

15-4788



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Autoreferát doktorské disertační práce

Krize jako výzva ke změně kvality života

(v kontextu vztahu lékaře a pacienta ohroženého domácím násilím)

Crisis as a Challenge to the Change of Quality of Life

(in the Context of the Doctor's Relation to a Patient Threatened
by Domestic Violence)

Mgr. Tereza Cimrmannová

Praha 2010

Doktorské studijní programy v biomedicině

*Univerzita Karlova v Praze
a Akademie věd České republiky*

Obor: Lékařská etika

Předseda oborové rady: doc. MUDr. PhDr. Jan Payne, Ph.D.

Školící pracoviště: Ústav pro humanitní studia v lékařství

Autorka: Mgr. Tereza Cimrmannová

Školitelka: prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Konsultant: doc. ThDr. Václav Ventura, Th.D.

Oponenti:

.....

.....

Autoreferát byl rozeslán dne:

Obhajoba se koná dne v hodin

.....

.....

S doktorskou disertační prací je možno se seznámit na děkanátě

1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

OBSAH

Úvod

1. These, cíle práce

2. Metody

3. Obsah a struktura práce

4. Závěry

Seznam stěžejních zdrojů

Seznam publikací

Summary

ANOTACE

Hlavní linii této práce tvoří problematika krize, kterou lze chápat v jejím původním významu jako zlom, soud, rozhodnutí. Jde o existenciálně významnou situaci předjímající vzestup nebo pád. Téma krize je dále zasazeno do konkrétního kontextu – domácího násilí. Jde o eticky relevantní téma, jehož výskyt a řešení souvisí s prioritními hodnotami a atmosférou společnosti. V jeho kontextu se dobře ukazují některé jevy, které platí pro zvládání životních těžkostí obecně. Počátkem řešení domácího násilí bývají mezní situace ohrožených osob, teprve v jejich rámci často dochází k rozhodnutí a ochotě obětovat dosavadní jistoty. Nezbytná je sociální opora, jejíž smyslem je hlavně snížení úzkosti, prevence disociativních reakcí a zvýšení nadějí ve zdárné východisko. Specifickou roli v kontextu domácího násilí zastávají tzv. odborníci prvního kontaktu, mezi nimi i lékaři. Jaké důvody existují pro to, aby lékaři znali základní principy pomoci v krizi a jednoduchých způsobem tak podpořili naději ohrožených osob na nalezení východiska? Souvisí tato znalost s principy lékařské etiky? Jaký je hlubší význam pojmu „zdraví“ v souvislosti s kvalitou života? Součástí práce jsou kazuistiky, rozhovory s odborníky a šetření k tématu vzdělání a péče o duši lékařů. Tyto části nejsou těžištěm textu, jejich cílem je ilustrovat naznačené these a jejich realizovatelnost v praxi.

Klíčová slova:

Krize, výzva, zvládání, domácí násilí, sociální opora, úzkost, naděje, lékař, vzdělání.

ANNOTATION

The question of a crisis, which can be understood in its original meaning as “a turning point, a judgment, or a decision,” constitutes the guideline of this work. The point is that a crisis represents a turning point in life and an existentially significant situation, which anticipates existential rise, or existential fall. An important part of this work consists in a text that deals with coping with a crisis, and the main protective factors. The theme of a crisis is further embedded into the specific context of domestic violence. Crisis is a very serious and ethically relevant theme; its occurrence and solving is related to the preferred values and the overall atmosphere within a society. The context of domestic violence is a good example to demonstrate some of the features valid for coping with a crisis in general. The releasing factor for solving domestic violence can be the limiting situation of a threatened person. People facing a limiting situation very often start to be more open, manage to make firm decisions, and are willing to sacrifice their current certainties. However, social support is necessary in this situation; its purpose rests in reducing psychological anxiety, avoiding dissociative reactions, and consequently improving the prospects for finding a successful solution. A specific role – as far as solving domestic violence is concerned – is played by the so-called “first contact specialists”, e.g. doctors. Why should doctors be aware of the basic principles of crisis intervention and consequently be able to help a threatened person to raise their hope for finding a solution? Is such knowledge related to the principles

of medical ethics? What is the deeper sense of the term "health" as far as the quality of life is concerned?

One part of this work also presents an inquiry survey focused on the theme of education and care for the doctor's soul, accompanied by directed interviews made with specialists who are in touch with threatened people. Although these two parts do not constitute the focal point of this work, their aim is, however, to illustrate the thesis resulting from their work and feasibility in everyday life. The final part of the work presents a summary of the gained results, plus the consequences and suggestions for practical experience.

Key words:

Crisis, challenge, coping, domestic violence, social support, anxiety, hope, doctor, education.

ÚVOD

Krise jako fenomén prolíná dějinami lidstva a je jí věnován významný prostor v písemnictví. Původní filosofické koncepty vždy „ožívaly“ v období vyhrocených společenských nepokojů, válek a chudoby. Ani v podmínkách materiálního dostatku však krize z lidského života nemizí. Otázky po jejím smyslu zůstávají stále aktuálním tématem. Pojem krize v této práci chápu jako období či přímo moment lidského života, jenž v sobě skrývá potenciál nesmírné existenciální váhy: zásadní životní změnu v podobě nalezení nového životního smyslu na jedné straně nebo fatálního ztroskotání na straně druhé. Zvládnutí krize a další životní směr závisí na mnohých proměnných, jejichž zkoumání je nosným tématem současné vědy. Krize je fenoménem multidimenzionálním, což se do značné míry odráží také v této práci.

V minulosti jsem se již zabývala studiem krize, jejím zvládnutím a krizovou intervencí. I v tomto textu tvoří problematika krize hlavní tematickou linii práce. Postupně jsem však dospěla k tomu, že její zkoumání vyžaduje ukotvení v některém z konkrétních kontextů. Zvolila jsem ten, který jsem měla možnost poznat během své praxe v psychosociální sféře. Jde o oblast domácího násilí, živnou půdu pro rozvoj mnoha mezních situací souvisejících s dynamikou mezilidských vztahů. V intimním prostředí rodiny, mezi životními partnery, v rámci péče o děti i stárnoucí rodiče se fenomén krize ukazuje se zvláštní naléhavostí. Motivací k volbě tohoto tématu jsou též otázky, které se objevovaly v průběhu mé přednáškové činnosti

o obou jevech: krizi a domácím násilím. Bylo překvapivé, že tato témata se mnohých posluchačů týkala, a to ve vzájemné provázanosti. Některé výpovědi byly posléze nepřímým důkazem toho, že i ztráta důstojnosti a sebeúcty může být výzvou k pozitivní změně. Za jakých podmínek však lze tuto výzvu naplnit, co přispívá k této změně?

Domácí násilí je specifickou krizovou situací, která vyvolává existenciální otázky. Jde nejen o téma historické, ekonomické, psychologické. Především v souvislosti s volbou ve zlomových situacích, respektive s často bezradnými pokusy najít nový smysl života, jde o téma veskrze etické. Velmi blízce se dotýká etiky lékařské. Lékař jako odborník, s nímž se zasažená osoba setkává, může výraznou měrou přispět k obnově naděje ve znovunavrácení důstojnosti a kvality života, dodat odvalu k vnímání vlastního zdraví jako celku. Naše tělo není pouhým nástrojem ve smyslu sóma, ale zrcadlí existenciální aspekty bytí. V historii byl lékař nositelem duchovního poslání, mnohem více tak dokázal vnímat člověka jako celek biologických, psychosociálních a duchovních entit. V současné době je úloha lékařů redukována na mechaničtější, kauzálně zaměřené postupy. Tato práce si neklade za cíl restaurovat úlohu lékaře po vzoru jeho historických předchůdců. Smyslem textu je spíše poukázat na to, že i dnes existují dostupné způsoby, jimiž lze nepřímo ovlivnit existenciální rovinu pacientova života a jeho zdraví jako celek. V praxi se bohužel stává, že právě lékař jedná v zásadním rozporu se základními metodami pomoci, které situace domácího násilí vyžaduje. S odvoláním na princip autonomie pacienta anebo nevědomky se

dopouští porušení principu non-maleficence, respektive sekundárního traumatu se závažnými důsledky.

Zatímco v zahraničí bývá samozřejmostí mezioborová, týmová spolupráce, kdy je lékař v živém kontaktu s psychologem, sociálním pracovníkem, duchovním a dalšími specialisty, v České republice tato praxe běžná není. Jak naznačuje šetření, jehož respondenty byli praktičtí lékaři, častější je bohužel intuitivní, neodborné řešení situace. Na vzdělání lékařů nad rámec jejich medicínských znalostí bohužel nezbyvá mnoho času ani financí. Další vzdělávání lékařů je sice formulováno jako povinnost, ta však může být z mnoha pochopitelných důvodů plněna spíše formálně. Situace není beznadějná, v současné době je podporováno několik opatření, která by mohla neblahou situaci změnit.

V rámci poradenské práce se setkávám s kazuistikami těch, kteří se dokázali „ze začarovaného kruhu“ domácího násilí vymanit, mnohem častěji ale slyším kazuistiky děsivé. Domácí násilí se skutečně netýká jen osob nezodpovědných, neschopných, hloupých. Oběťmi i násilníky se stávají i lidé vzdělaní a úspěšní, mezi nimi lékaři, právníci, soudci, učitelé, jejich děti i rodiče. Především na akademické půdě by mohlo dojít k hlubší analýze některých eticky laděných momentů jevu, který se ve společnosti transgeneračně šíří a stává se ventilem agresivních jedinců zaměřených pouze na vlastní uspokojení. Domácí násilí, které významným způsobem ovlivňuje zdraví jednotlivců a celé společnosti, je bagatelizováno, tolerováno, tajeno. Změna myšlení v této věci může mít dalekosáhlé pozitivní dopady.

1. THESE, CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem této práce je zdůvodnění následující these:

Těžištěm úspěšného zvládnutí krize je obnovení ohniska naděje, které je u osob ohrožených domácím násilím podporováno především pomáhajícími prvního kontaktu, tedy i lékaři.

Dílčí cíle práce:

Vlastní text bude členěn do tří navazujících částí. Nejprve uvedu východiska a vymezím stěžejní a související pojmy, nastíním kontexty jejich vzniku a poznatky, bez nichž by nebylo možné uvedenou these hájit. Stěžejní pojmy („příře“ textu) budou uvedeny v samostatných kapitolách, jejichž obsahem nebude vědecká analýza, ale pouze stručné vymezení vzhledem k intencím této práce. V hlavní části se pak pokusím uvést důvody a důkazy na obhajobu these. Zjištěné poznatky doplním kazuistikami osob, které závažné krize řešily, a zkušenostmi odborníků, kteří se s ohroženými osobami dostávají do přímého kontaktu. V další části se budu věnovat dopadům předložené these a rozporům, které navzdory formálně proklamovanému odmítání domácího násilí ve společnosti přetrvávají. V rámci komunikace navázané s praktickými lékaři a pracovníky krizové intervence se pokusím formulovat podpůrné faktory i další rizika uskutečnitelnosti předložené these.

2. METODY

Text je zcela vědomě mezioborově zaměřen. Analýza pojmu „krize“ nesmí postrádat formulaci etymologických a filosofických východisek, téma se bytostně dotýká samé podstaty bytí a smyslu života. Práce však není a vzhledem ke vzdělání autorky ani nemůže být veskrze filosofická, text se především ve své druhé polovině „přelévá“ do roviny aplikované etiky s využitím poznatků empirických věd. Proto budou v různých částech textu užity metody normativní i deskriptivní (hermeneutická metoda, analýza a syntéza, indukce a dedukce). Za účelem sběru informací a dat jsem užila metodu kvantitativní (dotazník) a kvalitativní (narativní rozhovor, semistrukturovaný rozhovor, pozorování), v komentářích šetření pak metodu konstitutivní a korektivní.

3. OBSAH A STRUKTURA PRÁCE

Práce je členěna do deseti navazujících kapitol, každá z nich je opatřena dílčím shrnutím. Kapitoly jsou logicky uspořádány do čtyř oddílů. Po obsahu a úvodu následuje první oddíl (I.) obsahující cíle práce a formulaci obhajované these.

Ve druhém oddílu (II.) jsou popsána východiska práce a vymezeny základní pojmy („pilíře“ textu). Hlavním východiskem práce je pojetí krize jako přirozené součásti života, v níž jsou člověku kladeny otázky po smyslu jeho bytí. Jde o situaci, kdy se člověku zhroutí všechny dosavadní prostředky, jimiž dosahoval svých cílů. Krize je výzvou tyto cíle změnit.¹ Krize bývá provázena utrpením a bolestí, obsahuje však významný existenciální potenciál, který lze rozvinout především v tzv. krizi extatické. Krize je zlomem, v němž je jedinec nucen učinit rozhodnutí (soud) a zvolit jednu z cest. Další směřování úzce souvisí s mírou autonomie a svobody, ale i s mechanismy zvládnutí krize, které se odvíjejí od mnohých proměnných (frustrační tolerance, resilience a další osobnostní charakteristiky dané geneticky nebo formované učením). Člověka však nelze vnímat jako bytost determinovanou výhradně psychicky a sociálně, některé zdánlivé danosti lze překonat skrze vertikální rovinu lidského života, o čemž podal mnoho důkazů V. E. Frankl.²

¹ PAYNE, J. *Metanoia coby proměna mysli* (přednáška na 17. symposiu o lékařské etice – Katarze, etika a psychoterapie). Praha: Centrum pro bioetiku při ÚHSL I.LF UK, Společnost lékařské etiky ČLS JEP, 3. 6. 2009.

² FRANKL, V. E. ... *A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: 1996, s. 64.

Specifickou půdou pro vznik existenciálních krizí je domácího násilí, které je definováno v kapitole druhé. Osoby ohrožené ztrátou důstojnosti, autonomie, smyslu a kvality života i ztrátou tzv. signifikantních osob, se ocitají v závažných krizích vyžadujících zvláštní přístup. Nejprve je nastíněn historický kontext tohoto jevu, pojem „domácí násilí“ je vymezen dle stanovených kritérií. K jeho zákonitostem patří i průvodní jevy znemožňující autonomní rozhodnutí: disociace a syndrom připoutání. Dále jsou formulovány mýty o domácím násilí, které značně ztěžují jeho řešení. Následuje stručné vysvětlení souvislosti domácího násilí a psychogenní iatropatogeneze, respektive sekundární viktimizace ohrožených osob ze strany lékaře.

Zatímco v první a druhé kapitole byly vymezeny a podrobněji přiblíženy zcela stěžejní pojmy této práce, kapitola třetí až pátá obsahuje stručnější vymezení pojmů. Jde především o termíny „smysl a kvalita života“, které jsou ústředními pojmy definic krize. Problematický je pojem „well-being“ chybně překládaný jako blaho. Evidentní je však souvislost mezi principy lékařské etiky a základním kritériem pro práci s těmito principy – kvalitou života, od níž se odvíjí informovaný souhlas v medicíně. Pátá kapitola obsahuje vymezení pojmu často užívaného v této práci – holismu. Holistické myšlení má značný vliv na přístupy, jejichž zastánci vnímají zdraví jako celek. V současné době se hovoří o biopsychosociálním modelu medicíny, který je doplněn dimenzí ekologickou a duchovní.

Těžištěm práce je třetí oddíl (III.), který obsahuje zdůvodnění předložené these. Hledáním smyslu těžkých životních situací a krizí je věnován prostor především ve filosofii. Podle Jana Patočky jsou celé dějiny založeny na otřesení každého dosavadního smyslu a otevřenosti člověka pro tuto „problematičnost“.³ Pouze mezní prožitky, které otevírají referent, v sobě skrývají možnost žít ve třetím životním pohybu – životu v pravdě. „Jsme vždy na cestě a cesta má vždy horizont, referent. Záležel na nás, jestli budeme určováni jen věcmi na cestě (rescendence) anebo budeme transcendovat přes horizont na konci cesty.“⁴ Právě bolest otevírá referent, dochází k transcenci a návratu k celku.⁵ Karl Jaspers se ve svém díle věnoval momentu transcendentna, který se ve své původnosti otevírá v mezních situacích. „Jejich neřešitelnost drtí zdánlivé opory běžného života a otevírá jinou perspektivu pochopení světa.“⁶ Překonání tohoto troskotání (duchovního rozpadu) může vést k opětovnému upevnění v životě, ale i „k nekonečné otevřenosti duchovního pohybu“, kdy se odhalují největší duševní síly.⁷ Do diskuse o krizi jako výzvě přispěli výraznou měrou také psychoterapeuti, kteří se často ocitají v přímém kontaktu s lidmi v krizi. Kastová považuje krizi za vrcholný bod otevřenosti ke změně, výzvu ke zlepšení životní situace, přetvoření identity. Tato příležitost však může být promarněna.⁸ Psychoterapeuti

³ PATOČKA, J. *Kacířské eseje o filosofii dějin*. Praha: 1990, s. 45.

⁴ HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: 2002, s. 20.

⁵ Tamtéž, s. 67.

⁶ JASPERS, K. *Šifry transcendence*. Praha: 2000, s. 17–18.

⁷ Tamtéž, s. 25.

⁸ KASTOVÁ, V. *Lebenskrisen werden Lebenschancen. Wendepunkte des Lebens aktiv gestalten*. Freiburg, Basel, Wien: 2005, s. 20–21.

konkrétněji formulují předpoklady zdárného zvládnutí krize a definují situace, kdy je nezbytná odborná pomoc. Hledání smyslu života v tragických situacích je pojednáno v samostatné kapitole, zde jsou hlavními prameny díla Franklova a sborník *Bolest a naděje*, k jehož přispěvatelům patřili přední filosofové, lékaři a psychoterapeuti 20. století. V této části textu se zcela jasně rýsuje další ústřední téma práce: naděje. Bez ní by nebylo možné krizi překonat. Jde o naději, kterou je nutno odlišovat od iluze. Naděje je východiskem zvládnutí, respektive počátkem tzv. posttraumatického stresového rozvoje. S cílem dokreslit teoretickou linii této práce jsem vyhledala několik osob, které prožily závažnou krizi. Na jejich kazuistikách bylo možno dynamiku posttraumatického rozvoje ukázat. K tématům kazuistik patřil např. život v koncentračním táboře, vážná nemoc, ztráta svobody způsobená požíváním drog a kazuistiky osob ohrožených domácími násilím.

Kapitola sedmá obsahuje zdůvodnění potřeby přistupovat k pacientovi v krizi holisticky. Zdraví se odedávna chápalo jako celistvost. Termín „zdraví“ pochází pravděpodobně z indoevropského holvos/solvos, z něhož vzniklo řecké holos (celý) i latinské salvus (zdravý, neporušený, spasený).⁹ Řecká medicína jako vědní obor byla odvozena z řeckého filosofického myšlení, jehož podstatou bylo pojetí univerza jako dynamického celku (fysis), tj. „nahlédnutí celku řádu a pohybu“.¹⁰ Filosofie tělesnosti v kontextu celku je potom jedním

⁹ NEUBAUER, Z. *Smysl a svět*. Praha: 2001, s. 100.

¹⁰ BEDNÁŘ, M. Počátky řecké medicíny ve vztahu k filosofii. In *Kvalita života a zdraví*. Payne, J. (ed.). Praha: 2005, s. 22–24.

z ústředních témat fenomenologických. Jaké dostupné nástroje dnes slouží k tomu, aby byl respektován pacient jako celek? Jde především o živý interdisciplinární dialog a zavádění péče o duchovní potřeby věřících i nevěřících pacientů v nemocnicích.

V osmé kapitole jsou získané poznatky propojeny, je zde přímo formulováno, jak konkrétně může lékař pracovat s nadějí pacienta ohroženého domácím násilím, ať už se jedná o dítě, dospělého, seniora nebo osobu s postižením. Zde bylo třeba navázat kontakt s odborníky, kteří se v daných oblastech pohybují. Prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů byly uvedeny jejich zkušenosti a posléze formulována úloha lékaře v krizových situacích. Eticky relevantní je poznatek, že právě lékař je velmi často tzv. odborníkem prvního kontaktu, s nímž se pacient v krizi setkává. Jeho informovanost, komunikace a jednání může být určující v existenciálně mezních momentech. Úloha lékaře nemusí spočívat v psychoterapeutické zásahu, jde spíše o schopnost rozpoznání a informování pacienta, respektive znalost specializovaných pracovišť. Posílení ohniska naděje je však nejhlubším pramenem zdárného řešení situace, důvody jsou formulovány v téže kapitole. Vedle toho je nezbytné znát mechanismy přenosu a protipřenosu, mít schopnost předjímat manipulativní nebo maladaptivní tendence pacienta.

Závěrečný čtvrtý oddíl (IV.) obsahuje důsledky a dopady zjištěného a podněty pro jejich implementaci do praxe. V kapitole deváté jsou stručně shrnuty dopady skutečnosti, že západní společnost

přijala domácí násilí jako závažný problém, jehož včasné mezioborové řešení může mít pozitivní dopad na celou společnost. Jde o transgeneračně přenášený problém, lhostejnost k němu má za následek vznik patologických jevů, které se netýkají pouze ohrožené a násilné osoby v aktuální situaci. Domácí násilí nelze pokládat za soukromý problém a vznik nejrozličnějších státních i nestátních aktivit v ČR i ve světě je reakcí na tento fakt. Otevřenou otázkou zůstává praktický dopad mezinárodních úmluv, ministerských věstníků a etických kodexů. Tato kapitola obsahuje nastínění aplikace principů lékařské etiky do kontextu domácího násilí, v souhrnu jsou potom uvedena konkrétní doporučení pro lékaře a odkazy na detailně zpracované metodiky přístupu lékaře k ohroženému pacientovi.

Šetření interdisciplinární spolupráce praktických lékařů a jejich informovanosti o možnostech pomoci v krizi je obsahem kapitoly desáté. Součástí provedeného šetření je komparace vzorku praktických lékařů se vzorkem pracovníků krizové intervence. Cílem bylo zjistit a analyzovat informovanost dotazovaných z hlediska rizikových jevů, které lze rozpoznat v lékařské ordinaci. K dalším úkolům patřilo zjistit míru interdisciplinární spolupráce a nakonec formulovat potenciální klady a rizika realizovatelnosti předložené these. Potenciálními riziky vzhledem k předložené these jsou: nízká informovanost o tématech přesahujících rámec lékařské vědy, neznalost zásad efektivní komunikace v krizi, nízká účast na dalším vzdělávání, nedostatek času, nízká míra interdisciplinární spolupráce, mýty a předsudky a nedostatečná péče o duševní zdraví lékařů. Potenciálními klady jsou:

snaha lékařů přistupovat k pacientovi holisticky, kultivace étosu lékaře, možnost supervize a kvalitní celoživotní vzdělávání. Za podmínky eliminace potenciálních rizik a rozvíjení potenciálních kladů v obecné rovině lze očekávat zlepšení přístupů respektujících pacienta jako celek, respektive zvýšení jejich kvality života v kontextu rizikových témat. Hypoteticky lze uvažovat o příčinném vztahu mezi hlubším vzděláním v oblasti řešení krizových situací a nižším výskytem projevů domácího násilí ve společnosti.

4. ZÁVĚRY

Období krize s sebou nese potenciál existenciálního tázání a hledání nových podnětů pro životní zrání. Pokud jsou tyto podněty využity, může dojít k metanoi a posléze ke změně životního smyslu provázeném katarzí. Krize je výzvou ke změně, to se týká především situací, kdy je ohroženo právo na důstojný život. Skrze otřesy stávajícího je člověk tázán, zda byly zvoleny v souladu s jeho autenticitou a svobodou.

Krize se týká člověka v jeho celistvosti, dotýká se jeho vztahů s okolím, se světem jako celkem. Dochází k sebeotevření a prověření dosavadních významů, k novému vnímání světa. Teprve po obětování „jistot“ může dojít ke změně mysli a k úlevnému znovuprožívání. Nejde jen o obětování forem, jak by se mohlo zdát, jde spíše o obsahy. Bylo by snadné obětovat věrnost ve jménu krize a oddávat se novému, neprobádanému. Podstatou krize je však spíše možnost prohlubování stávajícího, nacházení nových obsahů, aniž bychom zrazovali sliby. V kontextu mezilidských vztahů a vnímání Ty je krize situací, v níž se ukazují nové obsahy. Toto ukazování je provázeno bolestným pochybováním na hranici snesitelnosti, která nutí člověka k otázkám a rozhodnutím. Pokud je toto rozhodnutí pevné a provází jej přijetí plné zodpovědnosti, bývá počátkem východiska z krize. K prožívání v krizi patří beznaděj a úzkost. Tyto jevy mají svůj význam, činí ze situace mezní zážitek potřebný k tomu, aby mohlo dojít k přelomu. Otevírá prostor motivacím, které lze prožít pouze v nesnesitelnosti. Proč ale

tak často dochází k neproměnění této šance a život se ubírá nepříznivým, nezvoleným směrem?

Člověk je bytostí nadanou schopností adaptace, překonáváním úzkosti, růstem. Jako symbol konečnosti ale existuje hranice, jejíž překročení není schopen zvládnout, reaguje nouzovými, maladaptivními mechanismy a vzdaluje se své svobodě. Tak, jako je člověk nadán zráním, je také omezen sklony k závislému jednání ve chvíli, kdy je vnímání zakaleno. Je lhostejné, zda obnoví svůj náhled a autonomii sám nebo se nechá „k počátku“ doprovodit druhými. V každém případě zde hrozí nebezpečí, že již nenalezne cestu a zůstane úrovní neautonomní, závislé „ne-osoby“.

U obětí partnerského domácího násilí je riziko „nenalezení se“ značné. V záblescích naděje sice může dojít k rozhodnutí ke změně, jen málokterí lidé s destruovanou sebeúctou však naleznou sílu své rozhodnutí realizovat. Syndrom připoutání postupně sílí, aniž by si to ohrožená osoba uvědomovala. „Začarovaný kruh“ je trefnou metaforou této situace, oběti často popisují, že ztrácely schopnost z něj vystoupit, ačkoli ve chvílích náhledu skutečně chtěly. Celý proces může být doprovázen „narušením integrity vědomí“, tj. disociací, která je působena a prohlubována funkčními změnami mozku. Působí jako obranný mechanismus pro přežití, zároveň činí z obětí i násilníka neautonomní bytosti.

U ohrožených osob, v tomto případě ohrožených i násilných osob, mohou existovat další hrozby, pokud cyklus domácího násilí započal již v dětství. Jde o sníženou frustrační toleranci související

s nedostatečným pocitem jistoty a bezpečí, s narušeným rozvojem autonomie. Zvýšená zranitelnost může pramenit ze situace, kdy dítě nemělo bezpečný prostor pro rozvinutí pozitivního sebepojetí a důvěry ke světu. Tzv. psychologickou připravenost nelze předpokládat tam, kde chyběla jistota smyslu, že svět je bezpečným místem. V tomto smyslu mohou mít týrané děti handicap. Ale i ohrožené osoby, které v dětství nikdy týrány nebyly, trpí narušeným vztahem ke světu, což se projevuje opakovaným „vytrháváním“ vlastní tělesnosti z celku světa a deziluzí v opětovném kontaktu s tímto celkem. Narušená sebeúcta, zkreslené vnímání skutečnosti a prožívání hlubokých pocitů viny jsou častými průvodními jevy všech osob ohrožených domácím násilím.

Oslabené mechanismy zvládnání lze vyvážit salutogenními faktory, z nichž některé lze posilovat (např. svědomitost, vůli) nebo získat, vytvořit (sociální opora v podobě přátel, nové rodiny) i v průběhu dospělosti. Oběti domácího násilí jsou však „ne-mocné“, přestože hluboko v sobě nesou naději na uzdravení. Právě tato naděje může být počátkem jejich rozhodnutí, které spočívá v obětování starých jistot výměnou za obnovení důstojnosti a zvýšení kvality života. Ale handicap lidí, kteří se ocitaly v mezních situacích vinou nejbližšího člověka, je značný. Je nutno dosycovat naději na uzdravení a podporovat rozhodnutí ke změně. Východiskem z této specifické krize je nejen podpora žádoucích psychologických mechanismů, ale především probuzení duchovní, přesahující psychosociální determinanty.

Zůstává otázkou, zda je třeba patologický proces domácího násilí zastavit co nejdříve nebo jej nechat vyústit v krizi, aby mohlo dojít k pevnému rozhodnutí. Důvodů pro obojí je několik a odpověď je spíše podnětem pro další dialog. První variantu lze snadno zdůvodnit Kantovou naukou o nepoužití člověka jako prostředku. Jednalo by se o situaci, kdy situaci trpí děti. Zde obvykle bývá zákonnými prostředky krize vyvolána uměle, např. pomocí ohlašovací povinnosti. Jsem přesvědčena o tom, že urychlení této krize je z hlediska dětí nejlepším východiskem za předpokladu, že společnost disponuje nástroji a alternativami, které jsou voleny kvalifikovanými odborníky. Jedním z nejzávažnějších morálních dilemat v pomáhajících profesích je situace, která vyžaduje volbu, zda odebrat nebo neodebrat dítě z rodiny. Paušální řešení skrývá riziko ztráty naděje pro všechny členy rodiny. Podobně je tomu u odhalené násilí na osobách s mentálním nebo jiným handicapem. Tyto situace je třeba řešit individuálně, s citlivostí a ve spolupráci s těmi, kdo se dnes kvalitě života těchto osob s maximální erudiicí věnují. Myšlenku včasného zastavení patologického procesu lze podpořit také tím, že sílcí viktimizace zúčastněných snižuje jejich rozhodovací schopnosti, oslabuje autonomii. Druhá varianta – vyčkání na krizi (na bytostně prožívaný zlom) může přinášet své plody, ale nikdy nelze přesně analyzovat faktory, které ovlivňují zdárné zvládnutí krize nebo naopak. Hrozí významné riziko „pádu“ z důvodu mnohých změn v psychice a v neuronální oblasti, trvající neschopnost rozhodnout v krizi. Proto se doporučuje pokusit se včas zastavit patologický proces a autonomii

posílit co možná nejdříve. Každý takový pokus může být počátkem zdárného řešení, ačkoli se v praxi často stává, že ohrožená osoba aktuálně nabídnutých informací nevyužije.

Pokud se např. jedná o partnerský vztah, kdy si oba partneři vzájemně vyhovují v bolestné ne-autenticitě, jakýkoli zásah zvenčí se mine účinkem, pokud je zde absence pevného rozhodnutí ohrožené osoby. To se bohužel týká i týraných seniorů. Je-li pro ně přítomnost zneužívajících partnerů, dětí a vnuků cennější, nežli důstojnost jejich, často pomalu dohasínajícího života, tuto volbu žádný pomáhající nezvrátí, jakkoli je její autonomie pochybná. Jedná se o situace, kdy byl zaujat postoj „snášení utrpení i za cenu vlastní důstojnosti“ a je možné, že tento postoj je výsledkem již proběhlé krize týraného. Kvalita života je vždy hodnocena subjektivně, v tomto smyslu nelze, než ji respektovat.

Týraná osoba, která není se svou kvalitou života spokojena a jeví známky „prvních kroků“ v této věci, si však zaslouží maximální podporu a přístup k jejímu zdraví jako k celku. Duševní i fyziologické mechanismy znemožňují toto rozhodnutí dlouhodobě udržet tak, aby mohlo být učiněno „vystoupení z kruhu“. Situaci lze připodobnit k závislosti na návykových látkách, kdy je nejprve nutno provést detoxifikaci za plné podpory mezioborového týmu. Teprve potom lze upevňovat další postoje a zvyšovat pacientovu soběstačnost. Je třeba upevnit „sebeotevření“ novým možnostem a životnímu smyslu a chápat, že ohrožená osoba potřebuje kvalifikované doprovázení.

V tomto smyslu je zcela nezastupitelná úloha toho pomáhajícího profesionála, s nímž se potřebný člověk setká jako první. Naděje ve zdárné řešení je v těchto situacích křehká, reakce a jednání pomáhajícího prvního kontaktu může být do značné míry určující. Pokud se nejedná o situaci akutní psychické krize, kdy je povinen poskytnout „první pomoc“ každý, otevírá se zde „pouze“ počáteční prostor pro řešení. Nejde o poskytování psychoterapie ani azylu. Je zde ale možnost využít potenciálu, kterým z hlediska důvěryhodnosti lékaři stále disponují a tak mohou ohrožené osoby motivovat k telefonátu nebo návštěvě specializovaných nízkoprahových služeb. Tento počín se může jevit, vzhledem k jinak velmi složitým lékařským úkonům, jako triviální. Ve složitosti domácího násilí však bývají právě jednoduchá, přehledná a dostupná řešení nejvíce motivující.

Schopnost účelné pomoci v existenciálně závažné situaci není jen otázkou přirozené inteligence či schopnosti projevit empatický zájem. Jedná se o širší škálu odborných znalostí a dovedností, které je třeba získat v průběhu pregraduálního či celoživotního vzdělávání lékaře. Přitom se nejedná o vysoce odborné psychologické vzdělání, ale spíše o nácvik vedení rozhovoru s pacientem a vytváření příznivého léčebného klimatu. Zmíněné faktory byly řadu let nedoceňovány, v moderním medicínském myšlení se však dostávají do popředí jako důležitý terapeutický nástroj. Dokladem toho je vznik tzv. Maastrichtského přístupu k pacientovi, který je vyučován na některých lékařských fakultách v zahraničí i v České republice.

Na všech lékařských fakultách v ČR probíhá povinná výuka lékařské etiky, která se dotýká mnoha důležitých témat včetně vztahu a komunikace lékaře s pacientem. Kvalita a obsah výuky se odvíjí od časové dotace, motivace studentů a schopnosti vyučujících zaujmout. Obecně je patrné, že se výuka na lékařských fakultách snaží reagovat na signály společnosti a „slepá místa“ ve výuce jsou postupně zacelována i v oblasti duševní hygieny a sebepoznání budoucích lékařů, kteří patří k ohroženým skupinám z hlediska ohrožení syndromem vyhoření, závislostí na návykových látkách a suicidiálních tendencí.

Na IX. sympoziu lékařských fakult ČR byly sděleny takové aktivity v rámci výuky budoucích lékařů, které se dotýkají zdraví jako celku. Např. na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně probíhá nově zařazený povinný předmět věnovaný komunikaci s pacienty a sebezkušenosti. Tento kurz v rozsahu třiceti hodin za semestr byl otevřen také na základě poptávky ze strany studentů. Chystá se také sebezkušenostní výcvik vedený asistenty s psychoterapeutickou atestací. Cílem je sebepoznání, zvládnutí vlastních prožitků a osvojení základů podpůrné psychoterapie pro pacienty. Na 1. lékařské fakultě je hlavně v rámci povinné volitelných kurzů možnost seznámení s problematikou krize a posttraumatické stresové reakce, s technikami krizové intervence a s metodami péče o duševní zdraví pomocí supervize. Lze předpokládat, že se v podobném duchu připravuje výuka na všech lékařských fakultách v ČR. Významným přínosem by bylo rozšíření

takových sebezkušenostních aktivit, které by směřovaly k nácviку komunikace, posilovaly by schopnost efektivně využívat interdisciplinární spolupráce zvládat zátěžové situace a krize. Jednou z nich je zvládnání přenosu a protipřenosu a vyhýbání se možným iatropatogenním důsledkům. Vyvažování principů lékařské etiky, formulace informovaného souhlasu a efektivní využívání paternalistických prvků léčby v odůvodněných případech by mělo být součástí profesní přípravy na lékařských fakultách.

Následující údaje byly zjištěny během studijní návštěvy na univerzitách v Eichstättu, Regensburgu a Mnichově. V rámci lékařských fakult jsou zde zřizována interdisciplinární centra, která jsou přímo propojena s výukou mediků (např. Interdisciplináres Centrum für Palliativmedizin na lékařské fakultě v Mnichově). Na lékařské fakultě v Regensburgu existuje obor Humanmedizin, kde se vyučují předměty jako Psychosomatická medicína a psychoterapie (intenzivně týden, následuje dvou týdenní praktický seminář) nebo Lékařská péče o seniory (přednáška dvakrát týdně po dobu přibližně tří měsíců). Do výuky jsou zařazeny přednášky k tématu bio-psycho-sociální péče o člověka, univerzita se taktéž nebrání zavádění poznatků o psychosomatických vlivech na zdraví člověka. Běžnými jsou přednášky ze sociální psychologie i etiky. Ke vzdělání lékaře patří dvacet výukových hodin psychosomatiky, třicet hodin aktivně strávených v sebezkušenostní skupině a dalších třicet hodin nácviку verbálních intervenčních technik. Další časová dotace je věnována upevňování získaných znalostí a dovedností. Pro studenty jsou

organizovány supervizní balintovské skupiny, které se v naší zemi bohužel staly pouze nedílnou součástí péče o duševní zdraví psychologů, psychoterapeutů a sociálních pracovníků. Tyto skupiny však byly původně vytvořeny pro lékaře. V rámci ČLS JEP existuje Balintovská sekce, která je pokusem tuto myšlenku znovu oživit.

Podnětem pro praxi zůstává otázka, jak uvést ve znalost precizně připravenou metodiku pro odborníky prvního kontaktu v rámci eliminace domácího násilí. Mezinárodní úmluvy, věstníky ministerstev a etické kodexy jsou důležitými symboly vůle společnosti eliminovat násilí. Změnu myšlení však nezaručí. Počátkem této změny může být jedině péče o duši v podobě kvalitního vzdělání v původním smyslu slova „paideia“, a to na úrovni primárního, sekundárního i terciárního vzdělávání. Jak vytvořit podmínky pro to, aby se dlouholetí lékaři i pedagogové celoživotně vzdělávali? Jak vyváženě koncipovat obsah vzdělávání tak, aby vedle předávání informací zbýval prostor na kultivaci osobnosti a setkání nejen účelová? Jak se vyvarovat pouhé formální, zákonem diktované účasti frekventantů na seminářích a bodově ohodnocených přednáškách?

Výsledky předloženého šetření jsou překvapivé nejen tím, že vykazují jistou dávku neznalosti a bezmoci lékařů v situacích, kdy by se setkali s osobou v krizi. Pozitivním a důležitějším zjištěním byla chuť a vůle dotazovaných chybějící informace načerpat, potřeba pracovat interdisciplinárně a motivace vnímat pacienta holisticky. Tato zjištění mohou být výzvou pro všechny, kteří se vzděláváním zabývají, ať už systémově nebo přímo v kontaktu se studenty.

Stávající aktivity specializovaných zařízení na ochranu před domácím násilím a jejich spolupráce se vzdělávacími institucemi symbolizují výzvy proměněné ve skutek. Domácího násilí je jednou z problematik, k nimž lze předat informace poměrně snadno. Bohužel ale nejde jen o předání písemných pokynů, které mohou být v praxi degradovány na reklamní leták. Je nutné probudit zájem a potřebu podobné informace znát, protože je to důležité pro zdraví pacienta a pro jeho naději žít plnohodnotně. Smysl a kvalita života, smysl krize, naděje, důstojnost a lidská práva jsou témata, která by měla být v rámci výuky etiky nejen přednášena, ale též diskutována a prožívána. Pokyny k řešení konkrétních sociálně patologických jevů v lékařské ordinaci se tak stanou pouze appendixem, nikoli podstatou etického smýšlení lékaře.

Zhodnocení these:

Těžištěm úspěšného zvládnutí krize je obnovení ohniska naděje, které je u osob ohrožených domácím násilím podporováno především pomáhajícími prvního kontaktu, tedy i lékaři.

1. Lidé vnímají výzvy krize zcela individuálně, mnozí jich nikdy nevyužijí.
2. Přesto je etickou povinností profesionálních pomáhajících obecně posilovat naději v krizi. Míra této naděje je důležitější, nežli objektivní závažnost krizové situace.
3. Akutní psychická krize vyžaduje specifický přístup – např. krizovou intervenci, která umožní znovu navázat s krizí kontakt.

4. Hledání nového smyslu života vyžaduje čas, tento smysl nelze okamžitě „vyrobiť“.
5. Smysl života je úzce spjat s mezilidskými vztahy, vychází z roviny já-Ty.
6. Pokud je lékař odborníkem prvního kontaktu v kontextu domácího násilí, je eticky relevantní jednat se zvláštním zřetelem k principu beneficence a non-maleficence. Toto jednání předpokládá znalost elementárních možností řešení domácího násilí.
7. Citlivé jednání lékaře v situaci emočního diskomfortu pacienta může být živnou půdou vzniku přenosu a protipřenosu. Reflektovat hranice profesionálního pomáhání je úkolem lékaře, v opačném případě hrozí iatropatogenní důsledky.
8. Prioritní podmínkou zvládnutí krize je rozhodnutí ohrožené osoby, to se však netýká osob se sníženou kompetencí, které vyžadují zvláštní ochranu nejen ze strany lékařů.
9. Bolest a utrpení, z nichž lze obecně v krizi těžit, musí být v situaci domácího násilí odlišeno od důsledků zneužívání ohrožené osoby, jakkoli tato utrpení přijímá.
10. Duchovní (posttraumatický) rozvoj lze očekávat především v krizích extatických, které přesahují hranice individuálních potřeb a směřují ke smyslu bytí.

SEZNAM STĚŽEJNÍCH ZDROJŮ:

- BALINT, M. *Lékař, pacient a jeho nemoc*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999.
ISBN 80-7169-734-6.
- BEAUCHAMP T. L., CHILDRESS J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 4th.ed. Oxford, New York: Oxford University press, 1994.
ISBN 92-1-154098-4.
- BEDNÁŘ, M. Počátky řecké medicíny ve vztahu k filosofii. In *Kvalita života a zdraví*. Payne, J. a kol. Vyd. 1. Praha: Triton, s. 23–31. ISBN 80-7254-657-0.
- BERTRAM, G. W., LIPTOW, J. *Holismus in der Philosophie. Ein zentrales Motiv der Gegenwartsphilosophie*. Vyd. 1. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 2002. ISBN 3-94730-2.
- BOB, P. *Disociativní tendence psyché*. Praha: Fakulta sociálních studií UK v Praze, 2002. Disertační práce.
- BOSS, M. *Praxis der Psychosomatik: Krankheit und Lebensschicksal*. Vyd. 1. Bern: Benteli, 1978. ISBN 3-7165-0244-8.
- BURIÁNEK, J., KOVAŘÍK, J., ZIMMELOVÁ, P. *Domácí násilí – násilí na mužích a seniorech*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006. ISBN 90-7254-914-6.
- BUSKOTTE, A. *Z pekla ven – žena v domácím násilí*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2008. ISBN 978-80-251-1786-6.
- BUYTENDIJK, F. J. J. Osobní odpověď na bolest. In *Bolest a naděje*. Němec, J.(ed.). Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 1992, s. 217–235.
ISBN 80-70-21-056-7.

- ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Příručka pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.
- ENTRALGO, L. P. *Nemoc a hřích*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1995.
ISBN 80-7021-128-8.
- ERIKSON, E. *Identität und Lebenszyklus*. Auf. 2. Frankfurt a. M: Drei Aufsätze, 1973.
- FRANKL, V. E. *...A přesto říci životu ano. Psycholog prožívá koncentrační tábor*. Vyd. 5. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. ISBN 80-7192-095-9.
- FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Vyd. 1. Brno: Cesta, 1996.
ISBN 80-85319-50-0.
- FRANKL, V. E. *Psychoterapie a náboženství. Hledání nejvyššího smyslu*. Vyd. 1. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-088-6.
- GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. a kol. *Podoby násilí v rodině*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-416-3.
- GEBSATTEL, V. E. Pomoc v nouzi. O podstatě duševní pomoci. In *Bolest a naděje. Deset esejů o osobním zranění*. Němec, J. (ed.). Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 1992, s. 34–63.
ISBN 80-70-21-056-7.
- GOLAN, N. *Crisis Theory*. In *Social Work Treatment*. Turner, F. J. (ed). London: Collier Macmillan Publisher, 1979. s. 500–512.
- GORDON, R. *Podivuhodné dějiny lékařství*. Vyd. 1. Praha: Melantrich, 1995. ISBN 80-7023-208-0.

GRODDECK, G. *Krankheit als Symbol*. Auf. 1. Frankfurt am Main: F. T. Verlag, 1988.

HALÍK, T. *Stromu zbývá naděje. Krize jako šance*. Vyd. 1. Praha: Lidové noviny, 2009, ISBN 978-80-7106-989-8.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Vyd. 1. Praha: Karolínium, 2002. ISBN 80-7184-580-90.

HOLUB, J., LYER, S. *Stručný etymologický slovník jazyka českého*. Vyd. 1. Praha: SPN, 1967.

CHARDIN, P. T. Smysl a pozitivní hodnota utrpení. In *Bolest a naděje. Deset esejů o osobním zranění*. Němec, J. (ed.). Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 1992, s. 252–255. ISBN 80-70-21-056-7.

JASPERS, K. *Allgemeine Psychopathologie*. Auf. 8. Berlin, Springer, 1965.

JASPERS, K. *Duchovní situace doby*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2008. ISBN 978-80-200-1646-1.

JASPERS, K. *Šifry transcendence*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-70-21-335-3.

JÜNGER, E. *Chůze lesem*. Vyd. 1. Praha: OIKOYMENH, 1994. ISBN 80-85241-68-4.

KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-365-X.

KASTOVÁ, V. *Lebenskrisen werden Lebenschancen. Wendepunkte des Lebens aktiv gestalten*. Auf. 3. Freiburg, Basel, Wien: Herder spektrum, 2005. ISBN 3-451-05402-7.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200.1307-5.

KLIMPL, P. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-324-3.

KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpouza deprivantů*. Přeproc. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-410-5.

KRAHULCOVÁ, B. Filosofické, etické a psychosociální aspekty sluchové deprivace. *Theologická revue*, 2006, roč. 77, č. 1-4, s. 394–420. ISSN 1211-7617.

KRAHULCOVÁ, B. a kol. *Postižený člověk v procesu senescence*. Vyd. 1. Praha: UK v Praze – Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7290-094-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

LÄNGLE, A. *Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza*. Vyd. 1. Brno: Cesta, 2002. ISBN 80-7295-037-1.

MACKOVÁ, K. Posttraumatická stresová porucha ve vztahu k domácímu násilí. In *Domácí násilí na dětech, partnerech a seniorech*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2009, s. 50–59. ISBN 978-80-7421-001-3.

MARCEL, G. *K filosofii naděje*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1971.

MAREŠ, J. Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie*, 2009, roč. 53, č. 3. s. 271–288. ISSN 0009-062X.

MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-277-9.

NULAND, S. *Lékařství v průběhu staletí*. Vyd. 1. Praha: Columbus, 1988. ISBN 80-85928-39-6.

PALOUŠ, R. *Totalismus a holismus*. Vydání 1. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-281-8.

PARGAMENT, K. I. *Psychology of Religion and Coping*. London: The Guilford Press, 1997.

PATOČKA, J. *Evropa a doba poevropská*. Praha: Lidové noviny, 1992. ISBN 80-7106-017-8.

PATOČKA, J. *Kacířské eseje o filosofii dějin*. Academia, Praha: 1990. ISBN 80-200-0263-4.

PATOČKA, J. *Tělo, společenství, jazyk a svět*. Vyd. 1. Praha: OIKOYMENH a Archiv Jana Patočky, 1995. ISBN 80-85241-90-0.

PAYNE, J. *Filosofie mezních situací. Dvě základní strategie zvládnutí krize* (přednáška na 17 symposiu o lékařské etice Katarze, etika a psychoterapie). Praha: Centrum pro bioetiku při ÚHSL 1. LF UK, Společnost lékařské etiky ČLS JEP, 3. 6. 2009.

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PAYNE, J. *Metanoia coby proměna mysli* (přednáška na 17. symposiu o lékařské etice – Katarze, etika a psychoterapie). Praha: Centrum pro bioetiku při ÚHSL 1. LF UK, Společnost lékařské etiky ČLS JEP, 3. 6. 2009.

PAYNE, J. *Zdraví a celek lidské bytosti*. In *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Payne J. (ed.). Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-293-1.

PELCOVÁ, N. *Filosofická a pedagogická antropologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0076-5.

Písmo Sváté Starého a Nového zákona. Český ekumenický překlad. Praha: Česká biblická společnost, 1985. ISBN 80-85810-08-5.

PLÚGGE, H. O naději. In *Bolest a naděje. Deset esejí o osobním zranění*. Němec, J. (ed.). Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 1992, s. 238–251. ISBN 80-70-21-056-7.

PONĚŠICKÝ, J. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. ISBN 10-80-7254-593-0.

ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-312-3.

SOKOL, J. *Malá filosofie člověka a Slovník filosofických pojmů*. Praha: Vyšehrad, 1998. ISBN 80-7021-253-5.

ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2947-3.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 1999, roč. 43, č. 1. ISSN 0009-062X.

ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0586-9.

TOURNIER, P. *Krankheit und Lebensprobleme*. Auf. 4. Basel: Benno Schwabe & Co. Verlag, 1944.

VANÍČKOVÁ, E. a kol. *Násilí v rodině. Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-008-4.

VENTURA, V. Kulturně náboženské předporozumění zdraví a nemoci (křesťanský kontext). In *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Payne, J. a kol. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, s. 28–53. ISBN 80-7254-293-1.

VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

VOŇKOVÁ, J., HUŇKOVÁ, M. *Domácí násilí v českém právu z pohledu žen*. Vyd. 1. Praha: ProFem, 2004. ISBN 80-239-2106-1.

VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901773-4-4.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

WEIZSÄCKER, V. Čtyři přednášky o zásadách psychagogie se zřetelem k jejím biologickým a ontologickým základům. In *Bolest a naděje*. Němec, J. (ed.). Praha: 2003, s. 99–164. ISBN 80-70-21-056-7.

Seznam publikací:

CIMRMANNOVÁ, T., HOSKOVCOVÁ, S. Crisis as a Challenge—Effective Communication in a Critical Living Situation. In Pre-Conference Proceedings of the Special Focus Symposium on 8th ICESKS: Information, Communication and Economic Sciences in the Knowledge Society. Šimović, V., Bakić-Tomić, L., Hubinková, Z. (eds). Zagreb: 2009, s. 132–136. ISBN 978-953-7210-22-9.

CIMRMANNOVÁ, T. Dobro a zlo jako tajemství [online].©2004, posl. aktualizace 11. 3. 2010 [cit. 11. 3. 2010]. Dostupné z: <http://www.viap.cz/kolo07-cimrmannova.doc>.

CIMRMANNOVÁ, T. Pedagog jako odborník prvního kontaktu v situaci krize žáka. *Studia Paedagogica*, 2009, roč. 14, č. 2. s. 41–50. ISSN 1803-7437.

CIMRMANNOVÁ, T. Pomáhající profese a problematika krize. In *Kontexty sociální a charitativní práce. Sborník katedry psychosociálních věd a etiky*. Krahulcová, B. (ed.). Praha: 2008, s. 133–140. ISBN 978-80-87127-07-0.

SUMMARY

Crisis as a Challenge to the Change of Quality of Life

(in the Context of the Doctor's Relation to a Patient Threatened by Domestic Violence)

Thesis statement:

The fundamental prerequisite for effective coping with a crisis consists in restoring the element of hope in the person threatened by domestic violence – a procedure that can be substantially facilitated by helping professionals at the first contact, who might be also doctors.

Crisis represents an existentially important part of human life. Its dynamic potential is reflected not only in philosophical thought, but also in helping professions. In theory, the topic is well elaborated, including coping. The aim of this paper is to apply the theme of crisis to a specific context, to formulate important moments of coping with a crisis in that particular context, and, eventually, to evaluate its general validity. Domestic violence is a highly topical social theme and an excellent example from which to demonstrate a crisis. A human being as a “zoon politikon” cannot be torn away from his/her social environment. If a crisis arises, its origin and solution can be traced back to events inside the family. Crisis considered in the context of domestic violence tends to be a crisis of dignity, self-esteem, and the quality of life.

The paper is divided into four parts. The first part contains the formulation of the defended thesis and the particular goals. The second part defines the basic terms and outlines the present state of scientific knowledge, i.e. etymology of crisis and the determiners of coping with it, domestic violence as a transgenerational cycle of pathologic behavior, the definition of sense and quality of life, the principles of medical ethics, and the principles of holistic thought in relation to the perception of human health.

The third part of the paper is the focal point of the entire work, since it states the reasons for the presented thesis. Crisis is described here as a challenge to search for a new sense of life. The starting point for such a search is represented by selected philosophical ideas and accompanied by practical experience from psychotherapeutic practice. A special emphasis has been placed on formulating the milestones that represent the top priority for finding a way out of a crisis. The presence of hope in thinking and living within a person is absolutely consequential, and not only in tragic situations (e.g. loss of a beloved person, living in a concentration camp, a serious disease). At the same time, such hope is not focused on a specific point in the future, but rather represents "openness to the world" according to Jan Patočka, or "penetration through time" according to Gabriel Marcel. It is exactly these limiting situations that offer the opportunity of contact with the depths of being by the means of suffering and pain. Nevertheless, it is necessary to bear in mind that relevant insight cannot be obtained through a situation of acute psychic crisis, which

requires professional intervention. The main focus of crisis intervention is to decrease destructive anxiety and to help the affected person approach the crisis consciously and respond to its challenges. A crisis that has been successfully overcome then predicates the so-called posttraumatic development, which is the opposite of posttraumatic stress disorder. The evidence of the fact that posttraumatic stress development exists in everyday life can be found in some of the presented casuistics.

The paper also mentions the etymology of the term "health" and the historical roots of holistic approaches to health. An important contribution to understanding health as a whole was made by the phenomenology of corporality. The representatives of this school of thought warn against the reduction of a human being to mere "soma" and "sarx". They also motivate people to return to the "depths of being", which can be achieved even through pain. In contemporary medicine, one can observe the tendency towards seeing a human being in their integrity (e.g. growing interdisciplinary cooperation, development of spiritual care in hospitals).

Health care is the particular field in which one can increasingly come across existentially serious situations and crises. The doctor is perhaps the only helping professional whose role has not been destructed by prejudice and stigmatization. In the case of domestic violence, the doctor is perhaps the only authority to which the patient confides. Eventual investigations into domestic violence are

frequently complicated by lack of evidence. Therefore, medical documentation can be very helpful.

Apart from the legal side, there are also psychological and ethical sides to the question. In the case of a crisis, an individual threatened by domestic violence decides by him/herself if they will remain inside the "vicious circle", or if they will try to "get out" of it. An autonomous decision is a necessary presumption for achieving a change. However, if we take the victims of violence between partners as an example, there is a specific need to support their decision as part of the surrounding society. A victim can frequently suffer from the attachment or dissociation syndrome. Either of these states can disallow the persistence of hope or openness to a solution. In the majority of cases, such dependence can be "cut" only with the active help of other people, plus the timely reinforcement of the autonomous decision. At this point, one might ask why the professionals are so important, or why the help of the family of the threatened person is not enough. The practice shows that, unfortunately, the family gives up any attempt at helping, since they subconsciously avoid problematic contact with the victim and eventual disappointment.

During a crisis and the decision making process that accompanies it, a trustworthy professional is likely to be the person who plays the substantial role, since they can offer appropriate contacts and tell the victim that the situation has a way out. As we mentioned above, such a person is a doctor who should act in accordance with

the principles of "non-maleficence" and "beneficence" with an attitude that can raise the hope of the victim. However, we must consider that the victim's decision and awareness of the loss of his/her current certainties is the fundamental presumption for finding a solution. The doctor also plays an ethically important role in situations when the patients' competencies are reduced (e.g. children, mentally affected people, old-age pensioners). The most important role of the doctor is not that of a specialist; his/her role is rather to provide the accessible means of help (detection, information, evidence, encouragement). In this aspect, the doctor's role is irreplaceable.

The fourth part of the paper deals with the consequences, impacts, and suggestions for professional practice. At present, the tendency towards the refusal of all forms of domestic violence and discrimination can be seen in society. Specific propositions and manuals for doctors have been issued and are available free of charge. However, the realized survey points out some problems that concern the education of doctors and care of their psyche. Crisis, considered in the context of domestic violence, can be seen as a challenge to the change of the quality of life only on certain conditions. The implementation of the stated ideas into professional practice cannot be guaranteed by the mere formulation of ethical codexes and issuing methodic instructions for doctors. More relevant is a qualified professional training of the people working in helping professions, that is, an education in the original sense of "paideia".