

# Psychosomatický doprovod při léčbě sterility v centrech asistované reprodukce

Kateřina Ratislavová, Lucie Kašová

Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

## Souhrn

Nechtěnou bezdětnost a její léčbu můžeme označit za kritické životní období v životě ženy, celého páru. Léčba neplodnosti většinou vytváří somatickou nepohodu, psychickou zátěž, ovlivňuje partnerství, sexuální život, sociální a pracovní vztahy. Autorky se v příspěvku zabývají možnostmi psychosociální podpory párů během léčby sterility v centrech asistované reprodukce, uvádějí nejnovější výzkumy v této oblasti.

**Klíčová slova:** Sterilita. Psychologická podpora. Psychologické a sociální faktory v léčbě sterility. Negativní životní události. Psychoterapie.

## Summary

Unwanted infertility and its therapy may be specified as a critical period in woman's life, or the life of the couple. The therapy of infertility usually causes somatical discomfort, psychical burden, is influential in partnership, sexual life, social and work relations. The authors in this article are engaged in possibilities of psycho-social support of the couples during the sterility treatment in the centres of assisted reproductive technologies, they present the newest researches in the field of knowledge.

**Key words:** Infertility. Psychological counselling. Psychosocial factors. Negative life events. Psychotherapy .

## Úvod

O sterilitě hovoříme, nedojde-li k početí u páru po uplynutí jednoho roku, pokud je splněna podmínka pravidelného nechráněného pohlavního styku (doporučeno 3-4 krát týdně). Kobilková, Mašata (2005) uvádějí, že 10 – 15% manželství je nedobrovolně bezdětných a Wischmann (2003) uvádí, že jen 3%- 9% párů v současné době nechtěně bezdětných zůstává. Každý třetí pár s přáním otěhotnět čeká na těhotenství déle než jeden rok.

Z 35-45% jsou příčiny sterility na straně ženy, z 30-40% na straně muže. V 15-30% případech jsou postiženi oba partneři a v 5-10% jde o „idiopatickou sterilitu“, tedy o neplodnost z neznámých příčin. Není nalezena zjevná organická příčina sterility ani u muže, ani u ženy.

Důvodem přibývajících zájmu psychosomaticky orientovaných lékařů o problematiku neplodnosti je razantní vývoj technologií v péči o neplodné páry. V současné době se rodí asi 3% dětí po in vitro fertilizaci (IVF). Kromě šťastně naplněného přání mít dítě s sebou ale přináší reprodukční medicína řadu psychosociálních a etických problémů.

## Před zahájením léčby sterility v centru asistované reprodukce

Většinou se touha po založení rodiny u páru rodí postupně a bez předchozích pochybností, že by s otěhotněním mohly být problémy. První měsíce bez ochrany nebývá očekáváno, že dojde k otěhotnění ihned. Ale v určitém okamžiku začíná lehký neklid a sledování menstruačního cyklu u ženy zesílí. Prvním doporučením bývá měření bazální teploty, následují další vyšetření a stále specializovanější diagnostické postupy. Ve chvíli, kdy je stanovena diagnóza „sterilita“, přichází emoční krize, pocity viny, pokles sebevědomí, hledání viníka v páru, narušení sexuálního života a diagnóza má i své dopady sociální. Jsou páry, které reagují trpělivě, klidně a jiné, které mají pocit, že se „hroutí celý svět“. Přichází smutek, bezmoc, strach, frustrace, pocity viny. Mohou přijít partnerské problémy. Pokud je příčina sterility prokázána u jednoho z partnerů, ten většinou prochází sebeobviňováním, pocity viny („Kvůli mně teď nebude mít partner/ka děti.“ „Proč jsem lépe nevléčila tehdy ten zánět?“ „Proč jen jsem šla na tu interrupci?“), pocity „trestu“ za nějaký svůj předchozí čin apod. Druhý partner se v této fázi většinou snaží být druhému oporou, snaží se nevyčítat. Muž a žena prochází krizí identity („Jsem

skutečný muž/žena, když nemohu mít děti?“), ztrácí kontrolu nad vlastním plánováním života, nad svojí životní cestou, některé páry se potkávají poprvé v životě s tím, čemu říkáme „osud“. Pro pár může být taková krize také výzvou, něco společně překonat, společně prožít těžké chvíle, společně toužit a usilovat. Co je ale nejprve postiženo je sexuální život páru. „Sex podle plánu“ naruší sexuální touhu, ubývá spontaneity a uvolněnosti v sexuálním styku, posilují se předchozí sexuální problémy. Další negativní vlivy jsou patrné v oblasti sociálních kontaktů. Především ženy vnímají velmi bolestně každé těhotenství nebo narození dítěte svých kamarádek a známých. Mohou se začít vyhýbat kontaktům s nimi, reagují izolací a tomu zas přibuzní a přátelé nerozumí, protože často neznají pozadí tohoto odstupu. Někdy je mladý pár také pod tlakem svých rodičů, kteří se již těší na příchod vnoučat. Ztráty, které pár vnímá a které jsou spíš fantazijní a symbolické, nejsou ritualizovány a okolí nedává velkou podporu. (Rohde, Dorn, 2007) Stav sterilního páru je ještě komplikován cílenou a časově náročnou léčbou. Stranou jdou nároky povolání, sociální kontakty, osobní přání. 41% ze 195 dotazovaných pacientek referovalo o potížích v zaměstnání v souvislosti s IVF léčbou (Wischnann, 2003, s.128).

Psychometrická vyšetření sterilních žen ukazují ve srovnání s kontrolní skupinou na vyšší hladinu neuroticismu, anxiety, depresivity, emoční nestability, hostilních pocitů, ztráty kontroly nad svým životem, poruchu sebepojetí, narušení interpersonálních vztahů. (Čepický, 1999)

Rohde (2007, s.115) pro psychosomatický doprovod sterilního páru před zahájením léčby doporučuje:

- zpracování diagnózy „neplodnost“,
- objasnění motivace touhy po dítěti a její realistické začlenění do hodnotového systému,
- zpracování ambivalentních pocitů,
- realistická očekávání v závislosti na individuální situaci,
- podrobné vysvětlení průběhu léčby s upozorněním na možné fyzické i psychické potíže,
- alternativní životní možnosti, strategie a plány,
- budování vztahu důvěry mezi pacientem a lékařem.

„Sterilita“ má pro každého svůj vlastní individuální význam, své vlastní dopady. V počátku psychosomatické léčby by měl být zjištěn laický pohled na problém ze

strany bezdětného páru. Představy klientů jsou jedinečné, neexistují v nějaké předem připravené formě, jsou výsledkem různých faktorů, spouštěčů a podnětů. Představy jsou jistě ovlivněny kulturou, náboženstvím, rasou, ale i sociální skupinou, vlastní zkušeností apod.

Důležitou otázkou na počátku léčby je motivace touhy po dítěti. Řada autorů se shoduje na tom, že jde o jednu z klíčových otázek, která by měla být zodpovězena ještě před zahájením léčby. Neuhaus (2000) upozorňuje na některé kontroverzní momenty v léčbě sterilních párů a paradoxní reakce: přerušování těhotenství po „úspěšné“ léčbě sterility, užívání preparátů potlačujících ovulaci po mikrochirurgických operacích zaměřených na refertilizaci apod. Stejně tak Chvála (2006, s.7) píše: „Mezi ženami, které usilují o těhotenství za každou cenu včetně složitých in vitro fertilizací, se tu a tam najdou ženy, které brzy poté, co přišly do jiného stavu, žádaly o provedení interrupce. Jistě jich není mnoho, ale můžeme na nich dobře vidět, jak samo přijetí mateřství je složitá záležitost, kterou nelze zjednodušit na pouhou techniku oplození.“

Zvláštní pozornost je věnována tedy motivaci touhy po dítěti a očekáváním kladeným na vytoužené dítě. Proč je „mít vlastní dítě“ pro Vás tak důležité?

Rohde, Dorn (2007, s.116) doporučují nabídnout oběma partnerům ke znázornění jejich touhy po dítěti (význam přání mít dítě) škálu od 1 do 10. Jde o pomůcku, která ukáže zřetelně na váhu touhy po dítěti v partnerství nebo na její vývoj. Autorky uvádějí, že nejčastěji se hodnoty před zahájením léčby pohybují mezi 8-9, ne zřídka 10 bodů (záleží také na délce doby „zkoušení“ otěhotnět, kterou má pár za sebou). U většiny žen je tedy touha po dítěti velmi silná a její analýza může v psychosomatické léčbě upozornit na problematiku oblasti. Sama touha po dítěti není jedinou hnací silou, jediným motivem, jde i o část osobnostního vývoje. Důležité je si uvědomit, že existují i nevědomé děje, které mohou být zcela odlišné od zjevného přání ženy. Mohou nevědomě existovat obavy z těhotenství, porodu a života s dítětem, které brání splnění přání. Tress W. a kol. (2008) doporučuje při léčbě sterility dokonce provedení psychologického vyšetření, odebrání biografické anamnézy, psychodiagnostické vyšetření páru na počátku léčby neplodnosti spolu s orgánovým vyšetřením. Příčiny „idiopatické“ či funkční sterility mohou být i v páru jako takovém, nikoliv v jednotlivci. „Nabízí se otázka, zda je dobré prolamovat operativně či invazivně nevědomou obranu těhotenství místo toho, aby byl poskytnut čas pro kauzální psychoterapii. Jak silné mohou být nevědomé

síly odporu při vědomé touze po dítěti, dokládají vysoké počty potratů a předčasných porodů i poruchy těhotenství po oplodnění in vitro.“ (Tress a kol.,2008, s.207)

Odborníci upozorňují na „patologickou touhu po dítěti“ (nadměrnou, neurotickou), někdy také hovoří o „mesiášské naději“ (dítě vše vyřeší a vše bude lepší) nebo je vysněnému dítěti předem „naordinována“ určitá funkce ze strany rodičů (náhrada za zemřelého sourozence apod.). Takový postoj partnerů (nebo jednoho z partnerů) vyžaduje cílené vysvětlení během psychosomatické léčby a je potřeba opatrnosti ve volbě invazivních metod léčby sterility. (Neuhaus, 2000) Stává se, že se vyvíjí nežádoucí vztah mezi pacientkou, která chce dítě za každou cenu a lékařem, který v takovém případě považuje dítě za jediný možný úspěch své léčby. Přitom k překonání krize může vést sama psychosomatická léčba neúměrné touhy po dítěti, i když se dítě nenarodí. Proto by měla být součástí práce v centru asistované reprodukce i supervize zdravotnického týmu například formou Bálintovských skupin.

Pacientky, které se léčí na neplodnost, mají často pocit, že nemohou ukázat žádné **ambivalentní pocity** ve vztahu k rodičovství a dítěti. Ty jsou ale s rodičovstvím v určité míře vždy spojeny a je potřeba o nich také promluvit, připustit je. Mluvit o výhodách a nevýhodách „mít vlastní dítě“ je důležité pro adaptaci na další životní události a patří do psychosomatického poradenství před započatím léčby i během ní. Ambivalentní pocity se během léčby mění. Dítě může být idealizováno a ambivalence není připuštěna v době, kdy zůstává touha nenaplněna; ale i v případě úspěšné léčby může dojít k pocitům zklamání, když nejsou běžné ambivalentní pocity připuštěny.

Na počátku léčby jsou většinou pacientky poučeny o **možných vedlejších účincích** svým gynekologem. Při psychosomatickém pohovoru by však měla být tato otázka znovu otevřena a směřována hlavně k psychosociálním problémům a vedlejším účinkům léčby na oblast psychiky a sociálních rolí.

- Narůstající psychická zátěž při neúspěchu léčby
- Časová zátěž
- Organizační problémy (pevně stanovené termíny).
- Sdělení o léčbě svému přímému nadřízenému, nejbližším příbuzným nebo přátelům (může snižovat napětí)
- Životní styl – neměnit extrémně (nezanedbávat koníčky, zájmy, pracovní povinnosti).

Otázka realistických očekávání v terapii a alternativních životních plánů je dalším tématem psychosomatického rozhovoru již před začátkem léčby. Čepický (1999) uvádí, že pacientky mírají spíše tendenci své naděje na otěhotnění nadhodnocovat. To může mít na jednu stranu kladný vliv na redukci stresu v terapii, ale na druhé straně může vést k maladaptivnímu chování a rozhodování.

Rohde, Dorn (2007) doporučují již na počátku terapie a během ní otevřít téma neúspěchu léčby. Opakované vytváření realistického náhledu na léčebné šance, závislé často na věku a somatickém stavu, se zdá být prospěšné. Pacientky pak nepropadají tak snadno „demotivaci“, nejsou tak silně fixovány na touhu mít dítě a neupouští od jiných životních alternativ. Většinou samozřejmě každý pár prochází léčbou v napjatém očekávání a touha po dítěti spíše roste, ale rozhovorem o možném neúspěchu můžeme předejít alespoň těžkým krizím při nezdaru v léčbě. Autorky doporučují i probrat možnost **adopce či života bez dítěte**. Upozorňují však na to, že je velmi obtížné k takovému rozhovoru pár motivovat, protože je zcela jinak zacílen, přesto to považují za důležité. V této fázi (před léčbou nebo na jejím začátku) si také bezdětní partneři daleko lépe vybaví pozitivní aspekty jejich soužití bez dítěte; činnosti, které je spojují; plány, které mají. Později to pro partnery nemusí být vůbec jednoduché, najít, co je vlastně dříve spojovalo, jaké aspekty patřily k jejich dřívějšímu radostnému a naplněnému životu bez dítěte.

### **Psychosomatický doprovod páru během léčby sterility v centru asistované reprodukce**

- Podrobné vysvětlení nálezů a zajištění dostatečných informací během léčby, zacházení s psychickou zátěží, relaxační techniky, strategie zvládnutí stresu a různých problémových situací.
- Krizová intervence a podpora při frustrujících léčebných cyklech, plánování terapeutických rozhovorů.
- Zahrnutí přestávek v léčbě do plánu terapie.
- Partnerské poradenství s důrazem na rozdíly v komunikačních strategiích, rozvoj vzájemného porozumění partnerů.
- Rozvaha nad ukončením terapie po neúspěšném cyklu nebo opakovaném nezdaru, rozhovor o definitivním ukončení léčby, o procesu truchlení,

o rozdílech truchlení mezi mužem a ženou, o nalezení nového směru.

Stres, který se při léčbě sterility vyskytuje, se projevuje na třech základních rovinách: somatické, psychické a interpersonální. Podle různých zdrojů se vyskytují psychické potíže při léčbě u 25 – 60% sterilních párů. (Koryntová, 2002) **Psychická zátěž** vzniká nejen díky vedlejším účinkům hormonální léčby, ale pramení i z pravidelných kontrol a především z doby čekání na... Čekání na ovulaci, na odebrání vajíček, na jejich oplodnění in vitro, čekání po embryotransferu, zda se vajíčko uhnízdí v děloze, tedy zda dojde k otěhotnění a v lepším případě čekání, zda těhotenství bude prosperovat. Po té, co se vyvine ve zkumavce embryo, zažívají často pacientky pocit euforie („Teď už jsme skoro rodiče.“) a za nejnepříjemnější součást léčby považují pak čekání dva týdny na těhotenský test a začátek menstruace v neúspěšném cyklu (70% nezdar). Žena po takovém neúspěchu prožívá podobné pocity jako žena po potratu, truchlí, ale sociální okolí nedává takovou podporu. Emoce jdou nahoru a dolů, střídá se období naděje a zármutku, někdy je toto prožívání označováno jako „emoční horská dráha“. Charakteristické průvodní jevy jsou beznaděj, zoufalství, deprese, hněv, pocity viny, pokles sebehodnocení, narušení interpersonálních vztahů, nespokojenost se sexuálním životem. Více než polovina sterilních žen (v dotazníku SCL-90-R) vykazuje hodnoty, které se pokládají za známku psychiatrické patologie. (Čepický, 1999) Úzkost pacientky bývá nejvyšší v prvním a posledním léčebném cyklu. S novými léčebnými pokusy ubývá síly, mysl bývá více zaměřena na přání mít dítě a může dojít k neadaptivním reakcím a postupnému upadání do depresivního stavu. Rohde, Dorn (2007, str.122) popisují rozvoj negativní depresivní spirály při léčbě sterility takto: diagnóza sterility - počátek terapie - doufání, naděje, víra – úzkostné očekávání – žádné těhotenství – další pokusy – další neúspěchy – komunikační problémy, partnerské problémy, narušení sexuální oblasti – ztráta naděje – zoufalství – **deprese**. V psychosomatické péči je tedy nutné již během celého procesu nabízet strategie a hledat zdroje z osobního nebo sociálního okolí, které by mohly ženě a páru pomoci. V nabídkách odborné pomoci bývají kromě psychoterapeutických rozhovorů také relaxační techniky, mentální trénink, praktické postupy zvládání stresu, asertivita, skupinová psychoterapie apod. Možná nejdůležitější podporou ze strany zdravotníků je individuální a vlídný přístup, nabídka autentického

otevřeného vztahu, podávání vysvětlujících informací, poskytování možnosti explorační emocí pro postižený pár.

Ojedinele se můžeme v terapii sterilního páru setkat s akutní psychickou dekompenzací, která vyžaduje krizovou intervenci. V takovém případě je pak doporučována z psychoterapeutických důvodů určitá „přestávka“ v terapii neplodnosti, pokud není klientka tlačena věkem. Může pak v období klidu znovu nabyt emoční odstup, tělesně i psychicky zregenerovat, načerpat síly. Doporučuje se využít čas k dovolené, ke koníčkům, k posílení partnerství a sexuality bez termínového kalendáře. Také dovolit si určitý čas truchlit patří k tomuto období. Neuhaus (2000) doporučuje obecně zahrnutí přestávek v terapii sterility do léčebného plánu.

**Partnerský vztah** během léčby neplodnosti je základním psychickým zdrojem, proto je důležité o něj pečovat. Před počátkem intenzivní léčby neplodnosti přichází pár většinou stmelen společnou touhou po dítěti, to se však může během léčby měnit. Doporučena je otázka: „Co se ve vašem partnerském soužití diagnózou neplodnost změnilo?“. Jsou páry, které i z neúspěšné léčby odcházejí s pocitem intenzivního partnerství, ale jiná partnerství mohou být zkušeností narušeny nebo mají minimálně pocit těžké zkoušky jejich vztahu. Čepický (1999) uvádí, že program přímo negativně ovlivňuje manželství a sexuální vztah. To se však po úspěšném otěhotnění upravuje. Ve Freemanově studii (1985, In Wischmann, 2003) uvedlo 48% žen léčených na sterilitu a 15% jejich partnerů, že neplodnost byla pro ně nejhorší krizí v jejich životě. Velmi často je emocionální napětí tak silné, že pár léčbu přeruší. Wischmann (2003) uvádí, že téměř dvě třetiny párů nevyužijí všech nabídek léčebných cyklů i přes neúspěchy. Jako důvod uvádějí především emocionální zátěž během asistované reprodukce.

Žena je považována za zranitelnějšího člena sterilního páru a je při asistované reprodukci také více zatížena než partner. Žena reaguje úzkostlivěji, je méně spokojená se situací, má nižší sebeúctu a větší obavy z léčby a jejího selhání. Přesto byla zjištěna velká úzkost během celého procesu vyšetřování a léčby jak u žen, tak u mužů. (Koryntová, 1999) Důležitým aspektem, který ovlivňuje také psychosomatické poradenství, jsou rozdílné komunikační strategie žen a mužů. Ženy mají větší potřebu než muži vyjadřovat své emoce, plakat, být podpořeny rodinou, přáteli, hovořit s partnerem otevřeně a stále znovu o své touze po dítěti, o perspektivách, což je opět spojeno i s intenzivním emočním doprovodem. Ne

žřídka mají zkušenost, že se partner takovým rozhovorům vyhýbá, stáhne se, někdy dokonce nabývají ženy pocit, že se muž více zaměří na svoji profesi, zůstává déle v práci a že není ženě k dispozici jako opora nebo nechce být s tímto tématem konfrontován. Žena získává pocit, že muž zdánlivě méně prožívá jejich situaci, a muž je zneklidněn emočními výlevy své ženy, dochází k nepochopení mezi nimi. Z hlubší analýzy ale může vyplynout, že za chováním partnera se skrývá bezmoc a depresivní naladění. Muži skutečně často obtížněji vyjadřují své pocity navenek, neví jak reagovat na nářky své ženy, stahují se tedy do izolace, častěji se u nich mohou objevit psychosomatické potíže. Proto je důležité během psychosomatického doprovodu tyto způsoby chování vysvětlit, vést pár k porozumění, ať již během individuálních nebo párových rozhovorů.

Napětí v páru a okolnosti léčby neplodnosti poznamenávají vždy **oblast sexuality**. Některé výzkumy ukázaly (Grieb a kol., 1997 In Rohde, 2007, s.125), že u mužů se se stále zvyšujícím tlakem na naplnění touhy po dítěti objevují již velmi brzy problémy v oblasti sexuality (např. poruchy erekce, ztráta libida, předčasná ejakulace). Muž může pohlavní styk prožívat bez skutečné sexuální touhy, mechanicky. Problémy, které mohou vést k ještě většímu napětí v páru, nastávají, když psychický tlak způsobí u muže poruchy erekce. Při IVF léčbě referovalo až 60% žen o narušení sexuálního citění (Wischnann, 2003, s.128). Poruchy v partnerském soužití a v oblasti sexuality také narůstají při depresivní reakci ženy při neúspěchu v léčbě (snížení sexuální touhy a vzrušivosti).

### **Psychoterapeutická pomoc při léčbě sterility**

Mezi systematicky prozkoumané psychologické intervence patří relaxační techniky, hlubinně orientovaná psychoterapeutická pomoc a behaviorální terapie. Psychoanalytická pomoc zatím nebyla systematicky evaluována. Během psychoterapie bylo především redukováno emoční napětí u žen v průběhu léčby. U mužů nebyl tento efekt tak významný. Vliv na otěhotnění během léčby sterility byl prokázán především u behaviorální terapie a relaxačních metod, což potvrdila prospektivní kontrolovanou studii Domar (2000, s.805-811). Ve výzkumu byla skupina 184 nechtěně bezdětných žen. Ženy se pokoušely o těhotenství 1-2 roky a byly sledovány ve studii po dobu jednoho roku. Skupina žen byla náhodně rozdělena na skupinu žen podporovaných kognitivně behaviorální psychoterapií (10 sezení, kognitivní restrukturalizace, poradenství v oblasti zdravé

výživy a životního stylu, „Mind/Body program“), na skupinu ošetřovanou pomocí standardních podpůrných psychoterapeutických metod (autogenní trénink, progresivní svalové relaxace, imaginace, jógy atd.) a třetí byla kontrolní skupina rutinně ošetřovaných žen. Obě intervenční skupiny byly ve srovnání se skupinou kontrolní vyhodnoceny jako účinné. V obou psychoterapeuticky ošetřovaných skupinách byla hranice otěhotnění 55% a 54% oproti 20% v kontrolní skupině. Systematicky však vliv psychoterapeutických metod na otěhotnění není dosud dostatečně prozkoumán.

### **Závěr**

Neplodnost má multifaktoriálně podmíněnou strukturu a psychické faktory mohou hrát velmi významnou roli. Nechtěná bezdětnost, ale i její léčba vytváří velký psychický tlak na oba partnery. Je tedy poměrně důležité nabídnout včas psychosomatický doprovod páru, který má za cíl snížení zátěže, prevenci vzniku depresivní spirály, zabránění stigmatizace z následného doporučení psychologické nebo psychiatrické péče v pozdější fázi léčby.

Čepický (1999) uvádí, že psychoterapie jako pokus o kauzální léčbu nemá význam, ale naproti tomu podpůrná psychoterapie je velmi žádoucí a zlepšuje výsledky i v takových případech, jako je např. mikrochirurgická rekonstrukce vejcovodů. Psychoterapeutická pomoc v centrech asistované reprodukce je v České republice zatím výjimkou. Hovoří se většinou o velkém množství sterilních párů, velkém týmu spolupracovníků a finanční náročnosti léčby při asistované reprodukci. Za rizikové z psychologického pohledu je označováno asi 15-20% párů, kde je zátěž obzvlášť velká a kde je psychoterapie nutná. Jedná se většinou o případy žen (párů), u kterých se manifestují psychické potíže, je obzvlášť silná zátěž díky nemožnosti mít vlastní dítě, není připouštěna žádná jiná životní alternativa kromě vlastního potomka, je vyvíjen silný tlak na další zákroky při neúspěšné léčbě, je nutný zásah po úspěšném otěhotnění např. redukce počtu embryí apod.

Proč je i v zahraničí psychoterapeutická pomoc, jejíž nabídka je zde běžná, tak málo páry využívána? Wischnann (2003, s.130) ve výsledcích internetové ankety neplodných párů uvádí, že jedna třetina párů má strach ze stigmatizace při vyhledání psychosociální podpory; asi 18% mělo strach z emoční destabilizace; asi jedna pětina dotázaných nepovažovala psychologickou pomoc za

nutnou, věřila vlastním schopnostem situaci zvládnout; a 20% dotazovaných nevědělo, co si pod možností pomoci představit (objevil se zde deficit informací o možnosti psychosociální podpory). V současné době se doporučuje základní psychosomatické vzdělávání lékařů a porodních asistentek, které v oblasti reprodukční medicíny pracují, aby byla zajištěna pomoc somatická i psychosociální a aby nedocházelo ke stigmatizaci pacientek tím, že budou odeslány k psychotherapeutické léčbě k dalšímu odborníkovi. Také nedojde k navýšení nákladů léčby o přítomnost klinického psychologa v týmu.

### Literatura:

1. Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. 1993. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-031-7.
2. Cousineau T., Domar A.D. 2007. *Psychological impact of infertility*. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology. 01/05/2007; 21, s.293-308. ISSN: 1521-6934.
3. Čepický, P. 1999. *Somatická onemocnění ženského genitálu*. In: Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví, Moderní gynekologie a porodnictví 8, č.3.
4. Domar A.D., Clapp D., Slawsby E.A., Dusek J., Kessel B., Freizinger M. 2000. *Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women*. In: Fertility and sterility 01/05/2000, s.805-11. ISSN: 0015-0282
5. Koryntová, D. 1999. *Psychosomatické aspekty sterility*. In: *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. Sborník prací celostátní konference ČGPS ČLS JEP. Praha: Euroagentur, LEVRET,1999, s.85-91.
6. Chvála, V., Knop, J., Štuplová, I., Machander, R.A., Machanderová, J., Tichá, B. 1992. *Co s nevysvětlitelnou sterilitou?*. In: Moderní gynekologie a porodnictví 2, č.1.
7. Chvála, V.2006. *Psychosomatická gynekologie a sexuologie II.část*. In: Psych&Som, č.2, [online] 2006 [cit.2008-02-04]Dostupné z: [http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006\\_2/praxe\\_206.htm](http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_2/praxe_206.htm)
8. Kaplan, H.S. 2006. *Sexualtherapie bei Störungen des sexuellen Verlangens*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. ISBN 3131179724.
9. Koryntová, D.2002. *Psychosomatika sterility*. In: Moderní gynekologie a porodnictví 11, č.4.
10. Kowalcek, I.2004. *Psychosomatische Aspekte des unerfülltes Kinderwunsches*, [online] 2004 [cit.2008-01-04]. Dostupné z:<<http://www.meb.uni-bonn.de/frauen/BR-BAYERN/Muenchen/Kowalcek.pdf>>
11. Líbalová, Z. 2005. *Funkční poruchy v gynekologii a porodnictví*. In: Chromý K., Honzák R. a kol. Somatizace a funkční poruchy, s.159-181. Praha: Grada. ISBN 80-247-1473-6.
12. Neuhaus, W.2000. *Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart: Enke im Thieme-Verl.,s.29-34. ISBN 3-13-118021-8.
13. Pawson, M.E., Cockburn, J. 2007. *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynekology*. London: Springer, s.263-275. ISBN 978-1-84628-807-4
14. Rohde, A., Dorn, A. 2007. *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer GmbH, s.112-131. ISBN978-3-7945-2460-0.
15. Sanders, K.A., Bruce, N.W.1997. *A prospective study of psychosocial stress and fertility in women*. In: Hum.Reprod., 12, s.10, ISSN 2324-2329
16. Tress, W., Krusse, J., Ott, J. 2008. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, s.197-207. ISBN 978-80-7367-309-3.
17. Wischmann, T. 2003. *Psychosoziale Aspekte bei Fertilitätsstörungen*. In: Der Gynäkologe, č.2, 36, s.125-136. ISSN 0017-5994
18. Wischmann, T. 2008. *Psychologische Aspekte bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch*. In: Gynäkologie, Geburtsmedizin und Gynäkologische Endokrinologie 4,s.194-209. ISSN 1614-8533.

---

Mgr.Kateřina RATISLAVOVÁ  
Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni  
Nám.Odboje 18  
323 21 Plzeň  
[ratislav@kos.zcu.cz](mailto:ratislav@kos.zcu.cz)