:

- čekat a doufat;
- sebevražda;
- „zapouzdření krize, zmrtnění, „emoční zamrznutí“ v situaci;
- iluze, že „to“ stále existuje, zoufalé hledání útěchy (mnohdy nekontrolovaně a nereflektovaně);
- změna hodnotové orientace

3. Ohrožení hodnoty samotné

- zpochybnění platnosti nejvyšší hodnoty
- vzdávání se dosavadního pojetí smyslu života
- úkol: porozumět situaci, mobilizovat moudrost, zvolit nikoli „iluzi spásy“ za „cenu zrady“

Možnosti:

- rezignace;
- volba bez námahy realizovatelné hodnoty;
- přijetí nutnosti, absurdity a bezperspektivnosti života nebo –
- jednoznačné přijetí nové hodnoty, kterou bude přijímat jako nejvyšší

Situační kontra „bytostné“ rozhodnutí

Situační rozhodnutí a řešení je orientováno situačně, možno říci též pragmaticky: vzdát se smysluplné hodnoty, protože je ohrožena či znemožněna její realizace, a realizovat hodnotu, kterou sice vnitřně prožívám jako nepřilíš smysluplnou, ale jejíž realizaci považuji za možnou. Situační řešení krize podřizuje smysluplnost realizovatelnosti, hledisko bytí hledisku situace: co je realizovatelné, je i „smysluplné“, co není realizovatelné, je „nesmyslné“.

Bytostné rozhodnutí či řešení krizové situace naproti tomu podřizuje realizovatelnost smysluplnosti, hledisko situace hledisku bytí. Co je realizovatelné, nemusí být smysluplné, a co je smysluplné, nemusí být zde a nyní realizovatelné. Je uchováno tvořivé napětí mezi požadavkem realizovatelnosti a smysluplnosti (Poláková, 1998).

Posttraumatický růst a jeho hlavní oblasti

Fenomén posttraumatického růstu je v této práci vymezen a využíván dle teorie Tedeschiho a Calhouna (2004a, b). Termín posttraumatický růst je míněn ve smyslu pozitivní psychologické změny (kvalitativní změny – proměny) jako průběh i završení procesu boje

s velmi náročnými životními situacemi a okolnostmi, jako proces i výsledek následující po prožitku krize, traumatu dalších velmi náročných situací.

Tedeschi a Calhoun (2004a), kteří vyšli z faktorové analýzy 21položkového dotazníku (The Posttraumatic Growth Inventory, 1996), vytvořili **5 kategorií pokrývajících hlavní oblasti tzv. posttraumatického růstu:**

posttraumatického růstu:

- **Větší hodnota života a změněné priority:** tato kategorie obsahuje změnu ponětí o tom, co je důležité, především ve vnímání každodenního života a v uvědomování si váhy toho, co bylo předtím samozřejmostí.
- **Vztah k blízkým lidem:** tato kategorie obsahuje zlepšení a zkvalitnění vztahů k blízkým lidem, větší citlivost k utrpení druhých lidí obecně i k těm, co sdílejí podobný osud.
- **Osobní síla:** tato kategorie obsahuje pocit větší osobní síly nebo dokonce zjištění, že daný jedinec je silný. Tento pocit však paradoxně souvisí s větším pocitem zranitelnosti. Může se zde vyskytnout také poznatek, že zlé věci „se stávají“, nebo názor typu „když jsem přežil/a tohle, přežiji už všechno“.
- **Nové možnosti a směr života:** obsahuje změnu povolání, věnování se pomoci druhým, vytyčení nových životních cílů.
- **Duchovní růst:** tato kategorie obsahuje posun v otázkách existenciálních a duchovních, větší otevřenost zásadním a existenciálním otázkám života, v konfrontaci s pochybami a beznadějí se může objevit silná víra; růst v této oblasti se může objevit taktéž u lidí nevěřících, aniž by v souvislosti s ním explicitně hovořili o víře.

Jak uvádí Doušová, **mezní situace** tak mohou být přes svoji děsivou a bezútěšnou povahu **být situacemi, v nichž může být nastartován růst, jehož výsledkem je dobře adaptovaná, integrovaná a rozvinutá osobnost.** Pozitivní adaptací je zde myšlena změna k fungování na jiné, vyšší úrovni než doposud; není to homeostatické vyrovnání na úroveň fungování (jako) před traumatickým zážitkem, není to ani obrana před negativním působením následků traumatu. Změnu, která obsahuje prohloubení vztahů s blízkými, otevření novým možnostem, větší uvědomění osobní síly, duchovní rozvoj a hlubší vnímání hodnoty života, je třeba chápat jako změnu kvalitativní spíše než jednostranně pozitivní (Doušová, 2007).

Prožitek traumatu přináší větší zranitelnost a často i způsob utrpení, které je nepředvídatelné a těžce kontrolovatelné. Zároveň však také činí člověka silnějším. Ve hře je mnoho faktorů, které se podílejí na způsobu, jakým jedinec trauma zpracuje, jak se s ním

vyrovná a jak ho přijme. Kognitivní zpracování, přepracování události a jejího významu může upevnit psychickou strukturu a vytvořit větší odolnost vůči dalším otřesům. **Největší transformativní síla však pochází z roviny emocionální, neboť emocionální prožívání zasahuje hlubší paměť a rovinu osobnosti** (Tedeschi, Calhoun, 2004a).

Téma utrpení v životě člověka se objevuje již v základních textech náboženských věrouk (viz např. Kniha Jobova), zabývali se jím filozofové i myslitelé na různých místech planety. Hledání odpovědi na jeho smysl prochází celou historií lidstva i každým individuálním osudem.

Také v oblasti psychologie nacházíme, jak dále připomíná Doušová, autory, kteří se věnovali otázce utrpení a růstu po utrpení a negativních zkušenostech. Z pohledu humanistické teorie (teorie sebeaktualizující tendence) směřuje každý jedinec k co největšímu možnému rozvoji sebe sama a k naplnění smyslu života v rámci vlastních možností. Tato motivační potřeba se dle Maslowa řadí k vyšším potřebám, takzvaným hodnotám bytí (B-hodnotám). Traumatická zkušenost, prožitek krize ovšem znemožňuje člověku pokračovat v tendenci naplnit tuto potřebu dosavadními strategiemi jejího uskutečňování. Trauma či krize přináší utrpení jako překážku, nežádoucí stav, který se ale z pohledu růstu stává transformační hodnotou, která může vést k hlubšímu vnímání hodnoty života (Doušová, 2007).

Dle Polákové (1994) je mezní situace skutečnou lekcí v umění být, v níž se **otevřít otázka nejzazší perspektivy života, jeho celkové hodnoty a smyslu**. „Člověk hledá v takové situaci vyšší smysl, který mu pomůže nejen zvládnout ohrožení, ale růst. Jestliže člověk jednoznačně zjistí, že hodnota, jejíž realizace je ohrožena nebo ztracena, má přesto smysl, je to pro něho takřka nevyčerpatelným zdrojem vnitřní síly. Živé vědomí v situaci krajního utrpení nebývá prohlubuje lidský život, činí ho teprve opravdu lidským. Trvá-li smysl hodnoty, která je ohrožena nebo není možná její realizace, má člověk jako nikdy jindy příležitost plně prožít nejhlubší dimenzi duchovního vlastního života a plně se o ni opřít. **Člověk, který se nechá vést smyslem, má předpoklady vyjít z mezní situace vnitřně proměněný a osvobozený k nové hodnotové jistotě.**“ (Poláková, 1994).

3. PŘECHODOVÉ RITUÁLY

Dalším tématem, které vyplynulo z naší dosavadní práce na zkoumaném tématu, a které považujeme za užitečné vymezit, je téma přechodových rituálů. Předtím než se budeme věnovat vlastním přechodovým rituálům, vymezíme si samotný pojem rituálu.

Rituály

Termín rituál vychází z latinského slova "**ritualis**" (obřadný), které má svůj původ ve slovu "ritus" (obřad, obyčej). Rituál je soubor akcí a úkonů, které jsou vykonávány jednotlivcem nebo celou skupinou pravidelně či při konkrétních událostech. Rituály mají většinou hluboké náboženské a tradiční kořeny, jejichž základem je hluboký náboženský prožitek umožňující přístup k posvátnu. Tzv. sekularizované rituály slouží pak zejména k upevnění společenských norem.

Nejrůznější druhy rituálů jsou typické téměř pro všechny společnosti minulosti i současnosti a nelze předpokládat, že by tomu bylo v budoucnosti jinak. Rituály jsou všude kolem nás. Hrají důležitou roli ve společnosti jako jedna z metod sociální výchovy jednotlivců a jejich přizpůsobování kolektivním normám dané společnosti. Pouhý pozdrav či podání ruky mají svá pravidla a jsou zřejmě těmi nejběžnějšími rituály.

Rituály mohou být vykonávány na libovolných místech, na místech konkrétně určených nebo na místech pro rituál speciálně vytvořených. Mohou mít veřejný či soukromý charakter nebo být určené pouze pro konkrétní specifickou skupinu. Mohou také souviset s fázemi měsíce či jinými vesmírnými prvky. Psychologický účinek rituálu bývá podporován užíváním symbolů, hudby, zpěvu, výběrem místa, osvětlení apod. [12.12.2009-
<http://dino.saur.cz/view.php?cisloclanku=2007090201>].

3.1 PŘECHODOVÉ RITUÁLY A JEJICH FUNKCE

Jednou z konkrétních oblastí rituálů je problematika rituálů přechodových. Jak již vyplývá ze samotného názvu, jedná se vždy o **nějaký přechod či přestup odněkud někam**.

Ve všech obecných společenstvích existují podle Geneppa ještě další dílčí společnosti. Pokud chce příslušník takové jedné společnosti přestoupit do druhé, **musí splňovat určité požadavky, které jeho budoucí společnost klade na své členy, a následně se také řídit jejími pravidly a normami. Musí tedy projít jakousi fází přechodu, jenž trvá určitou dobu. Během**

přechodného "liminárního" období jsou vlastnosti subjektu rituálu ("přecházejícího") nejasné. Prochází kulturní oblastí, která nemá žádné atributy minulého ani nadcházejícího stavu. To znamená, že v období pomezí, kdy se člověk nachází uprostřed přechodového rituálu, se pohybuje mezi dvěma světy a nepatří tedy ani do světa, z něhož přichází, ani do světa, kam bude po ukončení přechodu nakonec zařazen.

V životě každého člověka můžeme nalézt mnoho takových přechodů. Nástup předškoláka do školy, vzdělání zakončené maturitou či promoci s následným zařazením do pracovního procesu, změna rodinného stavu (svatba, rozvod), rodičovství apod. Do tohoto výčtu patří v neposlední řadě první a poslední přechod jednotlivce, narození a smrt. Všechny tyto přechody by měly v optimálním případě doprovázeny rituály, které ohraničují jejich jednotlivé fáze (Gennep, 1997).

Významnou roli hraje také např. barevná symbolika, která může být v různých kulturách různá. Tak např. v Číně ve městě Fu-Čou jsou při narozeninových obřadech zapovězeny bílé malby, protože bílá je považována za barvu smutku. U Ašantského kmene je zase bílá barva spojována se spermatem, slinami, silou a štěstím a je považována za mužskou symboliku. Naproti tomu ženskou symboliku představuje obvykle barva červená, která je většinou spojována s barvou krve, válkou, čarodějnictvím či pohřby.

Rituály mají také různou délku. Ta se liší jednak podle daného rituálu a také podle pravidel společenství, které rituál provozuje. Stejný rituál tak může v jedné společnosti trvat dva měsíce a v jiné i šest let (Turner, 2004).

Podle Arnolda van Gennepa (1997) se dají rituály rozdělit na:

Animistické rituály	
Rituály sympatetické	Rituály kontaktní
Rituály pozitivní	Rituály negativní
Rituály přímé	Rituály nepřímé
Dynamistické rituály	

Rituály však nelze posuzovat odděleně, ale je nutné je zkoumat v kontextu dalších souvislostí. Tím se dostáváme k rituálům přechodovým, které tvoří zvláštní a specifický pohled na problematiku rituálů, protože je můžeme aplikovat na široké spektrum všech činností. Přechodové rituály tak nelze jednoduše "zaškatulkovat" do výše uvedené tabulky, protože

bychom je mohli zařadit de facto do každé z těchto kategorií, ale současně tento typ rituálů v sobě nese specifickou kvalitu.

Úplné schéma přechodových rituálů:

1. **rituály preliminární** (odloučení)
2. **prahové** (pomezí)
3. **postliminární** (sloučení, přijetí).

Na tomto místě bychom se rádi pozastavili a blíže se podívali na používanou terminologii. Pomezí čili "limen" znamená v latině "práh". V českých překladech se používají termíny "liminární", "liminarita" apod. Podíváme-li se do slovníků, nacházíme v angličtině i francouzštině termín "liminal" (s písmenem "l" na konci slova), který z obou jazyků shodně překládáme jako "prahový".

[12.12.2009, <http://dino.saur.cz/view.php?cisloclanku=2007090201>]

Liminarita

Liminární bytosti, tedy osoby nacházející se v pomezním stavu, nelze klasifikovat podle hodnot společnosti, kterou opouštějí, ani podle hodnot společnosti nové. V této fázi mají velmi nejasné postavení a vymykají se běžným "normálním" hodnotám. Jejich nejasné a neurčité rysy jsou v mnoha společnostech, jež ritualizují společenské a kulturní přechody, vyjádřeny rozličnými symboly. Liminarita je tedy často přirovnávána ke smrti, k pobytu v lůně, k neviditelnosti, temnotě, bisexualitě, k divočině nebo k zatmění Slunce či Měsíce (Turner, 2004).

Prochází-li stejným rituálem ve stejnou dobu více osob, bývá na ně nahlíženo stejně a nečiní se mezi nimi rozdíly. Často jsou (ať už ve skutečnosti, nebo symbolicky) nazí, nebo jen spoře oděni, bývají zbaveni všech symbolů reprezentujících výši jejich postavení v běžné společnosti, bývají zobrazováni jako lidé, jimž nic nepatří (v naší kultuře např. postava Krysaře). Tyto bytosti – novicové – se musí chovat pokorně a pasivně a musí přijímat udělované tresty bez stížností.

Tyto prvky rovnosti, poníženosti a stejnorodosti jsou ideálními podmínkami pro vznik kamarádství a soudržnosti mezi novici. Vzniká tak nediferencované společenství rovnocenných

jedinců, jež Turner označuje jako "communitas". Toto slovo latinského původu používá Turner záměrně, aby se společenství noviců odlišilo od běžného významu samotného slova "společenství".

Podle Turnera liminarita znamená, že vyšší postavení neexistuje bez nižšího a ten, kdo zastává vyšší pozici, musí zažít jaké to, je být ponížený. Z tohoto důvodu se u mnoha společenství setkáváme s různými prvky ponížení a sebezmrzačení v průběhu liminární fáze rituálu.

Například u zambijských Ndembuů při obřadu uvedení do funkce staršího náčelníka zvaného Kanongeša začíná liminární fáze stavbou malé chýše z listí. Ta je umístěna asi míli od vesnice a budoucí náčelník v ní jako obyčejný muž symbolicky umírá. Před obřadem je s ním zacházeno jako s otrokem - znemožní se mu spát, on i jeho žena jsou slovně uráženi a přinuceni vykonávat manuální práce jako sbírání dřeva na oheň apod. Při obřadu jej Kafwana (vůdce kmene Humbu, který má pravomoc předávat náramek "lukanu" – nejvyšší symbol postavení náčelníka vyrobený ze šlach a pohlavních orgánů) řízne na spodní straně do levé paže a pronáší tuto řeč (výťah):

"Mlč! Jsi lakomý a sobecký hlupák! Jsi nerudný člověk! Nemiluješ své bližní, jen se na ně zlobíš! Lakota a zlodějství jsou vše, co máš! Přesto sem jsme tě povolali a říkáme, že se musíš stát náčelníkem. Odlož lakotu, zahod' zlost, vzdej se cizoložství, okamžitě s tím vším přestaň! Přislíbili jsme ti funkci náčelníka. Musíš jít se svými bližními, musíš s nimi řádně žít. Nepřipravuj čarodějné léky, abys mohl požírat své bližní v jejich chýších, to je zakázáno! Přáli jsme si za svého náčelníka pouze tebe a nikoho jiného. Ať tvá manželka připraví jídlo pro lidi, kteří přicházejí sem do hlavní vesnice. Nebuď sobec, nenechávej si náčelnictví jen pro sebe! Musíš se s lidmi smát, musíš přestat s čarodějnictvím, pokud jsi ho už náhodou dostal! Nesmíš zabíjet lidi! Nesmíš být k lidem neštědrý!..".

Po této řeči, která se i nadále nese v podobném duchu se kdokoliv z přítomných, kdo má pocit, že mu volený náčelník v minulosti nějak ublížil, na něj může osočit, spílat mu a vyjadřovat svou zášť dle libosti. Jako výraz trpělivosti a pokory musí toto všechno budoucí náčelník přijímat tiše a se sklopenou hlavou.

Hovoří se zde o tom, že dosavadní život obyčejného muže zde končí a nově "zrozený" náčelník se nesmí mstít za případné křivdy, jenž byly na "předchozím obyvateli jeho tělesné schránky" učiněny. Proto musí zůstat zapomenuto ponižování předcházející a následující obřadu (urážky a nucení k vykonávání manuálních prací zmiňované výše (Turner, 2004).

3.2 MUŽSKÉ A ŽENSKÉ PŘECHODOVÉ RITUÁLY

A. Mužské iniciační obřady

Většina kultur považovala mužskou iniciaci za absolutně nezbytnou. Inicie u mužů se především týkají moci a způsobu, jak ji užívat a jak ji nezneužívat (konfrontace s Ezauem – s vnitřním "divokým mužem"). V mužském iniciačním obřadu se sdělují velká poselství – a to skrze slovo, zkoušku, společenství a symbolické poranění. Po dokončené mužské iniciaci je věc jasná a uzavřená: chlapec se stal mužem a už dále nemá potřebu si něco "dokazovat". – Muž, který prošel iniciací, ví, co znamená – ví, že sám je nositelem logu, významu (Rohr, Martos, 2002).

B. Ženské iniciační obřady

Podle Gennepa je zahajovací rituál je spojen u dívek s obdobím první menstruace. Dívka byla okamžitě izolována, odloučena od společnosti. Musela zachovávat určitou, dosti nepohodlnou pozici, nesměla se vystavovat slunci a kohokoli se dotknout. Oblékala si speciální oblek nebo nosila určité znamení. Musela jíst syrovou stravu. Odloučení se odehrávalo obvykle v chýši někde uprostřed buše. U děvčat odloučení bylo osobní, u chlapců ve skupině. Doba zasvěcování končila kolektivním tancem. Pro stanovení konce další vnější znaky, např. tetování nebo začerňování zubů.

Dívky se od starších žen učily příst, ženským rituálním písním a tancům, většinou erotickým a obscénním. Mezi zasvěcením ženy, předením a sexualitou existuje skrytá sounáležitost. Objev ženského posvátna se dotýká zdrojů života a plodnosti (Gennep, 1997).

Jak uvádí Eliade, s rituálem zasvěcení je někdy spojováno naprosto obrácené chování – od cudnosti k exhibicionismu, které má rituální smysl a je důležité pro celou společnost. Povaha tohoto ženského mystéria vyjadřuje nutnost periodicky odstranit daná pravidla pro světský život. Jinými slovy – je dočasně nutno porušit zákon, který leží na těchto zvycích jako zbytečné břemeno a znovu se v rámci rituálu vrátit k absolutní spontánnosti.

V některých společnostech, v nichž cudnost a početnost jsou pravidlem, se dívky a ženy během určitých posvátných období hlavně během svatby, chovaly způsobem, který strašlivě pohoršoval pozorovatele. Tak například na Ukrajině ženy zvedaly své sukně až k pasu, aby přeskočily oheň, a říkaly, že „spalují nevěstinu kšticí“.

Zasvěcovaná dívka přichází znovu na svět, když prochází mezi nohama „matky“, tj. narodí se do duchovní existence. Iniciační obřady se často konají v řece. Rituální význam měly les, voda, temnota a noc. Ženě byla odhalena skutečnost, jež ji přesahuje, ačkoli je její součástí. Nejednalo se o přirozené zrození – nýbrž o zjevení ženského posvátna; mystické sounáležitosti, života, ženy, přírody a božství. Toto mystérium je nadosobní, proto je vyjadřováno v symbolech a ožívováno obřady. Dívka nebo zasvěcená žena si při tomto procesu uvědomuje posvátno vynořující se z nitra její bytosti, a toto vědomí – ať je jakkoli neurčité – je zkušeností symbolů.

Žena toto posvátno „uskutečňuje“ a „prožívá“, a tak nachází duchovní význam své vlastní existence; pociťuje, že život je skutečný a posvěcený, že to není nekonečná řada slepých, zbytečných a absurdních psychických a fyziologických automatismů.

Přechodový rituál představuje průlom dosavadní úrovně života, je přechodem z jednoho způsobu bytí do druhého: dívka je náhle odloučena od obyčejného světa, podrobuje se duchovní proměně, a jako každá proměna zahrnuje také zkušenost smrti. Vždy se jedná o smrt něčeho, co musí být pohřbeno. Dívky umírají, aby se proměnily v a dospěly k vyšší úrovni existence. Jedná se o konec dětské neurčitosti a beztvárnosti, aby jejich osobnost dosáhla plnosti a byla plodná.

Ženský přechodový rituál tak oslavoval přechod z dětství ke schopnosti dát život z vlastního břicha, oslavoval schopnost ženy být nositelkou sexuální síly a všech ostatních ženských vlastností (Eliade, 1998).

Podle Eliadeho **mezi ženská mystéria patří:**

- 1. první menstruace**
- 2. první těhotenství**
- 3. narození dítěte**

Rituály týkající se těhotenství a porodu

Jak uvádí Gennep, nejprve se provádějí odlučovací rituály, kterými se těhotná vylučuje z obecné společnosti, rodinného společenství a někdy i ze společenství ženského pohlaví. Poté následují vlastní rituály spojené s těhotenstvím, které je obdobím pomezí a nakonec porodní rituály, jejichž cílem je znovuzачlenění ženy do společnosti (Gennep, 1997).

J. G. Frazer upozornil na vykázání těhotných žen do zvláštních chýší nebo na zvláštní místo. Žena je v izolaci proto, že je vnímána v tomto období jako „nečistá a nebezpečná“ nebo se

nachází ve stavu fyziologicky a společensky nenormálním, a proto se s ní zachází jako s nemocným či cizincem. Rituály vztahující se k těhotenství a porodu mají usnadnit porod a ochránit matku a dítě, obec, příbuzné i rodinu proti negativním vlivům.

Například rituály vztahující se k těhotenství a porodům u indických Todů oddělují ženu od jejího prostředí, třikrát je udržována v pomezím postavení a do běžného prostředí je začleňována postupně, tak, že žije ve dvou různých domech než se vrátí do svého normálního příbytku (Frazer, 1977).

Jak udává Gennep, těhotenství je tedy pomezím obdobím s několika etapami. Návrat ke společnému životu má tyto sekvence:

1. odloučení

2. pomezí období s postupným odbouráváním překážek

3. opětovné začlenění do běžného života

Návrat do společnosti po porodu má v našich společnostech tendenci se časově shodovat s fyzickým šestinedělím. Ale u různých národů se šestinedělí nebere v úvahu, jde o společenské šestinedělí, kdy doba odloučení trvá u různých národů od 2 do 40, 50, někdy i 100 dnů (Gennep, 1997).

Narození a dětství

Dále Gennep uvádí, že u populací, které považují těhotnou ženu za nečistou, se tato nečistota přenáší na její dítě. Vztahuje se na ně tabu a první pomezí období se shoduje se společenským šestinedělím. Stejně tak se rituály chránící před uhrnutím, nemocí nebo démony vztahují na matku i dítě. U Rehamnů v Maroku je novorozenec posvátný a může se narodit až když získá přízeň všech ostatních. Stejný ochranný přístup se uplatňuje vůči cizinci, protože dítě, stejně jako cizinec, je třeba nejprve odloučit od jeho dřívějšího prostředí, matky. Důležitou roli hraje i pupeční šňůra. Ta se buď uchovává s dítětem nebo bývá svěřena příbuznému, aby chránil osobnost dítěte či je pohřbena daleko od vesnice. Podobně se zachází s placentou nebo předkožkou po obřízce. Některé z doprovodných rituálů jsou sympatetické, tzn. připravují dítě na lepší užívání údů a síly. Rituály jsou systematictější uspořádány tam, kde existuje víra v převtělování a stěhování duší (u Aruntů, Kaitišů, Warramungů). Když se narodí dítě v kmeni Tchwi v Guinejském zálivu, ukazují lidé dítěti různé předměty patřící zemřelým příslušníkům

rodiny. Podle toho, jaký předmět si dítě vybere, je ztotožněno s některým z předků. Jedná se o rituál přijetí do rodiny.

Gennep považuje za přechodové rituály všechny rituály, které mají dítěti umožnit vstup do prahového období, které trvá u různých národů 2 až 40 či více dnů.

Přijímacími rituály se dítě uvádí do světa. V Africe děti procházejí brankou, kterou děti přecházejí nebezpečného světa do světa příznivého nebo neutrálního. Obřad procházení dveřmi se podobá obřadu opouštění dětství. Např. v Číně začíná dospělost v 16 letech a základním rituálem je procházení nepravými dveřmi. Po obřadu, nazývajícím se Poděkování Matce, přestává děti chránit božstvo dětí Matka. Věkové třídy v pravém smyslu však nejsou podmínkou rituálů. Období života pak může být rozděleno do různého počtu delších či kratších etap.

Rituály dávající dítěti jméno se liší:

získávání jména je individuální záležitostí rodiny,

- může být spojeno s přijímacím rituálem,
- nebo získává jméno křestem, tj. rituál odloučení od profánního nebo nečistého světa.

Křest může mít povahu přijímacího rituálu, pokud je použita posvěcená voda, protože dítě prostřednictvím svěcené vody přijímá jiné vlastnosti. Jako přechodové rituály se tam, kde lidé věří v propojení života s kosmickým životem, vyskytuje vystavování Slunci, Měsíci či Zemi.

Bntuové a Pueblané provádějí obřady přijímání novorozence do kosmického světa (Gennep, 1997).

4. MATEŘSTVÍ A OTCOVSTVÍ

*"Dvě bytosti tak odlišné, že nehovoří stejnou řečí,
spojí dítě, které nemluví vůbec."*

Na základě našeho zkoumání dané problematiky vyplynulo, že současné přístupy k porodu i vlastní prožívání porodů jsou determinovány do značné míry krom jiných faktorů, vývojem a současným stavem fenoménů mateřství a otcovství. Jinými slovy - konkrétní podoba mateřství a otcovství spoluvytváří jakési pozadí do značné míry ovlivňující vědomé a ještě mnohem více mimovědomé faktory, které „vstupují do hry“ během porodu.

4.1. MATEŘSTVÍ, VZNIK A TYPY OTCOVSTVÍ

Mateřství chápané tradičně jako protiklad otcovství

Podívejme se zevrubněji na některé zákonitosti, které se týkají tohoto fenoménu. Jak uvádí Zoja neexistuje mezi otcem a matkou symetrie ve fyziologickém ani v psychologickém ohledu. Hlavní rozdíl mezi mateřstvím a otcovstvím tradičně spočíval ve faktu, že: matka je vždy jistá, otec nikoli. Avšak díky novým medicínským technikám již ale otcovství nemusí být nutně nejisté a otec může být bez rizika omylu definován jako biologický zploditel. Proto, aby se muž stal otcem a nikoli pouze zploditelem, ovšem nestačí být otcem biologickým. Otcovství je stále ještě chápáno spíše ve své sociální dimenzi; to může být spojeno s dlouho převládajícím chápáním mateřství jako daného instinkty, zatímco otcovství bývá tradičně spojováno s udáváním pravidel a zákona.

Mateřství je chápáno jako komplikovaný, mytizovaný až ideologizovaný jev. Vazba matky a dítěte má zvláště na počátku výlučný charakter a uzavírá se světu, zatímco dvojice otec – dítě se naopak od počátku zapojuje do skupiny přinejmenším tříčlenné a tvoří součást společnosti. Od otce se přímo žádá, aby své dítě učil žít ve společnosti, tak jako matka by dítě měla naučit žít v těle. Vztah otce a dítěte je mnohem více podmíněn okolím, dalšími vztahy.

Touha po silném a vítězném otci

Dítě chce pocítit nejen dobrotu a lásku svého otce, ale i jeho sílu. Společenské vztahy totiž neurčuje jen láska a spravedlnost, ale také moc. Takové dítě by si tedy přálo silného a vítězného otce. Vítězí-li ve znamení dobrotu, spravedlnosti a lásky, tím lépe. Západní tradice často

preferuje nespravedlivého, ale vítězného otce před otcem spravedlivým, jenž však ve světě prohrál (např. osud krále Leara). Kolektivní obraz otce je předáváný nevědomím a kulturou. Vítěznému otci často chybí morálka, ale nejen to. Síla, kterou musí demonstrovat, omezuje i jeho city. Dítě očekává od otce podobné city jako od matky, ale to není vše. Žádá jej: buď ke mně dobrý a spravedlivý. Miluj mě. Ale ostatním ukaž svou sílu.

Paradox otce

Právě normálního, nikoli problémového otce charakterizuje hluboká rozpornost, která je nazývaná jako otcovským paradox. Tento paradox zahrnuje předpoklad, že uvnitř rodiny se má otec řídit morálním zákonem, a naopak ve společnosti respektovat především zákon síly. Matka je obvykle ve své mateřské roli posuzována převážně jen podle toho, jak se chová k dítěti. Avšak kritéria posuzování „kvality“ otce jsou širší, neboť kromě toho, že se posuzuje, podobně jako u matky, jeho chování k dítěti, je hodnocen jako otec i podle svého jednání ve společnosti.

Vznik otcovství

Instituce otcovství vznikla relativně nedávno. Tento kulturní fenomén předpokládá schopnost reflexe. Jeho počátky leží na rozhraní přírody a kultury; na rozdíl od matky, která dítěti dává život zcela zjevně, muž k pochopení svého podílu na plození, a tedy k proměně v otce, potřebuje určitou rozumovou kapacitu. Nepatří-li samec k monogamnímu druhu, neudělá pro své mladé prakticky nic a ani nerozlišuje vlastní a cizí potomstvo: mládě je pro otce nikým. V počátcích psychické zkušenosti však mládě přestalo být nulou a získalo vlastní existenci. Potomek začal být přirozeným nositelem představ zítřka; vznikající psýché si začala uvědomovat své bytí i za horizontem přítomné chvíle. Nejenže nám kultura dala otce, ale možná právě otcovství nám přineslo kulturu – definitivní vymanění se z prvotního stavu, ze zvířecího světa.

Přechod od „zvířecí samice,“ k ženě – matce se uskutečnil postupně a pozvolna, naproti tomu přechod od zvířecího "otce" k lidskému se naopak uskutečnil přesunem tak příkrým, že tento proces dodnes není možno považovat za dokončený. O vzniku otcovství lze uvažovat v souvislosti s přerušením přírodní kontinuity. Otcovství v tomto kontextu pak představuje vědomé rozhodnutí a definitivní konec čistě „zvířecího způsobu života.“ Otcovství se začalo vytvářet zároveň se schopností odkladu a plánovitého jednání – existence otce předpokládá záměr. Sexualita v tomto procesu překročila svůj úzce vymezený biologický rámec, získala kontinuitu a návaznost na další formy komunikace, prohlubující intimní vztahy.

Biologické a sociální otcovství

Muž se nestával otcem biologickou cestou, ale formálním aktem. Otcovství neznamenovalo, že dotyčný zplodil se ženou dítě; bylo třeba ještě vyjádření vůle k otcovství. Otec veřejně zvedl svého syna do výše (vztah k dceři se často omezoval jen na materiální zaopatření), čímž vyjádřil, že za něj přejímá zodpovědnost. Muž tím, že prohlásil dítě za svého syna – což samotné narození ještě nikterak nezaručovalo – se rituálně proměnil v otce.

Pozvednutí (*suscipere*) na chvíli dítě fyzicky v symbolické rovině znamenalo, že se otec zavazuje po celý život dítě pozvedat na sociálně a morálně vyšší stupeň. Byl to dar sociálního a morálního života, velmi odlišný od daru, který dala dítěti matka. Mimochodem podobný obraz můžeme vidět v případě porodu císařským řezem, kdy pozvedá dítě porodník.

Příroda připravila ženu k iniciaci množstvím tělesných zkušeností: menstruací, početím, těhotenstvím, porodem a kojením jakožto přirozenými rituály přechodu od ženy k matce. Muž naopak potřebuje sám vynalézat velké množství umělých rituálů, vyznačujících vývojové kroky jeho relativně jednoduchého biologického života.

Váha biologického a sociálního otcovství

- Pro většinu mužů představuje biologická vazba cosi neodejmutelného a nezpochybnitelného (komu je dítě podobné, pokrevní vazba, "krev není voda") a má až posvátný či transcendentní charakter; muž se o své dítě stará přirozeně a k dětem cizího muže by si nikdy nebyl schopen vybudovat stejný vztah. Tento typ mužů bude tedy striktně odlišovat vlastní dítě od cizího.
- Menšinová skupina preferující sociální otcovství zastává stanovisko, že pokud se muž o dítě stará a odmalička se podílí na jeho výchově, může biologického otce plně nahradit a dítě neutrpí újmu, když svůj pravý původ nebude znát; podstatný je společný život a zkušenosti, na biologickém původu nezáleží (Zoja, 2005).

Podle Hellingera (2007) patří k základním právům člověka, aby se dozvěděl, kdo jsou jeho otec a jeho matka !

4. 2 MATRIARCHÁT A PATRIARCHÁT

Jedno z možných dějinných kritérií je, jak uvádí Hanáková (2006) – podle Bachofena – rozdělování historických etap lidstva na etapy, v nichž převládal matriarchát, jež postupně přecházel naopak do etapy „vlády mužů“ - patriarchátu.

Z idey, že i ten nejmocnější muž kdysi ležel v mateřské náruči a že začátek života každého lidského individua, včetně mužského, doprovází žena, která je mnohem větší než on a ovládá jeho tělo, Zoja vyvozuje, že muži vycítili, že se od ženy nedokážou osvobodit, a proto se snažili spoutat jejich přirozenou moc uctíváním ženského těla v kultech bohyní. Kypré a plodné bohyně tak nebyly podle Zoji jen symbolem vznikajícího zemědělství. Kult plodnosti a s ním kult tvoření, rození, počátku a růstu vnesl do každé činnosti tvořivý aspekt, tedy to, co je lidské, a ne už zvířecí – obraz kyprého ženského těla (Zoja, 2005).

A. MATRIARCHÁT

Žena – matka ve smyslu mater, materia, je chápána jako dárkyně věčně se regenerujícího života, může však být také zosobněním nevyhnutelného osudu (např. v chápání Erbenově). Může být tedy snadno chápána jako ambivalentní bytost – jako dárkyně života i jeho ničitelka.

Mateřské právo je prapůvodním, je spojováno s právem hmoty a země a jako takové je ho možno považovat za základní vývojový stupeň civilizace. Jak uvádí Hanáková (2006), popsal Bachofen tři základní stadia matriarchátu (zákony země → luny → slunce)

1. **Telurismus** – stadium hrubé hmoty země, jehož matriarchální formou byl hetérismus
2. **Agrární démétrismus** – stadium spojené s rozvojem především agrární kultury
3. **Lunární stupeň náboženských mystérií** – předznamenává přerod v patriarchální systém tzv. duchovního solarismu

ad 1. **Chtonický telurismus** – jedná se o nejprimitivnější formu hetérismu a k "zemi obrácený způsob myšlení", který se dle Bachofena zrodil z – obrazně řečeno – „chaosu nezkultivovaných bažin a vodní sféry“; mateřská země byla v tomto období uctívána jako čirá přírodní síla a dárkyně života; plodnost země a plodnost ženy byly vnímány jakožto jednota; princip života spočíval výhradně v lůně matky-země; mužská účast na vzniku života zůstává v této éře zatím skrytá a nepoznaná; žena-matka je chápána jako vládka nad mužem; otcem je "nikdo"; muž zde existuje

pouze jako syn nikoli jako otec; matka jako princip věčně se regenerující hmoty požívá výsadního práva nesmrtelnosti, manželské spojení je neznámé a přímo nežádoucí.

ad 2. **Déméterské stadium** – dochází k vysušování a zúrodnování bažin; lidé se odpoutávají od idey plození přírody k uměle uspořádaným poměrům; symbolika bažin je nahrazena posvátnými symboly klasů a zrna (obdělávání půdy); muž získává status manžela a otce, žena si však zachovává stále vůdčí pozici.

ad 3. **Pozvolné odpoutávání se od principů hmoty** – měsíc je v tomto závěrečném období chápán jako hraniční předěl mezi tělesným a netělesným, pomíjivým a nepomíjivým světem; systém je postupně stále více ovládán apollónským principem, nechávající původní matriarchát degenerovat do nestabilního „amazónství“ a „dionýství“: tuto etapu můžeme dále charakterizovat jako zápas protikladných sil života - na jedné straně rodícího se a regenerativního mateřství a na straně druhé - oplodňujícího, kreativního otcovství; tmy země a světla slunce, hmoty a duchovnosti, mateřského a otcovského práva. Přírodní zákon přechází v zákon vědomí, ducha, světla, logu → paternitní solarismus (mužům přisuzována mimořádná duchovní potence ve smyslu Jungem používaného termínu tzv. *lógos spermaticos*)

Shrnujeme spolu s Bachofenem: Žena je danost. Muž vzniká. Muž vystupuje z temného lůna matky země v podobě zrození prvního syna.

S institucionalizací vztahů, které vyprázdnily symboly a zúžily je pouze na materiální obsah, se muži začali oblékat do uniforem a odstupňovali si hodnosti.

B. PATRIARCHÁT

Jak uvádí Zoja (2005), *patria* znamená zemi mých otců, otčinu.

Řecko je považováno za počátek západoevropského patriarchátu, dalším kořenem je pak starověký Řím. Západní představa otcovství se vyvinula z řecké mytologie a z římského práva. Reálné ženy zůstávaly nezletilé, ale Deméter byla uctívána ezoterickým kultem. Předsudek mužské nadřazenosti započal podle Zoji prý v Řecku, po staletí se udržoval v západní kultuře a pronikl i do psychoanalýzy. Kultura se rozvíjela za pomoci otců, jen otcové ji mohli tvořit, zatímco matky uvězněné v začarovaném kruhu se nesměly účastnit společenského a kulturního života (Hanáková, 2006).

Jak dále uvádí Zoja, jedním z hlavních a mnohokrát diskutovaných témat patriarchy bývá chápána: "mužská moc a ženská bezmoc". Žena byla v tomto pojetí považována za nahraditelnou, neboť mezi matkou a dítětem nespatořovali pokrevní příbuznost. Podle řeckého chápání se úloha ženy během těhotenství omezovala na vyživování embrya, a tak nezáleželo na tom, zda matkou byla Řekyně nebo barbarka, stejně jako bylo lhostejné, zda dítě dostávalo ovčí nebo kravské mléko. Mateřské lůno mělo jedinou funkci: živit dítě, které do něj vložil otec, pravý rodič. (zemědělská analogie). Žena byla ztotožňována s primitivní nebo předindustriální érou, což znamenalo jak spojení s přírodou, tak s nižším stupněm civilizačního a psychického vývoje. Na konci 19. století vědecké teorie opakovaně zdůrazňovaly, že žena – stejně jako dítě nebo divoch – představuje nižší vývojový stupeň člověka než muž. Žena byla definována jako nevyvinutý muž – jako nižší biologická forma, jejíž organická jednota je nedotčená protiklady, napětím a zlomy doprovázejícími moderní věky. Schopnost plodit, říká Aristoteles, nenáleží ženě, ale pouze muži, neboť žena nevytváří semeno. Matčin příspěvek k plodnosti je pouze doplňkem přispění otce. Myšlenka výlučně mužské plodnosti se opírala o Aristotelovu autoritu. Přežila tisíciletí a v dílech Tomáše Akvinského vešla také do středověkého myšlení Západu. Až v roce 1660 popsal Nikolaus Stenon funkci vaječnicků a teprve v 19. století byl správně vysvětlen mechanismus lidského oplodnění.

Patriarchát podrobil ženy mužské nadvládě, ale jiným nepřímým způsobem utiskoval i otce – učinil skutečného otce neviditelným. Otec zakouší racionální útisk všech těch fazet své osobnosti, které nepůsobí vlivně a autoritativně. Civilizace v něm postupně vystavěla jakýsi vnitřní pancíř. Otec by měl však odložit zbroj, než vezme dítě do náruče. Autorita otce je tak jakýmsi kolosem na hliněných nohou; snad proto patriarchální otec vyžaduje podřízenost vždy a bezpodmínečně. Popírání tvůrčí síly ženy a posilování otcovské linie vedlo k znehodnocení horizontálních, partnerských svazků a povýšení vertikálních mezigeneračních vazeb.

Mezi tradiční otcovské postuláty podle Zoji patří:

- Otec představuje závaznou cestu, po níž rodina vchází do společnosti.
- Otec a společnost jsou jedno a totéž a proto dítě bez otce neobstojí ve společnosti.
- Syn bez otce neměl podle krutých antických zákonů identitu ani čest.
- Úlohou otce je vzdorovat času: nastolit zodpovědnost, které nepodléhá časovým, proměnám, budovat kontinuitu a paměť, aby každá nová generace nemusela začínat od nuly.

- Nepřítomnost otce (nebo „slabý otec“) souvisí podle sociologických průzkumů s chudobou rodiny.

Proces „sebezkrvení“ muže

Tvořit znamená uvést v bytí něco, co dříve neexistovalo. To představuje neřešitelný rozpor mezi povinností danou prostým následováním instinktu a povinností postavit se proti tomuto instinktu. Boj proti pudu nepřináší okamžitou satisfakci. Veškeré úsilí se soustředí na cílené jednání, které může bezprostředně uspokojovat jen toho, kdo má abstraktní mysl pro záměr a plán. Záměr neposkytuje pocit jistoty. Přesněji řečeno záměr neposkytuje pocit jistoty ihned, protože nemá instinktivní základ. Ve skutečnosti nemůže existovat civilizační pokrok, jestliže neakceptujeme přírodní instinktivní základ a kulturní nutnost kompromisu s ním.

Návrat vyžaduje disciplínu (jedině vnitřní ekonomie dává vzniknout ekonomii vnější); za okamžik impulzivity se často platí léty trápení. V tomto procesu dochází ke konfrontaci chlapecké nezodpovědnosti a otcovské disciplíny. Povaha nepovýšeného otce se může nepřímou projevem v potřebě učit svým příkladem a neporoučet. Otce, který chápe, že "meč není nástrojem slávy, ale povinností". Agresivita se může projevovat obranným postojem, ale také pevným hlasem a schopností okamžitého rozhodnutí. V tomto duchu vše, co přispěje ke znovuspojení otce a synů, je dobré. Podle Zoji učit děti vzpomínkám znamená dát jim otce; a tak s vlastním vzpomínkami otec předává obrazně řečeno sám sebe.

Dále se v Zojovi můžeme dočíst, že: spatřit pevninu znamená pro ztroskotance totéž, co pro syny pohled na otce, který se uzdravil z těžké nemoci. Takovýto otec je síla i mírnost, společenství i země, disciplína i výživa. Je otcem a matkou (mateřským otcem).

U zralého otcovství tak dochází ke spojení síly s mírností (Zoja, 2005).

4.3. PROMĚNY RODIČOVSTVÍ

Vývoj otcovství podle Hamplové, Šalamounové a Šamanové na západě probíhal ve 4 etapách:

4 etapy:

1. otec jako autoritářský učitel morálky a náboženství

2. vzdálený otec – živitel
3. mužský rolový model (tradiční mužská role)
4. "nový otec" pečující a aktivním ve výchově dětí od jejich nejnižšího věku

Polarizace současného otcovství

A. "nový otec" – pečující a odpovědný

B. **nepřítomný otec** – nezodpovědný a neplní svou roli zejména v případě nemanželských porodů a partnerských rozchodů; jeden z nejvýznamnějších sociálních problémů

Od mužů je stále očekávána plná účast v ekonomické a profesionální sféře, čímž jsou povzbuzováni k budování své identity prostřednictvím jejich profesionální role → "živitel rodiny".

Tradiční dimenze maskulinity jsou v protikladu k hodnotám péče a sebeobětování se pro druhého a vylučují tak pečující a citové otcovství (Hamplová, Šalamounová, Šamanová, 2006).

"Neviditelný" otec

Jak uvádí Zoja, muži, kteří započali pracovat v továrnách, obsluhovali stroje, které sloužily neviditelnému majiteli, zapomínali v průběhu této jednotvárné činnosti na svou řemeslnou zdatnost, ztráceli jakoukoli iniciativu, protože nyní se nesetkávali s ničím nepředvídatelným a nenesli žádnou odpovědnost.

Zůstalo jim jen neustálé opakování stejného úkonu, většinou ztratili hrdost, nepotřebovali už odborné znalosti, protože to, co vyráběli, jim nepatřilo a hotový výrobek často neviděli. V každém případě ztráceli otcovskou autoritu a pevné místo v srdcích a představách svých dětí neboť jejich pracovní den se odehrával jinde, ba dokonce i jejich citění se přestěhovalo do sféry, která se životem jejich dětí nemělo nic společného. Sice stejně jako dříve vydělávali na živobytí rodiny, ale nedokázali již sloužit za vzor svým dětem ani je neuměli provázet na cestě k dospělosti.

Právě v této etapě se dle Zoji pro své děti stává otec „cizincem“. Dítě se dokonce může začít stydět za svého otce. Stydí se zato, že má otce a že je jeho synem. Otec se tak stává otcem nedůstojným. Tím vzniká problém adolescentů, kteří nechtějí dospět.

Stát jako otcovská autorita

V další etapě přebírá otcovskou autoritu stát.

Otec znovu ožívá, když se stane v horizontálním vztahu k mnoha lidem součástí masy. Okamžiky kolektivního pocitu moci mu pomáhají kompenzovat jeho permanentní bezmoc (odborové organizace). Např. Marx považoval otcovskou roli za překonanou. Otce měla nahradit státní struktura. Když Nietzsche prohlásil, že " Bůh je mrtev" – znamenalo to na symbolické rovině zavraždění otce – krále .

Otec jako významný blízký dítěte

Objevuje, rozvíjí a potvrzuje identitu dítěte prostřednictvím dialogu a pozornosti; výchova má tak za cíl odhalování skryté osobnosti dítěte a rozvoj jeho vnitřních zdrojů; dítě je nyní vnímáno jako "partner, se kterým je nutno vyjednávat"; funkce živitele rodiny a autority zůstávají i nadále důležitými složkami otcovské role.

Otec s "neautoritářskou autoritou" – „nový typ otce“

Otec určuje dítěti hranice a vede ho k respektování pravidel, aniž by bral sám sebe příliš vážně; otec musí umět být blízký, ukázat city, naslouchat, hrát si se svým dítětem; zapomínat čas od času na hierarchii dospělý-dítě. Funkce každodenní péče je stále z většiny zajišťována pouze matkou. Otec již sice není hlavou rodiny, ale zodpovídá za rodinu jako celek – má právo vyslovit poslední slovo, hraje roli rozhodčího uvnitř rodiny.

Téma "otcovské kletby" – stín otce

Podle Zoji za jednostranným, příliš pozitivním otcovským obrazem se nyní objevuje po tisíciletí potlačovaná démonická postava destruktivního otce. V našich kolektivních představách se tak zahnížil obraz otce, který ničí život. Přesto však tyto vražední otcové vyvolávají kolektivní fascinaci. O těchto mužích a jejich životech byli napsány stohy knih a natočeno mnoho filmů (Zoja, 2005).

4.4 OTCOVSTVÍ A MATEŘSTVÍ V SOUČASNOSTI

Rozvod a rozchod rodičů

Podle Hanákové a kol. (2002) rozvod podstatně ovlivňuje celou životní dráhu jedince; po rozvodu je všechno jiné – dětství, dospívání i dospělost.

- A. Tito dospělí s sebou nesou výjimečnou zkušenost, která je výsledkem působení dvou odlišných rodin a přechodu mezi nimi. Zastávají liberálnější postoj k rozvodu – méně

setrvávají v nešťastných manželstvích, připouštějí rozvod jako způsob řešení manželských problémů. Častěji volena forma nesezdaného soužití.

- B. Zvyšuje se však též pravděpodobnost, že se u dítěte rozvinou rysy a vzorce chování, které budou zasahovat a narušovat intimní vztahy v dospělosti (efektivní komunikace a umění kompromisu → pocit emocionální nejistoty může vést k nedostatku důvěry, žárlivosti nebo neschopnosti svěřit se partnerovi, jakožto možný důsledek absence modelu manželských rolí případně nevhodný model manželských rolí.

A. Otcovství po rozchodu rodičů

Po rozchodu se otcové nacházejí v situaci, pro kterou neexistují jednoznačné kulturní modely a scénáře jednání. Tato situace by se dala přirovnat k povinnostem vojáka, pro kterého byly povinnosti v rámci rodiny (většinou) jasněji vymezeny; dokud byl otec součástí rodiny, (spíše) věděl, co se od něj očekává; po rozvodu se ale věci pro něj komplikují neboť rozvod se vnímá společností stále ještě dosti rozporuplně. Může se tak cítit podobně jako veterán, který hledá cestu zpátky do "normálního" života.

Tradiční otcovská role vzdaluje otce od jeho dětí, jelikož nepředpokládá blízký a důvěrný kontakt mezi otcem a dítětem. Proto dochází k transformaci starých tradičních forem otcovství. Dané sociální pozici tak neodpovídá jedna jediná role, ale otcovství se stává v současné době tvůrčím a dobrodružným podnikem bez jasně daných sociálních pravidel, ve kterém muž – otec podobně jako kutil vybírá a skládá jednotlivé normy a způsoby chování.

- **Tradiční forma** – v mezigeneračním přenosu a autority zejména v povinnosti otce materiálně zabezpečit rodinu: velmi úzce souvisí s pracovní sférou a s profesionálním rozměrem otcovské identity
- **Otec "v zastoupení"** – jeho rodičovství bylo ve značné míře zprostředkováno matkou, jednak tím, jak o otci mluvila s dítětem, a také tím, jak o dítěti vyprávěla otci X moderní otec přímý, nezprostředkovaný a jedinečný vztah s dítětem
- **Moderní forma** – předpokládá citovou blízkost a přítomnost otce společně s jeho zapojením do péče o dítě, případně o domácnost; přibližuje otcovství k mateřství: obsahuje nutnost fyzické blízkosti a péče, důvěrného citového vztahu a osobní přítomnosti

I po rozchodu zůstává nejdůležitější rolí otce úloha živatele realizována ve formě tzv. výživného, jehož konkrétní podoba závisí na možnostech a vůli zúčastněných mužů. Ochota otce pokračovat ve své živitelské roli determinuje jeho další angažovanost ve výchově dětí, tedy zejména četnost a délku vzájemných kontaktů.

Tři skupiny otců

- A. Jednoznačné přijetí povinnosti** být výhradním živatelem rodiny.
- B. Akceptování zodpovědnosti** za materiální blaho dětí, ovšem **s aktivní pomocí partnerky.**
- C. Zpochybňování a odmítání** všeobecně rozšířeného předpokladu, že otcovou prvořadou povinností je **ekonomicky zajistit rodinu.**

ad A. vyžaduje po rozchodu partnerů nejmenší změny – otec může pokračovat ve svém repertoáru živatele a absence v domácnosti pro něj neznamena výraznou změnu praxe.

ad B. tak jak se rozpadá jednota partnerství, přestávají sami sebe vnímat jako živatele; většina z nich nerozlišuje mezi osobními potřebami bývalé manželky, potřebami její domácnosti a potřebami jejich dětí; pro mnohé z nich by se povinnost podílet na výživném měla odvíjet podle toho, kdo rozchod zavinil (z české a celosvětové zkušenosti vyplývá, že výživné na děti, tak jak bylo stanoveno rozsudkem nebo dohodou po rozvodu, mnoha otci není placeno řádně anebo není vyplácení vůbec, případně je vypláceno jen v prvním období po rozvodu).

ad C. jejich ochotu finančně podporovat své děti značně snižuje zejména nerespektování dohod o návštěvách dětí, stejně jako pocit, že čas, který s dětmi mohou po rozchodu trávit, není dostatečný; odmítají redukovat své otcovství pouze na dimenzi živatele, raději se pak mohou vzdát jakéhokoliv aktivního otcovství; někdy přestává být otcova finanční podpora zřejmá a viditelná, pokud není matkou dostatečně zprostředkována či je přímo zamlčována → ztráta motivace příspěvek dále poskytovat

B. Mateřství po rozvodu

- Vliv odlišné socioekonomické úrovně – mnoho matek po rozvodu zažívá ekonomické nesnáze (nižší úroveň vzdělání a zastávají práci s nižším sociálním statusem a nižším příjmem) → častější manželské konflikty a vyšší riziko rozvodu.

- Matky jsou často nuceny více se orientovat na placené zaměstnání, a tudíž zastávají méně tradiční postoje vůči rodinnému životu (přebírají často mužskou roli, tj. nahrazují otce).
- Dcery matek z neúplných rodin silněji orientovány na zaměstnání, plánují méně dětí a častěji schvalují zaměstnání matek.

„Typologie“ matek

Řada vnějších překážek zabraňuje ženám překročit hranice "povinného" poslání matky a vede je k jeho pasivnímu plnění, v němž se vytrácí jejich osobnost. Samotné mateřství jako by ženy apriorně ochromovalo. Mají-li matky ještě jiný cíl než se věnovat dítěti a vychovávat ho, velmi obtížně se jim snaží integrovat do celku své osobnosti, narážejíce na vážné překážky ve společnosti, v rodině i samy v sobě.

Z dichotomie, kdy na jedné straně vnímáme matku – jako ideál, a na straně druhé – matku jako hrozbu, pak můžeme snadno podlehnout dělení na "dobré a špatné" matky. V poslední době se v anglosaské literatuře můžeme setkat s termínem překonávajícím tuto dichotomii v termínu "dost dobré matky".

Matka může být symbolicky vnímána jako zdroj života, ale i všemocná vládkyně smrti – matka dávající i beroucí. Kouzlo mateřství tak může být na jedné straně vnímáno a pociťováno jako útočiště, kotva – působící uprostřed života plného násilí, jako božský princip lásky, jednoty a míru, ale na straně druhé kult matky – je naopak spojován s kultem smrti; u Freuda spojován s tzv. Thanatem.

Velká (silná) matka

Déméterská matka – orální a laskavá, schopna převzít všechny funkce, tím však anuluje úlohu otce.

Hypetrofie mateřského principu (pohádka Hrnečku vař, O veliké řepě).

Naplňuje klasický archetyp až příliš, jako by se jej vlastní silou zmocnily, „velké matky“ jsou energické ženy, které mocensky ovládají rodiny, realizují se ve vztazích silovou převahou k partnerům a hlavně k synům (často homosexuálům, i potenciálním nebo latentním).

Respektované a obávané silné matky mohou vyvolávat ambivalentní emoce – nenávistné lásky, kterou k sobě připoutávají potomky, zvláště syny, v chorobné závislosti.

Typ hodné nenápadné maminky

Patří ke generaci postproduktivního věku – bývalé matky, nyní babičky, srdečné a prostoduché, jež vypomáhají v rodinách svých dospělých dětí; sílu obvykle čerpají z venkova, odkud pocházejí, pobyt ve městě jim nesvědčí, jsou nositelkami tradičních hodnot.

Matka jako světice a jako mravně pokleslá ženština

Boží matka je ztělesňována jako nestárnoucí mladice, bez ohledu na dospělý věk jejího syna. Věčným mládím jako by se potvrzovala archetypální věčnost a nedotknutelnost mateřství. Adorovaná mateřská ikona jako by dráždila mužský svět svou čistotou, v nutkání je poskvřnit (madona jako "svatá děvka").

Živelná matka

Př. silné osobnosti Italek s výbušnou emocionalitou např. Sophia Loren.

Zemitá živočišnými pudy přetékající matka – "svatá děvka".

Silné matky se špatnou minulostí, která často mívají za sebou několik manželství či bouřlivých vztahů a hodně zkušeností s muži.

Znovunalezení synem → degradovaná žena (prostitutka) se proměňuje ve ctihodnou matku.

Matka milenka

Syn vtírající se do pozice "jejího " partnera a otec žárliví na dítě zaujmou k sobě nevráživý odstup žárlivých konkurentů (→ incestní vztah).

Matka jako masochistický ideál – "Sněhová královna"

V racionální chlad proměněná citovost se stává předmětem mužské reflexe a vytváří masochistický ideál (mrazivá strnulost, sošnost, estetismus a fascinace artefaktem).

Typický postoj pro muže – čekání ve stavu čistoty (Kafka): zdráhání, odklad, napětí.

Masochistický ideál chladné lunární bohyně, která je personifikací důsledně vytěsněné ženské smyslnosti a ztělesněním ideálu přísnosti, kultivované a estetizované "tygří" divokosti, ovšem dokonale odsexualizované (božská latence podobná katastrofě doby ledové).

Chlad chrání nadsmyslnou citovost jako niternost a navenek se projevuje jako řád, hněv a přísnost.

Matka jako estetická ikona

Typ matky, která svou atraktivitou a nedostupností vzbuzuje v synech první dráždivé podněty, v nichž dráždivý Erós je zmrtvován nepřejícím Thanatem. Matka a syn ve vybroušené estetizaci a vnějšíkové ušlechtilosti se bytostně prorůstají a jakoby tuhnou do krásného, neživého a vnitřně dutého sousoší.

Intelektuální matka

Za rušivý, ne-li destruktivní faktor v mateřství je považována ženská intelektualita.

Ironicky znevažována či humoristicky zlehčována z mužské strany zatěžuje mateřskou roli jako nadbytečný a škodlivý "luxus."

Vůči dětem trpí zvláštní citovou zástavou (Bergmann); intelekt a sterilita často tvoří jednotu.

Patogenní mateřství, problematické, špatné matky

Za špatné matky jsou považovány nejen ty, které selhávají, ale i mentálně osvobozené ("neukázněné") ženy.

"Poruchové" matky

Uzavřeny egocentricky do sebe, soustředěny víc na své nemateřské zájmy (většinou v umělecké nebo vědecké profesi), dítě k sobě citově nerpouští.

Nejsou schopny uvědomit si a přijmout matku v sobě jako bytostnou součást (problémy se stárnutím), a často tím okázaleji demonstrují veřejně.

Matka opouštějící své děti, matka vražednice

Jedná proti svému mateřství; mateřství svazující ženu v samém jádru její existence, a tak se jej vzdává za nejstrašnější cenu.

Mateřství jako silnému přírodnímu pudu je přirozeno utkávat se s neméně silným pudem smrti.

Jiné ženy pociťují jako matky paradoxně svoji osobnostní neúplnost a mají potřebu se z této funkce jakoby "odhlásit" a vymazat ji. Tragika takové diverze spočívá v plné vážnosti a zodpovědnosti, s níž milující matka opouští dítě, vědoma si své neodpušitelné viny, a přesto nemůže jednat jinak. Tyto případy, kdy mateřství jde samo proti sobě a popírá se, jsou morálně rozostřené a psychologicky neuchopitelné; vyžadují maximálně citlivý a obezřetný přístup.

Matka svobodná

Osud opuštěné těhotné ženy – společenské ponížení (ostuda, terčem výsměchu)

Dříve měly svobodné matky situaci podstatně složitější než dnes. I v současnosti panuje však rozdíl mezi venkovem a velkoměstem; téma "vyvzdorovaného" dítěte (apř. Ve filmu od M. Poledňákové Jak vytrhnout velrybě stoličku).

Bezdětné ženy

Zkušenost mateřství podmiňuje citové zrání ženy směřující k její existenční a duševní samostatnosti.

Ženská cesta k transcenci vede přes dítě: jeho prostřednictvím přesáhne sebe sama, formu své existence, a dosáhnout budoucnosti. Cílem její tvorby je dítě – zatímco v mužově případě je to sociální sféra.

Neplodnost či bezdětnost se mohou zdánlivě jevit jako mateřský deficit, v mnoha případech se naopak ukazuje, že mohou iniciovat velký energetický potenciál, který dotyčnou vede až k nadlidskému úsilí tento stav zvrátit.

"Dcery otcovy"

Vzdělané, dobře přizpůsobené maskulinním požadavkům společnosti, v níž se touží také prosadit; dospělé dcery se k matkám chovají s chápavou laskavostí, svoje matky sice nevnímají jako osobnosti, neočekávají od nich ani faktickou pomoc ani psychickou podporu, avšak mezi těmito matkami a dcerami ani neprobíhají vážnější konflikty.

Otec po ně představuje nezpochybnitelnou autoritu, většinou však zcela marně touží po jeho uznání a chvále.

Odpor vůči matce – "všechno jen ne matka"

Je tak odporem vůči tradiční roli ženy, nechtějí hrát roli, která jim je matkou vnucována, snaží se prohlédnout, zviditelnit a přerušit řetězec předávání patriarchálního systému.

Konfrontace se silnou matkou – žena se snaží najít si vlastní životní cestu.

Plnému rozvinutí vztahu matka dcera brání sama podstata patriarchálního systému, který znehodnocuje horizontální vztahy. Vztah mezi matkou a dcerou je zatížen vinou a tvoří centrální tabu. Ženy se oddělují od svého vlastního původu, od vztahu k matce (jako k ženě) a blokují se vztahy k jiným ženám.

Ženská schopnost v úsilí po samostatné existenci vyžaduje alespoň relativní odštěpení mateřské osobnosti od dítěte, které je ovšem její neoddělitelnou součástí.

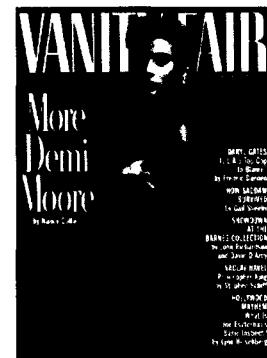
Vymanit se z podřízení a "žít nezávisle mateřsky" znamená nikoli zbavit se dítěte, nýbrž totálně obnovit přírodní a duchovní síly, jež civilizačně atrofovaly (Hanáková a kol, 2006).

Překonávání tabu ohledně mateřství

- **Vizualizace mateřství** – zobrazení fyzických znaků příslušejících k těhotenství bylo donedávna "tabu." Nastávající matka byla např. ve filmech dlouho zobrazována s tělem dosud "neporušeným" graviditou a jako další fáze mateřství býval ve střídmych náznacích, navíc poměrně vzácně, naznačen porod. Nejčastější řešení představoval časový skok, kdy dítě už je na světě. Ještě na počátku 20. století bylo krajně nevhodné, aby těhotná žena běžně navštěvovala společnost. Tomuto tělesnému stavu byla přisuzována nepůvabnost, až ošklivost (literární obrat – její tělo, znetvořené těhotenstvím).



Tabuizace mateřství v jeho somatických aspektech, zachovávalo sexuální atraktivitu ženy "neporušenou" graviditou. Dnes velká liberalizace při zobrazování těla těhotných žen, které začalo být vnímáno i v těhotenství jako krásné → dnešní těhotenství se už nemusí ukrývat pod "široké kabáty".

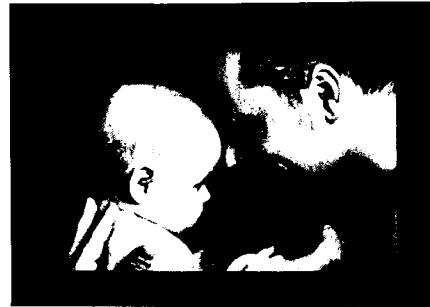


- **Zavedení ultrazvuku** umožnilo zejména otcům, ale i matkám začít si utvářet svůj vztah k dítěti dříve, a to na základě smyslově doložitelné zkušenosti (barevné ultrazvuky 3D).
- **Přítomnost otce u porodu** – muži byly vpuštěny do dříve výsostně ženského teritoria, kam měli přístup dosud pouze odborníci – lékaři – a nemusí už postávat v bezmocném čekání za dveřmi
- **Humanizace porodů, zavedení alternativních způsobů** – ženám přiznáno právo volby o způsobu (formě) porodu a prostředí, kde budou rodit (porodní plány, doly...).
- **Uzákoněna rodičovská dovolená i pro otce** → zákonem uznána schopnost mužů – otců se adekvátně postarat o novorozené dítě.
- **Objevila se doposud neznámá dvojice** – otec s malým dítětem; jde o nový stereotyp, o styl "nových otců; jsou mladí, krásní, polonazí, všichni mají džíny a obnaženou hrud' X na starých

obrazech vidíme, že otec nebyl nikdy sám s dítětem; byl často zobrazován uprostřed dění, vždy v oděvu (často v uniformě) zastupujícím jeho sociální status.

- **"Nový otec"** začíná být konečně podporován v projevech své citovosti vůči svému dítěti

→ otcovská láska nemusí být nadále předávána pouze prostřednictvím tvrdosti a neústupnosti (viz freudovský model "starozákonního otce"), ale může být nově chápána jako projev přirozené náklonnosti otce k dítěti; jeho autorita může je chápavá a laskavá nikoli tvrdá a trestající; tato otcovská láska v sobě zahrnuje přirozený respekt k druhému.



- **„Mateřské otcovství“** – otcovství překonávající otcovský paradox. Mateřské otcovství představující jakési osobní, tj. mateřské otcovství – otec pečující o blaho druhých, který se našel cestu (způsob, formu), aby mohl projevovat i na veřejnosti své city a ještě byl za to uznáván.
- **Pokud je matka pouze matkou**, naplňuje pouze svoji instinktivní mateřskou touhu (matka v Erbenově Vodníkovi) – rodí a plodí děti, pak na nich lpí popřípadě "ani neví, jak k dítěti přišla" – dříve mnohem častěji neplánované a dokonce nechtěné těhotenství, mnohem více potratů než dnes.
- **Přechod k plánovanému rodičovství** – posun věkové hranice mateřství často až k věku kolem třicítky, masové rozšíření antikoncepce.
- **"Otcovské mateřství"** – mateřství překonávající samo sebe nikoli násilným odstřižením se od dítěte a svých instinktů, ale naopak vědomým znovunapojením a obrozením svého instinktivního základu → jeho "povznesením" na vyšší, tj. neosobní rovinu (oduševnělá krása, moudrost – Sophia).
- **Vědomě realizované mateřství** či bolestně objevená mateřská ženskost působí blahodárně (mateřství s hranicemi, reflektované mateřství) – matka se zhodnocenou a reflektovanou zkušeností.
- **"Otcovské mateřství"** představuje neosobní mateřství (např. činnost žen v různých nadacích) – cílená, záměrná a plánovaná pomoc chudým a slabým.

- **Realizace nadřazené hodnoty** – např. při rozvodu nejde pak zdaleka tolik o to, kdo komu více ublížil, ale mnohem spíše o to, aby rozvod co nejméně zasáhl jejich děti, pro které zůstávají nadále oba dva milujícími rodiči.

Vlastní rodičovství

Podle Sterna neexistuje ideální rodič, který je výjimečně citlivý na veškeré chování dítěte a reaguje na ně vždy adekvátním způsobem, ale hovoří o "**dost dobrém rodiči**", který se pohybuje v jakémsi optimálním rozmezí či dynamickém kontinuu, energetickém toku, který se sám koriguje s ohledem na svůj cíl. Jak Stern dále uvádí, stávat se dobrým rodičem znamená podle něho **učit se mít intuitivní a instinktivní důvěru ve své vlastní rodičovské chování a schopnosti**. Být rodičem, se v tomto sternovském duchu ze všeho nejvíce podobá práci tvůrčího umělce. Každý dobrý rodič musí prostě riskovat, zkoušet, naučit se improvizovat s ohledem na situaci. Rodičovství tak představuje variabilní systém v rámci pevné struktury. Příroda obdařila matku a dítě pevně strukturovaným rámcem či systémem – učme se jí opět věřit (Stern, 2007).

II. POROD

1. BIOLOGIE A FYZIOLOGIE PORODU

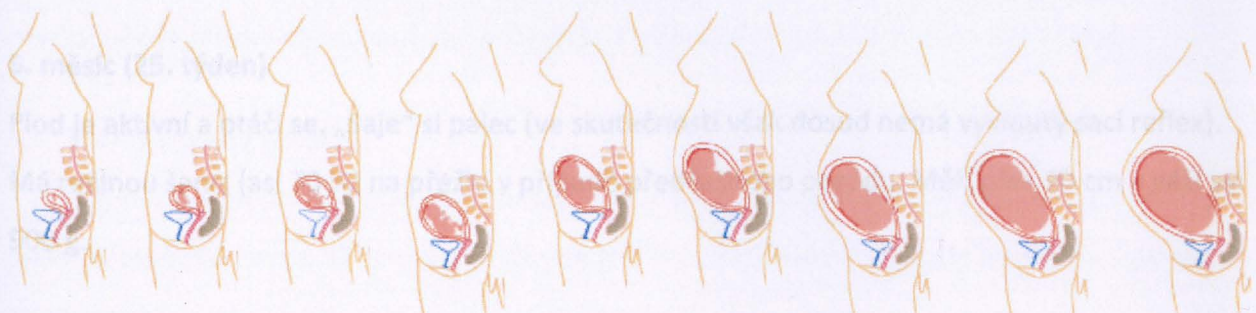
Těhotenství

Těhotenství je proces, který trvá od početí (koncepce) do doby, kdy je potomstvo schopno života mimo dělohu. Začíná početím, což je proces oplodnění a formování zygoty (oplozená vaječná buňka po splynutí samčí a samičí gamety), a končí porodem, císařským řezem, potratem nebo interrupcí. Těhotenství trvá asi 40 týdnů od prvního dne posledního menstruačního cyklu do porodu (38 týdnů od oplodnění). Je rozděleno do tří trimestrů. V prvním trimestru hrozí nejvyšší riziko spontánního potratu plodu. Potrat je často výsledkem defektů plodu, jeho rodičů, nebo poškození způsobeného po početí.

Početí a oplodnění

Přibližně **14. den menstruačního cyklu** ženy se z jednoho z vaječnicků uvolní zralé vajíčko, které je zachyceno fimbriemi na konci vejcovodu a vtaženo dovnitř. Zde během 24 hodin může dojít k oplodnění vajíčka (fertilizaci) spermií. Jakmile se jedné spermii podaří dostat do vajíčka přes vnější vrstvu (corona radiata), stane se povrch vajíčka neprostupným pro další spermie. Spermie, která vnikla do vajíčka, ztratí svůj bičík, jeho hlavička se začne zvětšovat, splyne s vajíčkem a vytvoří s ním jedinou buňku – zygotu. Během svého putování vejcovodem do dělohy začíná zygotu se svými 46 chromozomy své dělení.

Vývoj a růst embrya (plodu) během těhotenství



1.měsíc 2.měsíc 3.měsíc 4.měsíc 5. 6. 7. měsíc 8. měsíc 9. Měsíc
c c c Měsíc měsíc

1. měsíc (4. týden)

Hlava a nohy embrya rostou, vyvíjejí se oči a uši. V budoucím hrudníku bije srdce a vytvářejí se plíce.

2. měsíc (8. týden)

Nenarozené dítě přestává být embryem a stává se plodem. Plod už má všechny orgány. Vytváří se čelist včetně zárodků zubů v dásních. V mozku probíhá elektrická aktivita. Plod měří asi 2 cm a jeho srdce tepe asi 140 až 150 krát za minutu.

3. měsíc (13. týden)

Tlukot srdce je slyšet stetoskopem. Vytvořily se prsty s měkkými nehty. Na prstech jsou zřejmé otisky prstů. Plod reaguje na dotyk. Vyvíjejí se pohlavní orgány, ale určení pohlaví je stále obtížné. Plod se pohybuje, svírá pěst a pohybuje hlavou. Na konci třetího měsíce (prvního trimestru) je plod asi 10 cm dlouhý a váží asi 150 g.

4. měsíc (17. týden)

Plod slyší matčin hlas, tlukot srdce a další okolní zvuky. Plodová voda je dvakrát až třikrát denně obměněna. Matka přibývá na váze asi čtvrt kg za týden. Plod měří asi 16 cm a váží asi 250 g.

5. měsíc (21. týden)

Matce se dále zvětšují prsy, zpravidla pociťuje první pohyby dítěte. Plod je asi 19 cm dlouhý a váží 350 g. Začínají mu růst vlasy a oční řasy. Na ultrazvukovém vyšetření jsou vidět pohyby a bývá možno rozpoznat pohlaví.

6. měsíc (25. týden)

Plod je aktivní a otáčí se. „Saje“ si palec (ve skutečnosti však dosud nemá vyvinutý sací reflex). Má reálnou šanci (asi 70 %) na přežití v případě předčasného porodu. Měří přes 30 cm a váží asi 900 g.

7. měsíc (29. týden)

Plod rychle roste a přibývá na váze. Kope, může škytat a plakat. Chutí rozlišuje mezi sladkým a kyselým. Pracuje všech pět smyslů. Měří téměř 40 cm a váží asi 1,8 kg.

8. měsíc (34. týden)

Plodu rychle narostl mozek. V případě předčasného porodu má dítě velmi dobrou šanci na přežití. Měří asi 42 cm a váží 2,3 kg.

9. měsíc (38. týden)

Je krátce před porodem. Dítě měří od 48 do 54 cm a váží od 2,8 do 4 kg. Průměr jeho hlavy 9,5 až 10,5 cm.

Porod

Plod na konci těhotenství

Plod je na konci těhotenství 48-50 cm dlouhý a váží 3300-3500g. Uložení plodu v dutině děložní není dlouhou dobu ustálené díky relativně velkému množství plodové vody, které plodu umožňuje velkou pohyblivost. Teprve po 32.-34. týdnu gravidity se poloha plodu stává definitivní. Nejčastější polohou plodu je poloha podélná hlavičkou – 96,5% případů. Ve 3% případů se nad vchodem pánevním nachází pánevní konec plodu, potom hovoříme o poloze podélné koncem pánevním. Zbýlé 0,5% připadá na vzácné polohy příčnou a šikmou.

Předporodní období

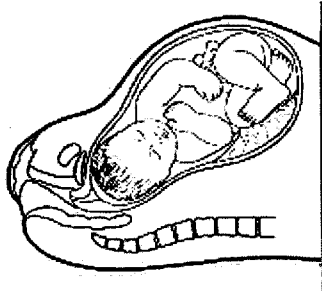
Předporodní období je období několika posledních týdnů před vlastním porodem, kdy se v organismu ženy dokončují přípravy k porodu. Během posledního měsíce se objevují nepravidelné jen málo bolestivé děložní kontrakce – tzv. „poslíčky blížícího se porodu“. Jejich úkolem je dilatace dolního děložního segmentu hlavičkou plodu, která je pužena do pánevního vchodu. Zároveň dochází k tzv. „zrání děložního hrdla“, které prosákne, zkracuje se a přesouvá se do směru pánevní osy, tedy zezadu dopředu. V důsledku překrvení a kvalitativních změn mezibuněčné hmoty pánevního vaziva dochází k rozvolnění kloubních pánevních spojů.

Termínovaný porod

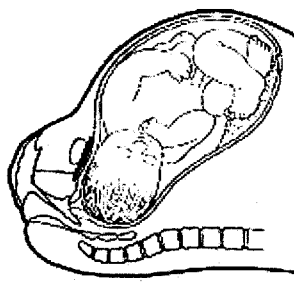
O termínovém porodu hovoříme tehdy, pokud k němu dojde v rozmezí 38.-42. gestačního týdne včetně. Do konce 37.týdne gravidity se jedná o předčasný porod, po 42. týdnu o porod opožděný.

Porodní fáze

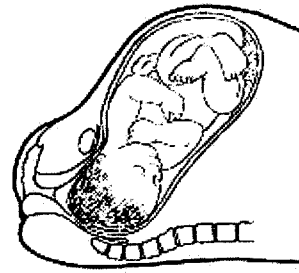
Porod sestává ze tří fází – porodních dob, z nichž první je nejdelší.



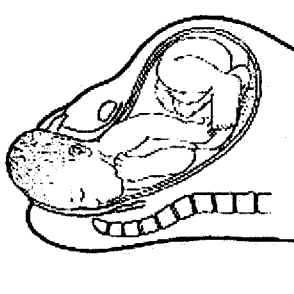
1. Plod připraven k porodu



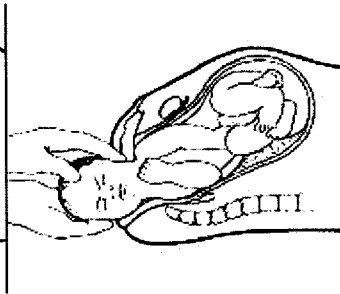
2. Cervix se rozšiřuje



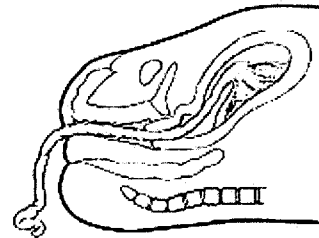
3. Cervix zcela rozšířen



4. Viditelná hlavička



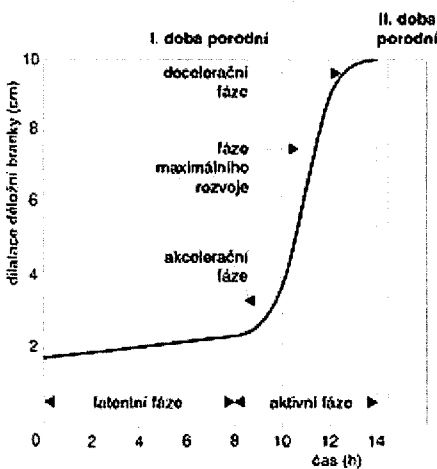
5. Viditelné ramínka



6. Vypuzení placenty

http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECT2/html/illustration_1.htm

Obr.: progresse porodního/děložního nálezu u primipary v závislosti na čase



První doba porodní

Porod začíná nástupem pravidelných efektivních **děložních stahů**. Jejich intervaly se postupně zkracují, kontrakce nabývají na intenzitě, jsou bolestivě vnímány zejména v křížové oblasti. V jejich důsledku se zkracuje děložní hrdlo a dále dochází k odchodu většího množství krvavě zbarveného hlenu. Zpočátku je **rozvíjení porodní branky** pomalé, její otevření na 2 cm trvá u prvorodiček cca

6-8 hodin, v další fázi se branka rozvíjí rychleji a zcela se rozvine

během dalším 3-4 hodin. Během první doby porodní přichází zpravidla rodička do porodnice.

Signálem je pro ni **nástup pravidelných děložních kontrakcí** (každých 10 minut nebo trvá-li každá déle než 45s), **krvácení z pochvy nebo odtok plodové vody**. Pokud se objeví kterýkoliv z výše uvedených příznaků, je nutné, aby se rodička neprodleně dostavila do porodnice.

Při příjmu je žena vyšetřena a jsou s ní sepsána důležitá data do porodopisu. Pokud je zachovalá plodová voda a nález na porodní brance malý, podstoupí rodička nejprve celkovou přípravu. Ta spočívá v oholení rodidel, očištění klysmatu a osprchování. Poté přichází žena na porodní sál, kde je nejprve natočen vstupní kardiotokeograf. Pokud má žena zachovalou plodovou vodu, může se volně pohybovat, jinak je uložena na lůžko. Rodička je v pravidelných intervalech kontrolována porodní asistentkou, která hodnotí nejenom porodní nález, ale také ozvy plodu. Poučí ženu o tom jak dýchat během kontrakcí a o tom, že se má prozatím zdržet tlačení. Žena nesmí jíst pro případ nutného podání anestézie. Pokud plodová voda neodteče spontánně, provádí se zpravidla při brance 4-5 cm za kontrakce disrupce vaku blan.

První doba porodní končí úplným rozvinutím porodní branky. To někdy ohlásí pocit nauzey až zvracení rodičky nebo pocit tlaku na konečník a silné nutkání k tlačení za kontrakcí. Na konci první doby porodní se počet děložních kontrakcí zvyšuje na 4-5 za 10 minut, intervaly mezi kontrakcemi by neměly být kratší než 30s. Celý porod vyžaduje u prvorodičky 110-150 kontrakcí, u vícerodičky 60-80 kontrakcí.

Obr : McRobertsův manévr - flexe a přitažení dolních končetin rodičky způsobují výhodnější podmínky (změna polohy pánevního vchodu a pánevního východu) pro porodní mechanismus hlavičky a ramének plodu
(<http://www.porodnici.cz>)



Druhá doba porodní

Druhá doba porodní začíná úplným rozvinutím

porodní branky a končí porodem dítěte. U prvorodiček trvá asi 1-1,5 hodiny u vícerodiček 20-30 minut. Děložní kontrakce v tomto období dále nabývají na intenzitě, jejich trvání se prodlužuje, intervaly mezi nimi se zkracují. Během této doby je rodička intenzivně monitorována, je sledován postup hlavičky porodními cestami, ozvy plodu a intenzita děložních kontrakcí. Jakmile hlavička plodu dokončí vnitřní rotaci, to znamená, že její temeno je otočeno ke sponě stydké rodičky, může žena začít za kontrakcí tlačit. Mezi kontrakcemi zhluboka a pravidelně dýchá.

Před vlastním porodem dítěte jsou ženě dezinfikována zevní rodidla, připraveno sterilní pole a porodník se sterilně oblékne. Rodička je vycévkována. Lékař sleduje napětí vulvárního

kruhu, který rozpíná postupující hlavička, chrání hráz a v případě hrozící ruptury provede epiziotomii – nástřih hráze. Brání překotnému porodu, kontroluje porod hlavičky, její zevní rotaci – tj. otočení ke stehnu rodičky a následně pomáhá při porodu předního a zadního raménka, ostatní části těla již pak snadno vyklouznou. Současně odtéká tzv. zadní plodová voda, dítě je dosud spojeno s placentou pupečnickem.

Po vybavení je novorozenec držen hlavičkou dolů, aby z dýchacích cest mohly volně odtékat zbytky hlenu a plodové vody, je odsát z úst a nosu. Pupečník porodník přestřihne mezi dvěma peány v okamžiku, kdy přestane tepat. Novorozenec je předán k dalšímu ošetření pediatrovi.

Třetí doba porodní

Třetí doba porodní **začíná porodem plodu a končí vypuzením placenty**. Během tohoto období dochází k odloučení lůžka, jeho vypuzení a zástavě krvácení z obnažených deciduálních cév. Toto období trvá fyziologicky **15-30 minut**. Při tzv. aktivním vedení třetí doby porodní se délka zkracuje na 5-10 minut. Po porodu dítěte děloha zmenšuje svůj objem. Po určitém klidovém období se opět dostavují děložní kontrakce, jejichž následkem dochází k odlučování placenty a následně k porození placenty. Děloha se dále retrahuje a pokračují již nebolestivé kontrakce. Porozená placenta je pečlivě prohlédnuta, zejména je nutné zkontrolovat její celistvost. Po vybavení placenty lékař prohlédne zevní rodidla ženy, poševní vchod, poševní stěny a děložní hrdlo. Případná poranění a nástřih hráze jsou v lokálním znecitlivění ošetřena. Žena je opět vycévkována pro kontrolu případného poranění močových cest. Po porodu zůstává žena nejméně 2 hodiny na porodním sále a její stav je nadále pečlivě monitorován. Porodní asistentka kontroluje stav dělohy a krvácení z rodidel. V tomto období je již novorozenec ošetřen, prohlédnut pediatrem a donesen k matce. Je vhodné časně přiložení dítěte k prsu, což umožňuje jednak časný nástup laktace a jednak zavinování dělohy stimulací tvorby oxytocinu. [20.10.2009-wikipedie.cz]

2. POROD JAKO PSYCHOLOGICKO – SPOLEČENSKO – KULTURNÍ FENOMÉN

Porod je významnou součástí událostí životního u rodinného cyklu. Není tedy čistě fyziologickou záležitostí, ale lze na něj nahlížet také z hlediska dalších rámců. **Tak například v české sociologii je fenomén mateřství často zkoumán z hlediska jeho důsledků na život matky**

a celé rodiny, jelikož porod je pojímán jako významný mezník v životním, i rodinném cyklu (Alan, 1989).

V oblasti sociální antropologie je porod chápán jako součást rituálů přechodu a kulturní proměnná, jež nabývá v závislosti na socio-kulturním rámci různých podob (Gennep 1997).

Podle Zemana a Doležala lékaři zmiňují kromě vlivu křesťanské víry na způsob vedení porodu také vliv počtu dříve narozených dětí rodičí ženy a **zaznamenávají větší tendence zachraňovat prvorozené než další potomky.**

V anglickém porodnictví oproti kontinentálnímu byl přitom život dítěte ceněn méně než život matky, takže tam převládaly kraniotomie, tj. zničení plodu perforací jeho hlavy, nad symfizeotomií, která mívala za následek trvalé poškození matky (způsoboval tzv. "kachní" chůzi), a císařským řezem, který ještě v polovině 19. století končil v polovině případů smrtí matky.

Porod byl vždy spjat s riziky a hrozbou smrti. Jedním z hlavních argumentů pro přemístění porodů do nemocnic byla ochrana rodičky i novorozenců před hygienicky závadným prostředím. Dalším z přesvědčivých argumentů pro přesun rodiček do nemocnic bylo zajištění bezpečnosti rodičky i dítěte díky koncentraci specialistů. Hlavní argument však poskytly statistické ukazatele prudkého snížení mateřské i perinatální úmrtnosti v době přesunu rodiček do porodnic (Zeman, Doležal 2000).

Téma porodu v psychologii

Freud (psychoanalýza)

Sigmund Freud se ve svých Úvodních přednáškách do psychoanalýzy zmiňuje o možnosti, že úzkost, kterou jedinec prožívá v porodním kanálu se může stát základním modelem pro všechny příští úzkostné stavy. Bohužel, tuto myšlenku již podle mínění Grofa (1992) dále nijak nerozvinul. Freud se domnívá, že afekt úzkosti opakuje stav porodu, při kterém vzniká ono seskupení strastných pocitů, motorických impulzů a tělesných počitků, které se stalo vzorem pro reakci vyvolávanou nějakým ohrožením života. Od té doby se tedy opakuje jako stav úzkosti. Příčinou úzkostného zážitku bylo podle Freuda tehdejší nesmírné vystupňování dráždivých podnětů vyvolaných přerušením obnovy krve a první úzkost byla podle



Freuda tedy toxická. Název úzkost – angustiae – zdůrazňuje moment zúženého dýchání, které tehdy bylo následkem reálné situace a později je při afektu téměř pravidelně redukováno (Freud, 1969).

Horneyová

Horneyové rozchod s ortodoxními freudiánskými názory započal její osobní zkušeností spojenou s mateřstvím. Freud věřil, že porod dítěte je vlastně **substitucí a částečnou**



kompensací chybějícího penisu, a tak se Horneyová ptala v údivu, proč opomíjí viastní mateřství. **Šťastný vědomý zážitek toho, že přivádí na svět nový život, zahlcení štěstím a extází s rostoucím očekáváním zrodu nové bytosti, a také radost, když se konečně ten zázrak stane, a matka drží své dítě poprvé ve svých rukou.** Horneyová byla přesvědčena, že ženský pocit nevýhody má mnohem více své určení sociální realitou (vnějšími

podmínkami), než chyběním penisu [15.2.-wikipedie.cz].

Rankův přístup

Nejsystematičtější a nejpropracovanější pokus o začlenění porodního traumatu do psychoanalytické doktríny učinil Otto Rank. Rank klade především důraz na prvek **odloučení od matky**, tvrdí, že skutečným traumatem je opustit teplé matčino lůno a být uvržen do chladného a nepřátelského světa (Grof, 1992).



C.G. Jung



C.G. Jung přikládal velký význam **prožitku tzv. znovuzrození - „druhému porodu“**, avšak tuto koncepci používal čistě v psychologické a spirituální oblasti, tedy nevztahoval ji k biologickým fenoménům. (Grof, 1992).

Stanislav Grof

Porodní zkušenost může podle Grofa (1992) představovat mnohoaspektovou univerzální matici, která působí u všech jedinců, kteří prošli biologickým porodem (ve srovnání s lidmi, kteří byli přivedeni na svět císařským řezem). Grof též udává, že děti, které si neprobojují cestu

na svět porodním kanálem, se pak v dospělosti často zaleknou životních překážek a nedovedou se jim postavit. Zda-li dojde k rozvoji psychopatologických projevů a v jaké konkrétní podobě, zcela podle něho závisí na charakteru postnatálních zážitků jedince (tzv. systémů COEX). **Správná mateřská péče a pozitivní prožitky z dětství vytváří mezi touto matricí a egem určitou bariéru.** Na druhé straně, **další traumatické postnatální zážitky usnadní projevy různých aspektů porodní zkušenosti.** Selektivní aktivace konkrétního aspektu zcela závisí na povaze příslušných systémů COEX (prožitcích tísně, deprese, viny, méněcennosti, aj.).



Jak dále uvádí Grof, porod jakožto náročný zážitek zanechává na člověku silný otisk emocí a fyzických pocitů, které v interakci s postnatálními událostmi nepomáhají rozvíjet různé emoční a psychosomatické poruchy. Kromě toho (celková struktura porodního zážitku má také tendenci silně ovlivnit, jak řešíme neustále se měnící životní situace a přistupujeme k životním úkolům a činnostem Grof, 2004).

Pohled na porod z hlediska psychosomatiky



Porod představuje, kupodivu, snad pro svoji mnovrstevnatost, v oblasti psychosomatiky dosti opomíjenou problematiku. Poměrně významnou pozornost však tento fenomén nachází u Dahlkeho, který chápe porod jako událost, jež může vést k nepřehlédnutelné krizi. Její příčiny mají podle tohoto autora dva kořeny: **jedním je chybějící přirozená důvěra, druhým chybějící vypuzovací síla.** Jestliže se v době nitroděložního pobytu vytvořilo málo přirozené důvěry, nebo nevznikla žádná, dítě se nemůže vymanit ze situace, která mu ještě nedala to, co mu dluží.

Porod je podle Dahlkeho rozhodujícím krokem do života. V jeho modelu se odrážejí všechny „porody“ nezbytné v pozdějším průběhu života, neboť nakonec je každý nový začátek, každý krok do nové krajiny, každé překročení hranice symbolickým porodem. Nadto je v porodním vzoru coby začátku života jako v zárodku koncentrován celkový životní vzor, tak jako je už v semínku obsažen celý život rostliny Dahlke (2001).

V další publikaci od Dahlkeho *Nemoc jako symbol duše* (2000) nalezneme konkrétní hesla, která se dotýkají naší problematiky: **potíže v těhotenství, potrat, porodní komplikace**

(předčasné porodní bolesti, předčasné prasknutí plodového vaku, příčná poloha, pupeční šňůra kolem krku, řitní poloha).

Přímo k našemu zkoumanému tématu, tj. **císařskému řezu** zde autor uvádí vysvětlení na několika rovinách. **Na rovině tělesné** může být podle Dahlkeho děloha chápána jako symbol plodnosti a bezpečí, břišní stěnu pak vnímá jako symbol ochrany. **V rovině příznaků** rozlišuje **1. U dítěte: přání zůstat v zemi blahobytu**, promeškat vyskočení, dělat se důležitým, životní vzor. „Ať ostatní vidí, že ze mě něco je.“ **2. U matky: zdráhá se vydat dítě; nechce se od něho odloučit, prožila těhotenství málo vědomě, sebe sama považuje za příliš důležitou, obava, že bude příliš úzká, stane se neatraktivní, nedošlo k vědomému zasvěcení do role matky, strach z bolesti při vědomém přání, aby byl proveden císařský řez, celkově se zpěčuje před velikostí úkolu: „Nemohu, nechci a neudělám to!“** Zpracování podle Dahlkeho spočívá: 1. U dítěte/pozdějšího dospělého: naučit se brát v úvahu hranice a v případě nutnosti je překračovat, naučit se přebírat vlastní zodpovědnost, ale i si nechat pomoci, naučit se důvěřovat ve vlastní sílu, aby se překonala úskalí, získat správný elán, kriticky se vyrovnat s vlastním životním vzorem: včas poznat, že ostatní lidé nás sledují jen úplně na začátku, zda z nás něco je.

2. U matky: naučit se vědomě loučit a v průběhu těhotenství (mateřství) se sama postavit do pozadí, naučit se přijímat krásu mateřství, zralosti, vyrovnat se s vlastním porodním traumatem resp. prvotním strachem z prvotní těsnosti, vědomě se zabývat zasvěcením do mateřství (rituály).

Splnění: najít střed mezi „vysezením“ záležitostí a netrpělivým úprkem, vědomě se řídit vzorem „vysezení“ a vyčkání, sami se postarat o to, aby z nás něco bylo (Dahlke, 2000).

Pohled V. Chvály a L. Trapkové

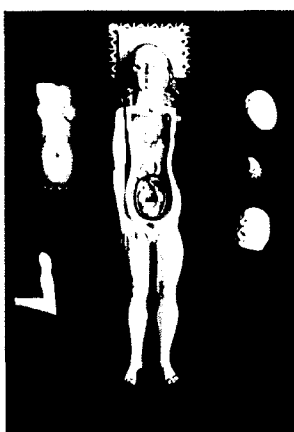
Na závěr tohoto „psychologického“ průřezu zmíníme ještě dvojici českých autorů V. Chválu a L. Trapkovou, která přináší originální a možno říci netradiční pohled na porodní problematiku. Biologický porod je v jejich pojetí chápán jako určitá analogie či metafora problematiky sociální separace dospívajícího z rodiny – tzv. sociální dělohy. Například příčnou polohu, která je medicinským důvodem pro provedení porodu císařským řezem, spojují tito autoři s nutkavou potřebou dítěte za každou cenu být v kontaktu s oběma rodiči současně (Chvála, Trapková, 2003).

3. HISTORIE PORODNICTVÍ

Porodní bába při porodu, E. Roesslin, 1577

(ze sbírek Zdravotnického muzea)

Jak uvádí Čepický a Líbalová, porodnictví je staré jako lidstvo samo. Vznik vědeckého porodnictví nelze přesně datovat, ale odehrával se koncem 17. století a byl završen na konci 18. století. Má několik navzájem se prolínajících pramenů: patrně nejdůležitějším je dědictví antické civilizace zachované ve spisech školy Hippokratovy, Aristotela ze Stageiry, Sorana z Efesu, Celsia, Galéna, shrnující tradovanou empirii i výzkumy tehdejších učenců. Z tohoto zdroje pochází naše lékařská řecko-latinská terminologie, popisy většiny symptomů, obrazy chorobných stavů. V porodnictví jsou to např. znalosti délky gestace, nepravidelných poloh plodu, popisy krvácení, zrůd, vícečetných těhotenství, operací včetně císařského řezu.



1. Předvědecké porodnictví

První česká učebnice porodnictví vyšla v roce 1519 a autorem je Němec Eucharius Reslin. Byla to publikace vskutku zásadní, zdrojem porodnického poučení byla po více než 100 let – poslední vydání je z roku 1609. Od roku 1588 se v jejím názvu objevují slova „růžová zahrádka“ – pod tímto názvem je dnes neznámější.

Slonovinový model k výuce mediků k.17.st. (sbírka Zdravotnického muzea)

2. Do poloviny 19. století

Kranc

Kranc je autorem učebnice Výborné naučení pro báby a jiné při porodech pomáhající osoby, která vyšla opakovaně – prvně 1770.

Steidele

Koncem 18. století vyšla ve (špatném) českém překladu a v několika vydáních Steideleho učebnice porodnictví. Oproti předchozí publikaci je zde přeci jen možno spatřovat již určitý pokrok.

Na okraj terminologická poznámka: „Babička“ nebo „bába“ je žena, která babí, tj. pomáhá při porodu – infinitiv je babiti. Muž je „babič“ nebo „babák“.

Jungmann

Jungmann je **autorem první české učebnice** babictví Úvod k babení, která pak vyšla v opakovaných vydáních. Po odborné stránce to není než komplikace a pro naše téma mnoho nepřináší. Zajímavější než tato učebnice je Jungmannův rukopis, který však nikdy nevyšel tiskem.

Mošner

Staří porodníci **nerozlišovali jen tři porodní doby, nýbrž pět porodních dob**. To se udrželo až do konce 19. století. Pokud sečteme uváděné časy v jednotlivých dobách porodních, tak vidíme, že staré rčení, že „nad rodící ženou nemá dvakrát zapadnout slunce“ není nijak nadsazeno, vlastně to byl docela přísný požadavek.

3. Druhá polovina 19. století

Lange

Langeho učebnice zaujme tím, že se pokouší definovat požadavky nutné k porodu „zdraví přiměřenému“. Babička, když přijde k porodu, už nemusí vyhánět dobytek (zřejmě se poměry zlepšily), ale má nejdřív provést anamnézu, a to všeobecnou a porodnickou, pak vyšetřuje zevně a poté vnitřně. Každé rodičce, „kteráž běhavku nemá“ pak dá klystýr. (Otázka nutnosti klystýru se táhne všemi učebnicemi, aniž by autoři došli k jednotě, většinou se shodují, že klystýr je vhodný, ne všichni ho však pokládají za nutný.)



Porodnický kalendář dr. Czardy, cca 1880
(ze sbírek Zdravotnického muzea)

Streng

Streng se ve své učebnici vlastně prvně pokouší „farmakologicky“ ovlivnit slabé porodní kontrakce, dokonce diferencovaně podle jejich příčiny. Léky bolesti podporující (námel) však babička podávat nesmí, to je vyhrazeno lékaři. Toho má volat, pokud i přes léčbu trvají slabé kontrakce nebo naopak při křečovitých bolestech. Ve druhém vydání z roku 1870 se zmiňuje autor

– prvně v české literatuře **o poslechu ozev plodu**.

Weber – rytíř z Ebenhofu

Weberovi naopak patří **zásluha o prosazení antisepsy a prevence horečky omladnic.**

Křížek

Autor, „bývalý asistent I. školy porodnické pro lékaře v Praze, lékař městské nemocnice a ženské nemocnice sv. Alžběty“ napsal bezesporu vynikající učebnici porodnictví – vlastně **první učebnici pro lékaře vůbec.** Je to knížka, která se dá číst i dnes, a není to četba zbytečná.

„Ačkoli porod sluší vůbec považovati za výkon přirozený, mohou přece často nepříznivé okolnosti při něm býti nebezpečny buď matce nebo plodu nebo oběma zároveň, tak že mimo službu babičky porodní též řízení porodu dovedným lékařem, jak to nyní ve třídách zámožných s dobrým prospěchem je obyčejné, na uvarování každého porušení v zábyvu porodním, ale i na usnadnění jeho je žádoucí.“

4. První polovina 20. století

Rubeška

Čím blíže se dostáváme k přelomu století, tím je porodnictví vědecktější. Na přelomu století vyšla opakovaně Rubeškova učebnice pro babičky. Dočteme se tu již věci, které se učí dodnes.

Jerie

Přednosta I. porodnické kliniky v Praze vydal spolu se svým nástupcem (Klausem) třídílnou učebnici porodnictví. Je to porodnictví konzervativní, pro dnešní dobu je však knížka neobyčejně cenná. Není v české literatuře dílo, kde by bylo tak syntetizováno klasické porodnictví. **Jerie uzavírá dobu klasického porodnictví.** Jeho současník Ostrčil ze „sousední“ II. porodnické kliniky začíná dobu porodnictví moderního.

Ostrčil – lékařské vedení porodu

Ve dvacátých letech vydal Ostrčil knížku Úvod do porodnické praxe.

První otázka, kterou si klade, je „kým a kde má být porod veden“. „Ještě do nedávných dob bylo jistě 90 % porodů vedeno v domácnosti rodičky porodními babičkami, které volaly lékaře neb odborníka, když bylo zapotřebí. **V posledních letech změnil se tyto poměry a značná část rodiček uchyluje se do soukromých nebo veřejných porodnických útulků, kde porod se koná vedením porodní asistentky za dohledu lékaře odborníka. Není o tom pochyby, že taková spolupráce porodní asistentky a lékaře odborníka ve vhodném prostředí zajišťuje nezdárnější výsledek jak pro ženu, tak pro dítě a to nejen pro okamžik porodu, nýbrž i do budoucna.**

5. Druhá polovina 20. století

Moderní české porodnictví začíná Ostrčilem a druhá polovina 20. století už není historie, spíše současnost. Vývoj českého porodnictví a vývoj vedení porodu v této době zpracoval Štembera [Čepický, Líbalová-25.5.2009 -www.levret.cz]

Moderní porod



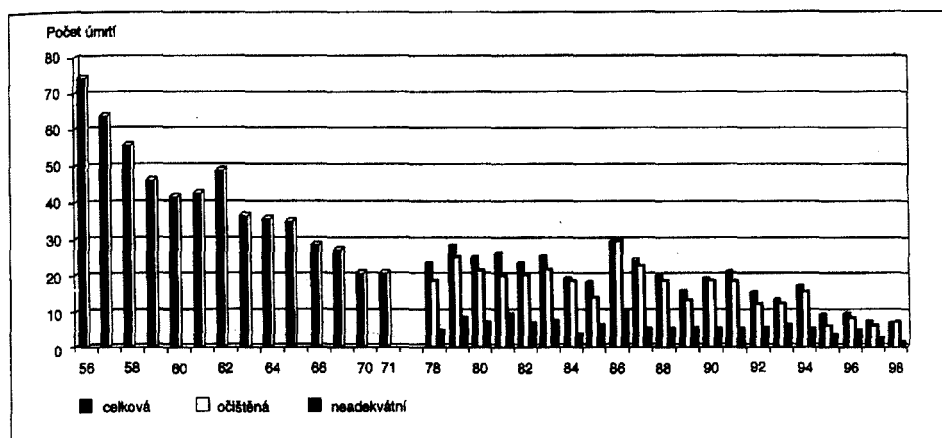
Pro názornost uvádíme fotografie z nově rekonstruované porodnice v Ostrově.

Pokroky v medicíně přinesly **dramatické snížení v novorozenecké úmrtnosti**. S nadsázkou se dá říci, že v současnosti je těhotná žena ve větším bezpečí na porodním sále než na silnici na cestě do porodnice. Podobný vývoj byl zaznamenán i v oblasti vzdělání. Žena má nyní možnost aktivní přípravy na porod. Porod se tak může být nejen jedním z nejsilnějších, ale i nejvíce obohacujících životních zážitků.

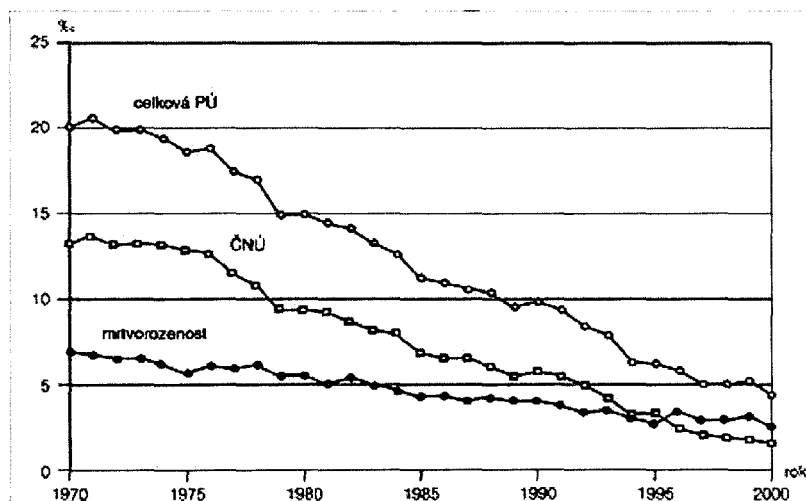
Čeští porodníci se oprávněně pyšní tím, že Česká republika patří k zemím s nejnižšími ukazateli mateřské i perinatální úmrtnosti. Na tomto úspěchu se podle nich podílelo zejména:[20.2.2010-www.porodnici.cz]

- přístrojové dovybavení pracovišť z prostředků Národního perinatologického programu,
 - vyškolení neonatologů v moderních postupech a
 - ustavení perinatologických center (podle Ministerstva Zdravotnictví,1995)
- Dále jsou důležité, jde-li o podíl porodníků, následující oblasti:**
- prevence předčasných porodů,
 - prenatalní diagnostika s následným ukončením těhotenství před 24. týdnem,
 - transport in utero do perinatologických center,
 - prenatalní a intranatalní klinický management pro optimální start do extrauterinního života a **některé změny indikací císařského řezu.**

Úspěch při snižování ČNÚ v ČR od roku 1976 (12,7 ‰) do roku 2000 (1,6 ‰) a hodnota celkové PÚ v roce 2000 (4,4 ‰) je výsledkem důsledně aplikovaných metod perinatologické surveillance (=kontrola, dohled, sledování) ve spolupráci porodníků a neonatologů. Pro budoucnost zůstávají možnosti pro zlepšení v oblasti péče o novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností.



Graf.: Mateřská úmrtnost na 100 000 živě narozených dětí v letech 1957 - 98 v ČR



Graf: Vývoj perinatální úmrtnosti v České republice od roku 1970 do roku 2000 (PÚ - perinatální úmrtnost, ČPÚ - časná perinatální úmrtnost) [20.2.2010-/perinatální-mortalita-a-morbidita-v-ceske-republ) <http://www.porodnici.cz>

4. SOUČASNÉ PROUDY A TRENDY V PORODNICTVÍ

4.1 Rozdílné porodnické modely

Porodu je třeba podle Haškové (2001) rozumět nikoli pouze jako fyziologické záležitosti. Zastánci **aktivně lékařsky vedeného porodu** chápou porod jako rizikovou záležitost, zastánci **přirozeného porodu** zdůrazňují naopak rizika vedlejších efektů lékařských zásahů.

Konkrétní podoba vedeného porodu na pracovišti je ovlivňována tendencí zaměstnanců k rutinizaci a standardizaci činností, aktuální proměny porodnické praxe v ČR se však projevují

sklonem k individualizaci péče. **Tyto proměny jsou spojovány s politicko-ekonomickými a společenskými změnami po roce 1989, a to především s otevřením reálné možnosti svobody projevu, se vznikem konkurenčního tlaku mezi porodnicemi, s bojem porodních asistentek za profesní autonomii a s otevřením veřejné diskuse o kvalitě porodní péče mezi odborníky i laiky v oboru porodnictví, kterou podporují nově vzniklá občanská sdružení a ženské organizace** (Hašková, 2001).

Podle výzkumu Aperio v roce 2000 provedlo občanské sdružení **Aperio** ve spolupráci se Střediskem empirických výzkumů (STEM) a pod záštitou Nadace Open Society Fund Praha výzkum zaměřený na aktuální stav českého porodnictví. V rámci výzkumu byly osloveny čtyři cílové skupiny: Tazatelé agentury STEM provedli 810 standardizovaných rozhovorů s bezdětnými těhotnými ženami, 818 rozhovorů s matkami s alespoň jedním dítětem mladším jednoho a půl roku a 234 rozhovorů s lékaři - porodníky. Kromě toho bylo provedeno dotazníkové šetření ve většině porodnic fungujících na území ČR v roce 2000. Z výsledků tohoto výzkumu vybíráme pro naše potřeby údaj, který se vztahuje k preferenci matek ve vztahu ke způsobu porodu. Matky upřednostňují zatím spíše **aktivně lékařsky vedený porod**, avšak již celá 1/4 z nich preferuje **přirozený porod**, do jehož průběhu zasahuje zdravotnický personál co nejméně. **Pouze třetině z nich bylo umožněno родit podle jejich představ.**

A. Lékařsky vedený porod

Jak uvádí dále Hašková (2001), **aktivně lékařský způsob vedení porodu** vznikl na základě vnímání porodu jako vysoce rizikové záležitosti. Rizikovost tohoto procesu byla a je spojována s jeho nepředvídatelností. **Lékařsky vedený porod se na území ČR začal užívat po 1. světové válce**, a to jednak jako termín a jednak jako praxe. Ta spočívá v urychlení porodu a tlumení bolesti medikamenty a invazivními technikami. Tento způsob vedení porodu má podle jeho zastánců zajistit bezpečnost rodičky a plodu, díky preventivním činnostem lékaře za účelem eliminace možných komplikací, i její **psychofyzický komfort plynoucí z minimalizace bolesti** (Zeman, Doležal 2000). Zmíněný způsob vedení porodu byl podle Haškové umožněn rozvojem porodnické analgezie (později i anestezie) pro tlumení porodních bolestí a objevem sterilizace, aseptických zákroků a účinků oxytocinu (později prostaglandinů)) pro urychlení porodu. **Idea aktivního lékařsky vedeného porodu** se uchytila v rámci porodní praxe v ČR, ale i ve většině jiných států euro-americké civilizace.

Děj porodu je v tomto pojetí koncipován a organizován jako gynekologická operace.

Rodička je dezinfikována, slyší komentáře sester a lékařů v odborném jazyce, kterému nerozumí. Mnohdy se užívá medikace, někdy částečné narkózy, nastříhuje se a potom zažívá perineum, vše ve sterilním prostředí operačního sálu, bez možnosti do průběhu zasáhnout nebo dokonce vyslovit se pro alternativní řešení. Po narození dítěte je přestřižen pupečník a novorozenec je urychleně převáděn na okysličování krve dýcháním. Donedávna byl matce zpravidla jen ukázán a odvezen na novorozenecké oddělení. **V tomto schématu je z mnoha důvodů pochopitelně vyloučena přítomnost příbuzných i jakékoli laické osoby.**

Na začátku první doby porodní je žena zpravidla odvezena do porodnice a **zachází se s ní jako a pacientem.** Je administrativně přijata, prohlédnuta, je jí přiděleno lůžko, nemocniční oděv a především končí její kontakt s manželem a rodinou (Hašková, 2001).

Hašková dále uvádí, že s rozvojem vědecké medicíny, lékařské techniky a dokončení přesunu všech porodů do nemocnic, k němuž došlo v ČR v průběhu 60. let, **se masově rozšířily i preventivní těhotenské prohlídky.** S postupným zaváděním technického zařízení do těhotenských poraden se stávala postupně běžnými i **ultrazvuková a genetická vyšetření.** Díky těmto vyšetřením došlo na jednu stranu k formulaci koncepce rizikového těhotenství a těhotenství s vysokým rizikem pro porod, ale na druhou stranu zároveň i vymezení nerizikových těhotenství a těhotenství s nízkým rizikem pro porod. Takto otevřely **preventivní prohlídky biomedicíny,** která se stala zárukou bezpečnosti patologických těhotenství a porodů pro matku i dítě, také cestu k formulaci koncepce přirozeného porodu.

- ***„V porodnictví jsou opravdu stavy, kdy běží o život ženě, o život toho dítěte. Pak rozhoduje otázka vteřin a není čas tu ženu někam přemístit. Přemístění ženy, předoperační příprava, sterilizace, příprava nástrojů na operaci, to všechno vám bere čas... V té chvíli je jí úplně jedno, jestli rodila v hezkém pokoji nebo ne...“*** (z výpovědi lékaře – porodníka)

B. Přirozený porod

Koncepce "přirozeného porodu" je, jak uvádí Hašková, radikálním vyústěním kritiky lékařsky vedeného porodu. Tento termín zpopularizoval v první polovině 80.let americký porodník **M. Odent** svou knihou **"Přirozený porod"**, kterou napsal po několikaleté zkušenosti v porodnici, kde vedl porody odlišným způsobem než aktivně lékařsky tak, jak byl výše popsán. Podle Odenta je vedení "přirozeného porodu" **je založeno na důvěře v instinktivní a intuitivní**

chování ženy během porodu, které nesmí být narušováno, tedy ani aktivními zásahy zdravotníků. Aktivita lékařů v jistém smyslu než psychické podpory rodičky a občasné neinvazivní kontroly postupu porodu pro případ včasného rozpoznání nutnosti zásahu akutní biomedicínou v případě komplikací porodu je nahlížena z hlediska **možných** iatrogenních efektů. (Iatrogenními efekty lze rozumět vedlejší, nezamýšlené důsledky použitých technik pro řešení určitého problému). "Přirozený" porod má podle jeho zastánců zajistit bezpečnost rodičky a plodu i psychosomatický komfort plynoucí z odbourání strachu z porodu a komplikací způsobených preventivními zásahy (Odent 1995, Kárová 2000).

- ***"Porod je přirozený proces a většinou probíhá bez komplikací. Pokud do něj ovšem neintervenujete. Jakákoliv intervence většinou ovlivní průběh porodu negativním směrem. A to má další dohry z hlediska psychologie matky i toho dítěte...ta žena se v určitou chvíli odpoutá od světa, od sociálních vazeb, převládne ten přírodní prvek a to jí právě pomáhá ten porod překonat. Když se do toho porodu snaží někdo neustále intervenovat, tak to ona nedokáže. Nemůže se odpoutat."***(z výpovědi porodní asistentky).

Přirozený porod je porod, který se rozbíhá a probíhá samovolně a probíhá bez vnějších zásahů. Žena podle svých instinktů sama určuje jeho průběh.

Filosofie přirozeného porodu

Základní princip této filosofie vychází tedy ze schopnosti matky porodit své dítě sama, bez nutnosti direktivního vedení a medikace. Vychází se z přesvědčení, že ženské tělo v sobě skrývá dostatek sil a energie k tomu, aby samo porodilo zdravé dítě.

Má-li však žena porodit sama bez lékařské pomoci, je naprosto nezbytné respektovat tzv. **přirozené porodní mechanismy**. Je třeba důvěřovat ve vrozené schopnosti matky i dítěte a nalézt rovnováhu mezi soukromím a podporou. Přirozený porod bývá narušen, nejsou-li respektovány **základní potřeby rodící ženy: nerušený klid, teplo, intimita, pocit bezpečí**. Prožívá-li žena svůj porod v příjemné a uvolněné atmosféře, vyprodukuje její tělo dostatečné množství hormonů potřebných pro spontánní porodní činnost. Aby mohly být vyprodukovány přirozenou cestou, musí během porodu pracovat naplno příslušné části ženina mozku. Porod "řídí" podkorová centra mozku, zatímco mozková kůra se dostává do stavu jakéhosi útlumu a rodící žena se ocitá v posunutém stavu vědomí. Jestliže ji z tohoto stavu vyrušíme, přirozený

porod se "zasekne" a ke slovu pak musí přijít lékařská technika a medikace - dítěti musí být pomoheno na svět umělými vnějšími zásahy.

Filosofie přirozeného porodu tkví v **přirozeném, přírodním a tradičním přístupu k porodu a k rodiče. Direktivní vztah "ošetřující - pacient", známý z běžných zdravotnických zařízení, se u přirozeného porodu mění ve vztah "ošetřující - klient."**

Vedoucí roli při přirozeném porodu zaujímá sama rodička. Zdravotnický personál jí poskytuje pouze dohled a pomoc ve chvílích, kdy jí sama nebo okolnosti vyžadují.

Žena podle svých instinktů sama určuje průběh porodu. Takto vedený porod je z hlediska rodící ženy porodem **aktivním**. Při aktivním přístupu k porodu vycházejí ženy z přesvědčení, že průběh nekomplikovaného porodu mohou do značné míry ovlivnit ony samy. **Tyto ženy vnímají porod jako propojení náročné fyzické práce s hlubokým psychickým prožitkem.** Porod je chápán jako zcela přirozený projev ženského organismu, do kterého není nutno, ba dokonce ani radno jakkoli zvenčí zasahovat. Zdravotnický personál je od toho, aby ženě pomohl, ulehčil, aby jí podpořil a povzbudil. Není tu proto, aby jí diktoval, co má dělat, jak se má položit, kdy má tlačit, že má být potichu apod.

Problém klasického porodnictví spočívá v tom, že lékaři a porodní asistentky paradoxně škodí tam, kde chtějí ve skutečnosti pomáhat. **S vidinou co možná nejrychlejšího porodu zapomínají, že spontánně rodící žena nic nepotřebuje tolik, jako klidné plynutí času a nerušenou možnost přesunu do jiného stavu vědomí.** Personál u přirozeného porodu se snaží zasahovat minimálně a nerušit intimní prostředí porodu, respektuje intuitivní chování rodičky. Vychází vstříc přáním a požadavkům rodičky, což podporuje pozitivní emoce a přispěje k porodu bez stresu a strachu. Personál se vyhýbá analgezii a anestézii, aby nenarušil přirozenou hormonální rovnováhu.

Přirozený, aktivní porod vychází z **aktivity, samostatnosti a svéprávnosti rodičky.** Vychází z předpokladu, že těhotenství je projevem zdravého člověka, není nemocí, ze které je třeba pacientku po devíti měsících (vy)léčit.

Zásadou při přirozeném porodu je, že **normální fyziologický porod při proběhlém normálním fyziologickém těhotenství může odvést sama porodní asistentka.** Není důvod, aby jej odváděl lékař. Lékař je proto, aby léčil, tj. napravoval chyby organismu. Při fyziologickém porodu není co léčit, není co napravovat. Z toho důvodu lékař přichází k porodu až v případě, kdy je ho opravdu třeba, tj. ve chvíli, kdy se vývoj porodu změní natolik, že lékařský zásah

vyžaduje. Porodní asistentka sleduje a kontroluje průběh porodu i rodičku a je-li třeba, používá přístrojovou techniku stejně jako na klasickém porodním sále. Díky její odborné vyspělosti a praxi je schopná včas rozpoznat, že se průběh porodu mění v patologický a že je nutné přivolat lékaře.

Filosofie přirozeného porodu je postavena na **intuici** rodící ženy. Intuice této ženy znamená, že např. cítí, že domácí prostředí je pro ni to nejlepší. Na otázku, zda je intuice maminky víc než zkušenost lékaře, odpovídám, že pojem intuice je pojem u nás dost podceňovaný, ale jestliže žena cítí, že porod pro ni je bezpečný doma, jestliže pečlivě probírala krok za krokem, kde všude by se jí mohlo miminko narodit a domov by nakonec pro ni vyšel bezpečně, tak v tomto okamžiku stavím intuici na stejnou úroveň se zkušeností lékaře. Je samozřejmé, že intuici maminky nebereme slepě, že přitom opomíjíme medicínské hledisko. Jestliže se u takové ženy vyskytnou medicínské kontraindikace k porodu doma, jako např. **závady v jejím zdravotním stavu, očekávání dvojčat, porod koncem pánevním, je po císařském řezu a řada dalších**, takové ženě porod doma nedoporučíme, naopak jí rozhodně doporučíme porodit v porodnici.

Podle porodních asistentek je pro všechny velká škoda, že prozatím termíny jako **prožitky, city, intuice a spokojenost** rodiček jsou pro některé lékaře "nevědecké" a tudíž pořád ještě podceňované. Přirozený porod je **naopak** založený **právě** na těchto pojmech. Dovolují si dokonce tvrdit, že právě tyto pojmy tvoří převážnou část toho, co pokládají za **kvalitní ošetřovatelskou péči** v porodnictví. V případě přirozeného porodu je to péče poskytovaná porodními asistentkami. Lékař - porodník tu nehraje roli, na jakou jsme dosud zvyklí.

Duše člověka a její síla je pojem v dnešní době málo doceňovaný. Budeme-li přitom hovořit o normálním porodu, má psychika na jeho celkovém výsledku velký podíl. Podaří-li se u rodičky odstranit strach z porodu a probudit její přirozenou sílu, porod obvykle proběhne bez komplikací. Při přirozeném porodu se porodní asistentky snaží rodícím ženám **naslouchat**.

Přirozený porod je založen na **důvěře v instinktivní a intuitivní chování ženy během porodu**, které nesmí být narušováno. Aktivita odborného personálu v jiném smyslu než psychické podpory rodičky a občasné, neinvazivní kontroly postupu porodu pro případ včasného rozpoznání nutnosti lékařského zásahu, není připuštěna. Přirozený porod má vedle bezpečnosti zajistit i psychosomatický komfort plynoucí z odbourání strachu z porodu a z komplikací způsobených preventivními zásahy.

Výzkumem se zjistilo, že **pokud je žena zdravá, proběhne porod velmi pravděpodobně normálně a bez komplikací.** Jediné, co je během porodu opravdu nutně třeba, je **pečlivé pozorování, aby bylo možné odhalit eventuelní nastupující komplikaci a tak včas zasáhnout.** Zkušená porodní asistentka nebo lékař dokážou pozorováním zjistit, zda je matka i dítě v pořádku nebo zda je třeba bedlivějšího sledování nebo léčby. **Faktem je, že ačkoli je porod jako takový proces přirozený, může se vyskytnout komplikace, a odborník - lékař nebo porodní asistentka se pro ženu stanou nezbytnými.**

Jak už bylo několikrát v pojednáních zdůrazněno, přirozený porod není chápán jako apriorně riziková záležitost, nýbrž jako **zcela přirozený projev ženského organismu, do kterého není nutno, ba dokonce ani radno jakkoliv zvenčí zasahovat.** Vychází se z přesvědčení, že prvořadým předpokladem úspěšného porodu je **respektování základních potřeb rodící ženy.**

ROZDÍLNÉ PORODNICKÉ MODELY

Aktivně lékařsky vedený porod

- aplikace analgetik a často i hormonálních látek urychlující porodní činnost
- předoperační porodní příprava (klystýr, holení)
- upoutání rodičky do polohy vleže na zádech na porodním stole
- izolace od jiných lidí než zdravotníků
- dodržování striktních pravidel pro udržení sterility okolí rodičky a dítěte
- aplikace oxytocinu na urychlení děložních stahů
- provedení epiziotomie (nástřihu hráze neboli perinea) na konci 2. doby porodní
- často kontinuální užívání elektronického fetálního monitoringu (Heitlinger 1987, Kapr, Koukola 1998, Wagner 2000)

Přirozený porod

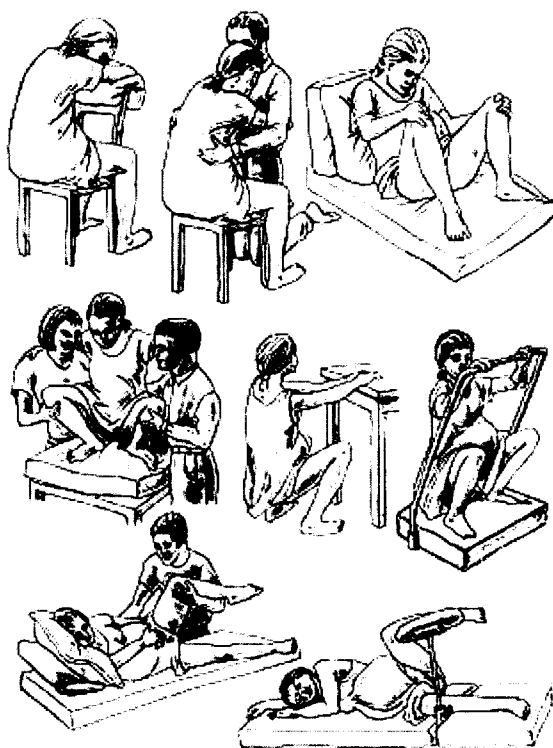
- je umožněn zcela volný pohyb během 1. i 2.doby porodní
- volba polohy ve vypuzovací fázi porodu
- aktivní pomoc rodičce od jejího partnera
- neprovádí se holení rodidel ani klystýr
- nástřih hráze (epiziotomie) se neprovádí rutinně
- nepoužívají se prostředky k urychlení porodu
- nepoužívají se tzv. bezbolestné metody (epidurální analgezie)
- v případě zvýšeně vnímané bolesti se namísto léků užívají přírodní metody tišení bolesti

(masáže, sprcha, změny polohy, psychické povzbuzování)

- ihned po porodu je dítě vloženo do náruče matky k zajištění důležitého prvního kontaktu dítěte s matkou
- po nezbytném ošetření dítěte po porodu je dítě již ponecháno u matky

Obrázek: Alternativní polohy rodičky během I. a II. doby porodní

Snaha po alternativních polohách často nebere v úvahu riziko rozsáhlých poranění pochvy a hráze, ani následné poruchy kontinence moče a stolice.



[20.2.2010/http://www.porodnici.cz/prirozeny-porod]

4.2 Proměny porodnické praxe

Podle Haškové proměny porodnické praxe naznačují, že zejména v posledním desetiletí dochází pod zjevným vlivem společenské transformace k demedikalizaci porodů a diferenciaci porodnické praxe. Z ní těžší především rodičky, neboť nic nenasvědčuje tomu, že by rostla z hlediska biomedicíny rizikovost porodů. Podle výzkumu agentury STEM navíc roste podíl žen spokojených s průběhem svého porodu v závislosti na míře naplnění jejich představy o porodu.

Spokojenost roste jak u žen, které porodily alternativně, a tuto formu také žádaly, tak i u žen, které preferovaly aktivně lékařsky vedený porod, a ten jim byl také poskytnut.

Jednoznačně došlo k **otevření porodnic veřejnosti, otevření dialogu mezi odbornou a laickou veřejností o podobě českého porodnictví a mírnému, pozvolnému posunu směrem od paternalistického přístupu zdravotníků vůči rodičkám k možnosti jejich větší participace na určování průběhu jejich porodu.**

Individualizace a pluralizace péče

Její počátky jsou dovány do souvislosti s otevíráním vnějšímu světu a ústupem od izolačních a rutinních praktik. Izolace rodičky přestala být nutností **se vstupem otce na porodní sál a příbuzných na oddělení šestinedělí.** V současné době jsou obě možnosti ve všech českých porodnicích již standardní nabídkou. V mnohých porodnicích došlo také ke zpřístupnění porodních sálů v rámci předporodních kurzů, k povolení návštěv i na pokoje, na nichž jsou ženy ubytovány po porodu, k prodlužování doby možného pobytu návštěv až do současného stavu, kdy jsou v některých porodnicích na omezeném počtu pokojů dokonce 24-hodinové návštěvy otců. V posledním uvedeném případě tak dochází na půdě porodnice již k opravdu významnému průniku vnějšího světa, jelikož je zde tímto ubytován kromě rodičky také člověk, jenž nevyžaduje žádnou lékařskou, ale spíše "hotelovou" péči. Z otců se porodu účastní v současné době již téměř polovina.

V porodnicích se upouští od uniformního oblečení, stejně jako již není striktně dodržována ve třetině českých porodnic ani předporodní předoperační příprava. Někdy ji lékaři indikují dokonce pouze v případech, kdy lze očekávat operativní porod. **Epidurální anestezie** jako možnost volby se ustavila jako poměrně standardní, ačkoliv **ne příliš využívaná nabídka.** Zhruba polovina porodnic deklaruje ochotu nabídnout rodičce **jinou porodní polohu než "klasickou" na porodním stole. Upouští se od rutinní aplikace analgetik nebo od kontinuálního fetálního monitoringu během porodu.** Podobně jako i v jiných oborech medicíny, je tedy i **v porodnictví stále více využíváno novější, často méně invazivní a designově laiky méně stresující, ale nezřídka daleko dražší techniky.**

Individualizaci porodní péče jako protiklad k její rutinní standardizaci charakterizují porodníci především z hlediska dvou základních vysvětlení. Jedni chápou daný trend v kontextu:

- A. psychologizace péče,
- B. druzí v kontextu komercializace

Právě z hlediska psychologů byl napaden v případě porodnictví biomedicínský model porodní péče, který reprezentovali především porodníci vedoucí porody aktivně lékařským způsobem. Tato intervence psychologů je někdy chápána také jako **boj za "zviditelnění" prožitků matek, kterým nebylo z důvodu odborné nekompetentnosti uděleno právo spolurozhodovat, a dokonce ani posuzovat porodní praxi (Kapr, Koukola 1998). Z pozice vědy legitimizovali psychologové důležitost prožitků matek pro průběh porodu, mateřství i vývoj dítěte. Vstupem psychologů na pole porodnictví, z nichž někteří se zaměřili spíše na prožívání bolesti a jiní na psychologii matky, plodu a dítěte, byly definovány nové pojmy i teoretické koncepce, z nichž některé ovlivnily i způsob vedení porodu na některých porodnických pracovištích.**

Takto byl například definován **syndrom "ukradeného" porodu**, který hledá kořeny traumatizujících podmínek na porod v jeho instrumentálním vedení, nebo koncepce **důležitosti vytvoření rané psychologické vazby mezi matkou a dítětem**. V historii 20. století lze její aspekty sledovat například v 60. letech, kdy se začala objevovat kritika odkládání dětí do jeslí, v 70. letech, kdy se přidala kritika umělé výživy a konečně v 80. letech, kdy se dostala do porodnice v podobě zavádění **systému rooming-in**.

Zatímco někteří vidí v individualizaci porodní péče její psychologizaci, jiní hovoří o její komercializaci v souvislosti s počínající konkurencí porodnic. Konkurenci lze spojit jednak s privatizací porodnic a jednak s rapidním poklesem porodnosti, v průběhu 90. let. **Téma konkurence otevřela úvahy o rodičkách jako klientkách, vzácném zdroji, o jehož kontrolu vedení porodnic usiluje**. V souvislosti s vytvářením konkurenčního prostředí mezi porodnicemi dochází podle zdravotníků jednak ke změnám v přístupu k rodičce, a jednak ke změnám v šíři nabídky poskytované péče. V souvislosti s vytvářením konkurenčního prostředí mezi porodnicemi **dochází podle zdravotníků jednak ke změnám v přístupu k rodičce, a jednak ke změnám v šíři nabídky poskytované péče**.

Vzhledem k tomu, že porodníci mají moc, která spočívá v autoritě medicíny, kterou reprezentují, chovají k nim laici v odborných otázkách důvěru, která již sama o sobě představuje pomoc při zvládnutí obtížných situací. Jestliže se tedy hovoří o výběru způsobu porodu rodičkou, je nutno si uvědomit, že tento výběr spočívá především **ve výběru porodnice**. Možnost volby

má přitom pro žena dvojitý důsledek. Na straně jedné si mohou v případě absence předpokladu porodních komplikací vybrat takovou porodnici, kde se rodí ve stylu, který se jim zdá podle jejich přesvědčení, nejvhodnější. Na straně druhé mohou být znejistěny svobodou výběru mezi nabízenými **balíčky péče**, vytvořenými na základě procesů vyjednávání.

V české republice se objevily první náznaky změn oproti západní Evropě (60. léta) s dvacetiletým zpožděním. Polické změny umožnily zapojení občanských a především ženských hnutí aktivit do dialogu o problémech spjatých s reálně poskytovanou porodní péčí. Tato situace způsobuje odklon od prosazování změn v porodnictví výlučně "seshora" a přináší zásadní obrat ve vnímání matky ve smyslu její možnosti participovat na rozhodování a způsobu, jakým přivede na svět své děti (Hašková, 2001).

Porod v kontextu postavení žen ve společnosti

Jak uvádí dále Hašková, porod představuje důležitou událost v životě ženy i celé rodiny. **Jako významná a silně emocionální záležitost byl vždy předmětem soukromých vyprávění a předávání zkušeností mezi ženami.** Součástí veřejné mediální diskuse se však stal především až po roce 1989- **Veřejný dialog je také prezentací potřeb a zájmů ženské populace i jejich sociální ochrany.** Do českých médií se tak téma změn v porodnictví skutečně prosadilo až v druhé polovině 90. let.

V hierarchii lékař – porodní asistentka – rodička (co do míry odborných znalostí a profesní autority) nesou nejvyšší právní zodpovědnost za průběh porodu v tomto chirurgickém oboru ve 2/3 většině případů muži-lékaři. Lékařky jsou považovány v mnoha případech, bohužel, stále ještě za hůře vybavené jednak vlastnostmi a schopnostmi, které jsou požadovány pro řízení komplikovaných, případně operativních porodů (kromě fyzických schopností i schopnost rychle se rozhodovat a mít "pevné nervy"), a jednak vlastnostmi, které jsou přisuzovány dobrému lékaři během vedení spontánních porodů "přátelských pro rodičku. Kromě otevřenosti novým nekonzervativním postupům je lékařům-mužům přisuzována také vyšší profesní sebedůvěra (Hašková, 2001).

Jak hluboce je zakořeněný tento přístup dokládá i například rozdíl mezi slovem – **porodník** (lékař, aktivní článek), zatímco ženský ekvivalent – **porodnice** neoznačuje ženu-lékařku, nýbrž specializovanou část nemocnice či zařízení, kde probíhají porody pod lékařským dohledem.

Lze tedy konstatovat, že zatímco v 80. letech se v českých sdělovacích prostředcích objevovaly sporadicky pouze texty soustředěné na dílčí aspekty porodu, **dochází v posledních**

letech k otevírání veřejné diskuse o českém porodnictví jako celku. Na konto politicko-ekonomicko-spoločenských změn však došlo ke zviditelnění těchto procesů, proměně jejich dynamiky, charakteru a způsobu jejich legitimizace. Část odborné i laické veřejnosti nicméně stále častěji vystupuje s požadavky na humanizaci porodnictví, přehodnocení rutinních porodnických praktik a poukazuje na nutnost redukce paternalistického přístupu zdravotníků k rodičkám. Významná změna, k níž došlo v posledních dvaceti letech se týká přístupu porodníků k rodičce. Dříve byla rodička spíše „objektem“ fyziologického procesu - porodu, který může být narušen, takže žena byla nazírána jako potenciální pacient. Nyní je snahou dobře informovat ženu o porodu, aby se pak lépe mohla spolupodílet a spolurozhodovat při fyziologickém porodu jako zdravý aktivní jedinec.

Je škoda, že vlivu vyšetřovacích metod na psychiku rodičky v průběhu porodu je u nás věnována velmi malá pozornost ze strany odborníků, přestože zastánci porodů doma argumentují také nepříznivým vlivem vyšetřovacích metod na porodních sálech na rodičku. Při tom bylo zjištěno, že např. CTG monitorování vyvolává u většiny žen dobrý pocit z péče o její rodící se dítě a jen 13 % žen označilo tuto metodu za nepohodlnou (Hašková, 2001).

Následující tabulka zachycuje vývojové trendy českého porodnictví v posledních letech:

PROMĚNY PORODNICKÉ PRAXE A JEJÍ DIFERENCIACE

Demedikalizace porodů - v 1/3 porodnic není striktně dodržována předporodní předoperační příprava, epidurální anestezie není příliš využívanou nabídkou, upouští se od rutinní aplikace analgetik nebo od kontinuálního fetálního monitoringu během porodu

Otevření veřejného dialogu o českém porodnictví – medializace, internetové portály, ženská sdružení

Individualizace - vstup otce na porodní sál, upouští se od uniformního oblečení, až 24 hodinové návštěvy, využívána méně invazivní a designově méně stresující, ale mnohem dražší technika

Pluralizace péče - možnost jiné porodní polohy než "klasické" na porodním stole; balíčky péče

Komericializace - s vytvářením konkurenčního prostředí mezi porodnicemi dochází ke změnám v přístupu k rodičce i v šíři nabídky poskytované péče; výběr porodnice

Psychologizace péče - boj za "zviditelnění" prožitků matek a jejich důležitost pro průběh porodu (syndrom "ukradeného" porodu), prožívání bolesti; psychologie matky, plodu a dítěte; vytvoření rané psychologické vazby mezi matkou a dítětem (systém rooming-in).

Pozvolný posun směrem od paternalistického přístupu - možnost větší participace rodiček na určování průběhu jejich porodu - roste podíl žen spokojených s průběhem svého porodu

5. PSYCHOLOGIE PORODU

5.1 Psychické aspekty v perinatální medicíně

Podle Sobotkové a Štembery (2003) **psychologická problematika porodnické péče je tématem v našich podmínkách relativně „novým“**. V roce 1981 se můžeme v naší literatuře dočíst: „Možnosti prevence těhotenských komplikací a následných defektů při porodu a psychologických abnormalit novorozence tím, že budeme s to kontrolovat nepříznivý vliv stresu na lidskou reprodukci, činí tuto oblast vysoce prioritní jak pro badatele z oboru medicínského, tak pro psychosociálně orientované výzkumy". I další práce z téhož roku zmiňuje **úzkost a strach** rodiček jako příčiny porodní dysfunkce a nitroděložní hypoxie plodu. Že se psychosociální vlivy uplatňují v patogenezi i v průběhu nejrůznějších porodnických komplikací a že nejsou bez vlivu ani na vývoj plodu, upozornila rovněž Hadravová se Šimkem (1984).

Jak dále uvádí Sobotková a Štembera, **v druhé polovině 80. let se začal dále zvyšovat zájem o psychiku žen** v souvislosti s porodem, kdy proti sobě stály dva rozdílné názory. V prvním spíše přetrvával přístup porodníka k rodičce jako **objektu probíhajícího procesu, ve kterém hlavním úkolem porodníka bylo průběžně sledovat, nebyl-li tento proces narušen**. Pokud k narušení došlo, pak musel včas zasáhnout. Na rodičku bylo tudíž pohlíženo jako na potenciálního pacienta.

První kroky druhého názoru vznikaly již **v 50. letech zaváděním psychoprofylaktické přípravy k porodu, při níž zdravotnický personál navazoval osobní kontakt s těhotnou ženou** formou bližšího poučení o porodu, čímž přistupoval k ženě jako ke spolupracovníkovi a nikoliv jen jako k objektu tohoto fyziologického procesu. Cílem druhého kroku bylo zabránit u některých žen **pocitu opuštěnosti a strachu** po příchodu do nemocničního, ne vždy přívětivého prostředí, v němž byla odloučena od svých nejbližších.

Přítomnost otce u porodu

Přítomnost otce u porodu, praktikovaná již řadu let v některých západních zemích, se uskutečnila v Československu poprvé ve znojenské porodnici v roce 1984. Využívali zde besedy se ženou i jejím partnerem, aby rodiče informovali o tomto možném postupu. První zkušenosti byly hodnoceny pozitivně. Klady měly spočívat ve shodě se zahraniční literaturou jednak v příznivém vlivu na průběh porodu, jednak v upevnění citových vztahů v rodině a navázání časného vztahu otec - dítě.

V následné široké odborné diskusi bylo zastánců znojemských autorů podstatně méně než

kritiků. Kritikům napomáhal jistě také malý počáteční zájem ze strany otců - zájem projevilo pouze 6 % otců . Někteří autoři proto upozorňovali, že pozitivní vliv na průběh porodu má jakákoliv „laická průvodkyně“ a nemusí jít nutně o otce, nebo zdůrazňovali, že k humanizaci porodnictví by mělo docházet na vědecké bázi, a ne aby šlo „o jakýsi výprodej porodnické vědy“.

V reakci na tyto kritiky zaujali znojemští autoři stanovisko, že: „... **Často hledáme vědu a zdůvodňování tam, kde se jedná pouze o prosté a základní lidské potřeby. Přece nemusíme všechno změřit, zvážit, nebo spočítat**“ .

O překlenutí takto výrazně se lišících názorů na přítomnost otce u porodu se pokusila skupina autorů, kteří upozornili, že stávající systém zajišťování péče za porodu v Československu nebyl v té době ještě připraven na takovou změnu. Podle jejich názoru příčinou nebyly jen většinou staré budovy s porodními sály pro více rodiček a s ne vždy citlivým přístupem zde pracujícího zdravotnického personálu, ale také **pocit, že se jedná o další zásah do jejich profesionální prestiže.**

S prvními kroky vstupu naší republiky po listopadu 1989 opět mezi demokratické země, muselo zákonitě v medicíně dojít ke změnám ve vztahu lékaře vůči pacientovi. Při tom ve většině případů, kdy těhotenství a porod jsou procesy fyziologické, nejsou ani matka ani plod a novorozenec pacienty v pravém slova smyslu.

Ještě v roce 1988 vyvolávala otázka přítomnosti otce u porodu bouřlivou diskusi na stránkách odborného tisku. Již o 4 roky později diskuse utichala a z publikovaných prací zaznívala pozitivní stanoviska. Práce byly zaměřeny jednak na provádění organizačních opatření, jednak na analýzu charakteru rodičů, kteří mají zájem o tento způsob porodu. Např. autoři Kavan, Konvalinková uvedli, že **převažoval zájem rodin harmonických, s vyšším vzděláním a žen prvorodiček. Důležité je zmínit, že otec u porodu přinesl nutně změnu pro zdravotnický personál, neboť vedle jiné organizace porodních sálů je zde potřebný „... empatický přístup a citlivý kontakt s oběma partnery“.**

V současné době je přítomnost otce u porodu již téměř konvencí“, jak píší F. Macků a J. Macků (1998). Nicméně přehled o tom jaké je procento porodů za přítomnosti otců v naší republice není známo. Ve světě se udává, že zhruba 88 - 91 % otců je přítomno během první doby porodní a bezprostředně po porodu. Domníváme se, zeje na každém rodičovském páru, jak se rozhodne. Souhlasíme s Mlynářovou a Tošnerem (1995): „**Pokud si pár přeje strávit**

porod společně, měly bychom mu to umožnit. Pokud si žena přeje родit sama, nesmíme ji za to odsuzovat, ale pokusit se jí nejdůležitější okamžik jejího života maximálně zpříjemnit a odborně zabezpečit".

Měli bychom však brát na zřetel i rozhodnutí otce, jak upozorňuje Vendlerová a kol.(2000): **„Pokud ale jde otec k porodu pouze proto, že si to manželka přeje, a on ani nechce, je to pro něj velmi stresující zážitek a celý porod v něm může vyvolat negativní pocity, které později ovlivní jeho vztah nejen k ženě, ale i k dítěti.“** Také otec by měl tudíž projít přípravou a jeho volba by pak měla být akceptována.

Porod podle Leboyera

Ostrá diskuse, která se rozvinula na stránkách odborného tisku k této metodě, se vztahovala na její **dvě rozdílné oblasti: jednak na prostředí porodního sálu a přístupu zdravotnického personálu k rodičce a jejímu novorozenci bezprostředně po porodu, jednak k vlastnímu porodu do vody.** Měla-li být tato metoda dalším krokem k humanizaci perinatální péče, pak na rozdíl od vedení porodu za přítomnosti otce, což nemohlo narušit porod jako fyziologický děj, naopak spíše v jeho průběhu příznivě ovlivnit psychický stav rodičky, se dotýkala metoda Leboyerova základů profesní etiky „primūm non nocere“, tedy problému odborného.

Z psychologického hlediska však diskuse na toto téma měla význam v první zmíněné oblasti. **Jednalo se o požadavek „šetrného“ porodu s předcházející profylaktickou přípravou, o přítomnosti blízké osoby a o citlivý přístup k novorozenci i bez jeho „namáčení“, zajišťující psychický komfort pro rodičku a dítě .** Rovněž oprávněná byla kritika na adresu řady pracovišť, co se týče organizace a prostředí porodních sálů a chování zdravotnického personálu.

Roku 1974 vyšla v Paříži Leboyerova kniha nazvaná **„Pro porod bez násilí“**. Autor se v ní představuje jako bojovník proti násilí v porodnictví a otevřeně obvinil ostatní porodníky ze špatného zacházení s novorozencem. V knize popisuje současné lékařské vedení porodu jako **násilí porodnic páchané na novorozenci.** Jeho myšlenky nekriticky přijaté a rozšířené masmédií vyvolaly poptávku po „porodu bez násilí“, a tím vznikl ústavů řídicích se zásadami Leboyerova porodnictví.

Michel Odent

Nejznámějším žákem F. Leboyera je **Michel Odent**, který vybudoval podle zásad svého učitele porodnici v Pithiviers u Paříže. V tomto zařízení ženy nejen rodí, ale je jim také

poskytována prenatální péče a příprava na porod. Důraz personálu porodnice je kladen na smyslové vnímání plodu stimulací kinetickými a vibračními jevy, tančením, zpíváním atd. Je na ženě, aby si našla ideální polohu. **Podle Odenta (1995) za porodu je nutné omezit počet osob**, aby rodička nebyla vystavena mnoha pohledům. Ošetřující personál zastupuje porodní asistentka, která musí **navázat s rodičkou pozitivní vztah**. Přítomnost otce je vítána, pokud si to rodička přeje. Prostředí, ve kterém žena rodí, by se mělo podobat civilně zařízenému pokoji.

Je nutné, aby porod proběhl v přítomnosti a tichu, aby se zabránilo nepříjemné stimulaci novorozence světlem a hlukem, na kterou není připraven a kterou nepříjemně vnímá. Dítě by mělo být **okamžitě umístěno na břicho matky tak, aby mohlo být v kontaktu s „živým teplem její kůže“**. Důraz je také kladen na první přisání k prsu. Leboyer používání léků ztratil, Odent je omezil.

Porody doma

K většímu rozšíření porodů v domácnosti došlo v jediném vyspělém západním státě, a to v Holandsku v 80. letech. Zde se také konala IV. mezinárodní konference o porodech doma, o které píše jedna z účastnic a zastánkyň porodů doma u nás, jedna z představitelk profesní organizace porodních asistentek ČAPA, Štromerová (2000). Holandsko je však země s hustou sítí nemocničních zařízení včetně porodních sálů a porodní asistentky mají vysokoškolské vzdělání. V případě vzniku komplikací za porodu, informuje porodní asistentka nejbližší porodnici, kam je rodička okamžitě převezena, neboť komunikační systém je zde výborný. V našich podmínkách „není možné zajistit ženě, jejímu plodu a novorozenci péči při porodu v domácnosti jako na porodním sále. Je velmi pravděpodobné, že za současných podmínek by při rozvoji domácího porodnictví došlo ke zhoršení jak mateřské, tak perinatální mortality a morbidity..." uvádí Roztočil (1996). Proto je porod doma dle Ministerstva zdravotnictví ČR porodem „non lege artis“.

V této souvislosti je důležité poukázat na fakt, že v zemích, v nichž se pohybuje perinatální úmrtnost kolem 5 promile, stejně jako v ČR, se porody v domácnosti vyskytují jen ojediněle. Přitom právě v Holandsku, i když patří k nejvyspělejším státům, kde jsou však porody doma běžné, je perinatální úmrtnost daleko vyšší - 9 promile, a to se zde nehovoří o morbiditě (Hučín, 2000).

Protože komplikace za porodu se vyskytují i při dobře zajištěné ante- a intrapartální péči, domníváme se, že je vhodné uzavřít toto téma slovy Endlicherové (2000), která píše, že

porodnictví je nejen „... o přístupu k rodiče, o atmosféře, kterou vytvoříme. Je ale také o zodpovědnosti, kterou máme k rodiče i novorozenci“.

5.2. PROŽÍVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ A PORODU

Psychologie těhotenství

Psychologie těhotné ženy dlouho nepatřila k právě frekventovaným tématům. Teprve v posledních letech narůstá postupně vlna zájmu o tuto problematiku. Monografie věnované psychologii otázky těhotenství dlouho zcela opomíjely, dokonce i knihy věnované speciálně psychologii ženy gravidní ženu většinou ponechávají stranou svého zájmu.

Studium psychologie těhotné ženy je zatíženo vícerymi problémy:

- **dynamičností stavu**, který se během 10 lunárních měsíců překotně (a zcela nelineárně) vyvíjí a který je nutno sledovat a popisovat v rámci těchto probíhajících změn, dále pak i
- **otázkou, zda standardizované testy, vyvinuté pro netěhotnou populaci jsou použitelné** i v průběhu gravidity a v době kolem porodu (Čepický, 1997).

Těhotenství

Těhotenství může patřit k jednomu z nejkrásnějších období v životě ženy, ale na druhé straně může představovat pro ženu i jednu z životních krizí. Těhotenství je v každém případě pro ženu velkou životní změnou spojenou s obdobím plným emocí. **Žena se potřebuje vyrovnat s představou, že poskytuje život někomu dalšímu. Uvědomuje si, že nic už nebude jako dříve, je postavena před spoustu nových otázek a neznámých pocitů. Sama se cítí zranitelnější, ale zároveň ví, že musí poskytnout ochranu někomu dalšímu.**

Psychika ženy v prvním trimestru těhotenství

Žena zjišťuje, že je gravidní a zakouší nejrozmanitější pocity **od radosti (konečně!), přes rozpaky (teď se to zrovna moc nehodí, nepočítala jsem s tím), přes úzkost z neznámého a ze všeho, co to tento nový stav bude obnášet či zcela konkrétní strach z reakcí okolí, partnera, matky až po případně striktní odmítnutí vedoucí k rozhodnutí pro interrupci.** Pro toto období je typické, že se těhotná **žena více uzavírá sama do sebe a smíruje se s faktem, že se v ní začíná pomalu rozvíjet nový život.** Těhotná žena také obvykle uvažuje nad tím, **jak dítě ovlivní dosavadní partnerský vztah či vztah ke staršímu dítěti.** Může též procházet obdobím rozpolcených **pocitů vztahujících se k nemožnosti žít jako dosud.** Tyto pocity rozpolcenosti je třeba chápat jako přirozené a ženy by se neměly za ně vinit. V tomto období se u těhotných žen

mohou objevit též **pocity strachu z potratu** a u některých žen již i pocit strachu z porodu. Ženy, zvláště pak prvorodičky, mají **obavy z toho, jestli zvládnou svojí roli matky**. Dalším mezníkem v psychice těhotných žen je **změna tělesné konstituce**. Ženy si uvědomují, že nemají své tělo pod kontrolou. Některé ženy mohou vyzorovat, že se na počátku těhotenství **více uchylují ke své matce** - pokud s ní mají dobrý vztah. Je to proto, že se cítí v ohrožení pod tíhou velké životní změny a podvědomě se vrací do bezpečné náruče své matky.

Psychika ženy ve druhém trimestru těhotenství

Toto období je charakteristické hormonální stabilitou – žena je již obvykle smířená s pokračujícím těhotenstvím. Tento trimestr se proto často vyznačuje **klidem a harmonií**. Ženy jsou obvykle **hrdé na své těhotenství**. Cítí, že se stávají matkami. Těhotné ženy mívají tendenci **hlásit se ke "komunitě matek"** - k ženám, které jsou buď také těhotné nebo již mají děti a společně probírají různá témata týkající se mateřství. V tomto období pociťuje těhotná žena **první pohyby plodu** a díky tomu si uvědomuje mnohem více své dítě **jako samostatnou bytost**. Těhotné ženy se mohou někdy cítit jako "cizinky ve svém těle" - jejich tělo se mění a ony si mohou připadat méně přitažlivé (i když by tomu mělo být spíše naopak, protože těhotná žena je svým způsobem velmi krásná a někdy doslova „září“). Tento trimestr je typický pro prožívání **bujných fantazií a představ o svém dítěti** - jak asi bude vypadat, jak se bude chovat, jaký bude jejich společný život. Často proto matky potřebují vědět, jak se dítě vyvíjí a jak roste. Typická pro toto období je také **touha poznávat děti** - dětský svět. Žena chce znát dětské potřeby, přání, chování. Nechává si proto často vyprávět o tom, jak se ona sama chovala v dětství nebo sleduje ostatní děti, jak si hrají či jak se chovají.

Psychika ženy ve třetím trimestru těhotenství

Jestliže je první trimestr těhotenství považován za **období citově nestabilní a rozladěné**, tento trimestr by se dal označit obdobně. Tentokrát však hladiny hormonů nekolísají kvůli začátku a udržení těhotenství, ale v důsledku přípravy na porod. Ženy se v tomto období cítí velmi **zranitelné a dost možná i na někom závislé**. Potřebují vědět a cítit, že za nimi v tomto období někdo stojí.

V tomto období ženy nejvíce **uvažují o tom, zda zvládnou porod** a často z něj mají strach. Možným doprovodným projevem strachu z porodu je **snění o porodu**. Pokud ženy nemají informace o průběhu a možných způsobech prožití porodu, uchovávají si o něm **iracionální**

představy. Fantazie o ještě nenarozeném dítěti již nebývají tak bujné. Podle autorky knihy Sedm etap mateřství Murphyové (2005) je to proto, že se žena podvědomě připravuje na reálné setkání se svým dítětem. Ve vyšším stádiu těhotenství může těhotným ženám **těhotenství připadat nekonečné**, s větším bříškem se mohou cítit poněkud nemotorné. V tomto období je také typické **připravování a chystání prostoru pro miminko.**

Další rizikové faktory ovlivňující psychiku žen v těhotenství

Nízký socioekonomický status

Socioekonomický status zahrnuje: finanční situaci, rodinný stav ženy (vdaná x svobodná matka), vzdělání, přiměřený životní prostor a prostředí, kvalitu a dostatečnou možnost společenských kontaktů. Pokud těhotná maminka pociťuje obavy o to, zda vyjde se svými finančními prostředky, necítí se zajištěná, jistě bude pociťovat **úzkost a pochyby** ohledně zvládnutí role matky. Zde je tedy jediná rada - pokusit se získat všechny možné informace o finanční podpoře v těhotenství a mateřství. Zároveň nezapomínat, že „peníze nejsou všechno“ a nic neříkají o mateřské lásce konkrétní ženy. Nepociťovat proto vinu z toho, že momentálně těhotná žena nedokáže finančně plně zajistit své dítě. Je důležité uvědomit si, že může být dobrou matkou i bez aktuálního blahobytu, důležitější je láska, kterou dítěte žena dokáže dát.

Podle výzkumu, který provedl v této oblasti Čepický (1997), existuje korelace těhotenské úzkosti s konfliktním vztahem k matce a nebo partnerovi a s ekonomickou situací (dotazník STAI, Ravenův test progresivních matic).

Rizikové těhotenství

Rizikové těhotenství je **stav, kdy je vyšší pravděpodobnost poškození zdraví ženy nebo kdy může dojít k poškození vývoje plodu a stavu novorozence po porodu.** Takovéto očekávání, jak vše dopadne, s sebou nese **zvýšenou lékařskou péči, ale také ve větší míře probouzí obavy a úzkost matky.** Těhotné maminky si často dávají za vinu, v jaké situaci se nacházejí. Je důležité uvědomit si, že to není ničí vina, je to prostě tak. Je potřeba se zaměřit na sebe a své dítě. Pečovat o sebe, relaxovat, snažit se být v psychické pohodě, pěstovat prenatalní komunikaci. Vychutnávat si každý den. Mít obavy a strach je v této době úplně normální, ale zároveň je třeba dbát o to, aby tyto pocity příliš nenarušovaly budoucím maminkám jejich těhotenství. Je třeba nestavět se do pasivní role a vyhnout se plačtivosti. To platí také pro ženy, které musejí být hospitalizovány na lůžkovém oddělení. V takovém případě hrozí lítostivost, protože je žena

oddělena od rodiny a musí pobývat delší čas v nemocnici. Třebaže si žena obvykle takto své těhotenství nepředstavovala, je třeba, aby se postavila realitě čelem a využila čas trávený na lůžku například přemýšlením a sněním o budoucnosti, o sobě, o rodině. K zamyšlení nad tím, co pro ni znamenají nynější okolnosti? Shledává na nich i něco pozitivní?

Shrneme-li výše uvedené, pro většinu nastávajících maminek není zrovna lehké vyrovnat se s faktem rizikového těhotenství. Je to stav, který žena pravděpodobně nečekala, mrzí ji to, někdy si za to klade i vinu. Je důležité pokusit se tento stav přijmout, nebýt pasivní, ujmout se mateřské role a komunikovat se svým dítětem. Může se objevit i strach z komunikace pro případ, že by se matka se svým dítětem musela předčasně rozloučit.

Úmrtí někoho blízkého v době těhotenství

Pokud zemře někdo blízký, představuje to vždy náročné období. Přičteme-li k tomu těhotenský stav, je to ještě větší psychická zátěž, protože těhotenství je opravdu predispozicí pro zvýšenou emotivní senzitivitu. Pokud se žena nachází v takové životní situaci, měla by si dovolit truchlit, vyjádřit svůj vztek a lítost, ale také se dívat s nadějí a optimismem do budoucnosti. A nezapomínat, že již teď je tu někdo, kdo ji potřebuje.

Těhotenství ve vyšším věku

Těhotenství a mateřství z jiného úhlu pohledu může symbolizovat také vitalitu ženy. I touha dokázat si, že žena ve vyšším věku stále může být "plnohodnotnou ženou", může být někdy příčinou mateřství ve vyšším věku. Z tohoto pohledu není důležité, jaký je důvod pro mateřství ve vyšším věku (obecně po 35. roku věku), protože těhotenské pocity a témata, se kterými se budoucí maminky musí vyrovnávat, jsou v těchto případech obdobné. Těhotné ženy ve vyšším věku mají často více úzkostné pocity týkající se zdraví svého dítěte a přemýšlejí, jestli zvládnou svojí roli matky a budou schopny dovést své dítě až do úplné dospělosti. Na druhou stranu maminky ve vyšším věku jsou více rozvážené, v tom dobré slova smyslu „usazené“ a ví, co chtějí.

Příprava na porod

Základním cílem přípravy k porodu **snížení úzkosti a strachu a nabytí reálného vztahu k porodu na základě poznání a pochopení**. Cílem tedy není odstranění porodních bolestí ani zajištění spontánního porodu, ale **mnohem spíše, jak se s bolestí a dalšími tělesnými pocity vyrovnat, seznámení s metodami lékařsky vedeného porodu a možnými porodními komplikacemi** (Čepický, 1997).

Potřeby jednotlivých žen se mohou výrazně lišit. Každé ženě nemusí vyhovovat skupinová předporodní příprava, proto se může k porodu připravovat podle svých vlastních představ.

Individuální příprava, kterou nabízejí dnes doly nebo porodní asistentky, probíhají v rozsahu libovolného počtu schůzek a **může obsahovat:**

- **tvorbu porodního plánu** – porodní plán je soupis všeho, co si žena přeje, co je ochotna akceptovat a co si výslovně nepřeje při porodu svého dítěte. Sestaví si ho doma nebo se svojí porodní asistentkou během těhotenství a přináší s sebou do porodnice, kde by na něj měli brát ohled.
- **seznámení s přirozenými úlevovými metodami**
- **pomoc při hledání všeho, co by mohlo přispět k pocitu bezpečí během porodu**
- **přípravu partnera k porodu**
- **informace týkající se porodu, kojení, zdravé životosprávy**
- **příprava na péči o miminko**
- **nespecifické masáže**
- **pomoc při výběru porodnice**

Je třeba respektovat, že porod je dynamický a zejména individuální proces, který vyžaduje velkou flexibilitu a otevřenost. Připomíná se, že se jedná spíše o spolupráci partnerů než o intelektuálně řízený výkon.

Pro zajímavost přinášíme srovnání dvou různých metod užívaných v rámci předporodní přípravy, jejichž cíle je v 1. případě přirozený porod, v 2. případě bezbolestný porod.

**Tabulka Srovnání metod Grantly Dick-Reada
a Fernanda Lamaze**

DICK-READ	LAMAZE
Hlavní rušící faktor: strach	Hlavní rušící faktor: negativně podmíněné reflexy
Následky: porucha psychosomatického chování (afektivní, vegetativní a svalové napětí), syndrom „strach–napětí–bolest“	Následky: poruchy kortikálně – subkortikálně výměnných vztahů*) „průnik“ negativně podmíněných reflexů do mozkové kůry

Profylaktické metody: vysvětlení, uvolňovací cvičení, cvičení dýchání, gymnastika	Profylaktické metody: vysvětlení ve smyslu Pavlovových reflexů, náhrada negativních sugescí pozitivními, přeškolení
Účinek přípravy k porodu: afektivní, vegetativní a svalové uvolnění	Účinek přípravy k porodu: „aktivace“ mozkové kůry, náhrada negativně podmíněných reflexů pozitivními reflexy
Princip přípravy k porodu: orientování těhotné na aktivní uvolnění a psychologická příprava na cíl přípravy	Princip přípravy k porodu: vychování k aktivní spolupráci (princip výkonnosti), „duševní výchova“
Typy dýchání: pomalé, relaxační	Typy dýchání: rychlé, „aktivující“ (na odvrácení pozornosti)
Cíl: přirozený porod	Cíl: bezbolestný porod

[20.2.2010-<http://www.porodnici.cz/>].

Dula a její role při porodu

Nastávající maminka má možnost též požádat o pomoc tzv. dula. **Dula je starý řecký název, který se dnes používá pro speciálně vyškolenou ženu.** Dula poskytuje především psychickou, ale i fyzickou oporu matce a přispívá k dobrému startu celé nové rodiny. Dula ženě poskytuje emocionální podporu a potřebné informace během těhotenství, porodu a šestinedělí. Rodiče doprovází na jejich cestě a pomáhá jim naplnit jejich představy o porodu. Pomáhá vytvořit takovou atmosféru při porodu, kdy se žena může uvolnit a plně se soustředit na samotný porod. Dula chápe a respektuje fyziologii porodu i emociální potřeby rodící ženy.

Co dula nabízí:

- **Psychickou podporu ženě v těhotenství, porodu šestinedělí**
- **Poskytování potřebných informací týkající se porodu**
- **Spolupráci na přípravě porodního plánu**
- **Doprovod k porodu**

- **Podpora pro partnera a rodinu**
- **Nefarmakologické úlevové prostředky při porodu (úlevové polohy, masáže, vhodný způsob dýchání apod.)**
- **Informuje o kojení, pomáhá při přikládání miminka co nejdříve po porodu**
- **Může se podělit o zkušenosti s péčí o miminko.**
- **Zaručuje diskrétnost**

Co dula nenabízí:

- **Zdravotnické služby**
- **Nezasahuje do kompetencí zdravotnického personálu**
- **Nenabízí aromaterapii, homeopatii, reflexní terapii apod., pokud nemá k těmto oborům oprávnění**

Dula má rámcové znalosti z psychologie, medicíny, legislativy, kojení a péče o dítě. Duly jsou v ČR vázány etickým kodexem, procházejí pravidelnou supervizí a následným vzděláváním.

Nerealistická očekávání

První komplikací, se kterou je možné se setkat, představuje skutečnost, že žena je mnohdy přes hypertrofickou předporodní přípravu překvapena intenzitou bolestí. U rodičky může vzniknout následkem vlastní bolestivé zátěže pocit nedůvěry k veškerému jejímu předchozímu činění, což se může během porodu obrátit buď proti ní samé, nebo i proti personálu, kterým byla uváděna v mylnou představu, že porod zvládne vlastními silami. Jsou zprávy o ženách, které byly natolik **zklamány nerealistickým očekáváním** (nejen od přirozeného porodu, ale i po ne zcela účinné epidurální analgezií nebo – v případě císařského řezu – neuroaxiální anestezii), že se u nich v důsledku analgetického/anesteziologického nezdaru vyvinuly depresivní stavy, anxiozita, manželské a sexuální problémy a poruchy. Při rozhovorech s postiženými vyšlo najevo jejich neadekvátní očekávání, které vzniklo většinou neodborným

podáním informací v hodinách předporodní přípravy – zejména přehlížením nebo zlehčováním vzniklých neúspěchů nebo komplikací.

Potřeba kvalitních informací

Proto je třeba jasných a přesných informací, které podávají **objektivní, realistický pohled na problematiku porodu, porodních bolestí a narození dítěte**. Je třeba připustit velkou variabilitu možností, které mohou během porodu nastat. Je třeba vysvětlit ženám úskalí statistiky. Každá žena **musí být preventivně připravena na všechny eventuality, které ji mohou během porodu potkat**. Nesmírně důležitý je způsob podání těchto informací. Nesmí ženu vystrašit, naopak ji musí ubezpečit, že pokud nastane komplikace, odborně vzdělaný personál je připraven a schopen všechny nepravidelnosti řešit a vyřešit. **Žena musí mít vždy pocit, že nezvládnutí porodu vlastními silami není osobní prohra**, a že stane-li se tak, pak existují další možnosti, jak okolnosti usměrnit ke zdaru porodního prožitku a zdraví dítěte. **Individuální přístup ke každé těhotné je základní postulát** kvalitní předporodní přípravy a správného vedení porodu [20.2.2010-<http://www.porodnici.cz/>].

• Očekávání spojená s porodem

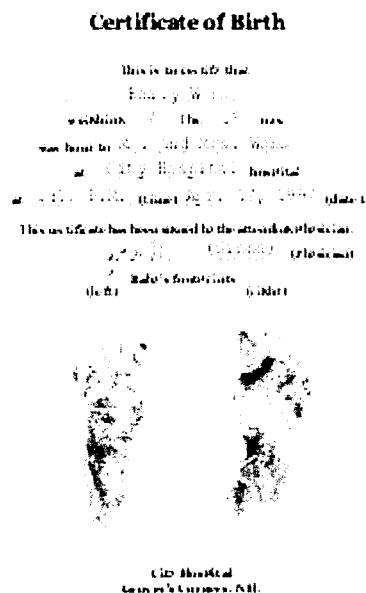
Na porod je možno nahlížet z mnoha stran. Jednoznačné je to, že je to okamžik, kdy poprvé spatří světlo světa nový malý tvoreček, který bude absolutně závislý na svém okolí.

Pro konkrétní těhotnou ženu může porod znamenat:

- vyvrcholení těhotenství a konečně pochování si miminka ve své náručí
- může být spojen především s pocity obav a strachu z jeho zvládnutí
- konec úplného spojení matky a jejího dítěte

[<http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/-1.3.2010>].

„Potvrzení“ z nemocnice o narození



Potřeby ženy při porodu

Období kolem porodu se jeví jako jedinečný čas, kdy jsou ženy neobyčejně otevřené změně. Je to formativní vývojové stadium s potenciálem jak pro pozitivní, tak pro negativní výsledek. Vzhledem k matčině nově fyzické i emoční vnímavosti může mít péče o ni i o její dítě dlouhodobě přínosný, nebo naopak škodlivý účinek na její **sebepojetí, vztah s otcem dítěte, společnou péči o dítě i na obraz, jaký si o něm vytvoří, jakož i na jejich vlastní emoční pohodu. Přestože porod zabírá v životě rodiny jen relativně krátký časový úsek, jde o období velikého stresu a potřeby.** Tuto situaci není možné vrátit zpátky (Klaus, Kennel,).

Narození dítěte přináší do života ženy mnoho změn na fyzické, psychické i sociální rovině. Pokud je mateřství výsledkem vědomého rozhodnutí, nastávající matka se na většinu změn těší. V každém případě má nad svým osudem nyní větší kontrolu než měly ženy v minulosti.

[11.3.2010 - <http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECT2/html/birth.htm>].

Podpora při porodu

Jak uvádí Klaus a kol., zprávy a náhodné kontrolované pokusy o podpoře v I. době porodní poskytované jedinou osobou - doulou, porodní asistentkou nebo zdravotní sestrou, naznačují, že **kontinuální empatická a tělesná podpora přináší mnoho výhod**, včetně kratšího trvání porodu, podstatně menší potřeby medikace a epidurální analgezie a méně operativních porodů (Klaus a kol. 1986).

Jak uvádí Lorenzová, Kodyšová, dula jako **poskytovatelka péče - žena**, která má základní školení o vedení porodu a která zná různé ošetřovací postupy. Poskytuje emoční podporu, která obsahuje **pochvalu, ujištění, opatření pro zvýšení pohodlí matky, tělesný kontakt, jako například masáž zad matky a držení za ruku, vysvětlení toho, co se při porodu děje, a stálou přátelskou přítomnost.** Tyto úkoly může také splňovat zdravotní sestra nebo porodní asistentka, ale ty často musejí provádět technické resp. zdravotnické úkony, které odvádějí jejich pozornost od matky. **Stálá uklidňující podpora ženské pečovatelky však výrazně snížila úzkost a pocit těžkého porodu u matek, které byly dotazovány 24 hodin po porodu. Také to mělo pozitivní účinek na počet matek, které ještě 6 týdnů po porodu kojily.**

Žena by měla být při porodu doprovázena osobami, kterým důvěřuje a s kterými se cítí dobře: partnerem, přítelkyní, doulou nebo porodní asistentkou. V některých rozvojových zemích to také může znamenat tradičního průvodce porodem. Obecně by to měli být lidé, které

poznala již v době těhotenství. Profesionál, který asistuje u porodu, by měl být seznámen s podpůrnými i zdravotnickými úkoly, které má vykonávat, a obojí by měl zvládat kompetentně a citlivě. Jedním z podpůrných úkolů poskytovatele péče je **podat ženě tolik informací a vysvětlení, kolik si žádá nebo potřebuje**. Také by mělo být respektováno soukromí ženy v podmínkách místa porodu. Rodící žena potřebuje svůj vlastní pokoj, ve kterém je počet asistujících osob omezen na minimum.

V realitě jsou však podmínky značně odlišné od výše uvedené ideální situace. **Ve vyspělých státech se v I. době porodní ženy často:**

- **cítí osamoceně**
- **jsou zavřené v porodní místnosti velké nemocnice**
- **obklopuje je technické zařízení**
- **od poskytovatele péče se jim nedostává přátelské podpory.**

Důsledky výše uvedených tvrzení ohledně místa porodu a poskytování podpory mohou být dalekosáhlé, neboť implikují, že poskytovatelé péče při porodu by měli pracovat v mnohem menším měřítku. Odborná péče při porodu by měla být poskytována v místě bydliště ženy nebo v jeho blízkosti, spíše než, aby byly všechny ženy převedeny na jedno velké porodnické oddělení. Velká oddělení, kde se provádí 50 až 60 porodů denně, by musela restrukturalizovat své služby tak, aby vyhovovaly specifickým potřebám žen. Poskytovatelé péče by si museli přeorganizovat pracovní rozvrhy tak, aby **naplnili potřebu kontinuální péče a podpory**. Důsledky jsou i ekonomické a proto se toto může stát politickým problémem. Jak vyspělé státy, tak rozvojové země se těmito problémy musejí zabývat a řešit je vlastním specifickým způsobem. [<http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/-1.3.2010>].

V realitě jsou však podmínky značně odlišné od výše uvedené ideální situace. **Ve vyspělých státech se v I. době porodní ženy často cítí osamoceně, jsou zavřené v porodní místnosti velké nemocnice, obklopuje je technické zařízení a od poskytovatele péče se jim nedostává přátelské podpory. V rozvojových zemích jsou některé velké nemocnice tak přeplněné ženami s nízkým rizikem při porodu, že osobní podpora a soukromí jsou nemyslitelné. Domácí porody jsou v rozvojových zemích často vedeny neškolenými nebo nedostatečně školenými poskytovateli péče. V těchto podmínkách je podpora ženy při porodu mizivá nebo žádná, významný počet žen dokonce rodí bez jakékoli pomoci.**

Emoční potřeby ženy u porodu

Jak uvádí Máslová, porod může patřit mezi nejsilnější zážitky žen, a to ve smyslu pozitivním i negativním. Může být úžasným prožitkem, umocňujícím důstojnost ženy nebo naopak traumatem na celý život. Existují ženy traumatizované porodem, přičemž ne vždy se jednalo o komplikovaný porod. Porod může být narušen nevhodnými či neindikovanými zásahy, nerespektováním důstojnosti ženy a jejích emočních prožitků. Neméně závažné jsou také poruchy komunikace mezi rodičkou a personálem. Ke komplikacím při porodu samozřejmě může dojít i při sebelepší péči, ale řadě potíží by se vhodným přístupem dalo předejít (Máslová, 2009).

Prožívání porodu

Ať už porod pro těhotnou ženu představuje cokoli, je důležité, aby si žena dokázala svůj porod prožít. K osvojení této zkušenosti v celé její paradoxii, je však třeba, aby porod mohl být s plným vědomím prožit jako přirozený ženský přechodový rituál, kdy se žena přirozeným způsobem přes mystérium zrození stává nositelkou nového života a setkává se s jeho posvátnou dimenzí – mateřstvím.

Je důležité nepředstavovat si v souvislosti s porodem pouze porodní bolesti a nemocniční prostředí, protože tyto představy pochopitelně velmi pravděpodobně vyvolají v ženě strach a úzkost. Porod je také o uvědomění si toho, co se právě děje, o komunikaci se svým dítětem, o vyjadřování svých pocitů. K umění prožít si svůj porod také patří správný výběr porodnice.

Jako užitečné se při přípravě na porod ukazuje projít následujícími kroky:

1. Zjistit si informace o průběhu porodu

- co je to porod a proč nastává,
- co se děje v průběhu porodu s ženou i s dítětem,
- k čemu jsou dobré porodní bolesti,
- zaměřit se i na možné zvraty ve vedení porodu (císařský řez, klešťový porod - je lepší se o tom něco dozvědět již nyní, než se toho v případě aktuálnosti situace bát a být bez jakýchkoli informací - záchytných bodů).

Je také vhodné **prohlédnout si nějaké obrázky, modely či video porodu.** To vše slouží k dobré orientaci nastávající maminky při porodu - bude vědět, co se s ní děje, nebude se cítit zmatená, vystrašená a bezbranná. Vhodné je též absolvovat speciální předporodní kurzy.

2. Je důležité zajímat se o to, **kde by si žena přála, aby porod proběhl a jakým způsobem.** Zjistit si výhody a nevýhody porodu klasicky na gynekologickém lůžku v porodnici, porodu doma, alternativního způsobu vedení porodu - porodu do vody, na stoličce, ve stoje. Měla by mít dostatečný prostor pro svobodné rozhodnutí, kterou z nabízených možností využije a kterou z metod pro sebe bude považovat za nejvhodnější.
3. **Způsob vedení porodu.** K tomu, jak je porod veden a kdo do něj zasahuje, je dobré dozvědět se "kdo je kdo". Zjistit si, jaká je náplň práce lékaře porodníka, porodní asistentky nebo duly. Co od nich může žena očekávat a o co je může požádat? Protože nemusí úplně přesně vyjít naplánovaná varianta, je zapotřebí počítat i s **psychicky náročnější variantou průběhu porodu.** Žena by se tím však neměla nechat vyděsit, ale měla by být připravena na možnosti, které mohou nastat. Je dobré věřit v nejlepší, ale počítat i s horším. Nikdo přesně neví, co se může přihodit. Je však dobré nezpánikařit, věřit odborníkům a komunikovat, také ze sebe nesnímat aktivitu - komunikovat s nenarozeným dítětem, vyjadřovat své pocity, obavy a přání. Být na sebe hrdá a „neopouštět loď, jíž je žena kapitánka“.
4. **Prožívání bolesti.** Žena si zde může pomoci známou představou. Například představí si silné menstruační bolesti. Jak se cítí? Je lítostivá, má strach? Cítí se bezbranná? Kde by nejraději teď byla? Sama v pokoji, ponořená do sebe a v klidu nebo touží po tom, aby u ní byl někdo blízký a pomohl jí? Co chce, aby dělal? Má ji hladit, povzbuzovat nebo tam prostě jen být? Toto je velmi důležité si uvědomit. U porodu to bude podobné.
5. **Výběr blízké osoby u porodu.** Je užitečné, aby nastávající maminka sdělila této osobě (přeje-li si nějakou), co by si přála, jak by se k ní při porodních bolestech měla zachovat. Následuje zvážení výhod a nevýhod přítomnosti někoho blízkého u porodu. Existuje i nějaké mínus, pokud bude u porodu někdo blízký? Co třeba, bude-li tam jen z jakési povinnosti a nebude schopen se dostatečně vžít do situace. Při výběru osoby ženě blízké, která ji bude při porodu doprovázet (partner, matka, kamarádka, sestra, dula), také nesmíme zapomínat na to, že tam tato osoba musí jít zcela dobrovolně a bez jakéhokoli citového nátlaku. Pro tuto osobu to bude také nový zážitek a také pro ni nebude jednoduché, jak se k celé situaci postaví. Proto je velmi dobré, si společně popovídat co jeden od druhého očekává, na co se kdo těší, jaká bude vzájemná podpora, co je cílem.

6. Porod je proces, který se týká jak matky tak i dítěte. Proto je třeba, aby na své dítě

v průběhu porodu nezapomínala. Uvědomit si, že přichází do prostředí, které vůbec nezná a bude se orientovat podle matčina hlasu, hlasu jejího partnera a jejího srdce. Příchod na svět je pro dítě velkou změnou. Tato událost se týká obou rodičů, proto je třeba, aby se v této chvíli drželi při sobě. Je dobré nechtít mít porod za každou cenu co nejdříve za sebou (kvůli bolestivým porodním kontrakcím), ale uvědomit si, že vše chce čas a zklidnit se, vychutnat si toto těsné spojení, které se blíží k vyvrcholení.

7. Vyjádření pocitů, obav, strachů, přání a potřeb nastávající maminky.

Porod je velmi emotivní a subjektivní zážitek. Vše, co žena cítí, je její součástí a netřeba se za nic v tomto ohledu nestydět. Je to právě ona sama, která pomáhá dítěti na svět, proto ať si neodpírá vyjadřování svých pocitů, ať je kdekoli (Kodyšová, Lorenzová, 2010).

Nejhorší porodní prožitky

Na základě výzkumu, které v roce 2000 provedlo občanské sdružení **Aperio** ve spolupráci se Střediskem empirických výzkumů (STEM) a pod záštitou Nadace Open Society Fund Praha - výzkum zaměřený na **aktuální stav českého porodnictví byly získány tyto nejdůležitější poznatky:**

Nejhoršími prožitky z porodu pro české ženy jsou:

(seřazeno sestupně s významností pro více než polovinu žen)

- **bolestivé kontrakce**
- **strach o zdraví dítěte**
- **slyšitelná přítomnost jiné rodičky**
- **nemožnost pohybu při upoutání do jediné polohy**
- **aplikace klystýru**
- **strach o vlastní zdraví**
- **nevlídnost zdravotnického personálu.**

Téměř tři čtvrtiny žen rodily spontánně, bez komplikací. Pěti ženám (7%) byl porod vyvolán a u 13 žen (19%) skončil operativně.

5.3 POTŘEBY A MOŽNÉ PSYCHICKÉ PORUCHY PO PORODU

Podle Hučina (2000) je psychika žen vystavena velké zátěži nejen v těhotenství, ale zejména v období šestinedělí. Tato zátěž pramení jednak z hormonálních změn probíhajících v organismu šestinedělky, jednak z adaptace na novou roli matky po narození dítěte. Poporodní psychické poruchy se dělí, jak uvádí Štembera a Sobotková, podle závažnosti do **tří skupin**:

1. První, nejméně závažnou skupinou, jsou **poporodní subdeprese, též nazývané poporodní blues**. Vyskytují se u 50—70 % rodiček, a to zpravidla 3.-6. den po porodu. Tyto přechodné emoční poruchy trvají jen krátce a nejsou tudíž závažné při vytváření vztahu matky k dítěti.
2. Druhou skupinu tvoří **nepsychotické deprese, nazývané poporodní, či postnatální, které se vyskytují v 1. - 3. měsíci po porodu**. Trpí jimi 10-15 % žen. V posledním desetiletí poukazují práce zahraničních psychologů a psychiatrů, že postnatální deprese nepříznivě ovlivňují psychický stav matky, který dále nepříznivě působí na utváření vztahu matky k dítěti, čím může dojít k narušení emočního i kognitivního vývoje nejmenších dětí. Bylo by proto potřebné včas tyto ženy rozpoznat a poskytnout jim náležitou pomoc. **Používat však k záchytu žen s postnatální depresí běžné klinické testy určené ke zjišťování depresivity je chybné, neboť v takových testech dosahují šestinedělky příliš často patologických hodnot**. Jednou z vhodných metod užívaných ve světě je Edinburhská škála postnatální deprese — EPDS, kterou ověřil v našich podmínkách v rámci výzkumného projektu IGA MZ ČR v letech 1997-1999 Břicháček.
3. Poslední, nejzávažnější skupinou jsou **psychotická onemocnění**, která si vyžadují často hospitalizaci. Vyskytují se u 0,1—0,2% žen a začínají zpravidla v prvních 14 dnech po porodu, mohou se však vyskytnout i později. Dlouhodobější psychosociální podpora celé rodině by zde byla rozhodně potřebná (Sobotková, Štembera, 2003).

Postrauematická stresová porucha

Podle výzkumníků v oblasti medicíny se posttraumatická stresová porucha může objevit nejen jako následek komplikovaného, ale i po zdánlivě neproblematickém porodu. Velmi často se objevuje po spontánním potratu či porodu mrtvého plodu. Podle této autorky mají ženy s posttraumatem po porodu mnoho společného. **V první řadě pociťují stud. Dlouhou dobu žily v zajetí stereotypní představy o tom, že porod dítěte je radostná událost, a ony jsou divné, protože radost necítí. Cítí bolest, nenávisť, smutek, lítost, vztek. Na sebe, na dítě, na partnera,**

a někdy také na zdravotníky. Často jsou přesvědčené, že mají poporodní depresi. Většinou tomu tak není. Maminky generace dnešních rodiček většinou vybavily tyto ženy stereotypně se opakujícím sdělením o porodu a jeho prožití: „Přežily jsme to všechny, přežiješ to taky, na všechno zapomeneš...“ Tyto ženy však zapomenout nemohou. Mají pocit, že se jim při porodu něco stalo, něco, co se prostě ve zdraví přežít nedá. [Morowitz, www.mojebetynka.cz-12.2.2010]

Posttraumatická stresová porucha

Neschopnost či nemožnost vyrovnat se s traumatem může vést k narušení či poškození psychiky a duševního i fyzického stavu jedince – k posttraumatické stresové poruše, jak ji vymezuje Mezinárodní klasifikace nemocí (1996, 2000). Posttraumatická stresová porucha spadá do skupiny duševních poruch F43 **Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení**. Diagnostický manuál DSM-IV vymezuje posttraumatickou stresovou poruchu **jako důsledek událostí, které mohou vést k vážnému tělesnému poškození nebo smrti vlastní nebo blízkých, nebo svědectví hromadné destrukce**. Mezinárodní klasifikace nemocí (2000) vymezuje posttraumatickou stresovou poruchu (F 43.1) **jako zpožděnou nebo protahovanou odezvu na stresovou událost neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která pravděpodobně téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň** (např. přírodní nebo člověkem způsobená katastrofa, boj, vážné neštěstí, přítomnost u násilné smrti jiných osob, být obětí mučení, terorizmu, znásilnění nebo jiného zločinu).

Historie termínu posttraumatické stresové poruchy se váže k práci s vězňenými veterány Vietnamské války a do diagnostické terminologie byl termín oficiálně přijat v 60. letech. Od té doby se škála traumatických prožitků silně rozšířila.

Tato porucha může ženu potkat po porodu. **Porucha se rozvine, pokud žena u porodu cítí, že nemá kontrolu nad tím, co se s ní děje**, stejně jako vojáci, kteří měli pocit, že nezmůžou nic se situacemi, do kterých se ve válce dostávali. Žena u svého porodu pocítí, že ona není pro zrození svého dítěte důležitá. Podle výzkumů rysy posttraumatu trpí až 30 % žen po porodu.

Ženy s posttraumatem po porodu jsou stále ve střehu, cítí se podrážděné a vyděšené. Některé mluví o tom, že byly porodem znásilněné. A stejně jako oběti znásilnění často věří, že to, co se jim stalo u porodu, byla jejich chyba, že si za to mohou samy. Zážitky z porodu se jim neustále opakují v hlavě jako film nastavený na opakované přehrávání. Pokud si dokáží tyto

souvislosti uvědomit, je to nejdůležitější krok k uzdravení. Jejich návštěva psychologa je první etapou vysvobození z tohoto „zakletí.“

Pro tyto ženy byl porod velikým trápením. **Většinou nedostaly od zdravotníků informace, které potřebovaly.** Mnohdy si ani neuvědomují, že tyto informace potřebovaly. **Cítily, že neměly vliv na to, co se s nimi a jejich narozenými dětmi dělo. Cítily se zbavené jakékoli moci nad tak důležitou událostí v jejich životě, jako byl porod jejich dítěte. Cítí se velmi osamělé,** protože o takových pocitech není zvykem mluvit. Někdy se bojí, že se zblázní, a tím, že vyhledají odborníka, si potvrdí svoje obavy ze zbláznění.

Posttraumatická stresová porucha je však velmi dobře a rychle psychoterapeuticky léčitelná. Podobná situace může nastat i po tzv. normálním porodu. Velmi špatně u sebe trauma identifikují ženy, které byly zdravotníky mile vmanipulovány do role pasivní aktérky svého porodu, a tím ztratily kontrolu nad sebou a svým dítětem. **Nejčastěji posttrauma ženy postihuje po medicínsky vedených, programovaných porodech, kdy jsou rutinně použity lékařské zásahy jako vyvolání anebo urychlení porodu.** Elektronické monitorování plodu často znemožňuje ženě pohyb. Když se žena u porodu nemůže svobodně pohybovat, znamená to pro ni větší bolest a menší kontrolu nad situací: Epiziotomie (nástřih hráze), operativní porod kleštěmi nebo vakuovým extraktorem, či akutní císařský řez mohou způsobit, že se žena cítí jako objekt na výrobním pásu. **Některé ženy po porodu císařským řezem nemluví o porodu, ale o tom, že jim bylo „dítě vyřezáno z břicha“.**

Posttraumatická stresová porucha je něco jiného než deprese. Některé ženy zprvu navštíví obvodního lékaře, který jim předepíše antidepressiva. Ta však nepomáhají, někdy mohou vše dokonce zhoršit. **Ženy s posttraumatem nepotřebují léky. To, co doopravdy potřebují, je možnost si promluvit s někým, kdo jim porozumí. S člověkem, který jim nebude vysvětlovat nebo obhajovat zacházení, kterého se jim dostalo od zdravotníků. Člověkem, který je nebude kritizovat za to, jak se cítí ohledně toho, co se jim u porodu stalo.**

Ideál mateřství a životní realita

Média přinášejí obraz usměvavé maminky, štíhlé a nalíčené, s krásným děťátkem v náručí. Pohled do zrcadla čerstvé matce však přináší jinou realitu. Maminky mohou být nešťastné, zmatené a unavené. To všechno je normální. Nesmějí však mít porodem narušenou sebeúctu, která jim zamezuje radovat se ze svých dětí. Mohou se cítit zoufalé v nové roli, ale neměly by ztrácet respekt k sobě, dítěti a partnerovi.

Dlouhodobý výzkum v Británii a USA odhalil, že si ženy i o mnoho let později velmi přesně pamatují, co porodní asistentky a lékaři u porodů jejich dětí dělali a říkali. Pokud jim zdravotníci neposkytli informace ani volbu a ženy je vnímaly autoritativně nebo nepřátelsky, cítí se i po letech ponížené a zneužité. Některé ženy popisují u porodu pocity, že zdravotníky obtěžují svými požadavky – **chybí jim individuální přístup**, který je v dnešní době končícího babyboomu v některých porodnicích opravdu vyloučený. **Ženy v rozhovoru často pláčou, mluví s dlouhými pauzami, ptají se, zda o takových věcech vůbec smějí mluvit. Pracně ze sebe loví poslední zbytky své sebeúcty.**

Posttraumatický stres znamená nejen bolestivé šestinedělí, ale i bolestivý další život. Ženy jsou většinou po takových porodních zážitcích v porodnici otupělé. Mnohdy po propuštění z porodnice cítí úlevu, že už je po všem. Cítí vděk ke zdravotníkům, že jim pomohli jejich selhání přežít. Myslí si, že doma na vše zapomenou a udělají si vše po svém. **Za nějakou dobu se nashromážděné emoce vyplaví napovrch a jejich vděčnost za to, že porod i se svým dítětem přežily ve zdraví, se smíchá s pocitem, že na nich bylo spácháno násilí.** Trápí je noční můry a záblesky vzpomínek na prožité dny v porodnici. **Mají málo důvěry k svému tělu a kojení je stojí velké úsilí.**

Narušení vztahu matky a dítěte

Některé ženy o svých dětech nemluví, nebo je zmíní mimochodem, mluví o svém dítěti jako „o tom“. Pochybují, zda je jejich dítě vlastně jejich. **Říkávají, že jenom „vykonávají mateřské povinnosti, fungují na nějaký automatický program“.** Mají pocit, že jejich instinkty selhaly, svému dítěti nerozumějí, některé mluví otevřeně o agresivních pocitech vůči dítěti. Jsou stresované péčí o děti a snad ještě více tím, že si nedovedou poradit se vzpomínkami na svůj porod. **Nedovedou se navázat na dítě, které „jim bylo porozeno, bylo z nich vyndáno“.** **Oplakávají dítě, které chtěly porodit vlastními silami. Oplakávají dítě, které chtěly po porodu chovat v náručí, ale to leželo někde daleko a ony často nevěděly kde. Tento pocit bezmoci, pocit mateřského selhání ze separace dítěte po porodu je mnohdy více traumatický než porod samotný. Slovo „selhání“ se opakuje v příbězích žen často.** Některé ženy chtěly mít další dítě jen proto, aby to první, které z důvodu traumatického porodu nekojily, mohly nakojit po dalším porodu. Ženy jsou někdy nezdravě na své dítě upoutány, anebo k němu navazují vztah velmi komplikovaně.

Vliv na partnerské vztahy

Ženy si často uvědomují, že jejich partneři jsou také traumatizováni. **Špatně se vyrovnávají s tím, že je jejich muži, přítomní u traumatických porodů, neochránili. Obviňují je z toho, že se účastnili na jejich znásilnění, anebo neochránili jejich narozené dítě před separací. Někdy naprosto vyhasne jejich sexuální život i na několik let. Tyto pocity mohou probíhat i nevědomě a ženy pouze směrem k partnerovi ochladnou, anebo jej odmítají, což partneři nějaký čas chápou, jako ženinu reakci na stres způsobený péčí o dítě, ale také jim časem trpělivost dochází.**

Ženy mluví o tom, jak jsou jejich muži netrpěliví a podráždění, když ony mají tendenci mluvit o svém porodu stále dokola. Ony se často stydí za to, že jejich hráz je nástřihem a následným šitím změněna, neumějí se s tím vyrovnat, sexualita je pro ně bolestným zážitkem, a tím se roztáčí kolotoč frustrace a nedorozumění mezi partnery.

Zdravotníci a traumatizace

Smutek a neštěstí po porodu není emocionální důsledek, který vzniká u čerstvých matek jen vlivem hormonů, zážitků v raném dětství nebo z důvodů sociálních problémů, jak se mnoho zdravotníků domnívá. Může být v mnoha případech přímým důsledkem nešetrné organizace porodu, typické pro moderní porodnice, kde dominuje programovaný medicínsky vedený přístup k porodu nad vyčkávacím přístupem k rodičce a upřednostňování separace matky a dítěte.

Šetrné postupy u porodu, vyčkávání, zajištění raného kontaktu matky a dítěte po porodu, a to i po operativním porodu, jsou faktory, které vedou k předcházení traumatu (Mrowetz,2009).

Potřeba komunikace

Porod je tedy možno považovat za zásadní událost života každé ženy, jako prožitá zkušenost i jako čirá potencialita, vepsaná od narození do jejího těla. **Možnost porodit definuje ženu jako ženu. Dotýká se její nejhlubší intimity, tělesné i psychické.**

[28.2.<http://www.porodniplan.cz/index.php?act=dtl&more=1&id=26>]

O tak intimních věcech jako je porod se jen velmi těžko mluví – mnohem snazší je mluvit o porodu zvenku, technicky, jako to dělají lékaři, nebo v žertovné nadsázce, jako to dělají matky, když svým dětem líčí, jak přišly na svět. Přitom ženám se může stát, že při porodu zažijí něco, o čem prostě mluvit potřebují. Něco velmi krásného, ale i něco velmi ošklivého. Pokud se ženy o

své zážitky nepodělí, pokud s nimi zůstanou samy, nikdo se z toho, co zažily, nepoučí, a ony ze svého mlčení mohou onemocnět – na těle i na duši.

Jak a s kým je třeba o porodu mluvit?

- **s partnery a blízkými lidmi**, aby věděli, co se ženám přihodilo, dále pak
- **s ženami, které mají porod před sebou**, matky by měly mluvit se svými dcerami a říct jim, co se jim může při porodu přihodit, ale i
- **s lékaři a porodními asistentkami** a vysvětlovat jim, co ženy při porodu potřebují, co jim připadá zbytečné, co jim vadí a co se jim zdá nebezpečné.

Ženy však často naráží na to, že jim chybí jazyk, jakým o porodu mluvit, aby jim ostatní rozuměli, aby jejich vyprávění snesly a unesly. Mluví o svém těle, o jeho intimních partiích, které jindy ve slušné společnosti z hovoru obvykle vynechávají, a o svých pocitech, ve kterých se ještě ani dobře nevyznají. **K takovému hovoru je potřeba čas a ochota naslouchat a vytvořit potřebnou atmosféru důvěry a intimacy** (Kontra, 2010).

Kritérium úspěšného porodu

Jediným možno říci „objektivním“ **kritériem úspěšného porodu je obvykle zdravá matka, která si z porodnice odnáší zdravé dítě**. Kdo by s tím nesouhlasil? I ty nejoprávněnější stížnosti vypadají jako rozmar, když vedle nich postavíme prostou otázku přežití a zdraví. To vše ale platí jen tehdy, pokud zdraví redukuje na zdraví fyzické a všímáme si jen akutních komplikací a škod. Pokud pohled poněkud rozšíříme – podle Světové zdravotnické organizace (WHO) definujeme zdraví jako „**stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a nesestává se jen z absence nemoci nebo vady**“ [Wikipedie/ 7.3.2010] – dost možná uvidíme, že ona fyzicky zdravá matka si z porodnice odnáší nejen fyzicky zdravé dítě, ale i trauma z toho, jakým způsobem porod probíhal.

Podle Northrupové se v praxi setkáváme s přibývajícím počtem žen, pro které byl porod, ať už spontánní či operativní, natolik traumatickým zážitkem, že se jim nedaří vlastními silami vypořádat se s emočními důsledky (Northrupová, 2008).

6. CÍSAŘSKÝ ŘEZ

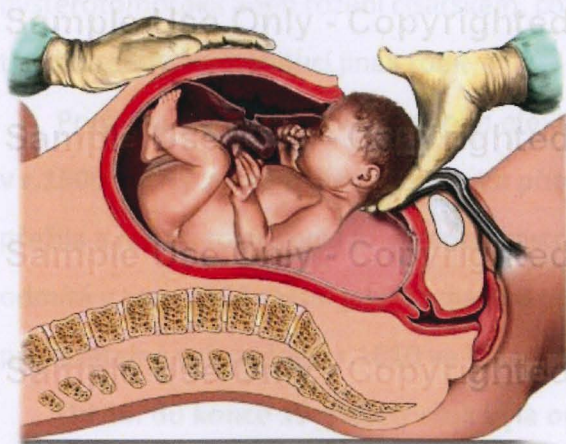
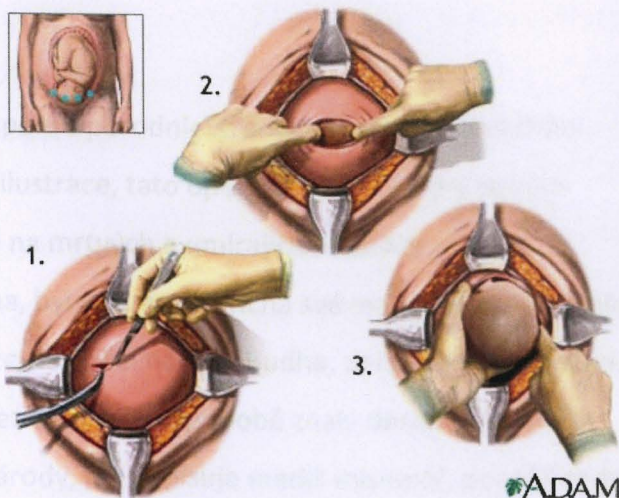
Možnost bezpečného provádění porodů císařským řezem patří k největším vymoženostem moderního lékařství, která zachraňuje zdraví a životy matek a dětí v situaci, kdy normální porod z nějakého důvodu není možný.

Technika císařského řezu

Jde o zákrok, při němž je dítě vybaveno z těla matky chirurgickým řezem v její břišní

a děložní stěně. Po přípravě operačního pole <http://health.allrefer.com/pictures-images/cesarean-section-1.html>

desinfekčním roztokem pronikají do břišní stěny lékaři příčně nebo podélně, děložní stěna je protínána příčně po sesunutí močového měchýře směrem dolů. Řez na děloze je nazýván hysterotomií a musí být dostatečně velký pro bezpečné vyjmutí plodu z dutiny děložní. Po vybavení plodu porodníci manuálně odloučí placentu, zkontrolují děložní dutinu i stěnu a rána na děloze je sešita vstřebatelnými stehy. Následuje uzavření břišní dutiny v anatomických vrstvách (14.3. <http://www.babyweb.cz/Clanky/a1368-Cisarsky-rez.aspx>).



Co se anestetických možností týká, **císařský řez je prováděn buď ve svodné (lokální) - epidurální anestezii** (anestetikum je injikováno do páteřního kanálu a zajistí znecitlivění dolní poloviny těla)

nebo v celkové narkóze. Místní znecitlivění či umrtvení má mnohé výhody, k nimž patří snížení nebezpečí spojených s celkovou narkózou a

především **možnost pro rodičku být přítomna při zrození svého dítěte a navázat s ním brzký kontakt.** Celková narkóza bývá nutná při potřebě velmi rychlého zásahu z důvodu zdravotních

potíží matky nebo bezprostředního ohrožení zdraví či života plodu.

[<http://health.allrefer.com/pictures-images/cesarean-section-1.html>- 11.3.2010]

6.1 HISTORIE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU

Jak uvádí (Doležal,2008), operace patří spolu s porodnickými operacemi destruktivními k nejstarším na světě. Jak ukazují miniaturní ilustrace, tato operace byla známá u starých národů již ve starověku, vzácně se prováděla na mrtvých a umírajících ženách.

Podle mytologie Askleipos, syn boha Apollona, byl vyříznut z břicha své matky nymfy Coronis.



Stejně přišel na svět Budha, perský hrdina Rustan.

Řez v primitivní podobě znaly domorodé africké

národy, jak popisuje medik misionář, později zednář

rosikrucian R.W.Felkin v r.1879 ze středoafriké

Ugandy. Dlouho se soudilo, že takovým způsobem se

narodil i Julius Caesar. Adjektivum caesarius pochází

z tohoto místa, caesones –

historická ilustrace porodu. pozdní středověk: císařský řez

<http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECT2/html/1.htm> 11.3.2010

vyříznutí značí totéž co caesares (secare – řezati), secco caesaria je tedy podle Doležala termín tautologický. S Caesarem nemá údajně název co dělat, Gaius Julius Caesar se narodil normálně.

Lékař F.Rousset vydal již roku 1581 v Paříži monografii, ve které píše rozpravu o

hysterotomotokii aneb rození císařském, což je vynětí dítěte postranním řezem břicha z dělohy těhotné ženy, nemohoucí jinak родit.

Prvý císařský řez na živé s dobrým efektem provedl na vlastní ženě zvěroklestitč J.Nufer v r.1500 ve švýcarském Sierhausen – za přítomnosti porodních bab a svých kolegů. Žena řez přežila a rok na to přivedla přirozenou cestou na svět dvojčata. Např. však chirurg A.Paré odmítá v roce 1564 sectio jako barbarské počínání.Císařský řez na živé v Německu se prokazatelně uskutečnil v r.1610 ve Wittenbergu.

Od 16. do konce 19. století však byla operace zatížena nepříjemnou mírou rizika a vysokou pravděpodobností smrti rodičky. Postupně vznikla absolutní indikace k císařskému řezu na živé. Řez se směl provést, jen když byla pánev tak zúžená, že nebylo možno do dělohy zavést ani ruku a provést zmenšující operaci.Úmrtnost se ovšem blížila 100%, operace se dělaly vesměs na ženách umírajících, vyčerpaných, namnoze poraněných, vykrvácených, které po

operaci umíraly n záněty pobřišnice.

Historie moderního císařského řezu se datuje od roku 1876, kdy italský porodník Porro uvedl novou operační techniku zahrnující odejmutí dělohy po vybavení plodu, která revolučně snížila riziko smrti ženy. Technika používaná doposud je spojena se jménem britského porodníka John Martin Munro-Kerra a rokem 1926(<http://www.babyweb.cz/Clanky/a1368-Cisarsky-rez.aspx>14.4.2010)

První císařský řez na živé v Čechách provedl chirurg J. Strub v Jablonném Podještědí u vlekoucího se porodu v roce 1786, dítě bylo mrtvé, vyčerpaná žena zemřela do druhého dne (Doležal,2008).

6.2 DRUHY CÍSAŘSKÝCH ŘEZŮ

Porody císařským řezem z hlediska indikace lze rozdělit do dvou základních skupin, a to na **primární a sekundární**.

• Primární císařský řez

- je prováděn z vážných a předem známých důvodů, jež spontánní porod znemožňují. Bývá tedy plánován dopředu a nedochází při něm k rozběhnutí porodních bolestí. Nejčastějším důvodem bývá např. **vcestné lůžko, komplikovaná poloha plodu, příliš úzká pánev či závažné onemocnění rodičky a nezřídka také vícečetné těhotenství nebo předchozí porod císařským řezem**. Dva naposledy zmíněné důvody spolu s polohou plodu koncem pánevním však v žádném případě naznamenají automatickou indikaci pro císařský řez, protože mnoha ženám se v podobné situaci daří přivést dítě na svět normálním způsobem.

• Sekundární (akutní, neplánovaný) císařský řez

- **nastává v případě akutního ohrožení dítěte nebo matky** a bývá o něm tedy rozhodnuto nečekaně až v průběhu již rozběhnutého spontánního porodu. Rodička prožívá kratší či delší dobu normálních kontrakcí. Důvodem sekundárního císařského řezu bývá **náhlé ohrožení dítěte nedostatkem kyslíku (hypoxie) či jeho ztrácející se srdeční ozvy (tzv. distress plodu), krvácení, utištění pupečníku, nitroděložní infekce, nepoměr mezi velikostí dítěte a pánve nebo vážné poruchy porodní činnosti (tzv. nepostupující porod - dystokie)**.

Stojí za zmínku, že jen menší množství operativních porodů bývá prováděno z absolutně zřejmých důvodů. **Jinými slovy - to, zda dítě přijde nebo nepřijde na svět přes protnutou břišní stěnu matky, nezřídka závisí čistě na individuálním posouzení konkrétního porodnického týmu nebo na momentálním úsudku zodpovědného porodníka.** V českém i mezinárodním kontextu panuje v gynekologicko-porodnické obci z hlediska indikace císařského řezu značná nejednotnost a sami porodníci přiznávají, že důvody pro operativní řešení jsou v mnoha případech přinejmenším sporné. **Zvláště v případě pomalejších a komplikovanějších porodů se občas zdá, že porodníci potřebují více odvahy a trpělivosti k tomu, aby ženám poskytli čas a umožnili jim přivést dítě na svět přirozeně,** a nevyřešili vše předčasně rychlou operací. Rozhodnutí o provedení císařského řezu může zapříčinit např. **i strach lékařů ze soudních sporů o zanedbání péče, snaha porodnického personálu urychlit "odbavení" porodu a někdy dokonce i pouhé přání ženy vyhnout se normálnímu porodnímu procesu.** Za zmínku stojí i to, že dle některých výzkumů rodí klientky soukromých zdravotnických zařízení císařským řezem častěji než rodičky ve státních nemocnicích.

- **Elektivní císařský řez**

- pokud je císařský řez proveden zdravé ženě na její přání, hovoříme o tzv. **elektivním císařském řezu.** Tento fenomén je v současné době hojně diskutován ve všech vyspělých zemích světa, včetně České republiky. Na výročním kongresu Švýcarské gynekologicko-porodnické společnosti v r. 1999 odborníci dokonce nevyloučili, že do budoucna mohou elektivní císařské řezy představovat druhý nejbezpečnější způsob porodu vůbec, a to hned po spontánních přirozených porodech. Vykazují totiž dle názoru odborníků menší rizikovitost, než porody nečekaně patologické, při nichž je zapotřebí užívat invazivních lékařských zásahů pro vybavení plodu (manuální vytlačování plodu, klešťové porody, vakuumextrakce apod.).

V České republice možnost císařských řezů na přání prozatím oficiálně neexistuje, přesto je ale dle zkušeností některých rodiček dostupná. I mnozí porodníci neveřejně připouštějí, že pokud rodička o tento způsob porodu cíleně usiluje, zpravidla dříve či později najde porodnici, kde jí bude vyhověno, byť za okolností "tiché soukromé dohody".

Zatímco tedy naše legislativa tuto možnost neumožňuje a lékař/lékařka musí vždy doložit indikaci (tj. mít k této volbě zdravotní důvod), v mnoha vyspělých zemích je možné si vybrat. Odborné společnosti se k tomu ovšem nestaví nijak pozitivně: FIGO (Mezinárodní federace

vydala přímo k císařským řezům na přání prohlášení o tom, že v současnosti neexistuje přímá evidence benefitu tohoto způsobu porodu, a proto provádění císařského řezu na přání není eticky zdůvodnitelné. Ani Česká gynekologicko porodnická společnost císařský řez na přání nepodporuje, nicméně je veřejným tajemstvím, že bývá často realizován pod heslem „indikaci si vždycky nějakou vymyslíme“. Ženy, které toto přání svému gynekologovi/gynekoložce svěří, bývají většinou vyslyšeny. Podle svědectví mnoha žen je v Česku spíše problémem uhájit si normální porod, kterému dávají ve specifických případech mnozí lékaři přednost, ať už jde například o porod dítěte v poloze koncem pánevním nebo porod po předchozím císařském řezu.

Odpověď na otázku, proč některé zcela zdravé ženy upřednostňují velkou břišní operaci s dlouhodobou následnou rekonvalescencí před spontánním fyziologickým procesem vyplývá do značné míry ze společenského kontextu, do něhož je dnes rození dětí zasazeno. **Zatímco přirozený porod je všeobecně vnímán spíše jako předem neodhadnutelný a rizikový proces, s jehož výzvami se některé ženy nedokáží předem vyrovnat, císařský řez má svůj přesně napsaný scénář. Těhotné tak upřednostní naplánovatelnou jistotu před rozrušující nejistotou.** Dříve než se ale ženy rozhodnou, měly by si opatřit všestranné informace, aby věděly, jaká pro a proti jednotlivá rozhodnutí obnášejí.

Odhaduje se, že až polovina císařských řezů je na přání rodičky. Ačkoliv většina porodníků popře, že je ovlivnitelných, praxe je taková, že přibývá žen ochotných udělat cokoli, aby se vyhnuly spontánnímu porodu. Vychází to ze strachu, že nezvládnou bolest, že ublíží svou neschopností dítěti. Některé z nich se obávají ztráty elasticity pochvy a horší kvality sexu po porodu, nutnosti šestitýdenní sexuální abstinence, apod. Většina z nich není schopna dohlédnout zvýšenou rizikovost, ba naopak z nějakého důvodu považují císařský řez za bezpečnější. Takto se rozhodují **většinou cílevědomé ženy, s vyšší životní úrovní zvyklé na komfort, které se takto snaží obejít utrpení spojené s porodem.** Tyto ženy nemívají po operativním porodu psychické obtíže. [20.2.2010-http://www.evalabusova.cz/cesty/l_10.php]

6.3 INDIKACE K CÍSAŘSKÉMU ŘEZU

Historické indikace se vyvíjely od operace na umírající a zemřelé, dále stavů, které znamenaly pro rodičku jistou smrt (těžké deformity pánve, nedovolující porod plodu) k indikacím moderním, které snižovaly rizika pro matku a později i novorozence

[14.3.- <http://www.babyweb.cz/Clanky/a1368-Cisarsky-rez.aspx>].

6.3. Současné indikace k císařskému řezu

Roztočil uvádí následující přehled indikací k císařskému řezu, který byl přednesen na XIV. konferenci Sekce perinatální medicíny ČGPS v dubnu 1999 v Malenovicích a je předkládán po zakomponování připomínek, které vyplynuly z diskuse. V současné době dělíme indikace systematicky na mateřské, fetální a sdružené.

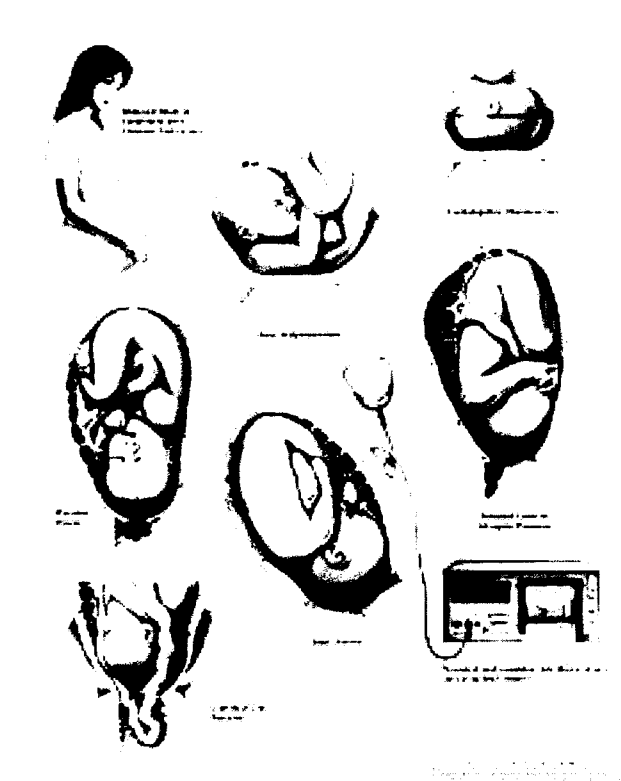
1. Nepoměr mezi rozměry plodu a porodními cestami

- Jde o historicky nejstarší indikaci. V současnosti se jejich frekvence zmenšuje.

Patologie pánve. Tato onemocnění typická pro průmyslovou revoluci 19. století jsou stále relativně častá v chudých rozvojových zemích.

- **Pelvis iuxta minor** je pánev, která se vyskytuje u žen malého vzrůstu. Za takovou ženu se považuje výška 155 cm a méně.
- **Velký plod** je také stav vedoucí k nepoměru. Velký plod je definován hmotnostním odhadem > 4000 g.
- **Porod malformovaného plodu** představuje zvláštní problematiku, zejména v těch případech, kdy jeho somatická konfigurace neumožňuje porod přirozeným způsobem.

CONDITIONS FOR CESAREAN SECTION



<http://www.babyweb.cz>

2. Nepravidelné polohy a držení plodu

- **Příčná poloha** je klasickým případem indikace k císařskému řezu.
- **Šikmá poloha** již není zcela jednoznačnou indikací k provedení císařského řezu.
- **Vedení porodu plodu naléhajícího pánevním koncem** patří mezi velmi diskutovaná perinatální témata.

- **Deflexní polohy** - jejich řešení záleží jak na obvodu hlavičky procházející porodními cestami, tak na možném kosmetickém efektu při obličejové poloze.
- **Vysoký přímý stav** bývá v současnosti diagnostikován převážně až ex post po provedeném císařském řezu.
- **Prolaps pupečníku.** Při prolapsu pupečníku v počátečních fázích porodu je plně indikován císařský řez.

3. Choroby matky

- **Hypertenzní choroby** — chronická hypertenze většinou nebývá indikací k ukončení těhotenství císařským řezem.
- **Kardiovaskulární onemocnění**, která jsou indikací k provedení primárního císařského řezu vytvářejí pestrou škálu kardiologických, chirurgických, neurologických a dalších onemocnění.
- **Plicní onemocnění**, která jsou indikací k provedení císařského řezu, jsou ta, která výrazně snižují plicní ventilační funkce.
- **Mezi endokrinními onemocněními** dominuje diabetes mellitus.
- **Oční indikace** k císařskému řezu jsou často posuzovány velmi benevolentně.
- **Z chirurgických onemocnění** jsou to polytraumata ve III. trimestru, kdy ukončení těhotenství je současně léčebným postupem.
- **Také febris intra partum** infekční nebo jiné etiologie s alterací vnitřního prostředí a vyčerpáním rodičky je indikací k ukončení těhotenství per sectionem.
- Vzhledem k vyšší pravděpodobnosti přenosu infekce **HIV/AIDS** z matky na plod při vaginálním vedení porodu, ukončuje se těhotenství těchto pacientek primárním císařským řezem.

4. Nepostupující porod

- V našich podmínkách je nepostupující porod **velmi oblíbená diagnóza** zdůvodňující rozhodnutí porodníka k ukončení porodu císařským řezem. Porodník by měl však stanovit příčinu, proč porod nepostupuje. Patří mezi ně:
 - **Slabá děložní činnost** nereagující na uterokinetické preparáty.
 - **Děložní inerce (netečnost)** může být primární nebo sekundární.

5. Stavy ohrožující život a zdraví plodu

S rozvojem perinatální medicíny po II. světové válce jsme svědky výrazného přesunu indikací k císařskému řezu z mateřských na fetální. Dobrý stav porozeného novorozence se stal metou perinatologů a tomu také odpovídá graduální nárůst frekvence prováděných císařských řezů z indikace možného ohrožení plodu.

- **Chronická hypoxie plodu** je stav často spojený s nitroděložní růstovou retardací (IUGR).
- **Akutní hypoxie plodu** vytváří ve velkých souborech **téměř třetinu indikací veškerých císařských řezů.**
- **Sérologický konflikt**, zejména v Rh systému, se stává vzhledem k účinné prevenci Rh negativních žen anti-D-gamaglobulinem a nízké paritě českých žen raritní záležitostí.
- **Prepartální infekce** - při průkazu chorioamnionitis je indikováno ukončení těhotenství podle porodnických podmínek většinou per sectionem.
- **Předčasný porod** a jeho ukončení císařským řezem je velmi diskutovaným tématem. Sám předčasný porod per se není indikací k císařskému řezu .
- **Prodloužené těhotenství** samo o sobě není indikací k císařskému řezu. Ten je plně zdůvodnitelný při známkách intrauterinního ohrožení plodu, kdy pokusy o preindukci a indukci porodu mohou vést k poškození plodu.
- **Vícečetné těhotenství** a to jak v průběhu gestace, tak za porodu je považováno za vysoce rizikové. Těhotenství dvojčat by se mělo plánovaně ukončit v 38. týdnu těhotenství, trojčat pak v 36. týdnu.

6. Indikace se zřetelem na anamnézu

- **Jizva na děloze** je velmi diskutovanou indikací. **Ve Spojených státech je stav po předchozí graviditě ukončené per sectionem nejčastější indikací k provedení císařského řezu.**
- **Dlouhodobě léčená sterilita** sice není jako taková indikací k ukončení těhotenství císařským řezem nicméně bývá často u těchto pacientek součástí sdružené indikace.
- Poslední indikací je **sectio caesarea in moribunda et mortua**, kterou historická cesta císařského řezu započala. I s těmito případy se v současnosti setkáváme pouze kazuisticky. Lze je rozdělit na ty případy, kdy matka umírá náhle z pevného zdraví, jak je tomu při traumatech a na ty, kdy těhotná umírá po dlouhotrvající vyčerpávající nemoci, nejčastěji při onkologických onemocněních.
- **Žádosti o ukončení těhotenství císařským řezem** bez jakékoli lékařské indikace tvoří zvláštní skupinu těhotných a jejich rodin. Pokud jim není vyhověno, žádají od lékaře

stoprocentní záruky nekomplikovaného vaginálního porodu. Většina těchto případů nakonec končí tím, že buď oslovené pracoviště nebo po odmítnutí jiné pracoviště „stanoví indikaci“ a císařský řez provede (Roztočil, 2001).

6.4 CÍSAŘSKÝ ŘEZ V ROZVOJOVÝCH ZEMÍCH

V rozvojových zemích jsou některé velké nemocnice tak přeplněné ženami s nízkým rizikem při porodu, že osobní podpora a soukromí jsou nemyslitelné. Domácí porody jsou v rozvojových zemích často vedeny neškolenými nebo nedostatečně školenými poskytovateli péče. V těchto podmínkách je podpora ženy při porodu mizivá nebo žádná, významný počet žen dokonce rodí bez jakékoli pomoci.

Zatímco v některých zemích, včetně České republiky, podle Šimetky analyzujeme trendy nárůstu frekvence císařských řezů a varujeme před dramatickým nárůstem, na světě jsou miliony žen, které k sekci přístup nemají.

V našich podmínkách, jak Šimetka dále uvádí, se císařský řez stal velmi bezpečnou operací prováděnou za každé situace zkušeným specialistou, v bezpečném prostředí operačního sálu, s možností kvalitní poporodní péče.

Při popisu císařského řezu v prováděného v rozvojových zemích je nutno popsat i specifické podmínky, ve kterých se operace provádí. Vzhledem k dramaticky odlišným podmínkám se **mění i filozofie porodnictví.**

- Většina péče se **odehrává v malých nemocnicích na venkově**, s jednoduchým vybavením, s nespolehlivou dodávkou elektřiny a vody, rukavic, stříkaček, jehel, léků a omezenou možností podat transfúze krve. Ošetřovatelská péče bývá často zajišťována pomocí rodinných příslušníků. **Po odborné stránce bývá lékař sám, je většinou jediným specialistou široké spádové oblasti.**
- **Těhotné ženy trpí v mnohem větší míře nejrůznějšími nemocemi.** Např. malárií v průběhu těhotenství onemocní v tropických zemích až 25% žen. Časté jsou příbuzenské sňatky a s tím souvisí až dvojnásobně vyšší výskyt vrozených vývojových vad. Pacientky jsou namnoze negramotné.
- **Mnoho porodů probíhá doma**, do nemocnice pacientky přichází často velice pozdě, a až poté, co selhaly všechny ostatní metody - tradiční medicína a šamanství, a poté, co se rodině podařilo sehnat peníze na dopravu.

- **Gestační stáří je často nejisté**, dotaz na datum poslední menstruace zůstává ze strany ženy většinou nepochopen. To se stává velkým problémem v situaci, kdy např. z důvodu komplikací těhotenství se rozhoduje o indukci plodu.
- **Rodičky jsou ale na druhé straně většinou prosty tzv. „civilizačních chorob“** komplikujících těhotenství. Bývají fyzicky zdatnější a „více vydrží“. Rodičky a jejich rodiny chápou a z vlastní zkušenosti ví, že komplikace k těhotenství patří, bývá s nimi snazší domluva.
- Odlišný je však postoj a rodinných příslušníků k operacím. **Každá indikace k císařskému řezu představuje důvod k sáhodlouhým diskusím a vášním** ze strany příbuzných, k operaci nestačil jen souhlas rodičky, ale bylo zapotřebí podpisů či otisků prstů několika osob prstů především mužů.
- V některých komunitách je **na císařský řez nahlíženo jako na selhání ženy** porodit dítě „normálně“ (vaginálně), na ženu může být po návratu do rodné vsi nahlíženo s despektem.

Na komplikace těhotenství, potratů a porodů **umírá celosvětově téměř 600 000 žen ročně, jen méně než 1% z tohoto počtu v rozvinutých zemích**, což zcela jasně demonstruje možnost prevence mateřského úmrtí (WHO). Nejčastějšími příčinami mateřského úmrtí je krvácení (25 %), infekce (15 %), komplikace porodu (13%)(Safe-motherhood Inter-Agency Group (UNICEF, UNFPA, WHO, World Bank), 1998.

Indikace císařského řezu. Tak, jak jsou jiné podmínky, ve kterých lékaři pracují, tak jsou odlišné i indikace a často i technika a dokonce i cíle porodníků. **Primárním cílem je udržet při životě matku**, dokončit porod tak, aby měla vysokou šanci přežít další těhotenství, pokud k němu dojde, **sekundárním cílem potom porodit zdravé dítě.** Jakkoliv toto pravidlo může znít tvrdě, je ve značné části světa pravdivé. Podstatná část císařských řezů se tedy provádí z mateřské indikace a akutně (Šimětka, 2008).

6.5 EPIDEMIOLOGIE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU

Podle Velebila (2006) je otázka císařského řezu jako jednoho ze způsobů ukončení gravidity jednou z nejčastěji diskutovaných v moderním porodnictví.

Roztočil (2001) uvádí, že v poválečném období došlo k revolučním změnám jak ve frekvenci, tak ve způsobu provedení a v indikačním spektru císařského řezu. Z operace

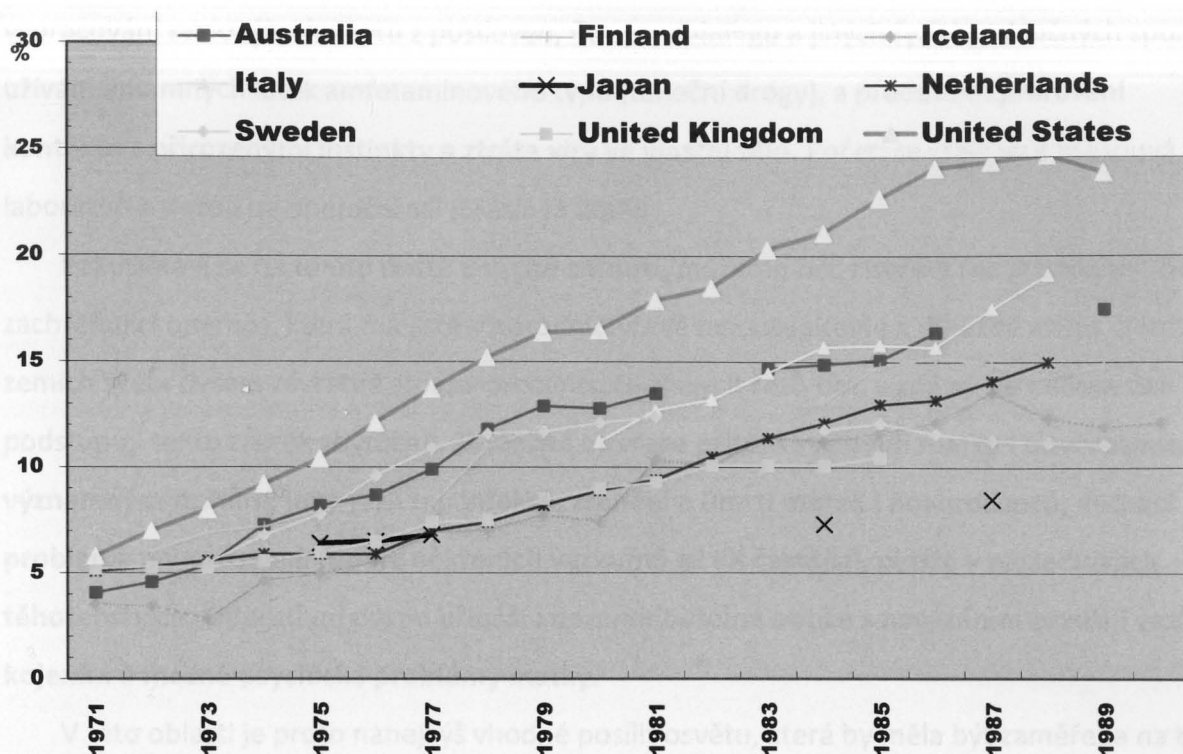
výjimečně prováděné téměř vždy za účelem zachování života matky se stala **nejčastěji prováděná porodnická operace**. Tomuto nárůstu frekvence odpovídá i rozšiřování indikací k provedení císařského řezu. Přes velké množství publikací týkajících se indikačního spektra neexistuje jasný konsenzus. Výrazné rozdíly nejsou jen mezi státy s vyspělým zdravotnictvím a rozvojovými zeměmi, ale i mezi jednotlivými rozvinutými státy. I uvnitř zdravotního systému určitého státu existují výrazné rozdíly mezi zdravotnickými zařízeními, které nejsou způsobeny pouze místem porodnického oddělení v hierarchii pracovišť (oddělení odesílající závažné patologie versus koncentrující centra). Rozdíly v postoji k indikacím k císařskému řezu jsou patrné i mezi jednotlivými lékaři stejného pracoviště.

Je všeobecně známo, že frekvence císařského řezu se celkově zvyšuje a trend tohoto zvýšení je stále strmější.

V České republice není výsledné číslo ve srovnání s dalšími zeměmi tak vysoké, ale stoupá rovněž: **zatímco v roce 1998 byl jejich počet 12,5%, v roce 2006 už 18,7%** (představující pro orientaci podle dat sekce perinatální medicíny CPGS 19.764 porodů) **a v roce 2007 přesáhl hranici 20%(20,3%) z celkového počtu porodů, zatímco ještě v roce 1990 to bylo jen 7,7%.**

V dalších zemích Evropy, jak uvádí Sovová (2009) většinou velmi záleží na tom, kde se porod odehrává: veřejné porodnice vykazují nižší počet než soukromé kliniky. Například **v Rakousku** činil průměrný počet císařských řezů **v roce 2006 25%, ovšem některé porodnice ve Vídni vykazují až 50%, Řecko veřejné porodnice 41%, soukromé kliniky 53%, Německo průměrně 27%, Itálie 37%**. V Nizozemí, v zemi s unikátním systémem péče porodních asistentek, činil přitom podíl císařských řezů v roce 2006 jen 14%. Za oceánem je situace obdobná, místy i dramatičtější, namátkou: **USA 31%, Brazílie 44% (mnohé soukromé kliniky ovšem až 90%), Mexiko 50%.**

Cesarean section rate: OECD Countries Perspective 1971 – 1990



Zdroj: Organization for Economic Co-operation and Development. (OECD) Health Systems. Facts and Trends, 1960-1991.

WHO (Světová zdravotnická organizace) však považuje za maximální přípustnou hranici 15% z celkového počtu porodů. I u nás jsou mezi jednotlivými porodnickými centry jsou i u nás značné rozdíly (19,2 - 28,7%), které můžeme pouze částečně vysvětlit rozdílnou úrovní koncentrace rizika. Je tedy vysoce pravděpodobné, že se zde uplatňují v rozhodování vlivy jiné, které neumíme přesně postihnout.

K nárůstu porodů císařským řezem podle Roztočila (1998) může přispívat nemalou měrou i skutečnost, že **provedení nebo neprovedení císařského řezu hraje často velmi významnou roli v oblasti soudně znaleckých posudků z oblasti porodnictví.** Vždyť dalším mýtem velké části naší populace je císařský řez jako neřešící, zázračný výkon, jehož provedení odstraní těhotenskou a porodní patologii a povede ke kýženému výsledku: "zdravý novorozenec a zdravá spokojená matka."

Civilizační posun způsobil, že fyziologická reprodukce je pro člověka stále problematictější. Dnešní žena pokoušející se o dítě mívá hned několik handicapů. Rizikovým faktorem mohou být vyšší věk, promiskuita a s ní spojené recidivující infekce, endometriosy i některé způsoby života - obezita, sedavé zaměstnání, pasivní prožívání, nověji extrémní štíhlost až anorexie, přehnané

vypracování svalového korzetu z posiloven, fitness, spinningu a jiných fyzicky náročných sportů, užívání omamných látek amfetaminového typu (taneční drogy), a především **přerušeni kontaktu s přirozenými instinkty a ztráta víry ve vlastní tělo**. Početí se stále více přesouvá do laboratoří a porod na operační sál (Máslová, 2009).

Pokusíme-li se na tomto místě o určité **shrnutí**, můžeme říci, císařský řez je unikátní, život zachraňující operace, která má jistě v porodnictví své nezastupitelné a důležité místo. V mnoha zemích světa ovšem závratně stoupá procento císařských řezů tím, a zdá se, že miliony žen podstupují tento zákrok zbytečně. **Zbytečné operace přitom vystavují matky i novorozence významným rizikům, jako jsou mj. infekce, zranění a úmrtí matek i novorozenců, dýchací problémy novorozenců (podle některých výzkumů až 6X častější), potíže v následujících těhotenstvích. Operativní porod přináší i nezanedbatelné obtíže s navázáním prvotní vazby a kojením a možné psychické problémy matky.**

V této oblasti je proto nanejvýš vhodné posílit osvětu, která by měla být zaměřena na to, aby matky rozuměly rizikům císařských řezů, aby nevolily císařský řez na přání, aby byly omezeny intervence, které často nejen zvyšují riziko císařského řezu, ale i jinak narušují porod. Pro zdravotníky je pak velmi potřebné zdokonalovat se v poskytování péče při normálním porodu, nikoliv jen v provádění této břišní operace.

6.6 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY CÍSAŘSKÉHO ŘEZU

Psychologické rizikové faktory pro císařský řez

U akutního císařského řezu nebyly podle Čepického a Líbalové (2008) zjištěny žádné psychologické faktory na straně ženy. Z každodenního života nicméně můžeme vytipovat skupiny žen s rizikovými faktory spíše sociální než psychologické povahy, např. lékařky nebo V.I.P. pacientky. Porod těchto skupin žen končí „akutním“ (fakticky spíše subakutním) císařským řezem častěji než u jiných rodiček. Porodník se rozhoduje pod tlakem okolí a vědomí důsledků případného porodního neúspěchu.

Jak ale uvádí Máslová, většina zkušených porodníků prý dokonce přiznává, že je dopředu schopna rozpoznat tzv. nerodící ženu podle obličeje (facies caesarea) a podle projevu v chování.

Jde o dva typy žen:

A. Prvním z nich jsou **pasivní ženy často s nadváhou, přecitlivělé na bolestivé podněty.**

B. Druhým typem jsou **ženy s direktivním přístupem, s vysokou sebekontrolou, perfekcionismem a odtažitou** manipulativní komunikací.

Dalším problémem může pro stále větší množství žen být, že je při porodu nutné vzdát se všech naučených společenských rolí, přetvářek a sebeobranných postojů, uvolnit se a poddat se svým instinktům. To dnešní ženě, která je celoživotně nucena často dělat pravý opak, může činit dosti značné obtíže. K uvolnění a zbavení se strachu a zábran nepřispívá bohužel atmosféra klasického porodního sálu a mnohdy ani chování personálu (Máslová, 2009).

Na druhé straně navzdory narůstajícímu množství císařských řezů zůstává spontánní vaginální porod testem fungující ženské síly a zdraví. Ženy, které tímto testem neprojdou a posléze nedojdou patřičného vnějšího uznání nezřídka trpí vnitřními pochybnostmi různé intenzity. Většina matek po neplánovaném císařském řezu potřebuje pro zpracování nevídané zkušenosti odpovídající postoj svého okolí a často i odbornou pomoc. Jde ovšem o skrytý problém, kterému prozatím chybí širší veřejná publicita i podpora odborníků.

Prožívání císařského řezu

Je-li během porodu rozhodnuto o provedení akutního císařského řezu, následuje na straně rodičky obvykle bezprostřední **pocit úlevy**, rychle však následovaný pocitem **strachu z operace, strachu o sebe nebo o dítě**. Běžné jsou **pocity hněvu** na zdravotnický personál, který tento vývoj porodu zavinil. Asi čtvrtina žen obviňuje z porodního neúspěchu sama sebe. Tyto ženy mají **pocit osobního selhání, pocitů viny za nesplněné sociální očekávání**. Ex post je porod zakončený akutním císařským řezem vnímán jako dlouhý, pomalý, špatný, krutý, nemilosrdný, smutný (Dudová, 2001).

Na psychologickou přípravu k akutní operaci potřebuje žena alespoň 2 hodiny, což při skutečně akutním císařském řezu nelze poskytnout. U plánovaného císařského řezu je předoperační úzkost srovnatelná s jinými operacemi. Pozitivní vliv na snížení úzkosti má podpora partnera a především kvalitní informovanost od lékařského personálu. Méně negativních pocitů bývá v případech, kdy je porod veden v epidurální anestezii a také tam, kde je u porodu přítomen partner. Pozitivní vliv má i to, že je žena zahrnuta do rozhodování o operaci.

V každém případě platí, že císařský řez je operační výkon s nezanedbatelným rizikem během operace i po ní a přináší matce i dítěti celou řadu následných zdravotních komplikací, jež se po přirozeném porodu nevyskytují. Rodiče přináší císařský řez především **značnou a**

déletrvající pooperační bolest, tělesné vyčerpání spojené s vedlejšími účinky umrtvení nebo narkózy a dlouhou následnou rekonvalescenci.

Tím vším bývá narušeno jak navázání kontaktu s miminkem a běžná péče o ně, tak i zahájení kojení. K nejčastějším poporodním komplikacím patří horečka, vznik hematomů (krevních výronů), záněty a hnisání v místě operační rány, v děloze nebo v močovém ústrojí, přechodné ochromení funkce střev, krevní ztráta spojená s nutností transfuzí nebo i kosmetický defekt v místě rány. **Jizva na děloze způsobuje handicap do další gravidity**, a tak některé ženy pociťují **obavy z dalšího otěhotnění.**

Podle výkumu provedeného společností Aperioo také **novorozenci** nebývají po sekci v nejlepším zdravotním stavu a **častěji končí na jednotce intenzivní péče**, kde jim zdravotníci pomáhají s adaptací na vnější prostředí. **Mívají zejména dýchací obtíže**, kterým se možná mohli vyhnout, kdyby bývali při porodu prošli standardními porodními cestami. Během kontrakcí jsou totiž zbytky plodové vody z dýchacího traktu dítěte samovolně vypuzovány.

Psychologické aspekty poporodního průběhu

Výsledky výzkumu Dudové (2001) prokázaly **větší psychosociální problémy a horší prožívání porodu** ve skupině, která porodila císařským řezem, především pak po urgentní operaci. Po porodu císařským řezem je též v literatuře zmiňován výskyt různých psychosomatických problémů, kterou mohou přetrvávat až rok. Byl popsán vysoký výskyt poruch spánku. Ze somato-psychického pohledu pooperační bolest ovlivňuje negativně kojení a péči o dítě a pravděpodobně i vývoj vazby matka – dítě. **Z psychologického hlediska mohou přetrvávat pocity viny, ženy se vnímají jako pomalé a málo výkonné. Je zvýšeno riziko závažnějších stupňů poporodního blues.**

Posttraumatická stresová porucha po císařském řezu

Závažný, podceňovaný a poddiagnostikový stav, který je reakcí na nadhraniční stres. Může být akutní (do 3 měsíců) nebo probíhat chronicky měsíce i roky, může se projevit i po několikaměsíčním latentním intervalu. Typické je opakované prožívání traumatické události, výskyt „nočních můr“, sociální stažení až do izolace, emoční oploštění (při vnitřně prožívané úzkosti), netečnost k okolí i k vlastním potřebám.

Literatura upozorňuje, že akutní císařský řez může být spouštěčem posttraumatické stresové poruchy. Rizikovými faktory jsou strach z porodu, špatná sociální situace, operace

prováděná pro akutní hypoxii plodu. I v případech, kdy porod dobře dopadne a dítě je zdravé, nezřídka dominují ve vzpomínkách na porod žen s touto zkušeností negativní pocity (strach, hněv, pocity viny).

Pozdní psychologické následky císařského řezu

Obecně jsou ženy, které porodily císařským řezem, víc orientovány na sebe, mají víc o své schopnosti o dítě pečovat, mají negativnější vzpomínky na porod a negativněji vnímají sebe i dítě. Ještě po letech přetrvávají špatné vzpomínky na porod, především u žen, které měly pocit špatné komunikace se zdravotnickým personálem a u žen s pooperačními komplikacemi. Psychosomatické symptomy přetrvávají až rok. Výskyt poporodní deprese však zvýšen není.

Další důsledky císařského řezu

- Ženy, které porodily císařským řezem **méně kojí**.
- Uvádí se **menší nespokojenost se sexem po porodu císařským řezem** než po vaginálním porodu.
- U žen po císařském řezu je **menší pravděpodobnost, že otěhotní**.

Vývoj vazby matka – dítě

Ženy po císařském řezu nemají tak snadnou výchozí pozici jako ženy po vaginálním porodu. Ženy po porodu akutním císařským řezem v celkové anestezii mají na porod amnézii a obecně dochází po porodu císařským řezem k pozdějšímu prvnímu kontaktu s novorozencem. Po porodu pak matky děti méně chovají (což může souviset i s fyzickým dyskomfortem) a méně kojí.

Proto by si měla matka, je-li to alespoň trochu možné a byl-li porod veden v epidurální anestezii, na dítě během prvních pěti minut alespoň sáhnout. Po vyjmutí z těla matky je dítě nejprve odneseno na rychlé vyšetření a zahřátí. Pokud je v pořádku, vše ostatní by mělo počkat. Matce, by mělo být její dítě přineseno co nejdříve zpět a sestra by je měla přiložit na hrudník. To vše se může dít, zatímco porodníci pokračují ve své chirurgické práci. Otec, doprovázel-li ženu při porodu, může sedět u maminky a hladit miminko. Může se o ně starat po matčině boku do té doby, než bude odvezena na pokoj a začne kojit.

Pak by se mohly snad lépe eliminovat některé následky. Za měsíc po porodu byl zaznamenán **méně častý oční kontakt matky a dítěte**. Za rok po porodu mají matky po porodu císařským řezem, bohužel, více pochyb o své schopnosti postarat se o dítě, méně se věnují

aktivitám péče o dítě a psychologické testy ukázaly méně těsný vztah matka-dítě (Čepický, 2006).

Na důležitost rané interakce s oběma rodiči a existenci tzv. mateřské senzitivní periody, upozorňuje v mnoha svých pracích i Šulová

[text.nadacesirius.cz/static/usefiles/- File/Sulova_%20CV.doc 20.1.2010]

Vliv císařského řezu na rodičky

Výše uvedené poznatky potvrzuje a dále ve své práci potvrzuje Dudová (2001). Upozorňuje, že císařský řez přináší určitá somatická i psychologická rizika pro matku, jako jsou např. **poporodní psychické poruchy a narušení kontaktu matky s dítětem**. Za preventivní faktory pokládá přípravu těhotné na císařský řez, pokud je zdravotnická indikace stanovena před porodem, a **zajištění následné emoční podpory**.

Poporodní trauma - „jizva na těle i duši“

Podle Výzkumu prováděného společností Aperio platí, že čím více se žena těšila a připravovala na přirozený porod, tím větší bývá její **zklamání**, když nakonec projde zkušeností císařského řezu. Dostavují se **pocity sníženého sebevědomí i výčitky**, že matka a dítě zůstaly ochuzeny o jedinečnou zkušenost normálního porodu. Pokud k císařskému řezu dojde hned při prvním porodu, stává se, že **ženy vstupují do rodičovství skrze obtížnou vnitřní psychologickou krizi, která vychází z pocitu nedostatečnosti a neschopnosti přivést dítě na svět vlastní silou**. Pooperační situaci žen po císařském řezu někdy paradoxně komplikuje i přístup příbuzných a pečujícího personálu, kteří sekci vnímají jako sice nepříjemnou, nicméně běžnou věc, již nestojí za to následně rozebírat. **Všichni jsou rádi, že dítě je v pořádku na světě, a na pocity matek se příliš neohlížejí**. Pokud však ženám není umožněno, aby se se situací vnitřně vyrovnaly, přestože mají takovou potřebu, může u nich **dojít k syndromu zapouzdřené bolesti, která může narušit vztah k sobě samé, k dítěti i k manželovi a posléze vést až k depresím**.

Pocity žen po porodu

Mnohé ženy nedokážou s nikým o svých pocitech z porodu mluvit, stydí se a snaží se je ukryt. Přitom ženy podle dotazníkových průzkumů často pociťují **vztek, smutek nebo lítost**. Obecně naše společnost orientovaná na úspěch vnímá projevy emoční bolesti jako prohru. Kulturní chování zakazuje odkrývat silně negativní emoce, učí nás takové emoce vědomě nebo

farmakologicky potlačit, stejně jako se odstraňuje bolest analgetiky.

Srovnávání zážitků s ostatními ženami je tak plné desinformací. **Velká skupina žen by nikdy nepříznala selhání při porodu**, a přidají-li se skutečná vyprávění o krásném snadném porodu, vzniká velký prostor pro pocity méněcennosti - selhala jsem, jsem vadná. Není divu, že taková žena se cítí izolovaná, smutná a nechápe, jak se jí to celé mohlo stát. Někdy se neventilované a neodžité trauma projeví na úrovni těla (somatizací), např. jako poporodní vysoký krevní tlak.

Nelze reformovat systém porodnictví tak, že někdo určí, jak je správné rodit. Rozhodnutí musí zůstat individuální a hlavním kritériem musí být bezpečnost pro matku a dítě. Ale něco zlepšit lze - psychologický support před porodem, ohleduplnost a úctu během porodu, specializovanou psychoterapii po porodu, kterou dnes již lze nabídnout (Máslová, 2009).

Hněv

Jak uvádí dále Máslová (2009), porod někdy až nemilosrdně odhaluje podstatu vztahu ženy s partnerem a dalšími lidmi. Dokáže odkrýt hluboko zasutá traumata, zneužívání, komplexy méněcennosti, domácí násilí, pocity bezmoci.

Jedna z rodiček říká: **"Porodila jsem spolu s dítětem i cosi dalšího - strašný neutišitelný vztek. Vztek na porodníka, který přede mnou řekl, ta neporodí, vůbec se neotvírá, useknem to. Na mého manžela, jehož spermie mě nedokázaly normálně oplodnit, a tak jsem se musela rok trápit s IVF. Na mého otce, který mi nikdy neřekl, jsi pěkná, ale jenom máš pěkné vysvědčení. Na mou matku, která mě nekojila a odložila do jeslí, při návštěvě v porodnici mi jen řekla - Buď ráda, že tě uspali."**

Smutek

Někdy ženy naopak prožívají veliký **smutek** - tolik se na porod připravovaly, těšily se na veliký zážitek... a místo toho přišla operace - císařský řez. Následující období přineslo sice radost ze zdravého dítěte, ale taky mohlo přinést zklamání, pocit selhání, nedostatečnosti a prázdnoty. **"Co smutníš (co se lituješ),"** říkají lidé okolo, **"hlavně že jste oba zdraví, ne?"** S tím se maminka po operačním porodu často setkává (Frydrychová, 2010).

Neočekávaná zkušenost

Podle Labusové (2009) je rozdíl, pokud žena dopředu ví, že její dítě přijde na svět operativně z nějakých objektivních zdravotních důvodů nebo pokud se pro císařský řez rozhodla zcela dobrovolně, a nebo když k operaci dojde neplánovaně. **Nečekaný porod císařským řezem**

představuje pro ženu nejen fyzicky bolestnou zkušenost, ale především též psychickou krizi, s níž se každá rodička vyrovnává individuálně a v různém časovém horizontu. Zklamání bývá tím větší, čím více si žena přála porod bez lékařských intervencí.

Výzkum provedený na Kalifornské univerzitě prokázal, že pokud ženy vnímají porod císařským řezem jako traumatickou zkušenost, pak k jejímu překonání potřebují projít obdobnými fázemi jako při tzv. procesu truchlení následujícím např. po ztrátě někoho blízkého. Tento proces -probíhá podle tohoto výzkumu - v několika fázích:

První hodiny po operaci

Žena se vzpamatovává z operace, je dosud pod vlivem medikamentů a vyčerpaná bolestí. Cítí úlevu, že ona i dítě jsou v pořádku a hlubší souvislosti prozatím nevnímá. Psychologové hovoří o "mentální pauze".

První dny po operaci

S nabýváním sil a postupným zotavováním se z neobvyklého pooperačního stavu ženě pozvolna dochází zklamání z operativního porodu. Jde o období vyznačující se tzv. baby-blues, přechodnou poporodní depresí související s poklesem porodních hormonů, před čímž však nejsou imunní ani rodičky po vaginálním porodu. Ženy po císařském řezu toto období obvykle paradoxně překonávají lépe, protože jsou stále ještě zaměstnány, aby zvládly „normální fungování.“ *„Měla jsem tolik práce se svou tělesnou schránkou a s kojením, že jsem na nic jiného nebyla schopna myslet. Pocity spojené s porodem nebo mateřstvím jsem prozatím nezkoumala...“*, vystihla tento stav výstižně jedna z matek.

Zpracovávání zkušeností císařského řezu

Zahrnuje většinou období od propuštění z nemocnice do šestého až osmého týdne po operaci. Jde o velmi náročné období i pro ženy po normálním porodu, natož pak pro "císařovny", které jsou po těžké operaci vystaveny zátěži, spojenou s péčí o dítě, jakou by si na pacienty po jiné velké břišní operaci nikdo netroufl „naložit“. Většina žen si poprvé klade otázku, zda byl císařský řez skutečně nutný, když už měla za sebou tolik hodin bolestí. *„Na jednu stranu lékaři věřím, že operace byla nejlepším řešením, ale na druhou mne trápí pochybnosti, zda kromě mého totálního vyčerpání a neschopnosti spolupracovat vše nezkomplikovala i všeobecná netrpělivost a nervozita personálu na sále.“*

Ženy se se zkušeností císařského řezu vyrovnávají různě. Některé bolest a pochybnosti záměrně vytlačují z vědomí a ukryjí ve svém nitru („...*byla to pro mě jediná možnost, všichni okolo mě se tvářili, jako by se nic nestalo, a nechápali, s čím mám problém, když dítě tak prospívá...*“), jiné se snaží ze svých pocitů vypovídat („...*když jsem v dětském koutku potkala nějakou ženu po císařském řezu, většinou jsem k ní hned cítila zvláštní vztah. Mohli jsme si důvěrně popovídat o pocitech, které matky po normálním porodu nemohou pochopit...*“) a postupně se v nich zorientovat.

Vyrovnání se se situací

Jak čas posouvá operaci stále více do minulosti a jak dítě roste a mateřství nabývá nových a nových podob, většina žen hodnotí porodní události s odstupem a nadhledem. Autentické výpovědi žen nejlépe charakterizují "vnitřní smíření": ...Pořád jsem si kladla otázku: **proč zrovna já?** „*Vždycky jsem si myslela, že znám své tělo a že mu mohu důvěřovat. Nebylo pro mne snadné smířit se s tím, že mne v tak důležitém momentu, jakým je porod, nechalo na holičkách. Ale časem jsme pochopila, že mi tahle zkušenost přece jen k něčemu byla. Pociťuju větší pokoru i pochopení pro lidi, kterým se v životě něco nepodaří, a uvědomuji si, že mnoho věcí člověk prostě nemá plánovat...*“

„...*Vždycky, když si nahmatám jizvu po císaři, vybaví se mi všechno, co se tenkrát v porodnici seběhlo. Nevzpomínám na to ráda. Ale pak se podívám na svou dcerku, a když vidím, jak je krásná a jak je nám spolu dobře, říkám si, že bych byla hloupá, kdybych se i po těch letech upínala k něčemu, co pro mě v životě zůstalo nedostupné - ke zkušenosti normálního porodu. Chci hledat štěstí v tom, co mám, a ne v tom, co mi schází, a rozhodně věřím tomu, že nepříznivé podmínky zrození lze zmírnit a snad i úplně eliminovat upřímnou snahou o optimální podmínky poporodní a bezvýhradnou láskou, kterou věnuji svému dítěti...*“

Z výše uvedeného vyplývá, že porod císařským řezem patří k jevům, které vedle fyzického a zdravotního skrývají i významný psychologický a společenský rozměr. Ženy a děti, které projdou touto zkušeností, zasluhují mimořádnou všestrannou péči a zvláštní zacházení. Věřme, že také v České republice se o této problematice brzy začne více hovořit a že otevřená diskuse přinese novou inspiraci jak zdravotníkům, tak i rodinným příslušníkům "císařoven", a pomůže najít východisko z možné vnitřní krize těm ženám, jež se s nevítanou zkušeností operativního

porodu samy nedokážou vyrovnat [http://www.evalabusová.cz/cesty/l_10.php-23.2.2010.-28.2.2010].

Různé ženy, které podobnou krizi prodělaly, vzpomínají na císařský řez následovně:

„...Na dítě jsem se opravdu těšila a představovala jsem si, že den porodu bude tím nejnezapomenutelnějším v mém životě. To se také stalo, ale pravda je taková, že kdybych zážitky spojené s porodem, který nakonec skončil sekci, mohla zapomenout, byla bych mnohem raději...“

„...V porodnici, kde má dcera přišla na svět, se rodilo i několik dětí denně. Zejména v noci doléhalo sténání a křik rodících žen až do mého pokoje, kde jsem ležela v bolestech po císařském řezu. Zvuky z porodního sálu byly občas děsivé, ale já těm ženám přesto záviděla. Zvláště když jsem je pak slyšela, jak si o porodu povídají a jak jsou na sebe pyšné, že to zvládly. Mně se na moje pocity nikdo neptal...“

„...Když jsem se po narkóze probudila, přítomná sestra mi jen řekla, že mám syna a že jej manžel chová ve vedlejší místnosti. Pak ke mně oba přišli a já poprvé viděla své dítě. Manžel mě hladil, ale neřekl nic ve smyslu "blahopřeju" nebo "jsi dobrá, žes to zvládla". Řekl jen "ještě že to dopadlo takhle, aspoň jste oba zdraví." Připadala jsem si jako po totálním selhání...“

„...Vzpomínky jiných žen na porod mne dodnes zraňují. Bolí mě, když vypravují, jak z nich dítě vyklouzlo, jak jim bylo položeno na prsa a jak to bylo všechno nádherné. Já měla císaře v celkové narkóze a dítě jsme viděla až druhý den. Přinesli mi je umyté, ustrojené. Ani jsem ho nemohla pohlédnout, jak jsem tam tak visela na všech těch hadičkách...“

„...První dítě jsem porodila císařským řezem, u druhého se mi podařil vaginální porod. Ten rozdíl se ani nedá popsat. Po císaři jsem měla pocit naprosté absurdity - po všech nepříjemnostech těhotenství a rozběhlého porodu přišla nepříjemná operace, po níž jsem se nemohla hýbat, natož pečovat o své dítě nebo je kojit. Bylo to hrozné. Normální porod také nebyl procházka růžovým sadem, bolesti mě potrápily a během nich mi i blesklo hlavou, zda by ten císař přece jen nebyl snadnější, ale pak se dcera narodila a já se ocitla v naprosté euforii. Ta radost se nedá popsat. Takže hlavní rozdíl mezi operativním a normálním porodem vidím v tom, že u císaře úplně chybí "katarze" a člověk prostě postrádá smysl všech těch útrap na cestě k dítěti...“ výzkum Aperio

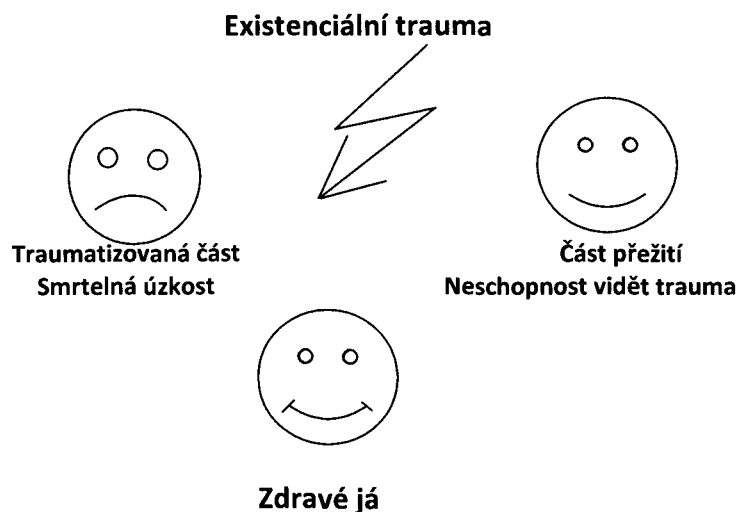
Porod akutním císařským řezem jako existenciální trauma

Jak uvádá Ruppert, traumatická událost má ničivé účinky na celý systém mezilidských vazeb (především je to případ rodiny jako systému), kde mohou být podle něho až na celé generace zničeny či narušeny vazby. Traumatická zkušenost se bezprostředně dotýká systému vazeb a silně poškozují jeho schopnost vytvářet vztahy (vázat se), což v našem případě znamená, že může být vážně poškozena schopnost vytvořit primární vazbu mezi matkou a dítětem zvláště pak, pokud byla promeškána tzv. zlatá hodina, tj. první hodina po porodu v důsledku celkové anestézie při akutním porodu císařským řezem.

Existenciální trauma

V případě existenciálního traumatu, kdy jde o otázku života a smrti, o holé přežití situace. Základním pocitem v situaci je smrtelná úzkost. Tváří tvář smrti v bezmoci jedinec často v situaci emocionálně „stuhne“. Situace existenciálního traumatu, kdy se člověk setkává tváří v tvář smrtelnému nebezpečí, může vyvolat podle Rupperta hluboké duševní rozštěpení. Traumatizovaná část (viz obrázek) se s hrůzou odvrací od všech lidí, je zatuhlá ve stavu šoku a nekomunikuje s okolím. Naopak část přežití se chová, jako kdyby se trauma vůbec neudálo. Když se však jednou spustí kaskáda úzkosti v nervové soustavě, bývají u existenciálních traumat zatlačeny zdravé části já hodně do pozadí. Úzkost je patrně tou největší překážkou v opětovném zacelení duševního rozštěpení (Ruppert, 2006).

Následující obrázek schematicky znázorňuje základní rozštěpení v případě existenciálního traumatu.



III. Výzkumná část

1. TEORETICKÝ A METODOLOGICKÝ RÁMEC PRÁCE

1.1 NÁVAZNOST NA PŘEDCHOZÍ PRÁCE A VÝBĚR TÉMATU

Předkládaná disertační práce volně navazuje na dosavadní studium problematiky symbolů a archetypů, se kterým autorka započala již v r. 1995. Vyústěním několikaletého úsilí a zájmu o tuto problematiku byla Diplomová práce s názvem Psychologie archetypu (2000) a Rigorózní práce (Psychologie archetypu a její využití při psychologickém výkladu uměleckých děl, 2002).

V naší současné práci přes zmiňovanou volnou návaznost dochází na rozdíl od výše uvedených prací k významnému přesunu těžiště výzkumu či pomyslného horizontu zkoumání. K popisu změny využijeme gestaltistického příměru s figurou a pozadím. Jestliže dosud představoval archetypový fenomén pomyslnou figuru a ostatní zkoumané jevy se stávaly v tomto pojetí „pouze“ pozadím, nyní se do ohniska naší pozornosti dostává především prožívání a naopak samotné archetypální jevy vytvářejí „pouze“ pomyslné pozadí.

Předmětem našeho výzkumu je tak fenomenologie prožívání v mezních životních situacích, kterou jsme se rozhodli zkoumat na zcela konkrétním příkladu - akutním porodu císařským řezem. Tento fenomén splňuje dle našeho názoru základní předpoklady, aby se mohl stát vhodným modelem či jakýmsi prototypem úspěšného završení mezní situace.

Tato situace má řadu podstatných rysů odpovídajících dynamickým zákonitostem mezní situace. Žena nemůže či nedokáže postupovat běžným, zavedeným či klasickým způsobem a dostává se tak při porodu do pomyslné „slepé uličky“ – neexistuje možnost pokračovat tímž způsobem, aniž by se podstatnou měrou neohrozil život matky a dítěte. V této mezní situace je tedy ohrožena jedna z nejvyšších hodnot – život matky dítěte, anebo dokonce obou současně. Vyústění této mezní situace rozhoduje značnou o dalším směřování života ženy a jejího dítěte.

Protože nás zajímá především, jak mezní situace úspěšně zvládnout, zvolili jsme si pro naše zkoumání pouze takové případy, které, alespoň z hlediska „objektivního“ – tj. hmatatelného, dopadly šťastně – přežila jak matka tak dítě bez viditelného poškození.

Porod se nám dále jevil jako vhodný model i z toho důvodu, že každý z nás má s tímto typem zážitku osobní zkušenost, a navíc je velmi pravděpodobné (vzhledem k minimální perinatální úmrtnosti ČR), že se šťastným vyústěním na obou stranách, tj. matky i dítěte. V mezních situacích podobně jako v případě akutního porodu císařským řezem, jsme odkázáni v určité chvíli na pomoc „z druhé strany“ – bez ochoty nechat si pomoci často situace uvízne na mrtvém bodě anebo se dokonce může podstatně zhoršovat.

Jsme si dobře vědomi, že jsme při zkoumání našeho fenoménu byli po celou dobu postaveni před komplexní a mnovrstevnatou problematiku, jakým je téma mezních situací respektive akutních porodů císařských řezů.

Navíc problematika akutního porodů císařských řezů patří k psychologicky jen velmi málo probádaným územím, kde dosud nebyly vyvinuty nebo dostatečně propracovány vhodné přístupy, nástroje a metody, které by umožnily do příslušné oblasti jevů systematicky pronikat.

V průběhu výzkumu jsme se vzhledem výše značné nepřehlednosti a nesourodosti výzkumného terénu byli nuceni průběžně vyrovnávat s některými aspekty - bylo zapotřebí **integrovat a propojovat celou řadu poznatků a informací z nejrůznějších zdrojů a oborů**, a to jak čistě odborného rázu (vědecké práce, studie či odborné časopisy), tak i článků a knih, které mají spíše populárně naučný charakter. **U odborných textů** zejména z oblasti medicíny jsme byli vedeni snahou zjednodušit texty a vypouštět (pro naše potřeby nadbytečné) odborné výrazy tak, aby byl text srozumitelný i pro „nelékaře“. Z ostatních – méně odborných zdrojů (internetové portály, články, časopisy pro ženy) naším úkolem bylo naopak převádět texty z často silně subjektivního ladění do více neutrálního či objektivnějšího jazyka. Například nahrazovat často používaná citově zabarvená slova významově neutrálními a texty uváděné ve 2. osobě – přímo oslovující maminky – převést na neosobní rovinu 3. osoby.

1.2 MEZIOBOROVÝ PŘÍSTUP

Jak již bylo výše naznačeno, uvedená problematika zasahuje do nejrůznějších oborů, v rámci kterých bylo nutno překračovat určité tradičně vymezené rámce, aby bylo možno získat alespoň určitý odstup, který by umožnil daný fenomén utřídit a popsat. To postupně hranice jednotlivých oborů činilo alespoň v subjektivně vnímatelné rovině jakoby stále propustnějšími.

Na provedený výzkum je možno též nahlížet jako na pokus o nalezení vhodných vztahových nčů a zorných úhlů, z nichž by byly vztahy mezi dimenzemi a jednotlivými kategoriemi snáze halitelné. Naší snahou bylo též dále stimulovat transdisciplinární přístup k výzkumu v této oblasti hledání nových forem interakce mezi zavedenými disciplínami.

- **Medicína** – pokud se týká problematiky akutního porodu císařským řezem, což je vlastně gynekologická břišní operace, lékařská věda zde zaujímá nepochybně první místo, neboť je to právě porodník-lékař, který tuto operaci může úspěšně provést (Lékařsky vedený porod se na území ČR začal užívat po 1. světové válce)
- **Biologie** – na úrovni fyziologie a biologie existují obecné zákonitosti procesu popsané např. jako doby porodní a korespondující např. v určité fázi porodu se spouštěním oxytocinu atd.; porod je na této rovině chápán jako přirozený biologický a fyziologický proces.
- **Kulturní antropologie** – porod je dodnes mnohými zvláště pak přírodními národy spojován s nezbytnými a někdy velmi rozdílnými náležitostmi v rámci vnímání porodu jako ženského přechodového rituálu.
- **Sociologie** – porod je důležitou událostí nejen v životě ženy, ale i celé rodiny a společnosti. Po roce 1989 se stalo „porodní téma“ součástí veřejné mediální diskuse. Současné trendy v oblasti perinatální péče a měnící se postoje žen k porodu se staly předmětem nejrůznějších sociologických studií.
- **Filozofie** – psychologická fenomenologie vychází z filozofické fenomenologie; při prožívání mezních situacích a jejich zpracovávání si člověk často klade otázky, které se dotýkají existenciální či ontologické roviny lidského bytí (naráží na filozofické kategorie jako úzkost, smysl, prázdnota, jsoučno, život-smrt...)
- **Etika a právo** – porod a jeho výzkum je spojován s mnoha velmi citlivými a „choulostivými“ aspekty. Například v různých kulturách i různých historických souvislostech tak byly a jsou rozdílné odpovědi na otázku, koho přednostně zachraňovat, zda matku nebo dítě; kdy sáhnout k bezpečnějšímu, ale pro mnohé nepřirozeně vnímanému císařskému řezu nebo např. klešťovému porodu. Lze se divit, že s ohledem na možné právní důsledky pak často sází řada porodníků stále více na „jistotu“?

- **Spiritualita a náboženství** – předsudky, kulturní a náboženská dogmata, rovina ideálních obrazů šťastné matky a dokonalého mateřství bývá v našem kulturním prostoru tradičně spojována s obrazy madony, porod může být vnímán na této rovině jako mystérium či zázrak zrození.
- **Mytologie a pohádky** – našli bychom příběhy, kde se vyskytují peripetie při zrození, obraz těhotného břicha či dokonce porodu akutního porodu císařským řezem (mýtus o Krónovi a Gáie, příběh o Jonášovi), z pohádek např. Červená Karkulka či Otesánek.
- **Psychologie**

Psychologie těhotné ženy a psychologie porodu dlouho nepatřila k právě frekventovaným tématům. Teprve v posledních desetiletích narůstá postupně vlna zájmu o tuto problematiku.

 - **obecná psychologie** – vymezení základních kategorií námi zkoumaného fenoménu a zkoumání jeho obecných psychologických zákonitostí (zde co a jak lze v této oblasti vůbec zkoumat?, otázka základní klasifikace a utřídění)
 - **psychologie osobnosti** – vždy je aktérem konkrétní jedinec – v tomto případě žena-matka s určitým souborem vlastností, temperamentovými charakteristikami...
 - **vývojová psychologie** – porod jako významná událost z hlediska lidské ontogeneze (význam pro vazbu M-D, „zlatá hodina“ či mateřská senzitivní perioda)
 - **kognitivní psychologie** – zejména v oblasti dlouhodobé paměti; vybavování a zkreslování vzpomínek, zajímá nás též oblast mentálních schémat a reprezentací.
 - **sociální psychologie** – např. vztahy, druh a způsoby interakce mezi jednotlivými pracovníky v porodnici, ale třeba i porod jako téma pro komunikaci v rámci malých skupin na pracovišti (Např. by bylo zajímavé, zda koreluje způsob, jakým žena hovoří o svém porodu v rámci jejího postavení v sociální skupině).

2. VÝZKUMNÝ PROJEKT

2.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Již od počátku našeho výzkumu jsme zvažovali obě varianty, a to jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkum – např. jsme uvažovali o dotazníku, který by pak pomohl být vyhodnocován podle kritérií kvantitativního výzkumu (jeho návrh viz příloha). Po důkladném zvažování o povaze zkoumaného tématu a s ohledem Na značně nepřehledný „výzkumný terén“ jsme nakonec od této varianty upustili a zvolili jsme kvalitativní variantu výzkumu.

Kvalitativní výzkum pomáhá porozumět pozorované realitě a pro naše účely zkoumání fenoménu akutního porodu císařským řezem se nám v dané situaci jevil jako neadekvátnějším a nejefektivnějším způsobem, jak se dostat k potřebným informacím a vyrovnat se s obtížemi dané empirické situace.

O vhodnosti tohoto typu výzkumu spolurozhodovaly zejména následující aspekty:

- „Kvalitativní výzkum je **proces hledání porozumění** založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. **Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz**, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Creswell in Hendl, 2005).
- Výhodou kvalitativního přístupu je **získání hloubkového popisu případů**.
- Kvalitativní výzkumník **nesestavuje ze získaných dat skládku**, jejíž konečný tvar zná, **spíše konstruuje obraz, který získává kontury v průběhu sběru a poznávání jeho částí**.
- Citlivě **zohledňuje působení kontextu**, lokální situaci a podmínky. Kvalitativní výzkum **poskytuje podrobné informace, proč se daný fenomén objevil**.
- **Plán kvalitativního výzkumu má pružný charakter**. To znamená, že se z daného základu rozvíjí, proměňuje a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných výsledků.

Cíle kvalitativního výzkumu

- Typickými cíli kvalitativního výzkumu jsou **explorace a popis případů**.
- Cílem je tak získat **popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa**.

Denzin a Lincoln podle Hendl (2005) charakterizují dějiny kvalitativních metod pomocí sedmi vývojových etap. V současné době se podle těchto autorů (2000 -) nacházíme v poslední, tj. sedmé etapě, která se vyznačuje mnohými metodologickými konflikty.

„Je to doba velkých tenzí uvnitř komunity kvalitativních výzkumníků jednoduše proto, že metodologické, paradigmatické výzkumné kontexty jsou tak otevřené a rozličné, že lze přijmout názor, že výzkumníci jsou všude. Co připadá vnějšímu pozorovateli jako chaos, není nic jiného než silný zájem rostoucího počtu lidí zkoumat mnohá neprobádaná místa globální společnosti v přerodu. Avšak co tito lidé studují, s kým zkoumají, jak zkoumají uvažované fenomény, co o tom píší, kdo píše o tom, co tito lidé zkoumají – to je vše předmětem debat a bojů.“

2.2 TYP STUDIE

Jak jsme již výše uvedli, rozhodli jsme se pro **kvalitativní studii**, protože nám jde především o zachycení jedinečnosti prožité zkušenosti. Dále se svým způsobem jedná o tzv. **pilotní (orientační) studii** představující předběžnou studii provedenou v malém měřítku před hlavním výzkumem za účelem ověření proveditelnosti nebo vylepšení plánu výzkumu. Často se studie provádí před rozsáhlým kvantitativním výzkumem ve snaze ušetřit čas a peníze za nesprávně navržený projekt. Jde tedy o to zmapovat příslušné problémové okruhy a navrhnout či upřesnit vhodné metody a způsoby zkoumání dané problematiky. Z hlediska metodologie pak ještě připadá v úvahu uvažovat o našem výzkumu jako o tzv. **exploratorní studii**, jejíž cílem je prozkoumat neznámou strukturu případu a působící vztahy, definovat hypotézy, otázky nebo dokonce navrhnout teorii a připravit tak půdu pro další výzkum (Hendl, 2005).

Pokud bychom chtěli dále upřesnit typ našeho výzkumu, bude se patrně ze všeho nejvíce blížit **studii zaměřené fenomenologicky**, který, jak dále uvádí Hendl, klade silný důraz na porozumění toho, jak jedinci vnímají určitou zkušenost. Základní výzkumnou otázkou je: Jaké jsou významy, struktury a esence prožívané zkušenosti jedince nebo skupiny s daným fenoménem?

Fenomenologické zkoumání usiluje o popis a zachycení základních významů lidské zkušenosti. Cílem je zodpovědět otázku: Co znamená daná zkušenost? Výzkumník se snaží být co nejcitlivější k tématům, která se objevují, ale zdráhá se překotně je strukturovat nebo analyzovat. Účelem takového výzkumu je přispět k porozumění určitým fenoménům, aby bylo možno na ně lépe reagovat a přijmout určitá opatření.

Fenomenologie, jak uvádí Wessinger podle Hendl (2005) znamená studium zkušenosti. Podle fenomenologů nám není přirozený či životní svět (Lebenswelt) bezprostředně přístupný. Požadavek „opravdu porozumět“ vyžaduje fenomenologickou metodu, která pomocí popisu a reflexí převede nereflexivní životní svět na úroveň uvědomění, kde se budou manifestovat jeho významy.

Výsledkem analýzy má být nějaký typ syntézy vyššího řádu, integrovaný obraz, který může být souhrnem složité problematiky, popisem pravidelností a témat, identifikací fundamentální struktury, vyslovením podložených hypotéz, vymezením nového konceptu nebo zobrazením substantivní teorie (Hendl, 2005).

Budeme-li vycházet a přidržovat se základních výzkumných otázek, které si fenomenologie klade, můžeme jejich konkretizací formulovat naše výzkumné otázky, tak, jak jsme si je na začátku našeho výzkumu kladli:

- **Co znamená pro maminky zkušenost akutního porodu císařským řezem?**
- **Do jaké míry tuto zkušenost již zpracovaly?**
- **Existuje jakýsi prototyp či typický průběh nebo se jedná spíše o různé varianty základní zkušenosti ?**

Mezi **hlavní výzkumné cíle**, které jsme v průběhu naší práce průběžně sledovali, patřilo :

- **Zmapování dosud psychologicky málo prozkoumané oblasti**
- **Napomoci maminkám k hlubšímu pochopení této zkušenosti a vyrovnáním se s tímto typem zážitku**

2.3 FENOMENOLOGICKÝ POSTUP

- Nejdříve bylo třeba zorientovat se v dané problematice a určit, zda a kde je pomyslné „těžiště“ výzkumu
- Posupně jsme se propracovali k určení jakýchsi „uzlových bodů“, které začaly tvořit základní osnovu práce (přechodové rituály, fenomén mateřství a otcovství, současné trendy ve vztahu k porodům).
- V další etapě bylo třeba zaměřit se na zmapování a shromažďování dostupných informací z literatury a z internetových zdrojů, zejména specializovaných internetových portálů.

- Dále pak navazovat kontakty s maminkami s tou specifickou zkušeností a vést s nimi neformální mnohdy velmi intimní rozhovory.
- Navázat kontakt s odborným zdravotnickým personálem (s lékaři, porodními asistentkami) a zjistit jejich postoje k dané problematice.
- V této heuristické části výzkumu jsme se zaměřili na sběr poznatků a výpovědí – jaké jsou názory, co vše ještě do námi zkoumané problematiky patří.
- Zpracováním dat se tak postupně vytvářela témata a problémové okruhy. Dopředu nebyly dané způsoby a kategorie – ty se teprve postupně v průběhu výzkumu vytvářely.
- To vše umožnilo, zpracovat teoretickou část i část o porodech s důrazem na to, aby byla zachycena především souvislost a dynamika jednotlivých fenoménů.
- Dále pak zkoušet metodou pokusu - omylu - různé techniky a různé přístupy – zjišťovat, co funguje a co ne a co má smysl vlastně zjišťovat.
- Na rozdíl od mnoha kolegů jsem se setkávala s velkou a zřejmou ochotou maminek se zkušenostní akutního císařského řezu spolupracovat.
- Při vyprávění svých zkušeností se maminky přesouvali velmi snadno do minulosti, kterou většinou znovu prožívaly jako kdyby neexistovala někdy i mnohaletá (přes dvacet let) časová prodleva
- Zaznamenala jsem výraznou potřebu maminek tuto zkušenost sdílet s ostatními ženami a velký zájem o zpětnou vazbu (většinu z nich si chtěla „konečně o tom něco přečíst“).
- Během této etapy výzkumu vyplynula řada dílčích a velmi zajímavých postřehů - někdy naprosto subjektivní oddůvodňování pro provedení akutního císařského řezu – „**sestra zavolala pan primáře a jakmile si oblékl plášť, cítila jsem, že se porod zastavil**“; „**porod jsem prostě nepustila, cítila jsem, že jsem pořád v hlavě**“...)
- Jednou z výzkumných možností, která se ukázala jako schůdnou a užitečnou, bylo požádat maminky, aby svůj porodní příběh sepsaly. Výhodou této metody je, že jsou svoji zkušenost maminky nuceny strukturovat, stanovit meze a hranice příběhu, zaměřit se jen na určité aspekty a jiné naopak pominout. Tím dají této zkušenosti relativně ucelený a uzavřený tvar.
- Za všechny maminky jsem nakonec požádala o sepsání svých zkušeností porodů akutním císařským řezem paní Hanu, která popisuje, jak prožívala své dva porody, mezi kterými je časový odstup cca 3 roky.

3. PORODNÍ PŘÍBĚHY PANÍ HANY

3.1 První porod

Můj porod

Vždycky jsem se hrozně těšila, až se stanu matkou. Tato má touha nabrala na intenzitě, když jsem udělala zásadní životní rozhodnutí, opustila člověka, se kterým jsem byla 8 let a vrhla se živelně, ale přesvědčeně do nového vztahu, který dal mému životu novou sílu, pomohl mi najít směr a dosud mě zcela zásadně inspiruje a povzbuzuje.

Oba jsme dítě chtěli, už jsme měli leccos za sebou (naše minulost nebyla neposkvrněná, spíš naopak), a tak jsme se velice záhy naší lásky rozhodli mít miminko a vzít se – navzdory všem pochybovačům, kteří naše partnerství nemohli pochopit.



Podařilo se mi otěhotnět velice brzy – 3. měsíc našeho snažení. Oba jsme byli naprosto nadšeni. Prožívali jsme velice intenzivně i vysazení antikoncepce a „svobodné“ milování se a těšili se, že budeme „muset“ nést následky. Shodli jsme se, že je to pro nás i nová sexuální zkušenost (samozřejmě myšleno v duchovním prožití aktu).

Začátek těhotenství byl euforický, plakali jsme štěstím oba, když jsme na ultrazvuku poprvé viděli tlouct srdíčko – tuším, že to bylo v 8. týdnu. Radostně jsem to oznamovali překvapenému okolí a nadšeně začali studovat literaturu a postupně se připravovat.

První trimestr byl ještě takový zmatený, chodila jsem do práce, musela se stihnout dát rozvést a zároveň zorganizovat novou svatbu. Stalo se tak přibližně v 18. týdnu a jsem přesvědčena, že nutnost právních úprav naší rodiny nijak nepoznamenalo radost ze svatebního veselí.



V druhém trimestru jsem nastoupila na nemocenskou a měla tedy více času na fyzickou i psychickou přípravu. Chodila jsem na cvičení a plavání pro těhotné, navštěvovala předporodní kurzy porodních asistentek. V pátém měsíci jsme se dozvěděli, že budeme mít s největší pravděpodobností chlapečka.



Musím zpětně konstatovat, že po celé těhotenství nepominulo naše nadšení a těšení se na miminko. Celou dobu jsme chodili na gynekologická vyšetření spolu, hlídali každý pohyb a promýšleli, jak zařídíme výbavu, který kočárek pořídíme apod. Myslím, že jsme svým nadšením nakazili i okolí. Mí rodiče se díky očekávanému přírůstku snáze srovnali s novou situací v mém životě a naši kamarádi, kteří většinou ještě děti nemají, s námi začali prožívat změny, co se s

námi dály. Mám pocit, že u hodně mladých lidí je mateřství (otcovství) strašák a ráda bych věřila tomu, že v okruhu nám blízkých přátel jsme dokázali tuto obavu aspoň trochu rozptýlit.



Rozhodla jsem se родit v Thomayerově nemocnici v Krči, protože mi byla sympatická rodinná atmosféra porodnice i přístup tamních zaměstnanců. Navíc navštěvuji soukromou gynekoložku, kterou jsem požádala, aby mě rodila. A ona má tuto možnost právě v krčské porodnici.

Představu jsem měla jasnou, sepsala jsem si i porodní plán, který si s námi paní doktorka prošla. Měla jsem přání, aby se mnou mohl být manžel po celou dobu, aby mohl vidět to, co bude chtít vidět, aby mi po porodu dali miminko na břicho a nechali nás chvíli přivítat se, než ho odnesou na měření, vážení; nebránila jsem se různým polohám - ať už v otevírací nebo vypuzovací fázi. Přesnou představu jsem neměla, chtěla jsem prostě dělat to, co mi v danou chvíli udělá nejlépe. Nebránila jsem se ani možnosti anestetika – epiduralu – ale byla jsem odhodlaná vydržet co nejdéle a až v nejnútnejším případě o tuto úlevu požádat. Vědomí této možnosti mi psychicky pomáhalo a potlačovalo můj strach z porodních bolestí.

Co se týká strachu z porodu, tak jsem ho pochopitelně měla a velký. Myslím si o sobě, že špatně snáším bolest a moc nevydržím. Ale zase jsem porod brala jako jiný druh bolesti – jako vlastně jedinou bolest lidského těla, která nesignalizuje nějakou nenormálnost organismu – nemoc. Dokonce jsem se masochisticky na její prožívání svým způsobem těšila, byla jsem hrozně zvědavá, jaké to je, jak to budu zvládat a dělala si legraci, že je to vlastně mé malé vědecké bádání o vlastním těle a jeho možnostech. Takže obavy jsem sice měla, ale která

prvorodička je nemá? Brala jsem to jako součást psychiky v pozdním těhotenství a porod jako zcela přirozenou věc, při které musím důvěřovat přírodě a sobě – tedy svému tělu, že vše proběhne tak, jak má. Žádné závažnější problémy jsem v těhotenství neměla, tak jsem neviděla důvod, proč by to nemělo běžet normální cestou.



Když vzpomínám na začátek porodu, mám dodnes pocit, zda jsem si ho nevyvolala. Stále u nás totiž byli na návštěvě nebo jen na přespání rodiče nebo sourozenci nebo kamarádi a já jsem si to celé chtěla hrozně moc prožít sama – jen s Honzou. Ani jsem si nepřála, abychom někomu volali, že už to začalo, chtěla jsem vše prožít intimně a bez vědomí, že např. má matka to ví a třese se při pomýšlení, co právě prožívám. Tak se stalo, že Honzova rodina odjela jeden den a 2 dny na to měli přijet moji rodiče a já si říkala, že to musí přijít buď tyto 2 dny nebo zase až oni odjedou.

Celou předcházející noc jsem se necítila dobře, nemohla jsem spát a v sobotu 13.5.2006 ráno asi od 5 hodin mě začalo pobolívat břicho. V 6 hodin jsem si šla lehnout do teplé vany a vzala s sebou tužku a papír na zapisování délky kontrakcí. Byly zcela nepravidelné, různě intenzivní a tak jsem měla dojem, že jde jen o poslíčky. Ani Honzu jsem nebudila. Přišel ke mně v 8 a od té doby jsme to pozorovali spolu. Stahy byly i po dalších 4 hodinách stejné, neodešla ani zátka ani plodová voda. Protože už mi to bylo divně, že by poslíčci trvali tak dlouho, zavolala jsem své doktorce.

Dali jsme si sraz v porodnici, kde byl po 8 hodinách bolestí nález negativní – nebyla jsem vůbec otevřená, na monitoru také nic vidět nebylo. Konkrétně na monitoru jsem se cítila jako

hysterka, protože sestra, která mě měřila, se velice nahlas udivovala mým bolestným vzdechům („To vás to jako tak hrozně bolí, i když ještě nerodíte?“).

Doktorka se rozhodla dát mi injekci – už bohužel přesně nevím čeho, ale mělo to buď zamezit falešným stahům a porod odložit nebo porod řádně rozběhnout. Navíc mi to mělo trochu ulevit od bolesti. Nestalo se vůbec nic, stahy byly pořád zbytečné, neotvírající, jen jsem byla strašně ospalá. Usínala jsem mezi kontrakcemi.

Po nějaké době (totálně se ztrácím od tohoto okamžiku v čase a mé údaje jsou přibližné) se porod opravdu rozběhl a já se začala pomaličku otevírat. Myslím, že to bylo kolem 16. hodiny, kdy jsem byla na 2 centimetrech. Bolesti jsem prožívala v různých polohách i ve sprše – miminko totiž bylo ještě špatně otočené – bylo obličejem ven z břicha a ne k páteři, takže jsme se snažili, aby se přetočilo. Asi v 19 hodin jsem byla na 4 centimetrech a odvedli nás na porodní sál (do té doby jsme byli v nemocničním pokoji, který mi přidělili. Naštěstí jsem měla nadstandard.)

Po tolika hodinách bolestí a ještě s vyhlídkou na dlouhou dobu než budu tlačit a už úplně vyčerpaná, jsem souhlasila s epiduralem. Chtěla jsem si odpočinout a hlavně nabrat sílu na finále. Anesteziolog úspěšně ho zavedl a já si na chvíli ulevila. Avšak asi po dalších 2 hodinách z ničeho nic stahy přestaly. Čekali jsme na jejich obnovení, ale nic se nedělo. Po celou dobu sledovali srdeční činnost miminka, která se najednou začala prudce zrychlovat. Lékařka věděla, že chci родit normální cestou, tak jsem ještě chvíli vyčkávali, ale když mělo miminko tep 220, řekla mi, že je bohužel nevyhnutelný císařský řez, než by se mu mohlo něco stát.

Od samého začátku porodu jsem se ho bála. Bála jsem se, že to nezvládnou, v začátečních kontrakcích měla pocit, že silnější už zvládnout nemůžu a nemohla jsem se donutit k vyhecování se, i když jsem si pořád v hloubi duše věřila. Nevím, co prožívají ostatní rodičky, zda ten strach je normální (nebo spíš velikost toho strachu), zda jsem neměla větší a těmi obavami si porod sama nezastavila... vyčítala jsem si souhlas s epiduralem, protože je možnost, že on mi zastavil kontrakce, i když to je nezjistitelné, co bylo příčinou.

Dodnes mám hrozné výčitky, že ve chvíli, kdy mi řekli, že budu родit císařem, jsem cítila spíše úlevu, že už se po mě nebude nic chtít a že to bude rychle za mnou. I když zklamání, že miminko nepůjde ven přirozenou cestou, na mě vidět určitě bylo, Honza mě utěšoval a podporoval, že si z toho nemám nic dělat a vše bude v pořádku. A ještě větší hryzáni svědomí mám z toho, že jsem se v tuto chvíli minimálně bála o život dítěte, i když strach o něj měl být

v této chvíli určitě na prvním místě. I když svou roli asi sehrála důvěra k lékařům. Měla jsem v tu chvíli takový guláš pocitů, že strach o zdraví dítěte tam určitě byl, ale nemám ho jako primární. Jsem přesvědčena, že jsem porod „zkazila“ já, protože všechno je v hlavě a věřím, že psychika ovlivňuje naše tělo.

Když už to vzal takovýto konec, byla jsem za epidurální anestezii velice vděčná, protože na rozdíl od jiných, mi jen zesílili dávku a řezali mě za plného vědomí, vše jsem slyšela a viděla a má doktorka prosadila, aby tam Honza byl stále se mnou, takže jsme se po celou dobu operace drželi a prožívali spolu. Vůbec si nedokážu představit, že by mě celou uspali a já se probrala až na JIPce. Pohled na maminky, které to takto měly, mi přišel hrozný a bylo mi jich líto.

Byl to divný pocit, když jsem cítila řez (narodil se v 21:28) a říkala si, že asi za 5 vteřin se mi narodí dítě. Takový divný pocit nečinnosti v tak důležité chvíli... (ale ne bezmoci!)

Když mě otevřeli, tak ještě Vašíčka ani nevyndali a už začal plakat, cožprý vůbec není obvyklé, jeden doktor mi říkal, že to ještě nezažil, což беру jako důkaz toho, že mu tam asi opravdu nebylo dobře a chtěl rychle ven. Zabalili ho do deky, ukázali mi ho, ale bohužel jsem viděla jen obličej a už ho nesli na prozkoumání. Honza šel s ním a po chvíli mi ho on sám přinesl zabaleného a do konce operace byli u mě. Bylo mi líto, že se ho nemůžu dotknout, pomazlit ho a říkat mu věci, co jsem mu říct chtěla, tak jsem tak činila aspoň v duchu na dálku. Ale zase mě velmi uklidňovalo, že ho má Honza a že to zažívá on.

Po skončení operace mě vyvezli na chodbu, kde mi ho poprvé přiložili k prsu a on se napil. Byl to silný zážitek a až v té chvíli jsem si začala připadat jako matka.



Netušila jsem, že následujících 24 hodin bude hodně náročných. Plnou euforie, radosti a dojmů mě hned odvezli na JIP, bez dítěte, bez Honzy, aniž bych si Vašíka pořádně prohlídla a osahala, aniž bych si s Honzou vyměnila dojmy a mohla porod doprožít. Hrozně to uťali a příštích 24 na JIPce bylo hrozných, protože měli plno, sestry z toho byly nervózní, mě začalo

všechno bolet. Usnula jsem a trošku si odpočala, ale od rána jsem měla hroznou náladu, toužila mít Venouška u sebe, napsat všem zprávu, že je na světě, aspoň si vyčistit zuby, pořádně se napít a tak podobně.

Původně mě měli pustit na pokoj ráno, ale panu primáři se zdálo, že jsem ztratila mnoho krve, tak mě tam nechal až do večera, kdy mě přišla vysvobodit ta má doktorka, která se mu zaručila, že jsem takhle bledá normálně a že budu v pořádku.

Večer mě tedy přemístili na pokoj, kam mi hned Vašíka dali a okamžitě přijel i Honza a mohli si tak vynahradiť vše, co jsem nestihli předcházející den.

Ale tohle zpoždění se už nedá ničím nahradit, na té JIPce jsem byla úplně nešťastná, i jsem si tajně poplakala a nemohla jsem se z toho šoku vzpamatovat.

Naštěstí radost z narození synka byla tak veliká, že přebila i tyto zážitky.



Co mi z toho zůstalo dnes?

Píšu tuto úvahu přesně na den rok po porodu a cítím zklamání z průběhu porodu, ale také současně vděk za to, že když už došlo na variantu císařský řez, tak jsem ho mohla prožít úplně luxusně.

Kdykoliv se mluví o porodu, nic moc neříkám, protože si myslím, že o tom vlastně nemám právo mluvit, že jsem si ten přirozený porod prožila tak z jedné třetiny a nemůžu vydávat svědectví o tom, jaké to je.

Je to jako kdyby se člověk vdával v zastoupení a jen mu prostě řekli, že už 2 hodiny je mladá paní. Nebo jako zkouška, na kterou jste se svědomitě připravovali a jako na potvoru si vytáhli jedinou otázku, kterou nemáte až tak nastudovánu a zkoušku sice s odřenýma ušima uděláte, ale potěšení z vědění a pocit zadostiučinění rozhodně neprožíváte, spíš jste z toho rozpačití.

Jak už jsem psala, stále spekuluji o tom, do jaké míry jsem za to mohla, zda jsem to mohla nějak ovlivnit, kde byla příčina, že již od počátku to šlo jinak než mělo. Také se bojím, jaké to na

něm nechá následky, protože si myslím, že způsob příchodu na svět člověka nesmírně ovlivní v celé jeho celistvosti.

Ale musím konstatovat, že nemám pocity, jako že jsem si to dítě nezasloužila. Hodně často a s láskou vzpomínám na celý průběh, hlavně na okamžik jako příchodu na svět a trápí mě jen to, že jsem v tu chvíli vlastně nic nedělala.

Také si říkám, že si sám zvolil cestu a nakonec jsme se „našli“ a že málo věcí proběhne tak, jak si člověk naplánuje. Zkrátka to je život a je nutná víra, že to byla vyšší moc, co ovlivnilo jako příchod na svět – už od samého počátku.

Celé mi to přijde jako jeden velký zázrak – že mám vztah, v který jsem nikdy nedoufala, že se nám narodilo krásné zdravé dítě, ze kterého se oba každý den těšíme. Jsme i po roce stále takoví ti nadšení rodiče, co se stále dojímají, každou chvíli si spolu pobřečíme nad jeho dokonalostí a krásou.

Přála bych si mít 3 děti. Obávám se, že handicap z císařského řezu se daleko více projeví později – při dalším těhotenství. Budu mít už dopředu obavy, jak to dopadne. Budu se bát ulevit si epiduralem, aby vše nedopadlo jako minule. Navíc mě straší, že kdyby náhodou šlo i další dítě císařem, že mě budou přemlouvat, abych další dítě už neměla, že další těhotenství je po dvou císařích už velice riskantní.

Ale to vše se ukáže, budu věřit, že to nebude mít vliv a budu se snažit oprostít a povznést se nad zážitky minulého porodu a dopřát si zázrak zrození tak, jak jsem si to vždycky představovala.

Každopádně děkuji každý den za to, co mě za celý život potkalo, snažím se všechno přijímat se vším všudy a ani na svém porodu bych už teď nic neměnila. Hlavní je život a díky porodu máme o jeden víc.



STRUKTURACE PROŽITKOVÉHO POLE - MODALITY PROŽÍVÁNÍ

	Proces		Časovost		
	Začátek	Konec	Minulost	Přítomnost	Budoucnost
ČAS	opustila jsem člověka, se kterým sem byla 8 let, podařilo se mi otěhotnět 3. měsíc snažení	přesně na den 1 rok po porodu	leccos jsme měli za sebou, začátek těhotenství byl euforický, poprvé jsme viděli tlouct srdíčko, bylo to v 8. týdnu. První trimestr musela se stihnout dát rozvést, přibližně v 18. týdnu, jsem si začala připadat jako matka, mohla prožít úplně luxusně, v tu chvíli jsem vlastně nic nedělala.	vzpomínám, mám dodnes pocit, cítím zklamání a současně vděk, až v té chvíli, nemám právo mluvit, nemůžu vydávat svědectví, také se bojím, nemám pocity, jako že jsem si to dítě nezasloužila, hodně často a s láskou vzpomínám na celý průběh, hlavně na okamžik jako příchodu na svět a trápí mě, děkuji každý den	přála bych si mít 3 děti, budu mít už dopředu obavy, jak to dopadne, budu se bát ulevit si, mě budou přemlouvat, abych další dítě už neměla, že další těhotenství je po dvou císařích už velice riskantní. budu věřit, že to nebude mít vliv a budu se snažit oprostít a povznést se
PROSTOR	Vnější		Vnitřní		
	V Thomayerově nemocnici v okruhu nám blízkých přátel, v krčské porodnici, na porodní sál, v nemocničním pokoji, tam, ven, do deky, zabaleného, na dálku, na svět,		Tělesnost šla jsem si lehnout do vany, po porodu dali miminko na břicho bolest lidského těla, mě začalo pobolívat břicho bolestným vzdechem, začalo mě všechno bolet, ztratila mnoho krve, přiložili k prsu Vědomí sebe usínala jsem, vyčítala jsem si, zklamání, hryzáni svědomí, minimálně bála, důvěra, strach o zdraví, vděčná, jsem porod „zkazila“ já, vděčná, pocit nečinnosti, ne bezmoci cítím zklamání, vděk, mohla prožít úplně luxusně. snažím se všechno přijímat		
SOCIÁLNÍ ASPEKT	Já vzpomínám, mám dodnes pocit, také si říkám	My leccos jsme měli za sebou, každý den těšíme. Jsme i po roce stále takoví ti nadšení rodiče, co se stále dojímají, každou chvíli si spolu pobřečíme	On-oni začal plakat, poprvé přiložili k prsu a on se napil		
SMYSL	způsob příchodu na svět člověka nesmírně ovlivní v celé jeho celistvosti, také si říkám, že si sám zvolil cestu a nakonec jsme se „našli“ a že málo věcí proběhne tak, jak si člověk naplánuje. Zkrátka to je život a je nutná víra, že to byla vyšší moc, co ovlivnilo jako příchod na svět, celé mi to přijde jako jeden velký zázrak, snažím se všechno přijímat se vším všudy, hlavní je život				

Podle Havla platí, že pro různé situace se různé modalities mohou uplatňovat s **odlišnou vahou, tj. v rozličné zřetelnosti a důležitosti podle „obsahu“ situace a naladění prožívajícího subjektu**. Jejich volba je věcí dohody a priorit našeho zájmu při situační analýze. **Některé modalities mohou být potlačeny nebo zcela chybět** (při kontemplativní meditaci „se zavřenýma očima“ – což je rovněž typ situace – se subjekt soustředí na vlastní myšlení a nevnímá okolní prostředí).

U některých modalit prožívání můžeme dále rozlišit určité **aspekty**, podle toho, o co v dané situaci běží, co má subjekt na zřeteli, k čemu jej situace vyzývá či co mu nabízí. Je ovšem třeba opět zdůraznit, že různé modalities a jejich aspekty jsou vzájemně silně provázány konceptuálně i věcně (například čas s prostorem při obecném pohybu a obojí s tělem při vlastním pohybu subjektu, vědomí s jednáním a obojí se smyslem situace).

Z uvedené tabulky zachycují prožitkové modalities paní Hany na první pohled zdá, že jsou uchopeny všechny podstatné modalities a že tedy příběh je zpravován relativně komplexně.

Při bližší analýze příběhu zjišťujeme (tabulka je pouze orientační a ukazuje, jakým způsobem je například možno modalities přehledně zachycovat; nejsou v ní zachyceny veškeré prožitkové modalities objevující se v příběhu paní Hany), že pro její orientaci při psaní příběhu o porodu byla nesmírně důležitá časová osa – časové údaje, které se objevují v hojně míře. Mnohem méně se objevuje například modalit prostorových, a pokud ano, tak často pouze ve velmi obecném pojetí (v nemocnici, na porodní sál apod.). Pokud se týče těsnosti, často se objevuje téma bolest. Přesto, že se paní Hana v poměrně značné míře zamýšlela nad smyslem situace, objevuje se celá řada ambivalentních pocitů ve vztahu k porodu např. **“cítím zklamání a současně vděk”**, která vyúsťuje obavou z budoucnosti: **„přála bych si mít 3 děti, ale budu mít už dopředu obavy, jak to dopadne, budu se bát ulevit si“**.

3.3 Druhý porodní příběh

Zhruba po 3 letech jsem paní Hanu oslovila, zda by byla ochotna podělit se i o další zkušenosti ze svého již druhého porodu. S velikou ochotou se pustila do psaní svého druhého porodního příběhu. Bohužel, jak ona sama píše, její obavy se naplnily, scénář se zopakoval, jen se celá situace ještě více zdramatizovala.

Můj druhý porod

Chci navázat na své minulé povídání o porodu mého prvního dítěte a tentokrát popsat svou druhou zkušenost s přiváděním nového života na svět.

Podle očekávání jsme s manželem naplánovali druhé dítě a vše se opět velmi rychle a šťastně podařilo. Nové miminko mělo přijít na svět skoro přesně po třech letech od našeho prvního syna Václava.

Těhotenství probíhalo v klidu, jen únava vzhledem k celodenní péči o starší dítě byla daleko větší a větší byly i rozměry, do kterých jsem ke konci třetího trimestru dorostla.

O následujícím porodu jsem se snažila moc nepřemýšlet, ale i když jsem si to nechtěla připouštět, jedno bylo jasné: měla jsem daleko větší obavy než poprvé. Praly se ve mně dva přístupy: Jednak, že bych chtěla родit normálně, zažít přirozený porod nebo vše „vyřešit“ dalším císařským řezem, kde bych „neměla žádnou práci“ a ostatní by vše udělali za mě (i když chci tři děti, po dvou řezech se už matkám nezakazuje, jako to bylo dříve, potřetí otěhotnět). Nevěděla jsem, které z těchto variant se obávám víc.

Lékařku jsem měla k porodu stejnou jako před třemi lety a byly jsme domluvené, že budeme dělat vše pro to, aby vše proběhlo spontánně.



V neděli 31.5.2009 jsem se časně ráno vzbudila s bolestmi břicha a zjistila nastupující kontrakce. Bohužel, jako minule, kontrakce trvaly dlouho a ani se nestupňovaly, ani nezkracovaly, plodová voda nevytekla, takže jsem se začala obávat naprosto stejného postupu jako posledně.

Kolem 16. hodiny na vyšetřovně v Thomayerově nemocnici lékařka konstatovala, otevření na 2 prsty a nechali si mě na oddělení. Potom přišla injekce, opět už nevím čeho, ale vím, že se opět jako minule nic nestalo, takže mi píchli plodovou vodu. Kontrakce začaly poměrně dost sílit.

Když jsme odešli do sprchy, aby mě manžel sprchoval podbřišek, udělalo se mi v jedné chvíli strašně zle. Závratě, prudká bolest, sladko v ústech... Od té chvíle jsem si už nemohla ani sednout a bolesti se staly nepřetržitými, i když monitor ukazoval klasické hodnoty. Začala jsem se cítit opět jako hysterka, protože mi všichni říkali, že to nemůže tak bolet, ale nemohla jsem si pomoci. Trvalo ještě nějakou chvíli, než mě dopravili na porodní sál. Byla jsem po tom všem otevřená pouze na 3 prsty a už je úpěnlivě prosila o epidural, protože jsem měla bolesti od rána (bylo asi mezi 20.-21. hodinou).

Lékaři mi ale doporučili, abych byla trpělivá, a když jsem kolem 22:30 měla konečně 4 prsty, píchli epidural. Čekala jsem úlevu, ale bolest stále byla, i když podstatně menší. Nicméně nevolnost a křeče stále.

V půl dvanácté se lékařka rozhodla, že se jí průběh porodu nezdá dobrý, celá jsem se už několik hodin klepala a nebyla jsem k zastavení. Už mě rodit viděla a tentokrát to vypadalo ještě hůř než minule. Takže padlo rozhodnutí - císařský řez. V té chvíli opět šílená úleva, že to již bude za mnou. Ničeho jsem se nebála, protože jsem to již jednou zažila a doufala jsem ve stejně hladký průběh jako minule.

Na operačním sále jsem však i přes zvýšené dávky měla velké bolesti a když do mě řízli, cítila jsem bolest, jak když mi hoří břicho. Potom temno....okamžitě mě uspali.

Po probuzení se nade mnou sklánělo asi osm lidí včetně mého muže a ukazovali mi syna Toníčka. Už tehdy se mi zdálo, že se na mě dívají jako na ducha a manžel měl lehce hysterický hlas, úplně se klepal. Nepřikládala jsem tomu důležitost, odvezli mě na JIP a já se cítila normálně.

Příští den za mnou můj muž přišel a začal mi vyprávět, co se vlastně stalo: v okamžiku, kdy rozřízli jen kůži se na ně díval pod lehkým jako skleněným závojem dětský obličej. Prý byl jak zakletý princ, jako Sněhurka ve skleněné rakvi. Děloha byla prasklá, patrně od nevolnosti ve

sprše a nejzvláštnější bylo, že vůbec nekrvácela, jak se obvykle mohutně děje v těchto případech. Obě lékařky, co byly u porodu, to prý viděly za svou praxi poprvé. Prasklo to přesně v místě minulého řezu – přesně tam, kde by jinak během chvíle řízli. Dítě bylo naprosto v pořádku, jen se tlačilo na svět jinudy a proto tedy i ty nepřiměřeně velké bolesti. Udělaly velkou revizi celé oblasti a musely prý i prasklinu víc naříznout a zakrvavit, aby vše srostlo. Podle ultrazvuků, je vše v pořádku.



S psychickými následky tohoto porodu jsem se ani deset měsíců potom zdaleka nevyrovnala. Samozřejmě mě nejvíce trápí, že mi rozhodně nedoporučují mít třetí dítě. Já se v mateřství našla, strašně mě to baví, mám pocit, že poprvé ve svém životě dělám něco, co má opravdu smysl a nedokážu se smířit s tím, že by tohle měla být konečná. Při vizitě, kdy jsem vznesla dotaz na další miminko, mě málem ukamenovali, prý jsem nezodpovědný sebevrah a chci připravit své děti o matku a udělat z nich sirotky. Prý si neuvědomuji, že jsem jim na operačním stole skoro zůstala a mám to pustit z hlavy. Vyjádřila jsem své přesvědčení o tom, že budu ještě jednou chtít třetí dítě a když se jejich prudké reakce trochu uklidnily, tuto možnost teoreticky připustili, pokud to bude aspoň za 5 let a udělají mi opět cca v 37. týdnu císařský řez, aby nedošlo ke kontrakcím. Vzhledem k tomu, že mi v době porodu bylo 30 let, je to prý možné.

Jsem tedy v tomto ohledu a málo klidnější, i když je mi jasné, jaké to bude jednou těžké rozhodnutí, zda to toho jít potřetí znovu, protože bude přímo ohrožen můj život i život dítěte. Navíc je asi jisté, že mě bude okolí horlivě přesvědčovat, abych šla na potrat, že to nikdy nemůže vyjít.

Ale já si myslím, že je někdy nutné riskovat, aby člověk dosáhl toho, po čem touží. Tyto úvahy jsou v tuto chvíli více než předčasné. I kdyby se toto nestalo, chtěli jsme s manželem třetí dítě až za delší dobu, takže uvidíme, jak se za pět let změní naše názory a tužby.



Stále mě trápí deprese, vrací se mi ty chvíle, do porodnice podívat se za miminky ostatních kamarádek vstupuji v slzách a časovým předstihem, protože potřebuji čas, abych se uklidnila a byla schopná normálně s čerstvou maminkou komunikovat.

Když jsem se ptala a pátrala po hlubší příčině toho, co se stalo, dostalo se mi zajímavé odpovědi: děloha jako symbol mateřství a ochrany – mé tělo neotvírá porodní cesty a nechce děti pustit ven, do tohoto světa a to i za cenu vlastní destrukce. Tedy chorobný strach o děti? O to, co by se jim mohlo stát? Že je jednou ztratím a tak je nechci nikomu jinému dát i v okamžiku narození? Pohlcující matka, která bere dětem přirozený příchod na svět jen proto, aby byly co nejdéle u ní, i když ji samotnou to může stát život? Jestliže je někde hluboko ve mně nastaven tento program, co budu dětem provádět později? A mám vůbec právo, chtít ještě další děti, když mé porody končí takto vypjatě?

Mám čisté svědomí v tom, jak se o své děti starám, jak o ně pečuji, jak je miluji, ale děsím se těch nevědomých mechanismů v sobě, které způsobují, že si jako matka nejsem jista v tom prapočátku, ve zrození a následně ve svobodném vývoji a životě dítěte. Dokážu se od nich oprostit a poskytnout jim volnost?

Ale vše zlé je pro něco dobré a já si říkám, že mě to aspoň donutí posunout se někam dál, pracovat na sobě, pokud možno vzkřísit a změnit svou vnitřní matku, věnovat se více sobě, nežít jen životem svých dětí, jak by se mi asi lehce mohlo stát. Upevnit svou víru, že vše dopadne dobře a ujasnit si, co vlastně chci.

Myšlenky na třetí dítě se stále nevzdávám, ne proto, že bych chtěla holčičku nebo „z trucu“, ale protože cítím, že ještě není konec, že vše nebylo ještě vyřčeno, že nejsem ještě kompletní,

že naše rodina není úplná. Mám dojem, že to bude důležitá zkouška, jak se s touto situací vyrovnám, takové skoro „maturita ze života“. Kéž bych ji úspěšně složila a dostala se i dál – na své vyšší životní vzdělání.

Životu a našim snům sláva!!



3.3 Baumtest paní Hany

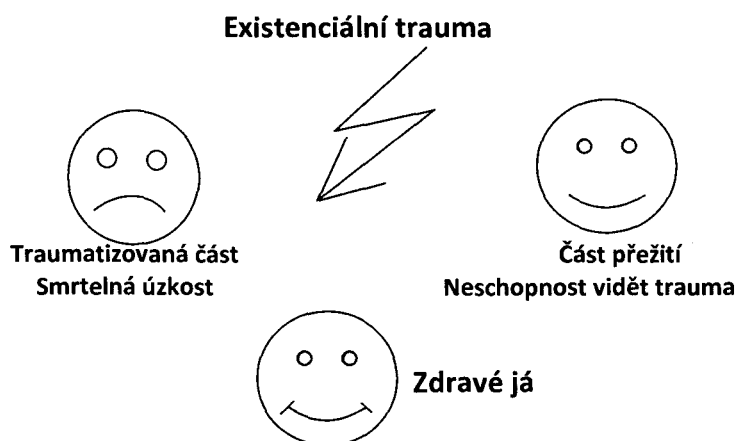
Protože jsem v době, kdy jsem požádala paní Hanu o další spolupráci, měla k dispozici již „baumtesty“ od cca 20ti maminek – což je na jedné straně málo pro jakékoliv statistické vyhodnocování – na druhé straně pro účely kvalitativního a fenomenologicky zaměřeného výzkumu dost na to, aby se začaly rodit určité hypotézy, napadlo napadlo mě využít tuto projektivní metodu i u paní Hany a požádat ji ještě o nakreslení stromu.

Na její kresbě nás patrně zaujme, že namísto jednoho stromu nakreslila hned stromy dva. Zatímco první z nich, je výrazný - s uzavřenou korunou plnou hustého a křížícího se větvení - a tvoří „figuru“ obrazu, druhý je mnohem menší, tvarově však podobný. Je prázdný a paní Hana ho umístila na „pozadí“ vlevo.

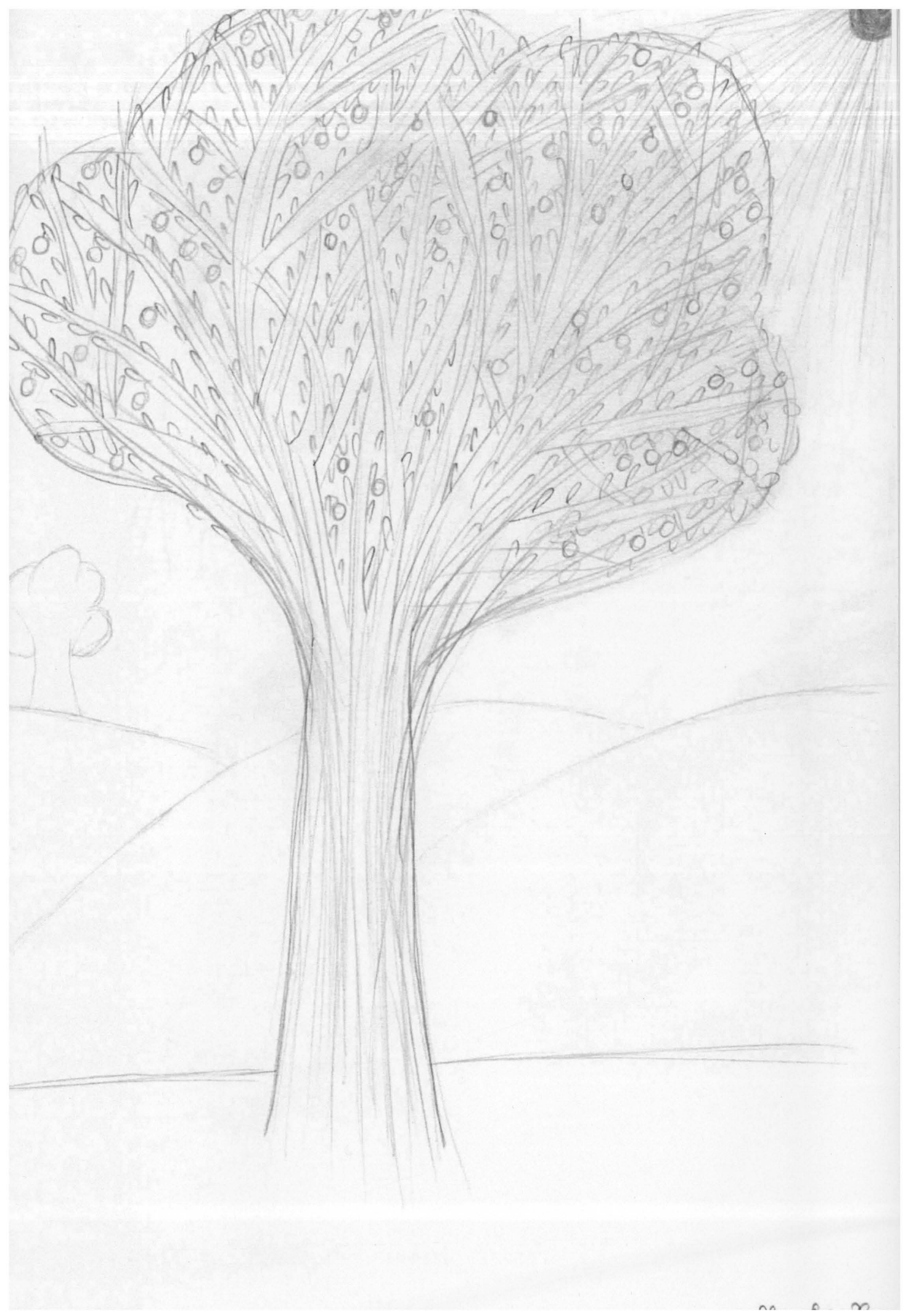
Ostrá kontura označující zemi umístěna nad bází kmene spolu s naznačenou krajinou může ukazovat na aktuální pocit určité izolace a únik do snění.

Obrázek respektive jeho možné interpretace by, alespoň v tomto konkrétním případě, podporovaly poznatky, které uvádí Ruppert (více str.140), že v případě existence existenciálního traumatu, kdy se člověk setkává tváří v tvář smrtelnému nebezpečí, může dojít k hlubokému duševnímu rozštěpení. Traumatizovaná část (viz obrázek) se s hrůzou odvrací od všech lidí, je zatuhlá ve stavu šoku a nekomunikuje s okolím. Naopak část přežití se chová, jako kdyby se trauma vůbec neudálo. Když se však jednou spustí kaskáda úzkosti v nervové soustavě, bývají u existenciálních traumat zatlačeny zdravé části já hodně do pozadí. Úzkost je patrně tou největší překážkou v opětovném zacelení duševního rozštěpení (Ruppert, 2006).

Již uvedené schéma ze str.140 uvádíme pro naše účely ještě jednou.



Pro zajímavost přikládám bez dalších komentářů několik dalších příkladů Baumtestů maminek, které rodily akutním císařským řezem a reagovaly podobně jako paní Hana, tj. v rozporu s instrukcí měly potřebu nakreslit stromy dva.

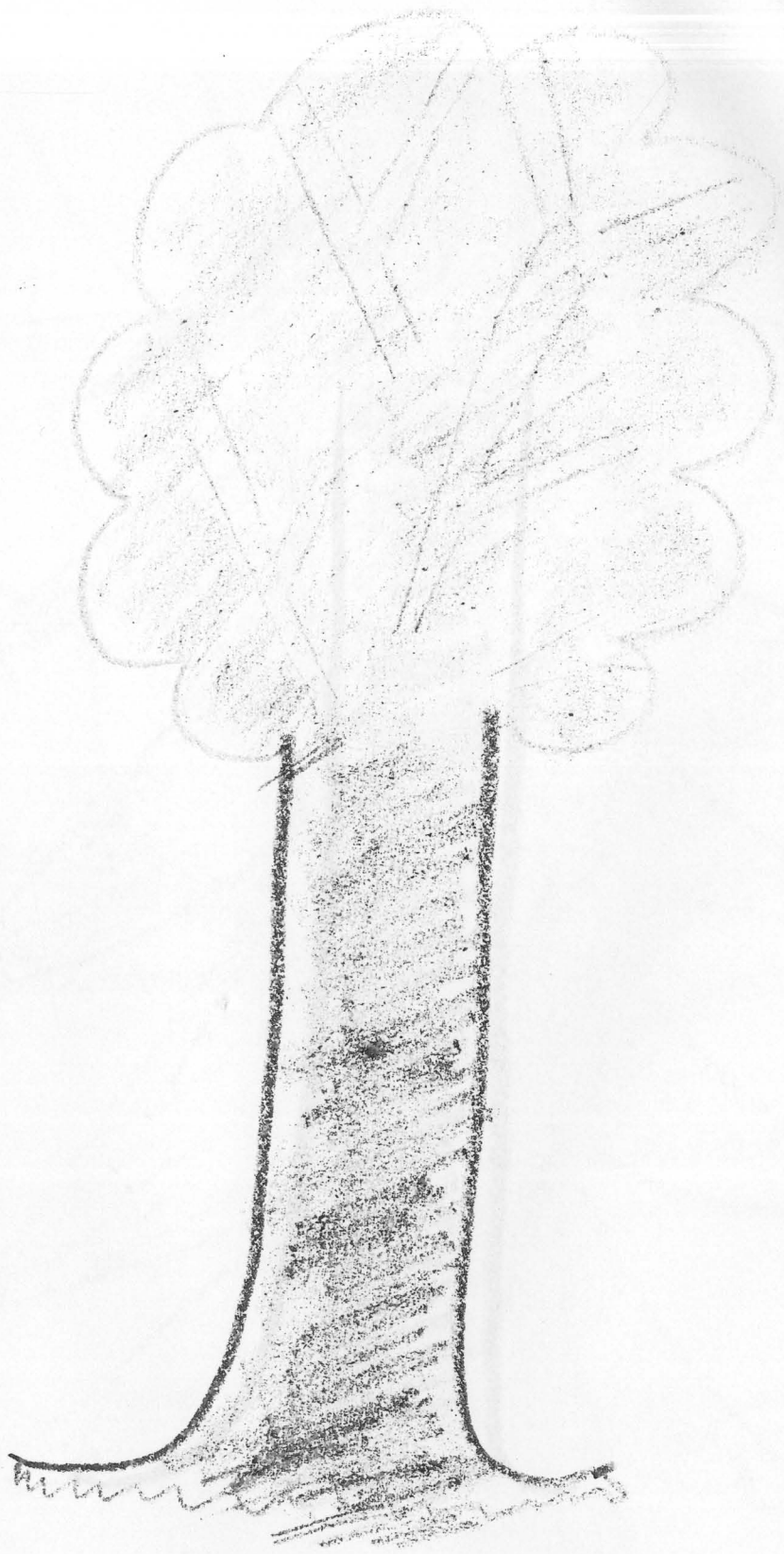




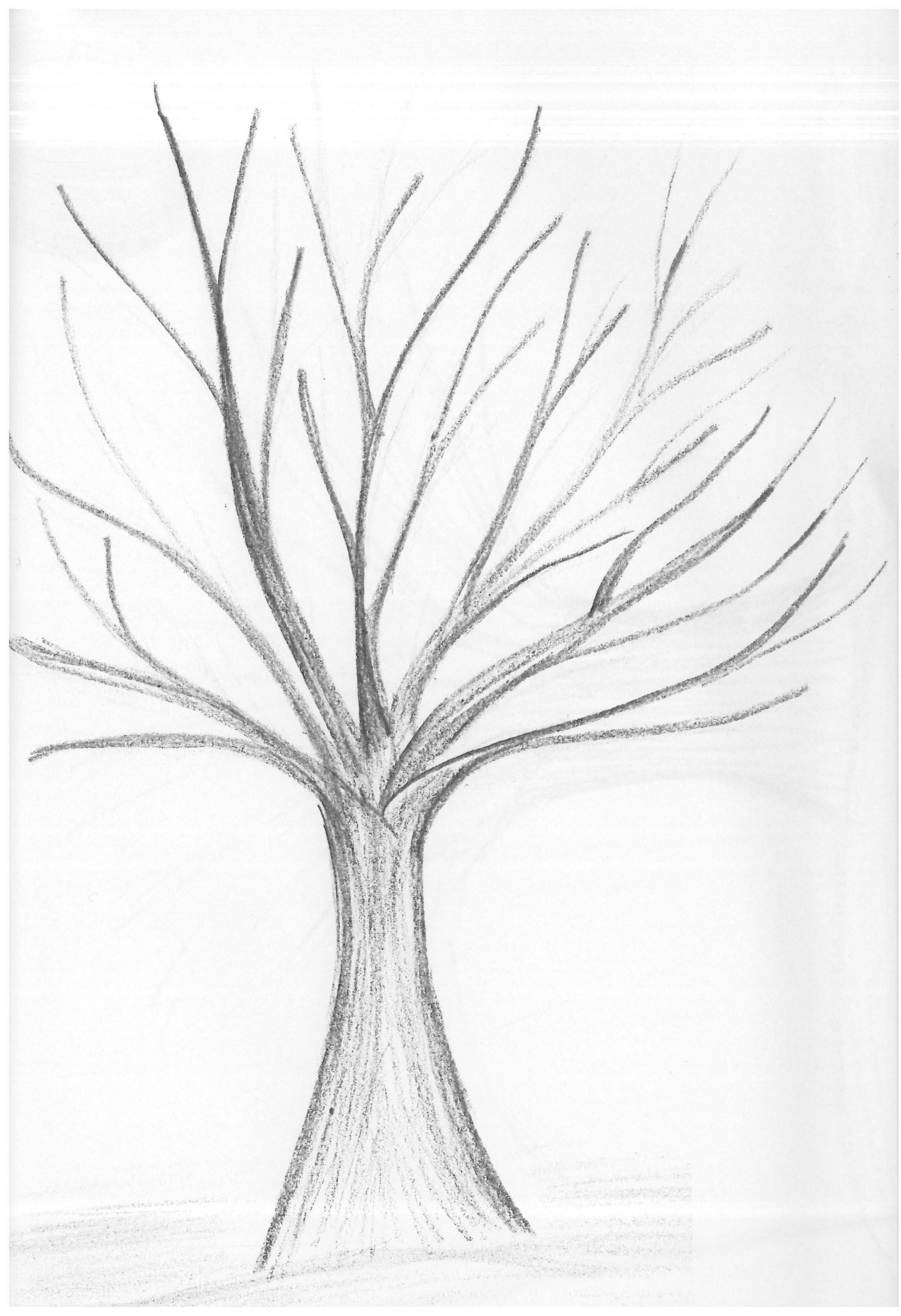
ABLON

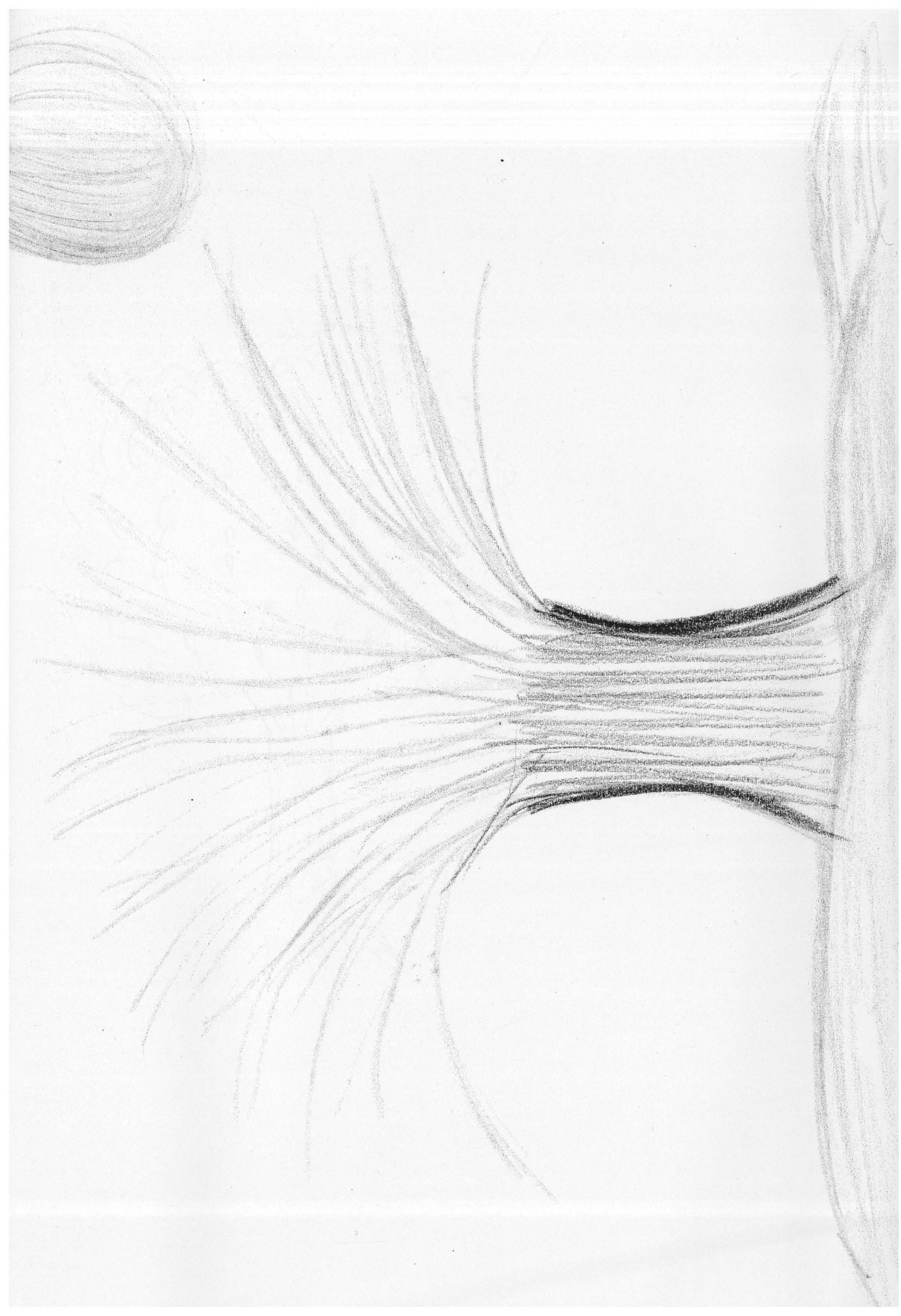


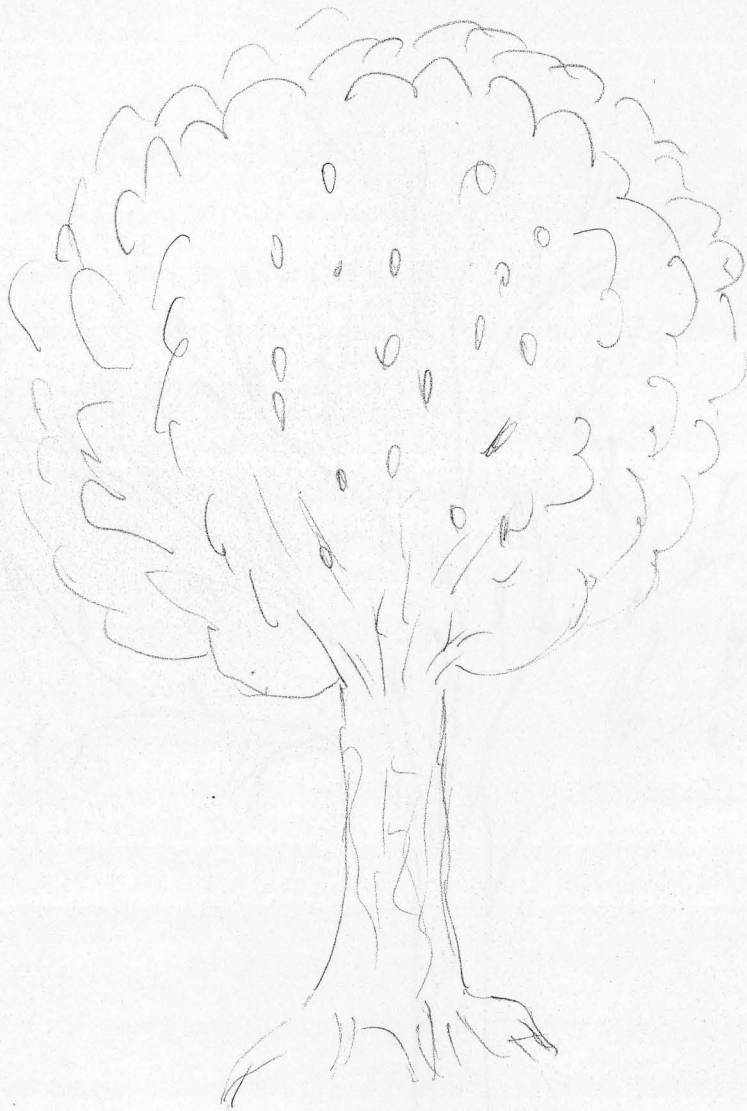
BOROVICE







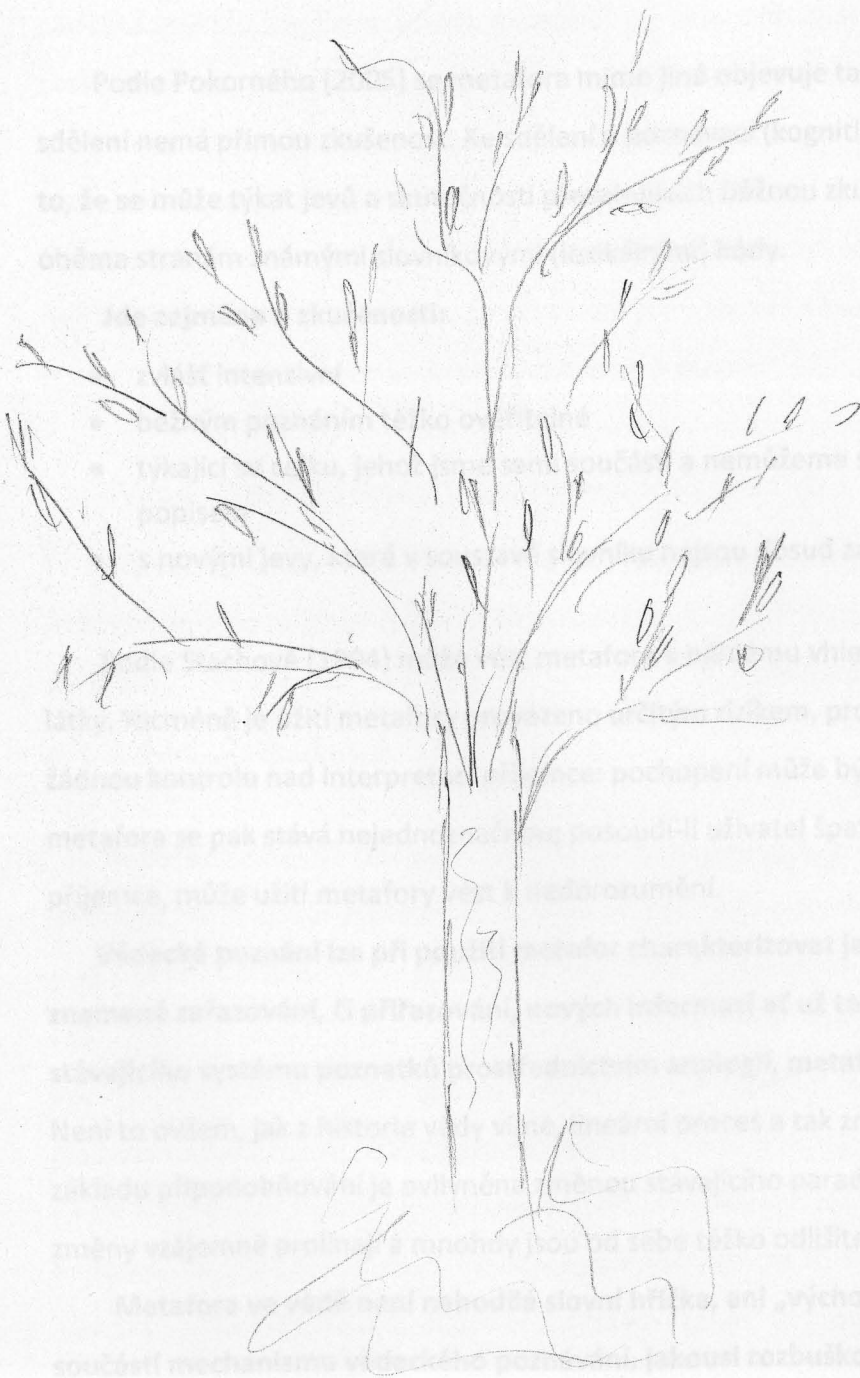




4. POROD A CÍSAŘSKÝ ŘEZ JAKO METAFORA

„Význam minulosti není je aktovka se šifrovanými a nerozlučnými informacemi, je možná, jen když se umíme nebo chceme, aby se integrace minulosti stala pro každou věc naší současnosti, aby se zviditelila v přítomnosti.“

H. Šedl



4. POROD A CÍSAŘSKÝ ŘEZ JAKO METAFORA

„Psychická rovnováha, která je základem veškeré rovnováhy a intelektuální integrace, je možná, jen když se umožní nebo napomůže, aby se integrace formálních prvků pod hladinou vědomí mohla uskutečnit, což se zvláště děje v představivé činnosti všeho druhu.“

H. Read

Podle Pokorného (2005) se metafora mimo jiné objevuje tam, kde jde o věc, s níž adresát sdělení nemá přímou zkušenost. Ke sdělení a poznávací (kognitivní) funkci metafor patří tedy to, že se může týkat jevů a skutečností přesahujících běžnou zkušenost a těžko sdělitelných oběma stranám známými slovníkovými (lexikálními) kódy.

Jde zejména o zkušenosti:

- zvláště intenzivní
- běžným poznáním těžko ověřitelné
- týkající se celku, jehož jsme sami součástí a nemůžeme se jej zmocnit objektivním popisem
- s novými jevy, které v soustavě slovníku nejsou dosud zakódovány

Podle Stachové (1994) může vést metafora k náhlému vhledu do problému nebo do nové látky. Nicméně je užití metafor provázeno určitým rizikem, protože uživatel metafor nemá žádnou kontrolu nad interpretací příjemce: pochopení může být individuálně odlišné a metafora se pak stává nejednoznačnou; posoudí-li uživatel špatně předběžnou znalost příjemce, může užití metafor vést k nedorozumění.

Vědecké poznání lze při použití metafor charakterizovat jako „připodobňování“, to znamená zařazování, či přiřazování, nových informací ať už teoretických či empirických do stávajícího systému poznatků prostřednictvím analogií, metafor a na ně navazujících modelů.

Není to ovšem, jak z historie vědy víme, lineární proces a tak změna „root metafor“ jako základu připodobňování je ovlivněna změnou stávajícího paradigmatu, lépe řečeno se obě změny vzájemně prolínají a mnohdy jsou od sebe těžko odlišitelné.

Metafora ve vědě není nahodilá slovní hříčka, ani „východ z nouze“, ale je přirozenou součástí mechanismu vědeckého poznávání, jakousi rozbuškou pro postřehnutí analogie jako východiska pro vytvoření modelu. Metaforu opřenou o analogii lze užít tam, kde ještě obsah

našeho zkoumání nelze vyjádřit „přesnou“ obvyklou terminologií, ale také tehdy, kdy je problém zcela vyjasněn, přesně popsán. V prvním případě hraje metafora s analogií roli první pomoci pro zachycení nápadu, v druhém pak znásobuje myšlenkovou tvořivost při interpretaci použitého postupu. Modely na jejich základě vytvořené mají tak různá místa v postupu vědeckého zkoumání.

Přestože je metafora prostředkem uměleckého vyjádření, může mít přitom též nenahraditelnou kognitivní funkci. Z hlediska porozumění, zvláště nového, může být vhodně zvolená metafora nejsilnějším nástrojem k uchopení smyslu skutečnosti (Stachová, 1994).

Porod a porodní terminologie je poměrně často užívanou metaforou i v běžné mluvě. Tak např. rčení „**To byl ale porod**“ – si překládáme obvykle jako informaci, že se jednalo o složitý komplikovaný a bolestný proces. Úspěšného režiséra se ptají, které své dítě (myšleno film) má nejraději. Můžeme se též dočíst, že určitá doba je těhotná nějakým tématem nebo se doslechneme o porodních bolestech nějakého projektu.

Porod císařským řezem v pohádkách a v příbězích

Existují některé známé příběhy, kde se vyskytuje přímo motiv „císařského řezu“. Patrně jedním z vůbec z neznámějších a celosvětově rozšířených je pohádkový příběh O Červené Karkulce.

Červená Karkulka od Jessie Wilcox Smithové

4.1 O Červené Karkulce

Podle Bettelheima (2000) je častým motivem pohádek zrození hrdiny na nové dospělejší úrovni. Jednou z takovýchto pohádek je podle něho i pohádka O Červené Karkulce, která v symbolické rovině pojednává o **přerodu dívky v dospělou ženu**. Zobecněním této



pohádky bychom se dostaly až k antickému mýtu o Demétér (matka) a Persefóné (dcera) - zde maminka a Karkulka, s nezbytným motivem svůdce (v mýtu Hádés), v tomto případě zastoupeného vlkem. K šťastnému vyústění zde přispěje myslivec symbolizující zralou otcovskou (mysl, myslivnu) pozitivní, zachraňující postavu, která má nejen schopnost vzhledu do situace, ale je též schopna okamžitě a účelně jednat a „akutním císařským řezem“ osvobodí obě ženy z vlkova břicha.

Podle Berneho myslivec, dobromyslný zachránce vysvobodí Karkulku z morální a psychické tmy vlčích útrob a vyvede ji zpět na světlo – na správnou cestu (Berne, 1997).

Tato pohádka byla nejrůznějšími způsoby a autory interpretována. Někteří psychoanalyticky orientovaní badatelé kupříkladu tvrdí, že vlk trpí závistí těhotenství, protože má nutkání mít v břichu něco živého. Na konci jsou ovšem jeho útroby naplněny kameny – symboly neplodnosti, což má být výsměch jeho snaze podobat se těhotné ženě (Bílková, 2003).

Nabízí se též možnost pracovat s tématem akutního porodu císařským řezem prostřednictvím scénářových modelů v berneovském slova smyslu. Berne (1997) uvádí základní scénářové schéma v Červené Karkulce rozdělené do rolí (oběť-Červená Karkulka a babička, pronásledovatel-vlk, zachránce -myslivec). Otázkou ovšem je, zda-li v této situaci nehrozí porodníkovi, že z role myslivce - zachránce celé situace bude mylně považován za pronásledovatele vlka, který ženě neumožní porodit „normálním“ způsobem.

4.2 Otesánek

Podobně jako v předchozí pohádce, tak i v pohádce o nenasytém Otesánkovi se setkáváme s motivem velkého břicha (ve kterém je tentokrát pohlceno více lidí, zvířat, ba i věci – zhltnul např. „děvečku i s trakařem“). Zde se jedná alespoň na první pohled o zcela odlišný motiv nežli pohádce Červená Karkulka – o **motiv neadekvátnosti, nepřiměřenosti** (nepočítáme-li, že vlk se nespokojil se zhltnutím pouze babičky). Tento jev je zejména

v hlubinné psychologii znám jako jev inflace, tj. nerovnovážný stav mezi vědomím a nevědomím, kdy na jedné straně „příliš málo“ vyžaduje na straně druhé masivní kompenzaci - „příliš mnoho“. Také řešení na rozdíl od pohádky O Červené Karkulky v tomto případě nepřichází ze strany muže - myslivce, ale nositelkou řádu – a uvádění věcí zpět na pravou míru je „obyčejná“ babička okopávající hlávky zelí (symbolizující moc a moudrost pohádkové moudré stařenky).

www.roaringtwins.com/il



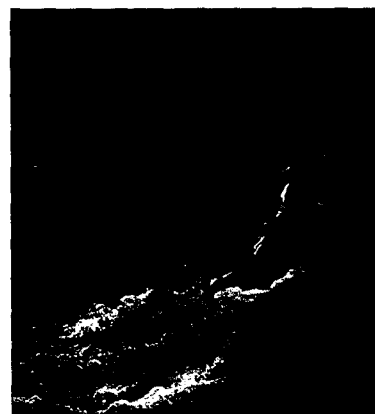
Všeobecně známým námětem je příběh dlouhou bezdětných manželů, kteří přesto po dítěti velmi toužili. Otec se pak rozhodl vytesat („udělat dítě“) pro utěšení své ženy dítě ze dřevěného samorostu, který našel v lese. Dřevěné dítě obživlo (představa byla silně libidinózně sycena), postupně stále více jedlo (zabíralo stále více psychického prostoru, „malý tyran“), a když rodiče

nestačili jeho stravovací nároky („Mámo, já mám hlad!“) uspokojovat, postupně snědlo všechny osoby ve svém okolí včetně mnoha věcí. Každé postavě se napřed představil výčtem dřívějšího snědeného: „Jedl jsem – snědl jsem: kaši z rendlíka, krajáč mlíka, pecen chleba, mámu, tátu, děvečku s trakařem...“ zakončeným slovy „...a tebe taky sním.“ Snědl ještě sedláka s koňmi a vozem, pasáčka s vepří, ovčáka se stádem ovcí a několik hlávek zelí. Nakonec se babka s motykou sníst nenechá a za pomoci motyky Otesánka zabije, čímž dochází (podobně jako po zabití vlka v Červené karkulce) k osvobození všech snědených. Rodiče pak žili pokojně až do smrti, ale po dítěti už nikdy nezatožili (jak jim ostatně lidé radili už na začátku příběhu).

Tato pohádka poskytuje bohatý materiál k metaforickým výkladům o přáních a jejich uskutečnění, o rodičovství a výchově, o nenasytosti všeho druhu, o tom, že není dobré chtít mít dítě za jakoukoli cenu, ale o mnohém dalším jako např. o důležitosti motivace k rodičovství (internet – wikipedie.cz- 8.2.2010)

4.3. Příběh o Jonášovi

Poslední příběh, který si uvedeme, nebude příběhem pohádkovým, ale příběhem starozákonním – biblickým. Připomeňme si krátce, o čem příběh pojednává. Jonáš poslaný do Ninive prchá a Bůh neposlušného proroka zastavuje. Jonáš nastupuje na loď a ujíždí pryč od Hospodina. Náhle se rozpoutává veliká bouře. Lodi hrozí ztroskotání. Lodníci mají strach a vrhají do moře předměty, které mají na lodi, aby odvrátili zkázu. Ale Jonáš sestupuje do podpalubí a tvrdě usíná. Přichází k němu kapitán a křičí na něj, aby vstal a volal ke svému bohu, aby nezahynuli. Zatím lodníci losovali, aby zjistili, kvůli komu je přepadla ta pohroma, los padl na Jonáše. Jonáš se doznal, že prchá od Hospodina. Poradil jim, ať ho vrhnou do moře, že pak je moře nechá na pokoji. Řekl jim, že si je vědom, že je ta bouře přepadla kvůli němu. Muži pak veslovali, aby se vrátili na pevninu – ale marně. Moře se proti nim bouřilo stále víc. Proto prosili Hospodina, aby je nechal naživu, když obětují život tohoto muže. Pak vzali Jonáše a vrhli ho do moře. A moře se uklidnilo. Padla na ně veliká bázeň před Hospodinem, přinesli mu oběť a učinili sliby. Hospodin vytrhuje Jonáše ze smrti. Hospodin nastrojil velikou rybu, aby pohltila Jonáše.



Jonáš byl v útrokách ryby tři dny a tři noci. A modlil se v útrokách ryby k Hospodinu. I rozkázal Hospodin rybě, a ta vyvrhla Jonáše na pevninu. V některých verzích si musí nejdříve rozdělat oheň a vykutat otvor, kterým se dostane na břeh.

Příběh o Jonášovi postihuje řadu momentů i obecných zákonitostí, které jsou typické pro mezní situace. Jonáš nechce uposlechnout božího příkazu, což můžeme chápat jako, že si chce volit jednodušší, tj. pouze světskou cestu – odmítá se konfrontovat sám se sebou na hlubší existenciální rovině svého bytí. Domnívá se, že se může vyvléci ze svého osudového poslání a utéct sám před sebou. I když ho situace dožene (návrat vytěsněného), odmítá se situací nadále vědomě konfrontovat (usne v podpalubí). Teprve pak, když hrozí záhuba všem, je ochoten obětovat sám sebe a podstoupit riziko iniciace. Jonáš při svém „pobytu“ uvnitř velryby přichází o vlasy, které bývají chápány jako symbol pudové a instinktivní síly. Musí obětovat „nižšího člověka“.

Jak uvádí Řepa, příběhy poskytují **dostatek prostoru pro návraty k vytěsněným krizovým obsahům a jejich nové strukturaci**. Tematické ukotvení v oblasti pohádek, mýtů, pranostik a dalších jednoduše představitelných námětů, které poskytují obsáhlou základnu pro zachycení symbolu a abreaktivní odžití konfliktních situací. [9.2.2010- Řepa (<http://arte05.wz.cz/uvod.html>).

Pohádky vytvářejí jeden z nejbezpečnějších terapeutických rámců pro zpracování velmi intimních a „křehkých“ témat. Tím, že pracujeme na symbolické rovině, neaktivujeme obvykle obranné mechanismy, které jsou nahrazovány hravostí, spontaneitou a tvořivou aktivitou. Pohádka či příběh přichází s aktuálním a mnohdy nečekaným výkladem a může tak vyvolat ozdravení osobnosti a její „oživení“ tím, že dojde k novému a tvořivému spojení vědomí s nevědomím (podobně jako při přiléhavém výkladu snu).

Tvořivá práce s pohádkami případně dalšími symbolickými příběhy v různých konkrétních formách (práce ve skupině, dramaterapie, převyprávění klasické varinty vlastním způsobem) se tak jeví jednou z reálných a bezpečných možností (nevyjímaje nesporní možnosti a účinky kvalitního terapeutického a podpůrného rozhovoru) jak získat od traumatické události odstup, nahlédnout prožitou situaci z nejrozmanitějších úhlů pohledu, což umožní událost nově strukturovat a pozitivním způsobem přeinterpretovat.

ZÁVĚR

Žijeme na takovém místě a v takové době, kdy se pro nás naštěstí stalo téměř úplně samozřejmým očekávat, že žena, která odchází do porodnice, si po několika dnech přinese domů zdravé dítě. Přes tento nesporný fakt, který je hmatatelným důkazem obrovského pokroku na poli české gynekologie a porodnictví v posledních několika desetiletích, nelze kvalitu moderní lidské společnosti posuzovat a měřit jen podle toho, kolika lidem umožní přežít. Tématem, které se od dob humanisticky orientovaných psychologů dere do lidského vědomí a nabývá patrně stále více na své aktuálnosti, je skutečnost, jakým způsobem život prožijeme, jakou kvalitu vztahování se ke světu, k druhým i sami k sobě, dokážeme v jeho průběhu realizovat, nakolik dokážeme rozvinout svůj vztahový, vývojový, duševní a duchovní potenciál.

A právě porod je jakousi startovní čarou našeho života, jež může být tím dobrým a život usnadňujícím odrazovým můstkem. Avšak v některých případech, bohužel, může představovat jakýsi neviditelný „karambol“, který znesnadní navázání raného kontaktu mezi matkou a jejím dítětem a „šrámy na matčině duši“ se mohou posléze promítnout do života celé rodiny. Naštěstí dnes začíná být již prostor pro hledání a nalézání bezpečných způsobů a metod, jak s tímto existenciálním psychickým traumatem zacházet a jak se s ním vypořádat.

Po osmi dlouhých letech, kdy předkládám svoji disertační práci, mám poněkud paradoxní pocit, jako bych těsně před jejím dokončením stanula opět na nějakém začátku. Na otázky, které jsem si v počátcích svého snažení kladla, jsem sice určité odpovědi dostala, ale přibýly další otázky a nová témata, které v průběhu času zcela přirozeně vykrytalizovaly. Přínosem práce je, alespoň v to pevně věřím, vymezení konkrétních problémových okruhů a zpřehlednění poněkud nesourodého „porodnického terénu“, což může usnadnit další orientaci a urychlit další výzkumné aktivity v této oblasti.

Jedním z úkolů a cílů této práce, bylo taktéž hledat jakési průsečíky mezi nejrůznějšími mnohdy kontroverzními názory a proudy (např. hnutí za přirozený porod stojící proti lékařsky vedeným porodům), a snad se podařilo nalézt i některé styčné body mezi různými vědeckými disciplínami.

Doufám též, že práce napomůže k rozvíjení další diskuse a snad alespoň určitou měrou může přispět k usnadnění komunikace všech zainteresovaných složek a skupin, ze strany

odborníků, laické veřejnosti, žen i mužů. Byla jsem vedena upřímnou snahou psát, o mnohdy velmi citlivých a křehkých tématech, nekonfrontačním způsobem a pokoušela jsem se fenomén porodů císařským řezem nahlédnout z rozmanitých úhlů tak, aby práce prostor k diskusi spíše otevírala, nežli oživovala „staré křivdy“ a vyostřovala postoje a stanoviska zástupců různých stran.

Je zapotřebí dále se zaměřovat na zvyšování informovanosti, která umožní především nastávajícím maminkám, ale i jejich partnerům, též profesionálům pracujícím v této oblasti, zbavovat se nejrůznějších mýtů, předpojatostí a náboženských a kulturních dogmat spojovaných s průběhem těhotenství, porodem a mateřstvím. Odstraňovat postupně nerealistická očekávání a podporovat vytváření reálné představy o porodu zahrnující i jiné varianty nežli porod klasickým způsobem. Bylo by možno též doporučit a začít dále pracovat na vytváření preventivního programu psychologické intervence již v průběhu těhotenství například v případech, objeví-li se rizikové psychosociální faktory či pokud již žena jednou císařským řezem rodila...

Summa summarum – psychologický výzkum v této oblasti ani zdaleka nepoodhrnul všechny ty početné zdroje halící lidskou psyché; ta zůstává i nadále nedostižná a tajemná jako veškerá hluboká tajemství života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INFORMAČNÍCH PRAMENŮ

- Alan, J.: Etapy života očima sociologie, Praha, Panorama, 1989.
- Balcar, K.: Úvod do studia psychologie osobnosti, SPN, Praha, 1983.
- Balaskasová, J.: Přirozené těhotenství, Svojtka a Vašut, Praha, 1996.
- Baštecká, B., & Goldmann, P. : Základy klinické psychologie, Portál, Praha, 2001.
- Bedrnová, E., Provazník, V.: Psychologické aspekty rozhodování, SPN Praha, 1991.
- Berne, E.: Co řeknete, až pozdravíte, Lidové noviny, Praha, 1997.
- Berne, E.: Jak si lidé hrají, Praha, Svoboda, 1970.
- Bettelheim, B.: Za tajemstvím pohádek, Nakladatelství Lidové noviny, 2000.
- Bílková, J.: Pohádka a její využití v herních aktivitách, Rigorózní práce, FF UK Praha, 2005.
- Bly, R.: Železný Jan, Argo, Praha, 2005.
- Břicháček, V.: Edinburghská škála postnatální deprese – její ověření v ČR, Závěrečná výzkumná zpráva pro IGA MZ ČR, ÚPMD, Praha, 1999.
- Budil, I. T.: Mýtus, jazyk a kulturní antropologie, Triton, Praha, 1999.
- Capirpaloglu, P.: Psychologie hodnot, Votobia, Praha, 2004.
- Czech, J.: Biblické příběhy v proměnách času, Portál, Praha, 2006.
- Čech, E.: Porodnictví, Grada–Avicenum, 1999.
- Čepický, P.: Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví, disertační práce, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha, 1997.
- Čepický, P., Líbalová, Z.: Psychologie císařského řezu, Čs. Gynek., 17, 2008, s. 79-84.
- Čepický, P., Líbalová, Z.: Historie vedení porodu, 25.5.2009 - www.levret.cz
- Dahlke, R.: Životní krize jako vývojová šance, Aquamarin, Praha, 2001.
- Dalajlama: Etika pro nové milénium, Pragma, Praha, 1999.
- Danzer, G.: Psychosomatika, Portál, Praha, 2001.
- Doušová, K.: Postraumatický růst: životní krize a trauma jako zdroj moudrosti v životním příběhu, Diplomová práce, Brno, 2007.
- Dreifuss, G., Riemerová, J.: Abraham, Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno, 2006.
- Dudová, S.: Specifické prožívání porodu císařským řezem. Čs. Gynek., 56, 1991, s. 287-290.
- Eliade, M.: Mýty, sny a mystéria, Oikoymenh, Praha, 1998.
- Eliade, M.: Posvátné a profánní, Česká křesťanská akademie, Praha, 1994.
- Endlicherová, J.: Nejsem pro porod doma. Sestra, 10, 2000, 3, s. 16.

- Evans, N.: Těhotenství od A do Z, Pragma Praha, 1998.
- Faimberg, H.: Narcistický rodič a střet generací, Jiří Kocourek – Praha, 2001.
- Frankl, V.: Člověk hledá smysl, Jiří Kocourek, Psychoanalytické nakladatelství, Praha, 1994.
- Frankl, V. E.: Lékařská péče o duši, Cesta, Brno, 1996.
- Frazer, G. J.: Zlatá ratolest, Odeon, Praha, 1977.
- Freud, S.: Vybrané spisy I, Praha, Avicenum, 1969.
- Fromm, V. E.: Anatomie lidské destruktivity, Lidové noviny, Praha, 1992.
- Frydrychová, A.: <http://aperio.cz/kurzy-seminare/pro-verejnost.shtml?x=20652-15.3.2010>.
- Geist, B.: Psychologický slovník, Vodnář, Praha, 2000.
- Genep van, A.: Přejížděcí rituály, Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 1997.
- Georgeová, D.: Mysteria temné Luny, Volvox Globator, Praha, 2008.
- Gregor, D.: Oidipický komplex, mýtus o Oidipovi a Freud in Psyché et natura, Brno, 1/2000.
- Grün, A.: Obrazy proměnění, Karmelitánské nakladatelství Kostelní Vydří, 2001.
- Grün, I., Sharman- Burke, J.: Životní cesta v zrcadle mýtů, Portál, Praha, 2001.
- Golemann, D.: Destruktivní emoce, Ikar, Praha, 1994.
- Grof, S.: Dobrodružství sebeobjevování, Gemma, Praha, 1988
- Grof, S.: Za hranice mozku, Praha 1992.
- Grof, S.: Psychologie budoucnosti, Perla, Praha 2004.
- Hamplová, D., Šalamounová, P., Šamanová, G.: Životní cyklus – sociologické a demografické perspektivy, SÚ AV ČR, 2006.
- Hanáková, P. a kol.: V bludném kruhu, Slon, Praha, 2006.
- Hašková, H.: Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví – studie, Sociologický ústav AV ČR, Praha, 2001.
- Hadravová, J., Šimek, J.: Psychosomatická problematika v porodnictví. Čs. Gynek., 49, 1984, s. 112-118.
- Haškovcová, H.: Lékařská etika; Galén, Praha 1997.
- Havel, I.M.: Modality subjektivně prožívaných situací, Studie CTS (UK a AV ČR), Praha, 2002.
- Heidegger, M.: Bytí a čas, Praha, Oikoymenth, 2002
- Hellinger, B.: Rodinné konstelace – imperativy lásky, Triton, Praha, 2007.
- Hendl, J.: Kvalitativní výzkum, Portál, Praha, 2005.
- Holečková, H.: Smrt jako symbol, Seminární práce z psychologie, FF UK Praha, 2004.
- Hučín, J.: Jiný stav přináší i jiný svět. Psychologie dnes, 6, 2000, č. 7-8, s. 8-11.

- Husserl, E., Přednášky k fenomenologii časového vědomí, Oikoymenth, Praha 1996.
- Husserl, E., Idea fenomenologie, Oikoymenth, Praha 2001.
- Jaspers, K.: Úvod do filozofie, Oikoymenth, Praha, 1996.
- Jiránek, F., Souček, J.: Úvod do obecné psychologie, SPN, Praha, 1969
- Jiříčková, K.: Kdo je dula, <http://www.dulakatka.wz.cz/-7.3.2010>.
- Jung, C. G.: Duše moderního člověka, Atlantis, Brno, 1994.
- Jung, C.G.: Výbor z díla VIII. – Hrdina a archetyp matky, Nakladatelství Tomáše Janečka, 2009.
- Jankovská, H.: Návrat k panně – aktivace nového vnímání, Fabula, Praha, 2003.
- Jaspers, K.: Úvod do filozofie, Oikoymenth, Praha, 1996.
- Johnson, M. S.: Charakterová proměna člověka, Computer press, Brno, 2006.
- Kameníková, M., Kyasová, M.: Ošetřovatelské diagnózy na porod. sále, Grada, Praha, 2003.
- Kárová, A., Přirozený porod a kurzy předporodní přípravy – psychologický pohled, Ročníková práce z klinické psychologie, FFUK Praha, 2000.
- Kapr, J., Koukola, B.: Pacient, Revoluce v poskytování péče, Slon, Praha, 1998.
- Kastová, V.: Krize a tvořivý přístup k ní, Portál, Praha, 1998.
- Kodyšová, E., Lorenzová, E.: <http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/-1.3.2010>.
- Klaus, M., Kennel, H., Klaus, P.: Porod s doulou, <http://www.dula.mysteria.cz/-23.2.2010>
- Kolektiv autorů: Průvodce porodnicemi České republiky, Aperio, 2002.
- Kontra, G.: Doby porodní, <http://www.porodniplan.cz/-28.2.2010>.
- Labusová, E.: http://www.evalabusova.cz/cesty/I_10.php-23.2.2010.
- Leboyer, F.: Porod bez násilí, Stratos, Praha, 1995.
- Mackonochieová, A. a kol.: Těhotenství a péče o dítě, Svojtka&Co., 2002
- Macků, F.: Porodnictví, Univerzita Karlova, 1996.
- Macků, F., Macků, J.: Průvodce těhotenstvím a porodem. Grada Publishing, 1998.
- Manguel, A.: Čtení obrazů, Host, Brno, 2008.
- March, V.: Nová doba porodní, Eminent, Praha, 2002.
- Máslová, H.: <http://psychosomatic.cz/rozhovor-pro-casopis-betynka/-20.1.2010>
- Mikšík, O.: Psychologická charakteristika osobnosti, Karolinum, Praha 2003.
- Matějček, Z.: Psychologické eseje, Karolinum, Praha, 2004.
- Mezinárodní klasifikace nemocí, duševní poruchy a poruchy chování – 10. Revize, Psychiatrické centrum, Praha, 2000.

- Mikšík, O.: Psychologické teorie osobnosti, Karolinum, Praha, 2003.
- Mikulandová, M.: Těhotenství a porod – Průvodce české ženy od početí do šestinedělí, Computer Press, Brno, 2004.
- Mindell, A.: Kóma – Klíč k probuzení; Nakladatelství Tomáše Janečka, Praha 1994
- Mindell, A.: Psychologie životní cesty, Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno, 2009.
- Mlynářová, A., Tošner, J.: Historie přítomnosti muže u porodu, Gynec., 4, 1995, S. 216-218.
- Model a analogie ve vědě, umění a filozofii – Sborník příspěvků, Filozofia, Praha, 1994.
- Morschitzky H., Sator, S: Když duše mluví řečí těla, Portál, Praha, 2006
- Morowitz, M.: Stresová porucha jako následek porodu, <http://www.mojebetynka.cz-12.2.2010>.
- Mosconiová, B.: Péče o umírající – Hospic. péče; Nár.centrum domácí péče ČR, Praha, 1998.
- Muchoffová, H., Eisenbergerová, E., Hathanayová, S.: Co čekat v radostném očekávání, Slovart, Praha, 2004.
- Muchová, L.: Vyslovit nevyslovitelné, Centrum pro studium demokracie a kultury, Praha, 2005.
- Murphy, A. P.: Sedm etap mateřství – jak milovat své děti a neztratit sebe, Ostrava, 2005.
- Nakonečný, M.: Motivace lidského chování, Academia, Praha, 1996.
- Nakonečný, M.: Základy psychologie, Academia, Praha, 1998.
- Nakonečný, M.: Lidské emoce, Academia, Praha, 2000.
- Nilsson, L.: Tajemství života – od početí k porodu, Svojtka a Vašut, Praha, 1996.
- Northrupová, CH.: Zdravá žena, Columbus, Praha, 2008.
- Novotný, P.: Filozofie nemocí – uzdravování psychickými prostředky, Dialog, Liberec, 2009.
- Odent, M.: Znovuzrozený porod, Argo, Praha, 1995.
- Patočka, J.: Tělo-společenství-jazyk, Praha, 1995
- Patočka, J., Úvod do fenomenologické filosofie, Praha, Oikoymenth, 1993.
- Pečírka, J., Lukasey, M.: Život a dílo mistra Leonarda, Columbus, Praha, 2005.
- Plhánková, A.: Učebnice obecné psychologie, Academia, Praha, 2003.
- Pokorný, P.: Hermeneutika jako teorie porozumění, Vyšehrad, Praha, 2006.
- Poláková, J.: Možnosti transcendence, Logos – Zvon, Praha, 1998.
- Poněšický, J.: Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky Triton, 2002, Praha.
- Prekopová, J., Schweizerová, CH.: Děti jsou hosté, kteří hledají cestu, Portál, Praha, 2003.

- Psychosomatika- behaviorální medicína dnes, Galén, Plzeň 1998.
- Puifuss, G., Rinnerová, J.: Abraham – člověk a symbol, Praha, 1995.
- Qualles – Corbettová, M.: Posvátná prostitutka, Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno, 2004.
- Rattner, J.: Základy holistické léčby, Eugenika, 2001, Bratislava.
- Riedel, I.: Obrazy v terapii, umění a náboženství, Praha, 2002.
- Rohr, R., Martos, J.: Cesta divokého muže, Cesta, Brno, 2002.
- Roztočil, A.: Těhotenství a porod pacientky s infekcí HIV/AIDS. In: A. Roztočil et al. (eds.) Intenzivní péče na porodním sále. Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, Brno: 1996, s. 123-130.
- Roztočil, A., Čes. Gynek., Současné indikace k císařskému řezu, 66, 2001, č. 1 s. 69 – 75.
- Ruppert, F.: Trauma a rodinné konstelace, Portál, Praha, 2008.
- Růžička, J.: Psychosomatický přístup k člověku, Triton, 2006, Praha.
- Řepa, K.: Kreslit umí každý, <http://arte05.wz.cz/uvod.html>-15.2.2010.
- Říčan, P.: Cesta životem, Panorama, Praha, 1990.
- Sdružení Aperio a kol.: Porodní příběhy, Smart Press, Praha, 2006.
- Sedláková, M., Hoskovec, J., Nakonečný, M.: Psychologie XX.století, Karolinum, Praha, 2003.
- Sharp, D.: Skrytý havran – konflikt a proměna v životě F.Kafky, Nakladatelství Tomáše Janečka, 2003.
- Smékal, V.: Pozvání do psychologie osobnosti, Barrister a Principal, Brno, 2002.
- Sobotková, D., Štembera, Z.: Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980 - 2000: II. Porod, Čes. Gynekologie, 68, 2003, č. 5, s.370-372.
- Sovová, P.: Alarmující nárůst císařských řezů v porodnictví, <http://www.rodicem.cz/>-6.5.2009
- Stadelman, I.: Zdravé těhotenství, přirozený porod, One woman press, Praha, 2002.
- Stern, D. N.: První vztah – Matka a kojeneček, Dobra, Praha, 2007.
- Starý, R.: Kapitoly k filozofii člověka, skripta ČVUT, Praha, 1996, s.165-173.
- Starý Zákon - Přehled s výkladem: Kalich, Praha, 1969.
- Šimetka, O.: Císařský řez v rozvojových zemích, Čes.Gynekologie,17,2008, č.1, s.100-106.
- Šolc, V.: Archetyp otce, Triton, Praha, 2009.
- Špatenková, N. & kol.: Krize, psychologický a sociologický fenomén, Grada, Praha, 2004a.
- Špatenková, N. & kol.: Krizová intervence pro praxi, Grada, Praha, 2004b.
- Štomerová, Z.: Porody doma, Sestra, 10, 2000, 3, s. 36.

- Šulová, L.: Raná interakce dítěte s rodiči, http://text.nadacesirius.cz/static/usefiles/-File/Sulova_%20CV.doc- 20.1.2010
- Tedeschi, R .G., & Calhoun L. G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence, *Psychological Inquiry*, Vol. 15, No. 1, 1-18. Retrieved December 4, 2006, from ProQuest database, 2004a.
- Tedeschi, R .G., & Calhoun L. G. Posttraumatic Growth: A New Perspective on Psychotraumatology, *Psychiatric Times*, 21, 4, pg. 58, 60. Retrieved December 4, 2006, from ProQuest database, 2004b.
- Tillich, P.: *Odvaha být*, Centrum pro studium demokracie, Praha, 2004.
- Thomasma, D. C., Kuschnerová T.: *Od narození do smrti*, Mladá fronta, Praha 2000.
- Trangott, H.: *Lilit – Temná žena v našem nitru*, Eugenika, Bratislava, 2003.
- Turner, V. W.: *Průběh rituálu*, Computer Press, Praha, 2004.
- Vasiljuk, F. J.: *Psychologie prožívání: Panorama*, Praha, 1988.
- Velebil, P.: Epidemiologie císařského řezu, *Čes.Gynekologie*, 17, 2008, č.1, s.12-18.
- Vendlerová, E., Fekoňová, E., Marešová, E.: Přítomnost otce u porodu. *Sestra*, 10, 2000, 3, s. 15.
- Visell, J. A. B.: *Modely lásky – o dětech a rodičích*, Chakti, Uherské Hradiště, 2006.
- Vodáčková, D. & kol.: *Krizová intervence*, Portál, Praha, 2002.
- Weinreb, F.: *Znamení života*, Česká křesťanská akademie, Praha, 1994.
- Woodmanová, M.: *Těhotná panna*, Nakladatelství Tomáš Janečka, Brno, 2009.
- Wollschlager, M. a G.: *Symbol v diagnostice a psychoterapii*, Portál, Praha, 2002.
- Zeman, Z., Doležal, A.: *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*, Galén, Praha, 2000.
- Zoja, L.: *Soumrak otců – archetyp otce a dějiny otcovství*, Prostor, 2005.

Další internetové prameny

- 12.12.2009, <http://dino.saur.cz/view.php?cislocclanku=2007090201>
- 13.2.2010, <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/psychologicke-prozivani-porodu-334444>
- 19.2.2010- <http://ii.fmph.uniba.sk/~filit/fvp/prezivanie.html>
- 15.2.2010-/<http://www.referaty10.com/referat/Psychologie/2/tema-2-11-Psychologie.php>

Příloha

Udělení souhlasu ke zpracování osobních a citlivých údajů

Podle zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uděluji PhDr. Ing. Evě Boháčkové svůj souhlas s uveřejněním svého porodního příběhu v plném znění, který jsem poskytla písemné formě pro účely disertační práce psané na katedře psychologie FF UK v Praze, a souhlasím s jeho využitím ke studijním a vědeckým účelům.

Dále souhlasím s tím, aby v disertační práci bylo použito mé skutečné křestní jméno (v případě nesouhlasu bude Vaše křestní jméno změněno, aby byla zachována anonymita):

- ano
- ne

Další ujednání:

.....
.....
.....

v 28. 3. 2010 dne v Praze

Evě Boháčková

Podpis

Dotazník zaměřený na akutní porody císařským řezem

1. Kolik let uplynulo od Vašeho porodu neplánovaným císařským řezem ?

2. Vaše dítě, které jste porodila výše uvedeným způsobem, bylo počato:

- plánovaně
 - neplánovaně
 - umělým oplodněním
-

3. Dítě, které jste porodila neplánovaným císařským řezem, bylo v pořadí ?

4. Vaše těhotenství bylo považováno za:

- rizikové
 - "normální"?
-

5. Během těhotenství jste zaznamenala ve svém životě změny, které hodnotíte jako:

- minimální
 - středně významné
 - velmi významné
-

6. Porod proběhl:

- předčasně
 - v termínu
 - po termínu
-

7. Neplánovaným císařským řezem se narodilo(a):

- jedno dítě
 - dvojčata
-

8. Císařským řezem jste porodila:

- chlapce

- děvče
 - dva chlapce
 - dvě děvčata
 - děvče a chlapce
-

9. Císařským řezem jste rodila:

- jednou
 - vícekrát (kolikrát)
-

10. U porodu císařským řezem byla přítomna doprovázející osoba ?

- ano
 - ne
-

11. Císařský řez prováděl:

- lékař
 - lékařka
-

12. Objevily se po porodu císařským řezem významnější zdravotní či jiné komplikace ?

- ano
 - ne
-

13. Vyplňte, prosím, pouze tehdy, pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano.

Závažnější poporodní komplikace se vyskytly:

- u matky
 - u dítěte
 - u obou
-

14. Rodila jste také "klasickým" způsobem ?

- ano
- ne

15. Podle koho nebo čeho jste se rozhodovala při volbě jména?

16. Je Vaše dítě narozené neplánovaným císařským řezem pokřtěné?

- ano
- ne

Další Vaše poznámky, postřehy či doporučení ohledně dotazníku:

Mám zájem o zařazení do další fáze výzkumu formou individuálního rozhovoru:

- ano
- ne