

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra psychologie

ZDROJE
NEUROTIČNOSTI
DNEŠNÍCH ŽEN

Diplomová práce

Eva Litváková

Učitelství výtvarné výchovy pro střední školy (2012 – 2014)

Učitelství psychologie pro střední školy (2012 – 2014)

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

Plzeň, duben 2014

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury a elektronických zdrojů.

V Plzni dne 15. dubna 2014

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D. za odborné vedení a za důvěru, rodině za podporu a pomoc po celou dobu mého vysokoškolského studia, mému příteli za motivaci, Martince za to, že je moje kamarádka v časech dobrých i „zlých“, Diegovi – mojí andulce, že na mě při psaní dohlížel, a všem ženám, které se podíleli na výzkumné části této práce.

OBSAH

Úvod	7 – 8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Neurotičnost, neurózy	9
1.1 Vymezení pojmu „neurotičnost“ – neurotičnost x neuróza x stres	10
1.1.1 Neurotičnost	10 – 12
1.1.2 Neuróza	12 – 14
1.1.3 Stres	14 – 16
1.2 Etiologie neurotičnosti, neuróz	16 – 17
1.2.1 Obecné přístupy a přístupy zahraničních odborníků k etiologii neuróz	17 – 19
1.2.2 Přístupy českých a slovenských odborníků k etiologii neuróz	19 – 22
1.2.3 Shrnutí přístupů k etiologii neuróz	22 – 23
1.3 Projevy neurotičnosti, neuróz	23
1.3.1 Tělesné projevy	23 – 24
1.3.2 Duševní projevy	24 – 25
1.4 Druhy neurotičnosti, neuróz	25 – 28
1.5 Neurotičnost, neurózy v kombinaci s dalšími problémy	28 – 29
1.6 Diagnostika neurózy	30 – 31
1.7 Léčba a terapie neurotičnosti, neurózy	31 – 36
2 Dnešní žena	36 – 37
3 Zdroje neurotičnosti dnešních žen	38
3.1 Děti jako zdroj neurotičnosti	38 - 39
3.2 Nabitý rozvrh, nedostatek času jako zdroj neurotičnosti	39 – 40
3.3 Manžel/partner jako zdroj neurotičnosti	40 – 41
3.4 Finance jako zdroj neurotičnosti	41
3.5 Domácnost a péče o ni jako zdroj neurotičnosti	41 – 42
3.6 Zaměstnání jako zdroj neurotičnosti	42 – 43
3.7 Nevhodný životní styl/přístup k životu jako zdroj neurotičnosti	43 – 44
3.8 Problémy v sexuálním životě jako zdroj neurotičnosti	44 – 45
3.9 Další možné zdroje neurotičnosti	45 – 46
PRAKTICKÁ ČÁST	47
4 Metody sběru dat	47 – 48

5 Metody zpracování dat	48 – 49
6 Výzkumný vzorek	49 – 50
7 Cíl výzkumu	50 – 52
8 Interpretace výzkumu	52
8.1 Vyhodnocení 1. části výzkumu – dotazník EPQ-R	52 – 59
8.1.1 Sumarizace výsledků 1. části výzkumu	59 – 60
8.2 Vyhodnocení 2. části výzkumu – dotazník „Zdroje neurotičnosti dnešních žen“	60 – 65
Závěr	66 – 67
Resumé	68
Seznam použité literatury a elektronických zdrojů	69
PŘÍLOHY	
Příloha č. 1 – Dotazník „Zdroje neurotičnosti dnešních žen“	71 – 73
Příloha č. 2 – Tabulky s výsledky statistických zpracování dotazníku EPQ-R	74 – 76

Úvod

Neurózy patří k jedněm z nejčastěji se vyskytujících poruch zdraví. Jak uvádí Zvolský (1997, str. 120), podle různých pramenů trpí až 20 % populace v některém období života výraznými neurotickými příznaky. Daleko větší procento lidí je však zasaženo neurotickými příznaky v mírnější formě chronicky nebo přechodně při zátěži. Počet těchto jedinců se ještě navýší, přičteme-li k nim také osoby s vyšší mírou neurotičnosti, tedy sklonů k neurotickému chování a prožívání, tzn., osoby s vrozenou, nebo např. vlivem traumatického zážitku získanou, dispozicí k onemocnění neurózou.

Je pravděpodobné, že riziko onemocnění touto poruchou se bude stále zvyšovat a zařadí se mezi tzv. civilizační choroby (pokud bychom ji tam nezařadili již dnes) vedle rakoviny, cukrovky, obezity, vysokého krevního tlaku, cévních mozkových příhod, infarktu, syndromu vyhoření, poruch příjmu potravy atd., které vznikají jako důsledek např. konzumace průmyslově vyráběných potravin, příliš tučného a slanejšího jídla, alkoholu, cigaret; působení nadměrného a často také trvalého stresu; nedostatku fyzického pohybu atd. Na druhé straně jsme díky širokým poznatkům o neurózách schopni toto onemocnění účinně léčit, zejména pomocí psychoterapie, a také mu předcházet dodržováním zdravého životního stylu, pokud možno vyhýbáním se nebo adekvátním zvládnutím stresu a konfliktových situací, relaxováním...

V této diplomové práci se budeme zabývat obsáhlým tématem neurotičnosti a neuróz jak obecně, tak i konkrétně, a to zejména ve vztahu k ženám a ke zdrojům, které mohou u žen neurotičnost podněcovat. Neurotičnost ve vztahu k ženám proto, že ženy jsou, jak je známo, založené více emocionálně nežli muži, a proto je u nich také pravděpodobnost výskytu emocionální labilita vyšší. Zároveň budeme moci posoudit, jaký dopad může mít na ženy s vyšší mírou neurotičnosti současná doba, která klade na společnost (a velkou měrou právě na ženy) stále vyšší a vyšší nároky. Ale klade je na ženy skutečně moderní doba, nebo je na sebe kladou svým způsobem ženy samy?

V teoretické části této práce se pokusíme shrnout poznatky různých autorů o dané problematice neurotičnosti a neuróz, a podat o nich ucelený, jasný a srozumitelný přehled. V praktické části se seznámíme s výzkumem, týkajícím se zdrojů neurotičnosti dnešních žen, a jeho výsledky.

Tato práce by měla být přínosem především pro ženy z laické veřejnosti, pomoci jim lépe porozumět případným vlastním potížím, inspirovat je a dodat jim odvahu začít tyto problémy řešit.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Neurotičnost, neurózy

Vymezit jednoznačně pojem „neurotičnost“, nebo také častěji uváděný „neuroticismus“, není jednoduché, neboť ani autoři zabývající se touto problematikou se v jednotné definici zcela neshodují. Hartl ve svém Psychologickém slovníku (1993, str. 121) uvádí, že neuroticismus je dimenze osobnosti charakterizovaná přibližně klinickým obrazem neurastenie (druh neurózy), tedy nervové slabosti, pro niž jsou typické snadná únavnost, dráždivost, bolesti hlavy, nespavost, poruchy soustředění, depresivní nálada.

Je tedy patrné, že neurotičnost je pojem úzce související s neurotickými poruchami, neurózami, a někteří autoři mezi nimi také nečiní výrazný rozdíl. Ne však Hans Jürgen Eysenck, německo-britský psycholog (1916 – 1997), který označuje termínem „neuroticismus“ obecnou tendenci, náchylnost k neuróze, zatímco samotná „neuróza“ už je podle něj funkční poruchou nervové soustavy. Neuroticismus se podle Eysencka projevuje citovou labilitou, kolísáním nálady, zvýšenou pohotovostí k úzkosti, zvýšenou zranitelností v některých interakcích, zvýšenou pohotovostí k neurotickým reakcím a v případném dalším vývoji neurotickými symptomy, příznaky. (Miňhová, 1997, str. 33) K rozlišování mezi neurotičností a neurózou se přikláněl i český psychiatr Vladimír Vondráček (1895 – 1978). Ten pracoval s pojmy neuropat a neurotik. Zatímco neuropat je člověk, který je pouze predisponován ke vzniku neurózy, má určité neurotické sklony, neurotik už je člověk trpící neurózou. (Miňhová, 1997, str. 28)

Neuroticismus/neurotičnost tedy ještě nespadá do kategorie patologického onemocnění, ačkoliv lidem trpícím těmito sklony může značně zneprůjemňovat život. Naproti tomu neurózu za nemoc označujeme. Jak již bylo řečeno, jedná se o funkční nervové onemocnění, a to bez organického nálezu. Hartl v Psychologickém slovníku (1993, str. 121) píše, že funkčním se onemocnění nazývá proto, že nejde o organické poškození centrální nervové soustavy, ani změny v metabolismu.

Orientace v jednotlivých pojmech není snadná, proto se nyní pokusíme vymezit neurotičnost, tak jak ji budeme vnímat pro účely této práce, o něco podrobněji, a to právě ve vztahu k neuróze a zároveň ve vztahu ke stresu.

1.1 Vymezení pojmu „neurotičnost“ – neurotičnost x neuróza x stres

1.1.1 Neurotičnost

Neurotičnost neboli také neuroticismus (emocionální labilita) je jedním ze tří základních faktorů určujících temperament, tedy určitý biologický základ osobnosti, které stanovil na základě faktorové analýzy dotazníků a posuzovacích škál Hans Jürgen Eysenck. Mezi tyto tři faktory patří kromě neuroticismu (protipólem je emocionální stabilita) také extroverze (protipólem je introverze) a psychoticismus (protipólem je sociabilita). Každá z těchto tří oblastí v sobě zahrnuje určité spektrum vlastností osobnosti, přičemž nejsou nikterak závislé jedna na druhé. Tzn., je-li někdo např. emočně velmi (ne)stabilní, pak to ještě neznamená, že je automaticky extrovertní nebo introvertní či má vysokou/nízkou míru psychoticismu/sociability. Pomocí individuálních rozdílů v těchto třech základních dimenzích, které vytvářejí u každého člověka svou specifickou kombinací určitý vzorec, lze poměrně uspokojivě vysvětlit chování, prožívání a uvažování daného jedince.

Ačkoliv je hlavním předmětem našeho zájmu neuroticismus, kterému se budeme věnovat více dopodrobna, uvedeme si pro větší přehlednost také některé vlastnosti ze zbývajících dvou faktorů, jak je popisuje ve své knize Psychologie osobnosti Říčan (2007 str. 66 – 68):

- extroverze – družnost, společenskost, potřeba mít kolem sebe neustále lidi, potřeba mluvit s lidmi, touha po vzrušení, chápání se příležitosti, sklony riskovat, impulsivnost, bezstarostnost, optimismus, veselost, netrpělivost, občas nespolehlivost, má rád legraci a změnu, má hodně přátel, obvykle má na vše pohotovou odpověď, je velmi aktivní, může mít sklony k agresivitě
- introverze – introspekce, rezervovanost, uzavřenost do sebe, drží si odstup od všech kromě nejbližších přátel, sklon plánovat dopředu, není impulsivní, své city má pod kontrolou, nechová se agresivně, trpělivost, nemění nálady, spolehlivost, pesimismus, klade důraz na etické normy, má raději knihy než lidi
- psychoticismus – agresivita, chlad, sobeckost, impulzivita, neschopnost vcítit se do druhých, necitlivost, neosobnost, antisociálnost, kreativita

Neuroticismus neboli emoční labilita/emoční nevyrovnanost „je především charakteristikou obecné reaktivity, její přiměřenosti vyvolávajícím podnětům, míra osobnostní

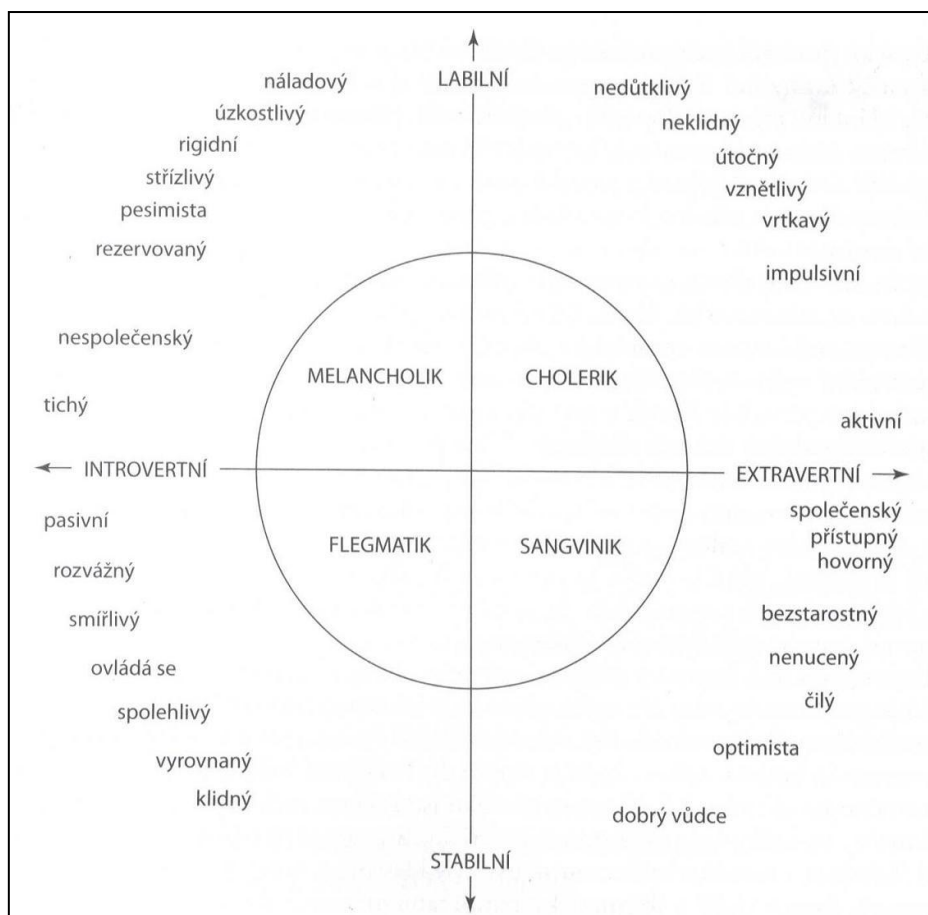
vyrovnanosti spojené s dispozicí k negativním emočním prožitkům“ (Vágnerová, 2010, str. 93 – 94) Jedinec vyznačující se vysokým neuroticismem, tedy takový, který má sklony k neurotickému chování a prožívání a u něhož je velká pravděpodobnost vzniku neurózy, mívá obvykle tyto vlastnosti, které se odvozují z příznaků neurotika, tj. člověka s psychickou poruchou zvanou neuróza: úzkostnost, neklid, nervozita, nepřiměřeně velká starostlivost, nedospělé chování, podrážděnost, nízká sebedůvěra, trpí pocity méněcennosti, zvýšená citlivost, citová zranitelnost, utrápenost, pesimistický způsob uvažování, nedostatečná kontrola vlastních emocí, horší přizpůsobivost, snížená odolnost vůči zátěži (jakožto zejména ke stresu). Některé z těchto příznaků poznal s větší či menší intenzitou během svého života téměř každý a je velmi obtížné stanovit přesnou hranici mezi tím, co je ještě zdravé, a tím, co už se stává nemocí. Existují oprávněné předpoklady, že na stále se rozšiřujících sklonech k neuróze se velkou měrou podílí současná moderní doba udávající vysoké životné tempo, přinášející s sebou neustálé změny a zahlcující nás daleko větším množstvím podnětů a informací než tomu bylo u našich předků.

Protipólem k labilitě je logicky emoční stabilita/emoční vyrovnanost, pro niž jsou typické vlastnosti následující: realistický způsob uvažování, normální citlivost, schopnost kontrolovat vlastní emoce, dobrá přizpůsobivost, odolnost vůči zátěži, přiměřené sebeovládání, zdravé sebevědomí, reagování je přiměřené stimulaci.

Jak jsme si již dozvěděli, extroverze/introverze a labilita/stabilita jsou na sobě vzájemně v podstatě nezávislé, což umožňuje znázornit je geometricky jako dvě na sebe navzájem kolmé osy souřadnic. Individuální míra extroverze/introverze a lability/stability každého člověka je pak zastoupena bodem v ploše, která je těmito dvěma osami vymezena. (Říčan, 2007, str. 67) Ke každému z kvadrantů je na základě řady výzkumů přiřazen soubor určitých vlastností, které ve finále odpovídají vlastnostem jednotlivých klasických temperamentových typů, jak je definoval Hippokrates (Hippokrato-Galénova temperamentová typologie). Z obrázku č. 1 můžeme snadno vypořadovat, že v dimenzi lability se nachází cholerik a melancholik, pro něž je tedy typická labilita, citlivost a nestálost v jejich chování, na rozdíl od sangvinika a flegmatika, kteří spadají do dimenze stability. Díky Eysenckovi je tak určování charakteristik osobnosti přesnější a konkrétnější neboť již nemusíme člověka zařadit do jedné kategorie/škatulky s názvem „cholerik“, „sangvinik“ atd. V dimenzionálním pojetí jsou každému jedinci přiřazena dvě čísla, která přesně odpovídají míře jeho extroverze/introverze a lability/stability. Bod, který jedinec obsadí, samozřejmě padne do jednoho z kvadrantů (nebo přinejmenším na pomezí dvou kvadrantů), ale jeho přesné

umístění nám prozradí, že není choleric jako choleric, že míra extroverze a lability každého cholerika se liší a tím pádem se liší i jejich vlastnosti.

Obrázek č. 1 – Eysenkovo dvojdimenzionální schéma základních dimenzí osobnosti (Říčan, 2007, str. 68)



1.1.2 Neuróza

Způsobů jak definovat neurózu existuje celá řada. Dříve byly neurózy vymezovány v protikladu k psychózám, u nichž se vyskytuje hrubé narušení duševních funkcí do takové úrovně, že dochází také k narušení vnímání reality, a chování takového člověka je pro jeho okolí nesrozumitelné, zatímco on sám žije v jakémsi jiném světě svých vlastních, od skutečnosti často zcela odtržených představ a svého onemocnění si není vědom. Příznaky na něm spíše pozoruje právě jeho okolí. U neurózy se jedná o poruchu vyznačující se duševními a/nebo tělesnými příznaky, které si jedinec uvědomuje a jsou pro něho obtěžující, nepříjemné, nepříjemné, nicméně hodnocení reality je v základních rysech nenarušeno a chování

neporušuje základní společenské normy. Potíže mohou mít někdy zřetelnou a někdy na první pohled ne zcela jasnou souvislost s duševními stavy, problémy ve vztazích v rodině, v práci, celkovým narušením interpersonálních vztahů, a často také pramení ze závažných vnějších nebo vnitřních konfliktů, které jsou někdy velmi silného a jindy spíš dlouhodobého rázu, a souvisejí také s vývojem, postoji a osobnostními vlastnostmi jedince. Pro skupinu neurotických poruch jsou charakteristické: úzkost, vegetativní příznaky, pocity životní nespokojenosti, neštěstí a sociálně nežádoucí chování, které ovšem není natolik závažné, aby vyžadovalo hospitalizaci. Porucha se může samovolně zlepšit nebo zhoršit a nejedná se pouze o prostou reakci na specifický stresor. (Zvolský, 1997, str. 105; Kratochvíl, 2000, str. 11) Psychózy vznikají jiným způsobem než neurózy a vyžadují také jiný léčebný přístup (např. dlouhodobé užívání psychofarmak), i jiný přístup k posuzování odpovědnosti a pracovní schopnosti.

Několik definic neurózy od různých odborníků uvádí Miňhová v publikaci Vybrané kapitoly z psychologie zdraví (2007, str. 25 – 26) Všechny se víceméně shodují v následujících bodech:

- neuróza je porucha funkční, při níž nedochází k anatomickým změnám,
- je reverzibilní („vratná“), tzn., že není rezistentní (odolná) vůči včasné a zaměřené terapii,
- projevuje se poruchou přizpůsobivosti člověka k vnějšímu prostředí,
- má řadu příznaků tělesných a duševních, které jsou jedincem nepříjemně pociťovány.

Souvislost neurózy s neurotičností již v podstatě byla zmíněna. Onemocněním neurózou jsou více ohroženi lidé, kteří jsou svou tělesnou konstitucí, svou „biologickou výbavou“, svými genetickými dispozicemi nebo prožitím extrémně traumatické události „obdaření“ emoční labilitou, zvýšenou citlivostí, sklony k úzkostem, nervozitě, napětí atd., tedy neurotičností. U takovýchto jedinců neuróza propukne daleko snáz nežli u lidí emočně stabilních/vyrovnaných. Vyléčení neurózy ještě automaticky neznamená vyléčení se z neuroticismu. Emoční labilita je hluboce zakořeněná vlastnost, ale lze s ní za pomoci různých psychoterapeutických technik pracovat.

Někteří autoři mezi pojmy neurotičnost a neuróza nečiní rozdíl, protože, jak zde už zaznělo, odlišit v tomto případě, co je ještě normální, zdravé, od toho, co je již patologií, nemocí, není snadné. V této práci se však budeme držet myšlenek autorů, kteří tyto dva pojmy odlišují. Za důležitý budeme považovat fakt, že ačkoliv neurózou může onemocnět kdokoli,

ne každý má k této nemoci sklony, dispozice, jejichž samotná přítomnost už chování a prožívání jedince odlišuje od ostatních. Kdybychom to velmi zjednodušili, mohli bychom říct, že neurotičnost je jakýsi „slabší odvar“, „předstupeň“ neurózy, přičemž jejich projevy, které jsou v podstatě totožné, nabývají u neuróz silnějšího, intenzivnějšího, patologického rázu.

1.1.3 Stres

Jaro Křivohlavý ve své knize Psychologie zdraví (2003, str. 170 – 171) podává velmi srozumitelné vysvětlení toho, co je stres. Vedle několika přístupů různých autorů, kteří se touto problematikou zabývali, vyniká svou výstižností tato definice: „*Stres je negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit.*“ Abychom mohli pracovat s pojmem stresová situace, musíme si uvědomit důležitost „*poměru mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem apod.) stresogenní situace (stresoru/ů) a silou (schopnostmi, možnostmi apod.) danou situaci zvládnout*“. Je-li míra intenzity této situace vyšší nežli schopnost/možnost člověka ji zvládnout, hovoříme o stresové situaci. Organismus je pak ohrožen nadlimitní zátěží, což vede k vnitřnímu napětí a narušení rovnováhy. Tato zátěž může být způsobena jediným velmi silným stresorem nebo naopak velkým množstvím méně silných, zato dlouhodoběji působících stresorů, které bychom mohli souhrnně označit jako běžné každodenní starosti.

V současnosti se čím dál častěji objevuje předpoklad, že právě „obyčejné“ každodenní starosti vytvářejí větší množství stresů než tzv. velké individuální stresory (např. úmrtí blízké osoby, přírodní katastrofa, dopravní nehoda atd.). (Křivohlavý, 2003, str. 171) Právě tyto každodenní starosti mohou být často zdrojem neurotických onemocnění. Zároveň bychom neměli opomenout, že stresující nejsou jen nepříjemné záležitosti, nýbrž také okolnosti obecně považované za příjemné a radostné jako např. svatba, narození dítěte, oslavy, výhry aj. Důkazem toho, že tyto události jsou pro některé lidi velmi zátěžovým faktorem je zvýšené vylučování adrenokortikotropního neboli stresového hormonu.

Stejně jako některá onemocnění (např. bipolární porucha, schizofrenie, úzkostnost – neurotičnost aj.) mohou být daná geneticky nebo získaná vzhledem k biochemickým změnám v organismu, tzn. člověk je k nim určitým způsobem predisponován, tak i možnost onemocnění civilizačními chorobami v důsledku působení stresu je zapříčiněna určitou

konstituční náklonností. Na vzniku nemoci se tak obvykle podílejí dva faktory – 1) vrozené dispozice (náhylnost) k dané nemoci a 2) konfrontace s určitým stresem. Lidé citlivější na stres reagují při setkání s ním (i když se jedná o docela mírný podnět) patologicky ve srovnání s lidmi vůči stresu odolnějšími, kteří se s ním vyrovnávají relativně klidně. Pakliže je osoba náhylnější ke stresu a jako reakce na něj se u ní objevují např. zažívací potíže, může se u ní vlivem často se opakujících stresogenních situací rozvinout vážnější onemocnění zažívacího ústrojí. (Křivohlavý, 2003, str. 172)

Při uvažování o vlivu stresu na jedince je tedy třeba zohledňovat subjektivitu jeho prožívání, tzn., že každý člověk prožívá stres trochu jinak a stres má na něj také jiné účinky. Propracovanější definice stresu tak bere v úvahu poměr mezi tím, co je danou osobou chápáno jako ohrožující, a tím, co je tímto člověkem chápáno jako možnost řešení dané situace. V případě, že se nacházíme pod přiměřeným tlakem a víme, že je v našich silách situaci zvládnout, pak hovoříme o tzv. eustresu, tedy takovém stresu, který prožíváme v jakémsi napjatém, ale přesto příjemném očekávání (často je eustres vyvoláván již zmiňovanými radostnými událostmi jako je svatba, očekávání potomka, ale také může jít o adrenalinové sporty nebo hazardní hry). Naproti tomu distres je prožíván velmi negativně a je vyvoláván takovými situacemi, jejichž vyřešením si nejsme jisti nebo víme, že je nejsme schopni zvládnout.

Stres velmi pravděpodobně podporuje vznik negativních emocionálních stavů (špatných nálad) a zároveň platí, že lidé, kteří jsou pesimisticky založení, prožívají stres (způsobený lehčími i závažnějšími stresory) mnohem intenzivněji než lidé s optimistickým přístupem k životu.

Je tedy snadno odvoditelné, jak stres souvisí s neurotičností a neurózami. Dalo by se říci, že jednorázová extrémně stresující situace či dlouhodobě trvající každodenní stres, který v člověku vyvolává napětí, nervozitu, obavy, úzkost atd. může být, a velmi často také je, příčinou vzniku neurózy. Naproti tomu neuróza samotná člověka znervózňuje, udržuje ho v napětí, pod tlakem, v úzkosti, čímž je stres zpětně podporován a vytváří se jakýsi bludný kruh, v němž jsou stres a neuróza úzce spjati.

Neurotičnost se se stresem pojí v tom smyslu, že je-li osoba geneticky predisponována k neurotickému chování a prožívání, k emocionální labilitě, je-li náhylnější k onemocnění neurózou, pak stačí i menší stresový podnět k tomu, aby se začalo onemocnění rozvíjet a jeho postup je tím rychlejší a snazší, čím náhylnější jedinec je a čím méně je schopen se stresem pracovat (např. relaxovat).

Kromě výše uvedeného se mnohé fyziologické, emocionální/citové a behaviorální příznaky stresu do značné míry podobají příznakům emocionální lability či se s nimi přímo prolínají.

- Fyziologické příznaky stresu – bušení srdce, bolest na hrudní kosti, nechutenství, tlak v břiše, křeče v břiše popř. spojené s průjmem, snížení sexuální touhy až impotence či frigidita, změny v menstruačním cyklu, svalové napětí v oblasti krční a bederní páteře, bolesti hlavy, vyrážky, pocit knedlíku v krku, potíže s viděním, nadměrné pocity únavy.
- Emocionální/citové příznaky stresu – prudké a výrazné změny nálad (od radosti ke smutku a naopak), nadměrné trápení se nedůležitými věcmi, neschopnost projevit sympatie, neschopnost empatie, nadměrné starosti o vlastní zdraví či fyzický vzhled, nadměrné denní snění až stažení se ze sociálních kontaktů, problémy se soustředěním a pozorností, zvýšená podrážděnost, popudlivost a úzkostnost.
- Behaviorální příznaky stresu (chování a jednání ve stresu) – nerozhodnost, nadměrné stěžování si, zvýšená absence v práci, zvýšená nemocnost a pomalejší zotavování se, sklon k nepozornému řízení vozidla, z čehož plyne zvýšená nehodovost, vyhýbání se odpovědnosti, nadužívání výmluv, zvýšený počet vykouřených cigaret na den, zvýšená konzumace alkoholu, větší závislost na lécích a případně i drogách, nechutenství nebo naopak přejídání, změny v denním životním stylu (dlouhé noční bdění a pozdní vstávání), problémy se spánkem

1.2 Etiologie neurotičnosti, neuróz

Jelikož se o neurotičnosti jako takové v literatuře příliš mnoho nepíše, budeme v etiologii, stejně jako v mnohých dalších následujících oblastech, vycházet z toho, co udává literatura o neurózách, přičemž tento postup nebude v ničem na škodu, neboť jsme si uvedli, že neurotičnost je jakýmsi (možným) předstupněm neurózy, a je tak mezi nimi velmi blízká spojitost. H. J. Eysenck, který se velmi podrobně zabýval problematikou psychologie osobnosti, přisuzoval neurotičnosti (a dalším dimenzím osobnosti) neurofyziologický základ a dědičnou podmíněnost. „*Tento biologický základ hledal ve způsobu fungování nervového systému, tedy v neurofyziologických vlastnostech, a to jednak mozkové kůry (extroverti*

rychleji vytvářejí podmíněné spoje atd.), jednak autonomního nervového systému (především hyperreaktivita u neuroticismu). Pokud jde o extroverzi, výsledky jsou velmi přesvědčivé, neuroticismus jako temperamentová vlastnost však nebyl v konečné bilanci bezpečně prokázán.“ (Říčan, 2007, str. 69)

Postrádáme-li jednotnou definici neurózy (a neurotičnosti), pak je logické, že ani názory na příčiny vzniku tohoto onemocnění (těchto sklonů) nebudou v celkovém souladu. Pokud bychom zacházeli do extrému, setkáme se se dvěma základními hledisky. Jedno staví do popředí vliv endogenních, genetických faktorů, a vlivu prostředí a výchovy nepřikládá zásadní význam. Druhé hledisko naopak vliv prostředí a výchovy vyzdvihuje a opomíjí vrozené činitele. Zastávání pouze jednoho z těchto vyhraněných stanovisek a nezohlednění žádného jiného může mít velice nepříznivý vliv na terapeutický, případně pedagogický proces.

1. 2. 1 Obecné přístupy a přístupy zahraničních odborníků k etiologii neuróz

Přístup zdůrazňující myšlenku, že duševní poruchy jsou způsobeny v první řadě dědičností a že bez genetických dispozic by duševní porucha nevznikla, označuje Zvolský (1997, str. 106 - 107) jako **biologický**. Zde se jako příčiny vzniku neurotičnosti a neuróz hledají zvláštnosti v určitých částech mozku, poruchy přenosu nervových vzruchů či poškození funkce vegetativní soustavy, jež za normálních okolností udržuje optimální vnitřní podmínky organismu. Důkazem tvrzení, že sklony k neurózám a neurózy jsou geneticky podmíněným onemocněním, by měl být fakt, že rodiče neurotických dětí jsou také sami neurotičtí. Ovšem výchovný vliv neurotických rodičů na vyvíjející se dítě je zde jaksi opomenut. (Miňhová, 1997, str. 26)

Předchůdcem biologického směru byl tzv. **směr organopatologický**, který neurózu pokládal za známku organického postižení nervové soustavy. Toto dnes již překonané tvrzení bylo zapříčiněno zejména tím, že mezi neurotická onemocnění byly nesprávně zařazeny např. i epilepsie či tzv. Sydenhamův syndrom (neurologická porucha způsobená infekcí a projevující se nezáměrnými škubavými pohyby). Případně byla neuróza posuzována jako projev lehčího zánětu mozku. (Miňhová, 1997, str. 26)

Proti výše zmíněnému biologickému / genetickému směru uvažování, se staví **psychoanalytický** přístup lékaře, neurologa a psychologa **Sigmunda Freuda** (1856 – 1939). Hlavní příčinou neurózy je v tomto případě konflikt, rozpor, mezi libidem (id), tedy jakousi

pudovou nevědomou a iracionální energií člověka, která ho nutí k okamžitému uspokojení vlastních potřeb, přání a tužeb, a „jáství“ (ego), které je naopak z velké části uvědomované, racionální, řídí se zákonitostmi reality a snaží se dávat společensky přijatelnou formu pudovým přáním. Role rodičů je v této situaci spíše podpůrná, doprovodná. Svými postoji a výchovnými metodami mohou dítěti buďto zjednodušit nebo naopak ztížit vyrovnávání se s vnitřními neurotickými konflikty. Psychoanalýza byla pro studium neuróz velkým přínosem zejména v tom smyslu, že poukázala na významnost dětství v souvislosti s rozvinutím neurotické poruchy v dospělosti, kdy určité spouštěče, vnější okolnosti, podněty, nechají propuknout původně skrytou, latentní, neurózu ve zjevnou. Opět by však nebylo nijak přínosné, držet se striktně pouze východisek psychoanalýzy, neboť ne každá neuróza může být důsledkem potlačování libida v dětství.

Stejně jako Freud tak i **Alfred Adler** (1870 – 1937) spatřuje původ neuróz v konfliktu. Tentokrát se však jedná o spor mezi vnitřní touhou po moci, která zapříčiňuje nastavení člověka proti jeho okolnímu prostředí, a společenským instinktem, který člověka naopak vyladňuje, aby udržoval se svým okolním světem kontakt. Pokud není mezi těmito dvěma póly nastavena harmonie, vznikají u člověka tendence jednat neuroticky, projevují se u něj neurotické příznaky. (Miňhová, 1997, str. 27)

Na téma vnitřního konfliktu navazuje i **neopsychoanalytička Karen Horneyová** (1885 – 1952). V jejím podání se rozpor odehrává mezi osobou reálnou, tedy tím, kým člověk ve skutečnosti je, a osobou idealizovanou – tím, kým by člověk chtěl být. Nemá-li člověk možnost se v prostředí, v němž žije, rozvíjet a zmenšovat tak pomyslnou propast mezi těmito dvěma stránkami vlastní osobnosti, pak dochází ke zmiňovanému vnitřnímu konfliktu, jenž je následně zdrojem neurotických symptomů. Rámec vzniku neuróz je tedy v neopsychoanalýze rozšířen o aspekt působení společnosti, kultury na člověka. Na rozdíl od Freudovy psychoanalýzy a Adlerovy individuální psychologie figuruje v neopsychoanalýze fakt, že společenský pud není pouze produktem vnitřních zákonitostí osobnosti, nýbrž se rozvíjí v interakci člověka s vnějším prostředím.

Působením společnosti, výchovou rodičů a teorií učení v návaznosti na vznik neurotických tendencí a neuróz se zabýval **behaviorální přístup**. Ten také v podstatě stojí v opozici vůči prvně popsanému přístupu biologickému (genetickému). (Zvolský, 1997, str. 106) Společensky nepřizpůsobivé chování je podle zastánců tohoto směru naučeným nevhodným způsobem zvládnání stresu, a čím déle toto nežádoucí chování přetrvává, tím více je posilováno a tím hůře se následně odnaučuje.

Přístup kognitivní určitým způsobem kombinuje psychoanalýzu a behaviorismus. Orientuje se na psychické procesy, nikoliv však na ty nevědomé, nýbrž na ty uvědomované. Některé duševní poruchy vznikají z tohoto hlediska jako důsledek poškozených poznávacích procesů a ovlivnit je můžeme změnou, přeucením, tohoto nesprávného poznávání, tzn. změnou způsobu, jakým přemýšlíme sami o sobě, jakým hodnotíme zátěžové situace, a změnou strategií, které využíváme ke zvládnání těchto náročných souhrnů okolností. (Zvolský, 1997, str. 106)

Zajímavý pohled na danou problematiku přináší i rakouský neurolog, psychiatr a zakladatel existenciální analýzy a logoterapie **Viktor Emil Frankl** (1905 – 1997). Zatímco Freud staví svou teorii na „touze po slasti“, Adler na „touze po moci“, přichází Frankl s další základní lidskou potřebou, a tou je „touha po smyslu“. Neuspokojení potřeby životního smyslu (existenciální frustrace) pak podle Frankla vede právě ke vzniku neurózy.

1. 2. 2 Přístupy českých a slovenských odborníků k etiologii neuróz

Příčinami vzniku neuróz se zabývali a zabývají také mnozí čeští autoři. Již na začátku této kapitoly jsme zmiňovali **Vondráčkovy** pojmy neuropat a neurotik. Za předpokladu, že člověk disponuje sklony ke vzniku neurózy (neuropat), dochází k propuknutí neurotické poruchy v okamžiku, kdy zasáhnou určité negativní, traumatizující vlivy zevního prostředí. Onemocnění neurózou je tak odezvou na zásadní, popř. dlouhotrvající, neuspokojení potřeb, přičemž jednou ze základních frustračních situací je např. narušení mezilidských vztahů.

Velmi podobný názor na etiologii neuróz měl i psychiatr **Jan Dobiáš** (1914 – 1990). Zdůrazňoval však, stejně jako Freud, roli dětského období, tedy času formování jedince, pro vytvoření neuróz.

S teorií obdobnou Vondráčkově a Dobiášově pracoval také slovenský neurolog a psychiatr **Ján Gross** (1928 – 1998). Také on se domníval, že predispozice k neurotické poruše je určena jak činiteli vrozenými, tak i získanými nevhodným výchovným stylem. Rodiče, popř. pedagogové či další výchovní zástupci, mohou svým působením dopad vrozených faktorů tlumit nebo naopak umocňovat. I u Grosse tedy můžeme sledovat podobný význam přisuzovaný rodičovskému vlivu na rozvoj neurózy u dítěte, jaký uváděl Freud, ačkoliv každý z těchto autorů viděl původ neurotické poruchy jinde.

Psychiatr **Jan Fischer** (1913 – 1976) se drží obdobného rámce jako předchozí čeští autoři, ovšem rozšiřuje záběr činitelů předurčujících dítě ke vzniku neurózy o účinky

z vnějšího prostředí, které mohou jakýmkoliv způsobem oslabit nervový systém. Pro celkové zpřehlednění uvedeme všech pět faktorů, které Fischer považuje za predisponující k neurotickému onemocnění:

1. *Vrozené faktory* – přílišná citlivost a nestálost nervové soustavy, snížená přizpůsobivost vegetativní soustavy, emoční dráždivost atd.
2. *Vývojová fáze* – zhoršená přizpůsobivost v období negativismu (kolem 3. roku života a v pubescenci)
3. *Infekční choroby* – každé infekční onemocnění oslabuje nervovou soustavu
4. *Závadné hygienické podmínky* – přetěžování, nedostatek spánku, odpočinku atd.
5. *Nesprávná výchova* – snížit odolnost dítěte vůči náročným životním situacím může jakýkoliv typ nesprávné výchovy, ať už by se jednalo o typ příliš autoritářský či příliš liberální (Miňhová, 1997, str. 29)

Lehce odlišný pohled přináší **Reiner Werner**. Tento odborník přisuzuje sníženou odolnost jedince vůči neurotizujícím podnětům z okolního prostředí souhrnu interpersonálních a extrapersonálních podmínek. Do skupiny interpersonálních předpokladů, představujících komplex připravenosti organismus na reakci, řadí: *pocit odlišnosti od vrstevníků*, tedy odklonu od středu populace či, jinak řečeno, vychýlení z normy, *pocit nejistoty*, *specifické konstituční vlastnosti osobnosti* a *stupeň citlivosti typický pro vývoj*. Extrapersonální předpoklady pak zahrnují tyto oblasti: *požadavky prostředí na výkon dítěte* (přílišné nebo naopak nedostatečné zatěžování, měnící se požadavky), *sociální zdůraznění dítěte* (rozmazlování, nadměrné zahrnování materiální péčí), poskytování *individuální volnosti* (přehnané vedení nebo naopak zanedbávání, popř. střídání těchto dvou pólů výchovy) a *emocionální obklopení dítěte* (poskytnutí absolutní bezpečnosti s nadměrnými projevy lásky a extrémní tolerancí vůči dítěti nebo naopak nedostatečné zajištění pocitu bezpečí, domova). (Miňhová, 1997, str. 29 – 30) Je-li tedy dítě vystaveno některým z těchto podmínek či jejich kombinaci, může u něj snadno dojít k rozvinutí neurotičnosti a je tím pádem celkově náchylnější k onemocnění neurózou.

Wernerovým extrapersonálním předpokladům pro vznik neurózy se podobají také ty, o nichž hovoří psychoterapeutka a psycholožka **Eva Syřišťová** (nar. 1928). Podle ní nemusí být dispozice k určitému způsobu patologického reagování primárně dědičnou záležitostí, nýbrž mohou být získány během vývoje osobnosti a to vlivem působení nejrůznějších endogenních a exogenních činitelů, mezi něž patří:

- *citové strádání v raném dětství*

- *chorobná citová symbióza mezi rodičem/rodiči a dítětem* (přehnaně úzkostný, starostlivý, případně až dominantní postoj k dítěti, který mu nedává možnost seberealizace)
- *ambivalentní citové vztahy k dítěti* (city protikladné povahy, tzn., na jedné straně rodič dítěti např. nepřiměřeně nadává, křičí na něj, zesměšňuje ho, a na straně druhé ho chce obejmout, pohladit, znovu se mu zalíbit; tento styl výchovy dítěti neumožňuje sjednocení a ucelení osobnosti)
- *přílišné akceptování nebo naopak potlačování projevů dítěte* (Miňhová, 1997, str. 30)

Doposud jsme se zabývali vrozenými a získanými predispozicemi, které jsou předpokladem k tomu, že jedince může postihnout neurotické onemocnění. Další z odborníků, psycholog **Libor Míček** (1931 – 2004), hovoří o tzv. neurozogenních činitelích, neboli noxech, což jsou nejružnější faktory, podněty z prostředí, v němž člověk žije. Tyto noxy pak mohou sehrát při vzniku neuróz stejnou úlohu jako genetika nebo výchova. Podle toho, jak dlouho neurotizující situace trvají a jak jsou intenzivní, je Míček dělí do několika skupin:

- *příliš silné podněty, které nemohou být nervovou soustavou zpracovány*
- *podněty nepřítis silné, zato ale dlouhotrvající*
- *spojení více nežádoucích podnětů*
- *nebo naopak nedostatek podnětů*
- *přepětí organismu v důsledku nedostatečné aktivace útlumového procesu*
- *rozpor mezi podněty budivými a tlumivými při jejich současném působení*
- *nebo rychlé střídání budivých a tlumivých podnětů*

K těmto problematickým oblastem přidává ještě další, jako např. vysoké emoční vypětí, s nímž se jedinec nedokáže vypořádat, čímž zintenzivňuje svou labilitu, nespokojenost, nepřesné vnímání; nedostatek emoční energie, který souvisí s citovou vyprahlostí. (Miňhová, 1997, str. 31)

Obdobným způsobem nahlíží na etiologii neuróz také klinický psycholog **Stanislav Kratochvíl** (nar. 1932). Za hlavní příčinu jejich vzniku považuje zážitky duševního charakteru, s nimiž se jedinec nedokáže dobře vyrovnat, ať už se jedná o silné jednorázové zážitky (přírodní katastrofa, dopravní nehoda, ztráta blízkého člověka apod.), nebo méně silné, zato dlouhotrvající, konfliktové situace vnější – odehrávající se navenek (hádky, narušené mezilidské vztahy, nevyřešené problémy) či vnitřní – odehrávající se v myšlenkách člověka (protichůdnost motivů, nemožnost uspokojit protichůdná přání, výčitky svědomí).

(Kratochvíl, 2000, str. 23 – 24) Autor však netrvá na tom, že neurózy vždy nutně vycházejí ze současné životní situace, ale připouští, že příčiny často sahají i daleko do minulosti jedince.

Půda pro vznik neurózy může být dána také celkovým oslabením organismu (např. horečnaté onemocnění, úraz, přepracovanost), kdy je snížena psychická odolnost. Svůj dopad má pochopitelně i nevhodná životospráva, nedostatek spánku a odpočinku, nepravidelné stravování, nadužívání kávy, alkoholu, kouření. Všechny tyto ukazatele nárůst neurotičnosti prokazatelně podporují, obvykle však nejsou její stěžejní příčinou. (Kratochvíl, 2000, str. 23) Tu nacházíme v oblastech výše zmíněných.

1. 2. 3 Shrnutí přístupů k etiologii neuróz

Z výše uvedeného nástinu názorů na etiologii neuróz, jehož výčet by mohl ještě dále pokračovat, je patrné, jak obsáhlá je problematika této funkční psychické poruchy. Jak již bylo zmíněno, každý z autorů víceméně podtrhuje jednu či druhou tezi o původu onemocnění, tedy buďto vidí příčiny vzniku neurózy spíše ve vnitřních, geneticky daných dispozicích, nebo vyzdvihuje význam spíše vnějších vlivů z okolního světa. Většina z nich se nicméně shoduje v tom, že na zrodu a formování neurózy se podílejí a vzájemně podmiňují obě dvě uvedené oblasti, a je obvyklé, že svou roli sehrává několik faktorů zároveň, přičemž jedním z těch, které se objevují nejčastěji, je konflikt. Ten vzniká v případě, že je náš organismus vystaven účinkům dvou nebo i více protichůdných podnětů. Přesáhnou-li určitou únosnou mez a nelze-li je po nějaký čas vyřešit, pak snadno vyústí v neurotické onemocnění. Nemožnost vyřešit konflikt, je běžně doprovázena pocitem úzkosti. (Miňhová, 1997, str. 32)

Střetávající se podněty mohou vycházet z různých typů prostředí, mnohdy jím bývá prostředí sociální. V dětství na člověka silně působí rodina a způsob výchovy, v dospělosti pak vztahy s partnery, vrstevníky, kolegy, eventuálně vlastními dětmi. Kritickým bývá nedostatek sociálních vztahů vedoucí k osamělosti, která je považována za jednu z nejnáročnějších životních situací. (Miňhová, 1997, str. 32)

„Člověk trpící neurózou není jen pasivní obětí svého neurotizujícího prostředí, ale on zpětně působí na své okolí a tím si své neurotické prostředí znovu a znovu vytváří.“ (Miňhová, 1997, str. 31)

O dalším podobně zajímavém jevu píše Kratochvíl: *„Někdy se neuróza zafixuje mechanismem, který nazýváme sekundární zisk z nemoci. Uvedli jsme již, že potíže někdy usnadní člověku vyhnout se řešení nepříjemné situace. Tak jeden z našich pacientů dostával*

křeče do ruky, které mu znemožnily, psát, když měl podepsat něco, s čím vnitřně nesouhlasil. Jedna pacientka dostávala dramatické záchvaty úzkosti ve večerních hodinách, kdy se manžel chystal odejít, takže ji nemohl opustit a musel zůstat doma. Ženě, u níž se objevil strach z vycházení na ulici, začalo být příjemné, že ji manžel nebo děti musejí doprovázet a věnovat jí pozornost. Ta by přestala, kdyby se její potíže vyléčily. Manželka muže, který začal trpět nervovými „srdečními“ záchvaty, odvolala z lítosti žádost o rozvod, dokud se manžel nevyléčí. Kdyby se vyléčil, opustila by ho. Neuróza je tedy způsobena nejen určitými příčinami, ale její příznaky mohou za určitých okolností nabýt také cílového zaměření. Přestože jsou nepříjemné, přinášejí některé výhody. Mohou získat své místo v životním plánu.“ (Kratochvíl, 2000, str. 25 – 26)

Oba dva zmíněné úryvky přidávají pohledu na etiologii neuróz další rozměr a opět jen dokazují, že na toto onemocnění je nutné nahlížet z více úhlů, a to především při snaze o jeho léčbu.

1.3 Projevy neurotičnosti, neuróz

Jaké jsou projevy neurotičnosti a neuróz již v předchozím textu zaznělo mnohokrát, neboť k jejich definování a vymezení se využívá právě popis jejich příznaků. Abychom si však o nich udělali ucelený přehled, sjednotíme je nyní v této podkapitole. Jednotlivé symptomy mohou být u každého člověka různě kombinovány a přítomnost jednoho nevyklučuje ani nepodmiňuje přítomnost druhého. Někdy může jedinec trpět pouze jedním neurotickým příznakem, ale obvykle se příznaků vyskytuje více a ty se pak pojí v určité celky neboli syndromy. (Kratochvíl, 2000, str. 26) Syndromy představují základní druhy neurotických poruch a ty si uvedeme v kapitole následující.

1.3.1 Tělesné projevy

K tělesným obtížím, které mohou (ale nemusí...) být neurotického původu (...proto, je vždy nutné projít také minimálně základním lékařským vyšetřením a vyloučit tak organický původ těchto potíží, tzn. vyloučit přímé změny na tělesných orgánech způsobené zánětem, infekcí, poškozením tkáně, krvácením, zúžením cév, otravou, nedostatkem/nadbytkem nějaké látky v organismu, porušením nervových vláken nebo mozkových či míšních center) patří především bolesti hlavy, tlak či píchání u srdce, případně vnímání zrychlení, zintenzivnění či

nepravidelnosti v srdeční činnosti, bolesti na hrudi, tlak či bolest v oblasti žaludku, nechutenství, zvracení, průjmy a jiné zažívací problémy, mravenčení, brnění, třes, chvění či křečovitě záchvaty končetin nebo celého těla, svalové napětí, poruchy chůze či pohyblivosti končetin, nadměrné pocení nebo naopak pocity chladu, poruchy sensorických funkcí, zejména zraku a sluchu, ztráta hlasu, snížená tělesná výkonnost. (Kratochvíl, 2000, str. 11 – 12)

U neurotických onemocnění chybí výše uvedené organické změny v tělesných orgánech (ačkoliv příznaky jsou si velmi podobné), neboť jde „pouze“ o poruchu funkce, tedy poruchu centrálního nervového řízení, přičemž ta je způsobena duševními příčinami.

Pacienti trpící tělesnými neurotickými příznaky mohou mít problém s porozuměním tomu, že jejich potíže jsou opravdu způsobeny duševním rozpoložením a požadují absolvování dalších tělesných vyšetření. Jako argument zde můžeme uvést příklad toho, co se děje s tělem, když prožíváme silnou emoci, např. strach – zrychluje se srdeční činnost, zvyšuje se činnost potních žláz, vysychá v krku, stahuje se žaludek apod., což znamená, že emoční stavy mají velmi zásadní vliv na tělesnou schránku a opakované, dlouhodobé prožívání podobných stavů může způsobit přetrvávající tělesné obtíže.

1.3.2 Duševní projevy

Mezi neurotické duševní příznaky patří: úzkost (člověk má strach, obavy, je nervózní, aniž by věděl z čeho), která může být jaksi trvalá, permanentní nebo může přicházet v záchvatech do takové míry, že se člověku rozbuší srdce, začne se silně potit a dostane strach, že zemře (viz příklad srdeční neurózy v kapitole 1.7 Léčba a terapie neurotičnosti, neuróz); stavy napětí a podrážděnosti; tzv. „blbá nálada“ až depresivní pocity s myšlenkami, že život za nic nestojí, že všechno špatné, k ničemu apod.; nutkavé, vtíravé myšlenky a představy, že člověk má něco udělat a neudělá-li to, stane se něco zlého (praktikování různých stereotypů, rituálů), že nezamkl dveře, nezhasl světlo, nevypnul plyn a několikrát se o tom musí jít přesvědčit. Dále jsou mezi duševní symptomy zahrnovány různé strachy až fobie (např. z uzavřeného prostoru, otevřeného prostranství, z výšky, z ostrých předmětů, z budoucnosti, z nemoci atd.), pocity vyčerpanosti a psychické únavy, poruchy spánku, nesoustředěnost, nepozornost, nerozhodnost, nejistota ve vztazích k lidem či nadměrná závislost na druhých, pocity méněcennosti a podečňování se, nebo naopak pocity vlastní důležitosti, zveličování vlastních činů a dojem, že mu ostatní křivdí, podléhání stavům zlosti, vzteku, výbuchům, které ještě více zhoršují situaci. V extrémních případech bychom mohli

hovořit také o depersonalizaci (odosobnění), derealizaci či amnézii. Napětí a nervozita se může projevovat také v nejrůznějších zlozvycích jako je např. okusování nehtů, opakování stereotypních pohybů (poklepávání prsty, pohupování nohou apod.), kouření aj.

1.4 Druhy neurotičnosti, neuróz

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) není neuróza uznávána jakožto nozologická jednotka, ale pojem „neurotické poruchy“ spadá do větší skupiny poruch F40 – F48 nazvané „Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy“, kam jsou tyto jednotlivé poruchy zařazeny na základě hlavních obecných témat a podobnosti popisu. (Zvolský, 1997, str. 105)

Vzhledem k tomu, že s neurotickými poruchami spadají do skupiny ještě poruchy další, nebudeme se držet členění nemocí dle MKN-10, ale pro účely této práce použijeme dělení neuróz tak, jak ho udává Kratochvíl (2000, str. 26 – 31). Jednotlivé druhy neuróz jsou od sebe odlišeny podle toho, jakými soubory příznaků (syndromy) se vyznačují. Už i neurotičnost, tedy sklony k neurotickému chování a prožívání se mohou ubírat určitým směrem a více či méně se přiklánět k jednomu nebo více druhům neurotického onemocnění, ačkoliv příznaky nejsou tak intenzivní, neprojevují se v takové míře.

Neurastenie

Pojmem neurastenie, která dle výše zmíněné MKN-10 spadá do skupiny poruch F48 (jiné neurotické poruchy), bývá označována tzv. „dráždivá slabost“. Již z tohoto slovního spojení je patrné, jaké problémy s sebou tento syndrom nese. Na jedné straně jedinec pocítuje napětí, neklid, nespokojenost, nejistotu, nervozitu, mrzutost, není schopen se soustředit, je roztěkaný, zapomnětlivý, nedůtklivý, a dovede ho rozčílit i nepatrný podnět, je přesvědčen, že se mu nic nedaří. Na straně druhé je rychle unavitelný a snadno ochabne. Během dne se cítí vyčerpaný, slabý, což je způsobeno také absencí souvislého a pravidelného spánku – obtížně se mu usíná a často se budí (může se ale naopak jednat také o nadměrnou spavost). Jeho výkon v zaměstnání i v běžných denních činnostech je tím pádem utlumen. Kromě problémů se spánkem se k tělesným projevům přidává bolest hlavy, svalů, nadměrné pocení, mravenčení v končetinách a neschopnost odpočívat a uvolnit se.

Úzkostná neuróza

Úzkost je jedním z příznaků neuróz obecně, u úzkostné poruchy je však příznakem hlavním. Úzkost lze popsat jako neurčitý strach, obavy, které nemají konkrétní obsah. Úzkostný jedinec nedovede přesně popsat, čeho se vlastně bojí, co ho znervózňuje. Tento stav se obvykle projevuje zrychleným tepem a dýcháním, bušením srdce, celkovou slabostí, pocity chladu nebo tepla, nadměrným pocením, nechutí k jídlu.

Rozlišujeme dva typy úzkostné poruchy – úzkost panickou a generalizovanou. Pro panickou poruchu je typické, že vzniká náhle, jedná se o jakýsi záchvat úzkosti, o ataku, která trvá cca několik minut. Jedinec pocítuje kromě již zmíněných příznaků také bolesti na hrudi, má pocit, že nemůže dýchat, trpí závratěmi, objevuje se u něj strach z toho, že nad sebou ztratí kontrolu, že zešílí nebo zemře. Mezi jednotlivými panickými záchvaty je neurotik relativně bez úzkostných příznaků, i když se u něj může objevovat, a často také objevuje, strach z další ataky. Druhým typem je porucha generalizovaná, kdy jedinec pocítuje úzkost v podstatě neustále, permanentně trpí nerealistickými obavami z hrozícího neštěstí, katastrofy, nedokáže se soustředit, rozhodovat, stále pochybuje, trpí poruchami spánku, svalovým napětím, nevolnostmi, vnitřním i motorickým neklidem.

Fobická neuróza

Dalo by se říci, že fobická porucha je svým způsobem podobná poruše úzkostné, nicméně pro fobie platí, že jedincem pocítovaný strach je podmíněn určitou konkrétní situací, osobou, předmětem. Tento strach je zpravidla iracionální a dotýčný si toho je sám vědom, ale nedokáže se mu ubránit a raději se vyhýbá kritickým situacím. Některé fobie člověka v jeho životě nijak výrazně neomezují (např. bojí-li se hadů, s nimiž ale běžně nepřijde do styku). Některé ale naopak mohou být vážným existenčním problémem, např. trpí-li neurotik agorafobií, tedy strachem z otevřených prostranství či uzavřených prostor, z opuštění domova, ze samostatné chůze po ulici, z cestování dopravními prostředky apod., nebo sociální fobií, tedy strachem z kontaktu s lidmi, ze ztrapnění se při vystupování na veřejnosti, při společném stolování aj. Projevy v těchto zátěžových situacích se mohou podat projevům popsaným u neurózy úzkostné.

Nutkavá neuróza

Závažným způsobem omezující a zároveň nejobtížněji léčitelná neurotická porucha je právě ta nutkavá (obsedantně kompulzivní), jejímž hlavním znakem jsou obsedantní, vtíravé myšlenky, představy a kompulzivní, nutkavé akty, činnosti. Obsese vnímá jedinec jako iracionální a zatěžující myšlenky vtrhnuvší do jeho vědomí ačkoliv jsou si pacienti vědomi jejich nesmyslnosti, není v jejich silách je potlačit nebo ignorovat. Kompulze nutí člověka k vykonávání určitých opakujících se úkonů, které nemají ve své podstatě žádný účel. Důležitou roli přitom hraje pravidelnost a stereotyp. I v tomto případě jsou si pacienti vědomi iracionality svého chování, ale když se snaží kompulzím odporovat (o což se v počátcích onemocnění snaží téměř vždy), pociťují silné napětí až úzkost, které poleví, jakmile je kompulze uskutečněna.

Depresivní neuróza

Depresivní neuróza se vyznačuje převažující špatnou, pesimistickou, pochmurnou náladou. Člověka v tomto stavu lze jen obtížně rozveselit, nic ho netěší, nebaví, cítí se nešťastný, skleslý, sám sebe podceňuje, obviňuje, a v myšlenkách se zabývá převážně smutnými záležitostmi, nezřídka i sebevraždou. Zásadní pro odlišení depresivní neurózy od tzv. endogenní deprese je fakt, že depresivní neuróza se váže na nepříznivou životní situaci, tragické životní události apod., a tím je i pro neurotikovo okolí jaksí pochopitelná, ačkoliv jím prožívaný smutek je ve srovnání s běžným smutkem nepřiměřeně silný a dlouhotrvající. Deprese endogenní, tedy vycházející z vnitřních příčin, nemá s životními událostmi žádnou souvislost a zdá se tak být „nelogická“. Sebevražedné myšlenky v těchto případech také daleko častěji dojdou naplnění. Její léčba, jakožto léčba duševní choroby, vyžaduje jiný přístup nežli léčba neuróz.

Hysterická neuróza

Hysterická neuróza je zvláštní tím, že její příznaky mohou být velmi pestré a měnící se. Jedná se o symptomy napodobující příznaky nejrůznějších somatických chorob, jako jsou např. ochrnutí celého těla či některé z končetin, přechodné oslepnutí, ohluchnutí či oněmění, pocit knedlíku v krku, křeče, změny citlivosti v některých částech těla, záchvaty pláče, smíchu nebo celkového tělesného třesu. Dříve se často objevovaly také velké hysterické záchvaty

doprovázené „omdléváním“, tedy opatrným pádem na zem a následným zmítáním se na zemi. Dnes se již tyto silně dramatické prvky chování ve společnosti nevyskytují. Místo toho se objevují další méně nápadné příznaky: průjmy, zvracení, pocity dušnosti, „srdeční“ záchvaty apod. Hysterický záchvat se u neurotika obvykle dostavuje po prožití traumatické události nebo při ohrožující situaci, z níž mu záchvat jaksi pomůže uniknout – Kratochvíl (2000, str. 29) uvádí jako příklad ochrnutí u vojáka znemožňující jeho nasazení do boje. V daném případě se jedná o účelovost hysterických příznaků, ale neměli bychom je nesprávně považovat za simulaci, neboť jsou neuvědomělé a jedinec je nemá pod svou kontrolou.

Stejně jako jsme upozorňovali na odlišení depresivní neurózy od endogenní deprese, i zde se musíme zmínit o nutnosti odlišovat hysterickou neurózu od histriónské poruchy osobnosti, která je již patologická a je také relativně trvalou odchylkou. City i chování takovéto osoby jsou velmi proměnlivé a přecházejí z jednoho extrému do druhého, pozornost okolí se mnohdy snaží upoutat svou „bezmocností“ a zveličováním svých potíží, často mluví o sebevraždě a taky se o ni demonstrativně pokouší.

Hysterie je ve společnosti nepříliš populárním jevem a mnozí klienti ho také odmítají přijmout jako diagnózu. Obecně bývá přisuzován spíše ženám a projevuje se u nich především touhou po neustálém dokazování partnerovy lásky. Ve skutečnosti ovšem hysterie není výjimkou ani u mužů, u nichž se zase projevuje zdůrazňováním vlastní mužnosti, síly a sexuální výkonnosti (tzv. donchuánství).

Hypochondrická neuróza

Tento druh neurózy se vyznačuje extrémními obavami o vlastní zdraví, jež se projevují především zvýšeným pozorováním sebe sama, soustředěním se na vlastní (často neexistující) potíže a tělesné příznaky nejrůznějších nemocí, o nichž se jedinec něco dozvěděl od jiných lidí nebo si o nich něco přečetl. Takováto osoba na sobě snadno začne dané příznaky pociťovat a je velmi vážně přesvědčena o jejich závažnosti.

1.5 Neurotičnost, neurózy v kombinaci s dalšími problémy

Neurotičnost a onemocnění neurózou se samozřejmě mnohdy mohou u jedince vyskytovat současně s dalšími potížemi, nemocemi, a rozhodně není pravidlem, že by pacient/klient trpěl pouze „čistou“ neurózou. Často se k neurotickým obtížím přidávají další,

kteří jsou organického charakteru, tzn., mají prokazatelný tělesný poklad. Jako příklad si můžeme uvést menopauzu u žen, která je doprovázena zátěží způsobenou hormonálními změnami souvisejícími s ustávající činností vaječníků (např. návaly horka). Většina žen toto období nějakým způsobem vnímá jako psychicky i fyzicky náročnější. Pro ženy se sklonem k neuróze je náročnější o to víc, že k tělesným změnám se přidávají změny ne zcela vysvětlitelné hormonální nerovnováhou – podrážděnost, zvýšená únavnost, deprese, úzkost, strach aj.). Tento jev je označován jako tzv. neurotická nadstavba, kdy nad tělesnými změnami, tělesným onemocněním, které tvoří jakousi základnu, vyvstávají další potíže způsobené vlivem psychiky (napětím, nespokojeností). Podobná situace může probíhat i v opačném pořadí, tedy k již existující neurotičnosti, neuróze se přidávají problémy způsobené somatickou chorobou (nachlazení, infekce, úraz atd.). Bylo by tedy mylné domnívat se, že za všechny obtíže dané osobou může jeho neurotičnost, neuróza. (Kratochvíl, 2000, str. 16)

Další oblastí, která se v kombinaci s neurotičností, neurózami můžeme vyskytovat, je alkoholismus (a jiné závislosti na návykových látkách). Alkoholismus může vzniknout obdobným mechanismem jako neuróza, ovšem v tomto případě jsou neurotické příznaky jakožto reakce na nepříznivé životní okolnosti nahrazeny častým pitím, které se postupně stane návykem. Přímá souvislost alkoholismu s neurózou se dá konstatovat ve chvíli, kdy pacient již trpící neurotickými potížemi, je „řeší“ pomocí alkoholu. Ten mu přináší určitou úlevu od napětí, nervozity, podrážděnosti, deprese, dodává mu odvalu a zvyšuje jeho sebevědomí, pomáhá mu zapomenout na problémy, na tíživou situaci. Toto opojení však trvá jen přechodnou dobu a ve skutečnosti se stav závislého neurotika zhoršuje, a to i tím, že alkoholismus celou jeho životní situaci ještě více komplikuje. (Kratochvíl, 2000, str. 17 – 18)

Stejnou souvislost s neurotičností, neurózami mají také závislosti na nikotinu, tedy kouření, které může v daný okamžik neurotikovi dopomáhat ke snížení napětí, či závislosti na omamných látkách (drogách), jejichž užívání může sloužit k jakémusi úniku od reality, od problémů. Logicky stejně jako u alkoholismu dopomáhají tyto závislosti pouze ke zhoršení fyzického i psychického stavu. Samozřejmě i zde, stejně jako u tělesných onemocnění, nemůžeme závislosti všech kuřáků, alkoholiků, uživatelů drog, spojovat s neurotičností, neurózami. Ty pouze mohou (ale zdaleka nemusí!) být příčinou, spouštěcím okamžikem vzniku závislosti nebo i jejím důsledkem.

1.6 Diagnostika neurózy

V dnešní době by o sobě jistě spousta lidí dokázalo říci, že jsou neurotici, protože jsou nervózní, podráždění, trpí migrénami apod., což je často důsledkem života ve stresu, spěchu, pod tlakem. Někteří tento svůj laický odhad přeceňují a už jen proto, že občas „vybuchnou“ se považují za neurotického jedince. Někteří, a těchto případů je pravděpodobně více, ho naopak podceňují a lékaře vyhledají až ve chvíli, kdy jsou kvůli svým potížím (zdravotním či psychickým) zcela zoufalí. Dalo by se tomu předejít, kdyby včas vyhledali např. pomoc psychologa, který by pomocí psychologických testů a rodinné anamnézy mohl zjistit, zda je pacient geneticky predisponován k neurotickému chování a prožívání, a dále s pacientem spolupracoval. Přesahují-li pacientovy potíže rámec neurotičnosti a mají-li závažnější charakter, pak se dostáváme přímo k onemocnění neurózou.

Soubory příznaků, které jsou podstatou většiny neuróz, zejména pak ty úzkostné a depresivní, se běžně objevují u celé řady dalších poruch a onemocnění (např. poruchy osobnosti; depresivní porucha; schizofrenie; poruchy organické – Alzheimerova choroba, Huntingtonova choroba, Parkinsonova choroba a další – a symptomatické – při infekčních onemocněních a při onemocněních žláz s vnitřní sekrecí). K definitivní diagnóze neurózy je tedy často třeba nejprve vyloučit jiná onemocnění, která by se jí svými projevy mohla podobat. Tento diagnostický postup je označován jako *negativní* – pokud byly vyloučeny organické příčiny a nebylo odhaleno nic jiného, může lékař usuzovat na to, že se jedná o neurotickou poruchu. (Kratochvíl, 2000, str. 21) Nesprávné posouzení pacientových obtíží a určení chybné diagnózy může mít neblahé důsledky, neboť i stanovená léčba se poté ubírá nežádoucím směrem. Jako příklad uvádí Zvolský (1997, str. 121) odlišení depresivního syndromu u neurózy s depresivními nebo obsedantně-kompulzivními příznaky od depresivního syndromu u depresivní poruchy. Léčba depresí, spadajících mezi afektivní poruchy, spočívá ve farmakoterapii, tedy v užívání antidepresiv, kdežto neurózy s depresivními příznaky jsou léčeny psychoterapeuticky. Součástí stanovení diagnózy by mělo být pochopitelně také nalezení psychogenních faktorů, jimiž byl vznik neurózy vyvolán, podpořen, což opět napomáhá k přesnějšímu vymezení léčebných a terapeutických postupů.

Není však pravidlem, že by projevy neurotického onemocnění vždy odváděly pozornost lékaře k onemocněním jiným. Někdy je kontext zcela zřejmý: pacient prošel závažným emocionálním otřesem, nachází se v nadměrně vypjaté situaci doma či v zaměstnání, je vystaven nejruznějším problémům, na něž nedokáže adekvátně reagovat a

není schopen zbavit se svých ustálených rigidních způsobů chování / jednání, nebo je alespoň částečně změnit (workoholik se nedokáže nepřetěžovat prací, nedokáže se vzdát nároků sám na sebe a své ctižádostivosti; žena, která se trápí rozpory s manželem, není schopna konfliktům předcházet nebo je nevyvolávat). Neurotické příznaky jsou pak spíše důsledkem způsobu reagování člověka na zátěžové situace, nežli přímým výsledkem těchto situací. (Kratochvíl, 2000, str. 21) Příčina pacientových obtíží může být určena tím snáz, svěří-li se pacient lékaři se svou náročnou životní situací, v níž se aktuálně (popř. dlouhodobě) nachází, a lékař tento fakt v průběhu vyšetřování zohlední.

Na druhou stranu se někdy pacientův osobní život jeví naprosto v pořádku a až při hlubším pohledu se ukazuje, že skutečné příčiny jeho potíží se dají hledat daleko v minulosti nebo mohou být vytěsněny z vědomí a vyplouvají na povrch až během psychoterapie.

Aby nedošlo k zanedbání případného organického podkladu pacientových obtíží, doporučí lékař po základní orientační prohlídce další podrobnější, specifická vyšetření jako např. rozbor krve, moči, EKG, rentgen lebky, páteře, plic, případně vyšetření na oddělení ušním-nosním-krčním, očním, neurologickém, gynekologickém atd. V závěru všech vyšetření by měl odpovědný lékař shrnout zjištěné výsledky a sdělit je pacientovi spolu s tím, jaká opatření a léčebné postupy budou následovat. Bohužel se někdy stává, že v průběhu všemožných vyšetření se pacient dozvídá spoustu útržkovitých informací, které jsou vytrženy z celkového kontextu a pacienta mohou ještě více znepokojit a jeho případné neurotické potíže paradoxně ještě zhoršit. (Kratochvíl, 2000, str. 21 – 22)

1.7 Léčba a terapie neurotičnosti, neurózy

Vyléčit neurotičnost a zcela se jí zbavit, je v podstatě nereálné vzhledem k tomu, že se jedná o vrozenou osobnostní charakteristiku, o rys osobnosti. Jediné se sklony k neurotickému chování a prožívání, tedy emocionálně nestabilní, však může být schopen s pomocí vlastních sil a vůle či za pomoci terapie, přehodnotit a pozměnit své způsoby reagování na určité situace, které v něm podněcují neurotické tendence. Bude-li umět efektivně řešit konflikty, bude-li se umět vyvarovat nadbytečnému stresu atd., může značně vzrůst kvalita jeho života, vztahů s lidmi, a jeho celková spokojenost.

Získají-li neurotické sklony na síle a přerostou-li v závažnější neurotické onemocnění, pak stále existuje velice vysoká pravděpodobnost úspěšné léčby a částečné nebo úplné vymizení neurotických symptomů.

Významnou roli hraje při léčbě a terapii neuróz oblast, na niž se zaměřujeme, tedy to, zda léčíme příznaky (to, čím se onemocnění projevuje), nebo příčiny (to, čím je onemocnění způsobeno) nemoci. Dalo by se obecně říci, že na léčbu příznaků se zaměřuje zejména **farmakoterapie** (eventuálně fyzioterapie apod.). Ta může být účinná v jednoduchých případech onemocnění celkem rychle, ale u případů složitějších je spíše doprovodná k léčbě psychoterapeutické. Léky používané při léčbě neuróz (např. Diazepam, Neurol, Xanax, Prozac) by vždy měly být jen na lékařský předpis na základě předchozího lékařského vyšetření. Tyto léky tlumí bolesti, navozují spánek, napomáhají ke zklidnění, zmírňují či odstraňují pocity úzkosti, deprese atd. Zároveň však snižují pozornost, mohou vyvolávat únavu. Z tohoto důvodu je jejich užívání ohrožující při vykonávání činností vyžadujících naprostou bdělost a soustředěnost, jako např. řízení motorových vozidel, obsluhování strojů apod. (Kratochvíl, 2000, str. 32 – 33) Vzhledem k nebezpečí vzniku návyku je nutné podávat tyto léky jen po dobu nezbytně nutnou.

Někteří pacienti se spokojí s tím, že se díky lékům zbavili obtěžujících symptomů doprovázejících neurotické onemocnění, a zanedbají další léčbu (psychoterapii). Postupem času se však jejich problémy mohou při střetu s nějakou náročnější životní situací nebo dlouhodoběji působícím stresem vrátit, protože, jak již bylo řečeno, psychofarmaka neodstraňují příčinu neurózy. Někteří pacienti se mohou stát na lécích závislími zejména psychicky a bez jejich užívání už nemusí být schopni fungovat (minimálně potřebují mít léky alespoň u sebe, aby měli pocit jistoty, že když je přepadne např. záchvat úzkosti, nebudou úplně bezmocní) a jejich užíváním se v podstatě snaží vyhýbat řešení svého skutečného problému.

Lékař by měl pacientovi dobře vysvětlit problematiku dané nemoci a upozornit pacienta, aby nepodceňoval další, a to velmi účinnou léčbu – **psychoterapii**. Ta v sobě zahrnuje spoustu různých technik, které jsou určeny ke změně chování, prožívání, myšlení pacienta/klienta, k osvojení si účinnějších způsobů, jak zvládat stres a jednat s lidmi. (Zvolský, 1997, str. 122).

Většina psychoterapeutických metod, ačkoliv má každá své specifické techniky, se vyznačuje zásadním společným rysem, a tím je vztah mezi terapeutem a klientem, kdy terapeut nabízí klientovi možnost bez obav a strachu z odsouzení či prozrazení hovořit o svých potížích, nejniternějších pocitech a myšlenkách, přistupuje ke klientovi s pochopením, porozuměním, důvěrou, a snaží se mu pomoci zvládnout osvojení účinnějších způsobů při řešení problémů.

Terapie mohou probíhat jako individuální nebo skupinové, krátkodobé či dlouhodobé.

Psychoanalyticky zaměřený přístup, který spatřuje příčinu onemocnění neurózou v nevědomém konfliktu mezi rozpornými impulzy a zákazy, jenž vede k nevědomému pocitu ohrožení a tím pádem k použití nevhodných duševních obranných mechanismů, které se následně projeví duševními nebo tělesnými příznaky, potížemi, usiluje v průběhu terapie o přivedení nevědomých konfliktů a emocí do vědomí, odstranění nevhodného používání obranných mechanismů a tím pádem i duševní poruchy. Tato terapie bývá účinná zejména při léčbě úzkostných neurotických poruch.

Behaviorální přístup, jehož základem je teorie učení, předpokládá, že nepřizpůsobivé chování je naučeným nevhodným způsobem zvládnání stresu. A pokud se lze něco naučit, pak to lze i odnaučit.

Z hlediska **kognitivního přístupu** vznikají některé duševní poruchy na základě poškozených poznávacích procesů a ovlivnit je můžeme změnou tohoto chybného poznávání. (Zvolský, 1997, str. 106). Kombinací behaviorální a kognitivní terapie se léčí zejména obsedantně kompulzivní poruchy.

Zajímavý přístup k léčbě neurotických onemocnění má např. také **logoterapie** zabývající se zejména nalezením smyslu života každého klienta. Elisabeth Lukasová uvádí ve své knize Logoterapie ve výchově (1997, str. 21 – 23) *případ ženy, která trpěla ve chvílích naprostého klidu a uvolnění silným bušením srdce, které ji natolik znervózňovalo a vyvolávalo v ní paniku, že se dostávala do jakéhosi bludného kruhu, kdy jí srdce bušilo pod vlivem strachu stále silněji. Veškerá lékařská vyšetření však vyloučila jakýkoliv tělesný problém, kromě poněkud nižšího a měnlivého krevního tlaku. Logoterapeutické sezení ukázalo, že tato žena trpí hyperreflexí, tedy zvýšeným pozorováním sama sebe. Ve chvílích klidu pravděpodobně poklesl její krevní tlak, čímž se samočinně zvýšila tepová frekvence, aby si tělo uchovalo normální oběh krve, což je zcela běžným jevem. Ona však byla přesvědčena, že zesílené bušení jejího srdce je předzvěstí blížícího se srdečního záchvatu a sama sebe natolik vyděsila, že její srdce bilo stále víc, až se v podstatě sama do srdečního záchvatu vehnala. Bylo jí proto doporučeno, aby ve chvílích, kdy začne pociťovat bušení srdce, obrátila svou pozornost k manželovi, jenž pro ni v životě nejvíc znamenal a jenž ji ve snaze vyléčit se podporoval. Postupem času se žena začala pocitů bušení srdce zbavovat, protože dokázala odklonit svou pozornost směrem k plnohodnotnému cíli, tedy trávení času a povídání si s manželem.*

Na tomto příkladu můžeme dobře vidět, že neuróza, v tomto případě neuróza srdeční, nemusí být způsobena žádným prožitým traumatem, těžkým otřesem, špatnými zkušenostmi z dětství, ale že i nepatrná příčina může mít u citlivěji založených lidí, kteří jsou schopni postřehnout na

svém těle sebemenší změnu, velké účinky. Přílišné sebezpozorování, sledování svého nitra a šetření se, není vždy to nejlepší, co pro sebe člověk může udělat, mnohdy je to spíše nezdravé. Metoda dereflexe, která se využívá k překonávání úzkosti, tedy klientům pomáhá odhlédnout od vlastních problémů, „zapomenout“ na sebe a převést pozornost k něčemu smysluplnějšímu.

Další metodou, kterou logoterpie používá, je paradoxní intence pomáhající především při léčbě fobií, strachů a neurotických úzkostech. Klient by se měl vzdát snaze uniknout před domnělým nebezpečím a naopak se mu zcela oddat a dokonce si přát a přivolávat to, čeho se obává. Je vhodné při této technice užívat specificky lidského smyslu pro humor. Lukasová (1997, str. 31 – 33) demonstruje tuto metodu na dalším *případu ženy, která trpěla silnou úzkostí a strachem z přepadení lupiči natolik, že byla přesvědčená, že brzy bude schopna existovat už jen s užíváním uklidňujících léků. S rodinou se přestěhovali do nového rodinného domu na okraji města. Žena se zde cítila stále v ohrožení, a to hlavně tehdy, když manžel nebyl doma. Představovala si, jak se někdo plíží kolem domu, jak skřípou okenice, vrže zahradní branka... Tyto představy se stupňovaly, když žena uložila dítě ke spánku a neměla již doma nic na práci, tedy opět ve chvílích klidu. Ani instalace poplašného zařízení ženu nedokázala uklidnit. U této ženy se jednalo o neurotickou rozladu, kdy maličkosti vyvolávají mocnou úzkost, ačkoliv obavy nemají smysluplný vztah a opodstatnění ke skutečnosti, a kdy žena přeceňuje sebe, svou důležitost a hyperreflektuje situaci, která je zcela neškodná. Aby se žena své úzkosti zbavila, doporučila jí terapeutka úzkosti se vysmát a vnitřně si přát právě to, čeho se obává. Člověk si nedokáže něco zároveň přát a zároveň se toho bát. Žena si tedy měla opakovat: „To by bylo krásné, kdyby mě konečně jednou někdo přepadl. Už si to tak dlouho přeji a nikdy to nevychází. Přitom mám doma tak dobrou whisky, kterou bych mohla lupičům nabídnout, a navíc různé cennosti, které by je jistě zajímaly. Kde jenom jsou, doma to je tak nudné, nikdy se nic nestane. Snad už brzy někdo zaklepe na dveře, už se nemohu dočkat.“ Když žena překonala počáteční nedůvěru k tomuto léčebnému postupu a dokázala tyto věty formulovat jasně, nikoliv bázlivě, a jednoho dne, kdy se její úzkost opět stupňovala, otevřela okno a zakřičela tyto věty do noční zahrady, začala terapie zabírat. Žádní lupiči se nedostavili a žena se nad absurditou situace rozesmála, čímž jaksí porušila „kouzlo“ strachu a dokázala jít klidně spát. Po dalším měsíci byla žena zdravá díky tomu, že se naučila odpoutat od svých pocitů strachu, distancovat se, a byla schopná svým potížím vzdorovat.*

Mezi další postupy při léčbě neuróz patří i **hypnóza**, jejíž účinek může být okamžitý a po hypnóze potíže klienta zcela vymizí, nebo postupný, tedy dostavující se cca po 5 – 10 sezeních, ve kterých se dosahuje postupné úlevy a upevňování efektu. Sugescemi v hypnóze

lze ovlivnit neurotické příznaky jako je úzkost, napětí, strach, nespavost, bolesti, nechutenství, zvracení, záchvaty, třes atd. Ne každý člověk je však k hypnóze vnímavý. (Kratochvíl, 2000, str. 39)

Metoda odvozená od hypnózy a zčásti též od jógy, která počítá s vlastní aktivitou klienta a není tak závislá na jeho vnímavosti k hypnóze, se nazývá **autogenní trénink**. Pracuje se zde se svalovým uvolňováním a autosugescí. Klient se nejprve učí uvolňovat svaly a následně se, ve chvílích tohoto naprostého uvolnění, zcela soustředit na jednoduché představy a účinky, které jsou danými představami vyvolávány (např. pocity tíhy, tepla, klidného dechu apod.). Tyto představy jsou postupně nahrazeny určitými formulacemi, postihujícími konkrétní potíže klienta: „Jsem rozhodný a energický“, „Dovedu klidně mluvit před lidmi“ apod.). Pro dosažení efektivních výsledků je nutné pravidelné cvičení a vytrvalost; ty klientovi zajistí snížení napětí a zklidnění se a dokážou nahradit užívání uklidňujících léků.

Ať už tedy člověk trpí neurotičností nebo jeho potíže nabyly rozměrů neurotického onemocnění, pakliže mu tyto problémy vážnějším způsobem zasahují do chodu každodenního života, narušují mu vztahy s lidmi či sebou samotným, nějakým způsobem ho omezují a obtěžují (tělesnými nebo psychickými projevy), nikdy není příliš brzy ani příliš pozdě na to, aby vyhledal odbornou pomoc.

Podle některých moderních výzkumů se až 40 % pacientů s neurotickými příznaky uzdraví i bez léčby. Eysenck dokonce tvrdil, že do dvou let vymizí neuróza úplně až u 70 % případů. Jak se ale ukazuje, toto spontánní vyléčení není zas až tak „spontánní“. V životě neurotika dojde obvykle ke zlomu, který mu pomůže onemocnění zmírnit nebo překonat – např. někomu se svěří a dotyčný se mu stane oporou, poradí mu s jeho problémy; vyřeší se jeho konfliktová situace; nalezne a začne rozvíjet nový zájem, koníček, který mu pomůže zahnat pocit prázdnoty v životě atd. (Kratochvíl, 2000, str. 31)

V případě, že se neuróza u pacienta/klienta vyskytuje v kombinaci s dalšími závažnými potížemi jako je zejména závislost na alkoholu, pak je třeba začít s léčbou právě u závislosti, a to i tehdy, když závislost vznikla druhotně, tedy jako snaha řešit neurotické příznaky pitím alkoholu. Při opačném postupu je léčba ve všech případech neúčinná, neboť alkoholik není schopen dodržet své sliby, pokračuje v pití a tím celou léčbu neurózy maří. Odborná léčba alkoholismu na specializovaném protialkoholním oddělení v sobě dnes zahrnuje také některé psychoterapeutické metody, které se běžně užívají i při léčbě neuróz,

jako např. skupinová psychoterapie, rozbor a řešení konfliktových životních situací a nácvik potřebný ke změně dosavadního nevhodného životního stylu, čímž postihuje nejen léčbu závislosti na alkoholu, ale dotýká se i léčby neurózy.

2 Dnešní žena

Zabýváme-li se tématem „Zdroje neurotičnosti dnešních žen“, pak je také nutné vymezit si pojem „dnešní žena“, a to tak, jak ho chápeme v rámci této diplomové práce. Řekne-li se „dnešní žena“ jistě si každý dovede udělat nějaký obrázek a představu o tom, jak taková žena vypadá, jaké má vlastnosti, jak se chová atd. Tato představa ale bude velice pravděpodobně záviset na tom, z jaké země, z jaké kultury daný jedinec pochází, a co je pro tuto kulturu typické, jaké jsou její zvyklosti, jaké je zde postavení žen, jaká jsou práva a povinnosti žen, co se od nich očekává, co je pro danou společnost tzv. normální. Stejně tak Karen Horneyová přistupuje k diagnostice neurózy, kdy je jedním z kritérií, určujících, zda jedince můžeme označit za neurotika, to, jestli je jeho způsob života v souladu s tím, co je uznáváno naší dobou a kulturou. Tzn., že to co je v naší kultuře zcela běžné a normální, může být v jiné kultuře neobvyklé, nepřípustné, nepřijatelné.

Není pochyb o tom, že u postavení žen ve společnosti došlo během vývoje k mnohým velkým a zásadním změnám. Ne všechny kultury si těmito změnami prošly, ale budeme-li se držet kultury nám vlastní, pak můžeme velmi stručně a zjednodušeně říci, že doba, kdy žena byla podřízena muži a její hlavní životní náplní bylo plození dětí a starost o ně, péče o manžela a o domácnost, je v podstatě minulostí; ženy jsou čím dál tím více samostatnější a soběstačnější.

Dnešní žena studuje, pracuje, buduje si kariéru (i když stále platí, že platové ohodnocení mužů je vyšší než platové ohodnocení žen, není už dnes ojedinělou výjimkou situace, kdy žena vydělává víc než její partner), zároveň má děti, partnera/manžela a stará se o domácnost. Podle publikace „Obyvatelstvo podle Sčítání lidu, domů a bytů 2011“ zveřejněné dne 15. 11. 2012 a naposledy aktualizované dne 28. 11. 2012 na internetových stránkách Českého statistického úřadu (ČSÚ) dosahovaly ženy v ČR ve věku 15 – 64 let v 9,2 % případů úplného středního všeobecného vzdělání s maturitou, v 23,3 % případů úplného středního odborného vzdělání s maturitou, 1,8 % žen dosáhlo vyššího odborného vzdělání, 2,9 % žen mělo bakalářský titul, 10,2 % magisterský a 0,4 % žen doktorský titul. Současně s prodlužující se dobou vzdělávání také stoupá průměrný věk rodiček. Jak uvádí článek „Věk

rodiček v Česku stoupá. Stále je však nižší než v roce 1920.“ zveřejněný 21. 3. 2014 na internetových stránkách www.tyden.cz v rubrice „Domáci“ odkazující se na časopis *Statistika & My* vydávaný ČSÚ, průměrný věk rodiček nyní dosahuje 29,8 roku. Zatímco roku 1920 byl vyšší průměrný věk rodiček způsoben rozením dětí vyššího pořadí, dnes je tento fakt ovlivněn především odkládáním rození dětí do vyššího věku ženy. Plodnost v současné době dosahuje necelého 1,5 dítěte na jednu ženu.

Dnešní žena má spoustu aktivit a během jednoho dne se musí přizpůsobovat až 14 rolím, jak se píše v článku „Dnešní ženy musejí zvládat až 14 rolí denně“ zveřejněném 25. 3. 2013 na internetových stránkách www.novinky.cz. Mezi tyto role patří: kamarádka, matka, spolubydlící, milovnice hudby, nakupující v buticích, návštěvnice restaurací, finančně nezávislá, návštěvnice kina, rozumně spořivá, přítelkyně/partnerka, spolunájemnice, pracující, návštěvnice divadla, návštěvnice posilovny či fitness studia. Přičteme-li k tomuto výčtu další role jako je dcera, sestra, studentka apod. začne tento seznam nabývat rozsáhlých rozměrů. Dnešní žena se zároveň snaží dbát na svůj vzhled, pečovat o sebe, sportovat a udržovat se v celkové kondici. Ženy jsou dnes pod velkým tlakem ideálu krásy a dokonalosti prezentovaného společností prostřednictvím médií (módní časopisy, TV, internet). Nenaplňování toho ideálu, ať už dle mínění ženy samotné či jejího okolí, může být samo o sobě zdrojem napětí, stresu.

Problém tzv. začarovaného kruhu může nastat ve chvíli, kdy se žena snaží o dosažení dokonalosti, ať už v jakékoliv oblasti svého života (dokonalá matka, dokonalá manželka, milenka, dokonale krásná, dokonalá zaměstnankyně atd. atd.) tak moc, až se u ní projeví neurotické příznaky, případně neuróza. Karen Horneyová v knize *Ženská psychologie* (2004, str. 248) popisuje neurotické osoby s neurotickou potřebou lásky (zvýšená potřeba dokazování lásky, obdivu, uznání partnerem, blízkými lidmi, zvýšená potřeba rady a podpory druhých) jako takové, které *„mají cokoli jiného, jen ne dobrý vztah k sobě samým. Zpravidla sami se sebou zacházejí jako s nejhorším nepřítelem a obvykle sebou upřímně pohrdají. ...potřebují být milováni, aby se cítili alespoň přijatelně bezpečně a aby si mohli zvýšit poškozenou sebeúctu.“* Žena snažící se „obstát“ v dnešní době plné konkurence, již se nedaří dosáhnout požadovaných výsledků, se může začít obviňovat, podceňovat apod.; nemá-li však žena sama sebe ráda a neváží-li si sama sebe, pak jen těžko může dosáhnout sebou vytyčeného ideálu.

3 Zdroje neurotičnosti dnešních žen

Na první pohled by se mohlo zdát, že tato kapitola je zaměnitelná s podkapitolou 1.2 *Etiologie neurotičnosti, neuróz* (str. 16 – 23), tedy podkapitolou, která se zabývá původem vzniku sklonů k neurotickému chování a prožívání a neurotických onemocnění. Na základě shrnutí různých přístupů k etiologii neuróz by se dalo říci, že obecným a hlavním zdrojem neurotičnosti je genetická předurčenost, vrozená dispozice k emocionální labilitě. Dále se pak může jednat o traumatické zážitky z dětství, nevhodnou rodičovskou výchovu, nejrůznější typy vnitřních i vnějších konfliktů a také o působení tzv. neurozogenních činitelů (zejména stresogenních faktorů). A právě těm se budeme věnovat v této kapitole. Uvedeme si zde několik konkrétních možných zdrojů, které mohou v dnešních ženách probouzet tendence k neurotickému chování a prožívání a vést až k propuknutí neurózy.

Prvních šest zdrojů, jimž se budeme věnovat v následujícím textu, vychází ze závěrů Dr. Kevina Lemana, k nimž došel na základě své dlouholeté praxe v oblasti psychologie a psychoterapie. Podle něj jsou v životě žen (především tedy maminek) hlavními oblastmi stresu: děti, zaměstnání, manžel, domácnost, peníze a nabitý rozvrh. Dalšími možnými zdroji neurotičnosti, o nichž bude řeč, jsou: postoj k životu (životní styl) a problémy v sexuálním životě.

Tento výčet neurozogenních činitelů samozřejmě nemůžeme považovat za definitivní, jedná se pouze o nástin těch nejběžnějších, všeobecných faktorů, které mohou v ženách (ale pochopitelně i v mužích) při velmi intenzivním nebo dlouhodobém negativním působení vyvolávat nepřiměřené emocionální reakce. Vždy však záleží na individuálním osobnostním nastavení a povaze každého jedince a na tom, jaké situace v něm dokážou vzbudit úzkost, strach, napětí, podrážděnost a další neurotické příznaky.

3.1 Děti jako zdroj neurotičnosti

Podle průzkumu Dr. Lemana jsou hlavním stresorem v životě žen – maminek dětí, ať už jsou konkrétní problémy s nimi jakékoliv. Mít dítě již samo o sobě vyžaduje obrovskou míru zodpovědnosti, trpělivosti, upozadění sama sebe, vyrovnávání se s neustálým strachem o dítě, o jeho zdraví, bezpečnost, štěstí, starost o jeho spokojenost, pohodlí, prožívání jeho radostí, ale i smutků a bolestí. Když se k tomu všemu přidá ještě dětské zlobení, může mít

maminka, obzvláště chodí-li do práce, pečuje o manžela a o domácnost, zaděláno na více či méně neurotické stavy.

Dr. Leman uvádí některé konkrétní příklady toho, jak děti stresují své matky (2012, str. 46 – 47): „*Vříská, když telefonuji, vříská, když jdeme někam na veřejnost, vříská, když řídím auto,*“ „*Nic mi nevychází, připálím večeři, synáček pláče a nic ho neutěší...*“, „*Děti (ve věku 12 a 8 let) vůbec nepřemýšlejí, je jim všechno jedno,*“ „*...když musím svým dětem neustále dělat soudce,*“ „*Méně stresu? (když děti začínají dospívat) To si snad děláte legraci! Má osmnáctiletá dcera se vrací pozdě ze schůzek s chlapcem a neustále si s někým telefonuje. Čtrnáctiletý syn je chronicky nemocný. Neustále trpím nedostatkem času a manžel pořád odkládá práce, které je potřeba doma udělat,*“ „*Trápím se otázkou, zda si dcery (ve věku 21 a 19 let) najdou dobré manžely, kteří s nimi budou sdílet jejich víru. Jedna dcera už ve třinácti letech uvažovala o sebevraždě. Zdá se mi, že děvčata žijí jen pro danou chvíli a vůbec nemyslí na budoucnost.*“ Ve své práci v dětském koutku v obchodním centru (a nejen tam) jsem sama často svědkem toho, jak některé děti přivádějí svým zlobením, omlouváním, vztekáním se, hyperaktivitou, křikem nebo záchvatovým brekem, své rodiče k „šilenství“.

Na druhou stranu mohou být děti zdrojem neurotičnosti i pro ženy bezdětné a to např. z toho důvodu, že samy děti mít nemohou, ačkoliv po nich velmi touží.

3.2 Nabíтый rozvrh, nedostatek času jako zdroj neurotičnosti

Nedostatek času doprovázený slovy „příliš mnoho povinností“ je v pořadí druhým nejvýznamnějším stresorem, který při svém průzkumu mezi ženami Dr. Leman objevil. V současné hektické a zrychlené době ani nejde o nic neobvyklého. Lidé jsou zahlceni všemožnými povinnostmi v práci, doma, vůči dětem, nejrůznějšími aktivitami apod., jež vedou k přepracování a vyčerpání. Leman (2012, str. 48) zde opět cituje některé z žen: „*Snáním se naplánovat večeři, ale přitom nevím, kdy se manžel vrátí z práce. Přestěhovali jsme se do nového domu, ale ještě jsem nestačila vybalit spoustu krabic. Denně potřebuji udělat spoustu různých věcí a nikdy to všechno nestíhám,*“ *Žiji ve stresu, protože pracuji na částečný úvazek, musím jezdit do práce, shánět dobré hlídání, udržovat pořádek v domácnosti, připravovat jídlo a ještě se nějak věnovat svému synovi,*“ *Zdá se, že o můj čas se uchází vše a všichni!*“ „*Bojuji na příliš mnoha frontách!*“ „*Tři děti, příprava snídaní, obědů a večeří, koupání, ukládání do postýlek, úkoly nejstaršího syna, manžel, který někdy pije a ...TELEFON!*“ Důležité je upozornit, že Lemanovy závěry vycházejí z průzkumů mezi

americkými ženami, které mnohdy zůstávají v domácnosti, i když děti již chodí do školek a škol. Většina českých žen v období, kdy jsou jejich děti v předškolním a školním věku, chodí běžně do zaměstnání a jejich časové vytížení a množství povinností je tím větší.

Problém s nedostatkem času může být způsoben kromě jiného i neschopností dobře si zorganizovat své aktivity a určit si priority, tedy věnovat se zejména tomu, co je pro jedince důležité, a eliminovat záležitosti, kterým přílišnou důležitost nepřikládá.

3.3 Manžel/partner jako zdroj neurotičnosti

Podle Kratochvíla (2000, str. 130) představuje manželství oblast, ze které často vznikají neurózy, ale zároveň je důležitou oblastí životního uspokojení a tím pádem i prevencí neuróz. Chtějí-li partneři, aby jejich soužití fungovalo a vedlo k oboustranné spokojenosti, štěstí, pak je zásadní na vztahu pracovat, komunikovat, a vytvářet v něm podmínky vhodné pro předpokládanou výchovu zdravých a ne neurotických dětí. Častým problémem bývá „prohlédnutí iluzí“, kdy se vzájemná očekávání partnerů liší od skutečnosti, což se obvykle pozná až v každodenním „všedním“ životě. Vlastnosti, které partnerům na začátku vztahu na tom druhém imponovaly, mohou postupem společného soužití nabýt až rozměrů nesnesitelnosti. Konflikty mezi partnery může vyvolávat také neschopnost respektovat odlišné názory, pocity, zájmy, představy toho druhého. Leman (2012, str. 49) „prohlédnutí iluzí“ popisuje takto: *„Když se ženy vdávají, očekávají, že je muži budou milovat, že o ně budou pečovat, že si jich budou vážit a že je budou ctít. Když se to neděje a jejich miláček tráví většinu času v práci, manželka se cítí ohrožena. Je-li ohrožena, začne trpět stresem, a pokud hrozba nepomine, stres může manželku udolat. Pokud žena postrádá základní pocit, že je s mužem zajedno, nabývají všechny stresující faktory na tíživosti.“*

Jistě bychom velmi těžko hledali pár, který nikdy nezažil konflikt, hádku, neshodu, obzvláště vezmeme-li v potaz prokázanou existenci dvou vývojových manželských krizí, které nastávají kolem 7. roku a po 20 letech soužití.

Pro konstruktivní řešení problémů je, stejně jako všude jinde, i v manželství zásadní otevřená komunikace. Psychoterapeuti věnující se problematice manželského/partnerského poradenství však často naráží na scénář podobný tomuto:

„Hovoříme s pacientkou, jejíž porušená duševní rovnováha pramení z konfliktové situace v manželství, a snažíme se zaměřit její pohled do budoucna, k praktickému řešení: „Co dělat?“ „On se rozhodně musí změnit, pane doktore, jinak to nepůjde,“ pláče žena.

Pozveme tedy manžela, abychom se mu pokusili promluvit do duše. Zrekapitulujeme s ním neuspokojivou manželskou situaci a ptáme se, zda by se s tím dalo něco dělat. „Dalo, pane doktore,“ sdělí manžel, „ale manželka by se musela chovat jinak.“ (Kratochvíl, 2000, str. 132)

Partnerství/manželství může být pro ženu stresující i v případě, že žije sama. Může trpět pocitem samoty, opuštěnosti, snižuje se její sebevědomí, obzvláště převažují-li v jejím okolí zadané ženy. V případě, že je žena se svým single životem spokojená, může pocítovat nátlak společnosti, která by od ní, např. vzhledem k věku, očekávala, že již bude vdaná a mít děti.

3.4 Finance jako zdroj neurotičnosti

Peníze, jejich nedostatek (a to zejména před výplatou) a finanční problémy jsou další možnou příčinou velké stresové zátěže, která může vést až k neurotickým stavům. Péče o děti a domácnost jsou nákladné záležitosti, ale nedostatkem peněz jsou často zasaženy i ženy bezdětné, jež stejně tak mají potíže s poplacením všech účtů. Finanční problémy mohou být samozřejmě dány skutečným nedostatkem peněz, ale objevují se i takové případy, kdy rodina, žena, peníze má, ale není jich nikdy dost na všechno, co chce a co nabízí dnešní konzumně orientovaná společnost. V podstatě jsme tlačeni k pořizování si stále nových a lepších věcí počínaje oblečením a vybavením domácnosti konče, abychom zapadli do davu, abychom nebyli „mimo“ a nepůsobili jaksi zaostale. V takovémto případě nedostatku peněz ale vždy záleží na jedinci, jak se dokáže vyrovnat s tím, že si nemůže pořídit vše, co mají lidé v jeho okolí, a vše, co by on sám také chtěl, a do jaké míry ho tento stav dokáže znervózňovat, držet v napětí, úzkosti.

3.5 Domácnost a péče o ni jako zdroj neurotičnosti

Péče o domácnost je pro zaměstnanou ženu jakousi druhou směnou, na niž jí ale často už nezůstávají síly v důsledku nejrůznějších tlaků (práce, děti, manžel, atd.), které ženu připravují o energii. Úkoly, které je doma potřeba udělat se hromadí a vedou k dalšímu tlaku a podrážděnosti z pocitu, že to žena nikdy nemůže zvládnout. K tomu všemu se přidává fakt, že manžel/partner v některých případech s udržováním domácnosti nijak nepomáhá, buď proto, že je pracovně, časově příliš vytížený anebo se mu zkrátka nechce. Žena tak nabývá dojmu, že je na všechno sama. Někdy může být zdrojem stresu domácí práce jako taková – umývání

nádobí, praní, žehlení, uklízení, vaření... „*Nejprve mě drtí problémy, které musím řešit v práci. Pak si dělám starosti, jestli zaplatíme účty, i když to má vlastně na starosti manžel. Když se večer konečně dostanu domů, jsem tak ustaraná, že nemám chuť doma cokoli dělat,*“ „*Pátá hodina je pro mě vždycky plná napětí. Syn nějak zázračně rozezná, kdy potřebuji začít připravovat večeři, pláče a visí mi na nohách a dožaduje se pozornosti. To mě tak unaví, že když pak v osm hodin usíná, nejraději bych šla spát také.*“ (Leman, 2012, str. 51)

Je otázkou, jak by ženy veškerou péči o domácnost zvládaly, kdyby ještě k tomu všemu neměly k dispozici všechny technické vymoženosti dnešní doby, nejrůznější spotřebiče a roboty jako jsou pračky, sušičky, myčky, mikrovlnné či elektrické trouby, vysavače atd., o nichž si ještě jejich babičky mohly nechat zdát.

Za zmínku také stojí, že v posledních letech se opět začíná rozvíjet trend pořizování si hospodyň, paní na úklid, na pomoc v domácnosti, aby ženy vůbec měly čas zvládat při svém zaměstnání strávit nějaký čas se svou rodinou.

3.6 Zaměstnání jako zdroj neurotičnosti

Zaměstnání a budování kariéry je podle Dr. Lemana šestým nejčastěji se vyskytujícím zdrojem stresu u žen, který je o to závažnější, má-li žena rodinu a pečuje-li o domácnost. Jako příklad uvádí zmiňovaný psycholog případ ženy, která byla hrdá na své povolání učitelky v mateřské školce, kde skvěle zvládala svou třídu, ale paradoxem bylo, že večer při koupání a ukládání křičela na své vlastní děti. Dále cituje další ženy, které cítí stres... : „*kvůli tlakům v práci pociťuji stres už na silnici cestou do práce,*“ „*v zaměstnání, které je náročné na dobré oblečení, ale mizerné, co se týče platu,*“ „*kvůli pracovním termínům a zákazníkům, jimž je velmi těžké vyhovět.*“ (Leman, 2012, str. 52)

Bylo by optimální, aby se lidé cítili ve své práci, kde tráví velkou část dne, příjemně, spokojeně, bezpečně, motivovaně, doceněně. Bohužel ne vždy se něco takového poštěstí. Buď je zaměstnání zdrojem napětí, nervozity, stresu proto, že je nedostatečně platově ohodnocené, má náročnou pracovní dobu, vyžaduje velmi vysoké pracovní nasazení a plnění velkého množství úkolů ve stanovené termíny, nebo mohou na pracovišti vznikat konflikty s kolegy, s nadřízenými, podřízenými atd. Jako další silný stresor může fungovat strach ze ztráty zaměstnání, čímž by se dotyčný dostal do finanční tísně.

Na druhou stranu také nezaměstnanost a neschopnost/nemožnost sehnat práci může působit velmi negativně na psychiku člověka, na jeho sebedůvěru, obzvláště v konkurenci mladších zájemců či zájemců s vyšším dosaženým vzděláním.

3.7 Nevhodný životní styl/přístup k životu jako zdroj neurotičnosti

Kratochvíl (2000, str. 83) definuje jako jeden z možných životních stylů styl neurotický, jímž se může stát jakýkoliv životní styl, je-li vyhrocen do extrému či jej dotýčný nedokáže změnit, přestože jím trpí. V neurotickém životním stylu „*se s jistou nutkavostí a strnulostí opakují formy myšlení a jednání, které jsou pro jedince a jeho okolí nevýhodné a vedou k potížím. Jedinec se chová nepřízpůsobivě, nepružně a svým chováním vyvolává situace, které na něj mají nepříznivý dopad. Toto chování nedovede změnit, i když je s výsledky nespokojen a trpí jimi*“. Neurotik si tak svým chováním, svým životním stylem vytváří zase jen neurotické prostředí a to jej samotného činí ještě více neurotickým. Projevem, ale zároveň i zdrojem neurotičnosti pak mohou být některé z následujících jevů často se vyskytujících v našich životech:

- neschopnost vytyčit si reálné cíle, vytvořit si reálné plány a perspektivy do budoucna, na něž bychom se mohli těšit, k nimž bychom mohly s radostí směřovat; naproti tomu si neustále vytváříme katastrofické scénáře a děláme si starosti s tím, co špatného by se mohlo stát, co závažného nás ještě čeká, a tím pádem se necítíme dobře už ani v přítomný okamžik,
- přílišné zabývání se minulostí, ať už příjemnými či nepříjemnými zážitky, které nás potkaly, ty první odvádějí naši pozornost od aktivního prožívání života v přítomnosti, ty druhé, jsou-li opravdu hojně vyživované, v nás vzbuzují pocity křivdy a tendence zamýšlet se nad tím, co by kdyby..., které nikam nevedou,
- neschopnost intenzivně prožívat a vnímat přítomnost; neustále předbíháme události – u snídání myslíme na to, jaké povinnosti nás čekají v práci, v práci přemýšlíme nad tím, co si dáme k obědu, při obědě zvažujeme, co je ještě potřeba vyřídit během odpoledne a při odpoledních pochůzkách po městě přemýšlíme nad tím, zda bude lepší večer žehlit nebo se dívat na televizi...; nedovolíme si prožít chvilku radosti z přítomného okamžiku a život nám tak

vlastně utíká mezi prsty; kromě toho mnohé úkoly neplníme dobře, protože se na ně zcela nesoustředíme,

- přílišné upínání se k jedné jediné životní hodnotě, ať už se jedná o blízkého člověka, práci, zálibu; když tuto hodnotu, která je pro nás nenahraditelná, ztratíme, a nemáme v životě žádné jiné, i kdyby byly méně významné, pak můžeme snadno propadnout zoufalství, beznaději a dojmu, že další život nemá smysl; proto je potřeba umět si v životě najít i jiné naplňující oblasti,
- egocentričnost a zaměření především na sebe samotného, kdy myslíme hlavně na své vlastní bezpečí, potěšení, štěstí, spokojenost; paradoxní však je, že zaměření se na druhé lidi, např. na své blízké (čímž není myšleno, že sám sebe by měl člověk zcela opomíjet!), přináší obvykle mnohem větší uspokojení; V. E. Frankl, o němž jsme se již zmiňovali, je zastáncem položení si otázek: „Kdo na mě čeká? Komu mohu ještě prospět? Mohu udělat svůj život pro někoho užitečným?“, nežli: „Co mohu já ještě čekat od života?“,
- neschopnost přizpůsobit se, ať už aktivně (přizpůsobujeme své okolí sobě, pokud to lze) nebo pasivně (my se přizpůsobujeme svému okolí, pokud nelze situaci změnit); zde by se hodilo uvést lidmi často v různých obměnách užívané motto: „Bože, dej mi sílu přijmout to, co nemohu změnit, odvahu změnit to, co změnit mohu, a modrost, abych rozeznal jedno od druhého.“,
- sklony k pesimismu; lidé založení svou povahou více optimisticky se s menší pravděpodobností stanou neurotiky na rozdíl od pesimistů; je samozřejmě velmi náročné, aby člověk zcela změnil a přeorientoval svou povahu, ale existují různé techniky, které člověku pomohou naučit se více usmívat, změnit držení těla, mimiku, čímž se dosáhne účinku také na vnitřní prožívání.

3.8 Problémy v sexuálním životě jako zdroj neurotičnosti

I problémy v sexuálním životě mohou být dle Kratochvíla (2000, str. 153) příčinou neurotického chování a prožívání. Zároveň však mohou být také následkem neurózy, kdy se příznaky projeví potížemi v oblasti pohlavních orgánů a jejich funkcí, stejně tak jako se mohou projevit příznaky v oblasti žaludku, srdce apod. Konkrétně pro ženu může být frustrující dlouhodobé sexuální neuspokojení, vzrušování se „naprázdno“ bez orgasmu, vedoucí k permanentním pocitům napětí, úzkosti. Ačkoliv jsou lidé, kteří dokážou vést velmi

spokojený život i přes sexuální abstinenci, případně lidé, kteří jsou sexuálně chladní a sex k životu vůbec nepotřebují, pro většinu lidí je tato oblast za normálních okolností zdrojem radosti a zároveň je tím podporován pocit jejich celkové životní spokojenosti. Je-li tato oblast problémová, existuje-li v ní nesoulad mezi partnery, pak může vyústit až v konflikty v partnerském vztahu. Problémy mohou být způsobeny také rozdílnými představami o sexuálním životě obou partnerů. Je logické, že nejúčinnějším řešením těchto stavů je partnerská komunikace. Nebudou-li partneři o svých potřebách, touhách, ale i problémech mluvit a budou-li je dusit v sobě, bude jejich frustrace narůstat.

Psycholožka Karen Horneyová se v knize *Ženská psychologie* (2004, str. 160 – 161) zmiňuje o zajímavém postřehu, který učinila během své praxe, a totiž, že ve všech případech neuróz jejích pacientek je narušen jejich psychosexuální život, i když primárně přicházejí s problémem jiného rázu. Mezi nejrůznějšími typy neuróz nezaregistrovala ani jeden případ, který by se obešel bez nějakého funkčního porušení pohlavního systému – frigidita, vaginismus, menstruační potíže, svědění, výtoky, bolesti, které ale neměly organický podklad. Tyto obtíže obvykle vymizely poté, co se pomocí analýzy podařilo odhalit nevědomé konflikty či různé strachy (např. z rakoviny, z toho, že pacientka není normální apod.).

3.9 Další možné zdroje neurotičnosti

Možné zdroje neurotičnosti, které jsme si výše představily, samozřejmě nejsou tímto seznamem vyčerpáné. Je evidentní, že se mohou vzájemně různě kombinovat a ovlivňovat a mohou se k nim přidávat další, více specifické. Zdroje, o nichž byla řeč, patří mezi obecně známé záležitosti a neurotické příznaky se začínají projevovat až po nepřiliš intenzivním, ale zato dlouhodobějším působení těchto zdrojů. Někdy ale může být původ neurotického onemocnění v jednorázovém prožití traumatické události (nehoda, přepadení, smrt blízkého člověka apod.), nebo v onemocnění závažnou chorobou (např. rakovinou). Stavby napětí, podrážděnosti, vyčerpání mohou být způsobeny také nevhodným fyzikálním, chemickým či biologickým prostředím, v němž žijeme, pracujeme – hluk, vibrace, tepelně-vlhkostní mikroklima, elektromagnetické pole, špatné osvětlení, chemické látky, mikroorganismy (plíseň) atd. – to vše nás může vnitřně velmi znervózňovat, aniž bychom si to v daný okamžik uvědomovali.

Sklony k neurotickému chování a prožívání, k emocionální labilitě mohou být neurozogenními činiteli vyvolány i u žen, které k ní nebyly nijak geneticky predisponovány, a

kteře byly např., před nástupem do problematického zaměstnání či před pořizením si dětí, emočně naprosto stabilní a vyrovnané. Neurotičnost a neurózy tak mohou být mimo jiné způsobeny v podstatě jakýmkoliv podnětem zvenčí, jehož negativní působení na psychiku nechá člověk zajít tak daleko.

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části této práce se budeme zabývat mírou neurotičnosti/neuroticismu a také její možnou souvislostí s dalšími faktory osobnosti (extroverze, psychoticismus atd.) v náhodně sestavené skupině českých žen. Pokusíme se zjistit, zda existuje statisticky podložená souvislost mezi mírou neurotičnosti a dalších osobnostních faktorů, a také mezi neurotičností a základními anamnestickými údaji respondentek (jejich věkem, tím, zda jsou vdané či nikoliv, mají či nemají děti, jsou či nejsou zaměstnané). To vše proběhne v rámci 1. části výzkumu. Zároveň nás bude zajímat, existují-li nějaké rozdíly v osobní anamnéze, dětství, výchově, pohledu na život, pohledu na sebe samotnou, reakcích na zátěžové situace atp. žen s nižší mírou neurotičnosti a žen s vyšší mírou neurotičnosti, což bude předmětem zkoumání 2. části výzkumu. Budeme se také snažit odhalit, co především patří mezi zdroje neurotičnosti dnešních žen, a zda tyto zdroje odpovídají některé z kategorií, kterou jsme si popsali ve 3. kapitole, nebo zda se jedná o zdroje jiné, specifitější.

4 Metody sběru dat

Pro 1. i 2. část výzkumu byly zvoleny dotazníkové metody sběru dat. Nejprve byl použit standardizovaný revidovaný Eysenckův osobnostní dotazník EPQ-R sestávající ze 106 otázek, s jejichž pomocí zjišťujeme míru neurotičnosti, extroverze, psychoticismu, návykovosti, kriminality a tendenci ke lži, tedy šesti faktorů, jimiž můžeme popsat osobnost člověka (hlavními faktory, které stačí k poměrně výstižné charakteristice jedince, jsou první dva až tři zmiňované – neurotičnost, extroverze, psychoticismus). Abychom měli lepší představu o tom, co jednotlivé faktory hodnotí, pojďme si je stručně popsat:

- **neurotičnost/neuroticismus neboli emocionální labilita** – tato škála hodnotí, nakolik je daný jedinec ustaraný, úzkostlivý, utrápený, náladový, má sklony k depresi, trpí nespavostí, psychosomatickými poruchami, na kolik je emotivní, přecitlivělý, nepřizpůsobivý svému okolí (detailnější popis viz předchozí kapitoly),
- **extroverze** – pomocí této škály se dozvídáme, do jaké míry je člověk společenský, potřebuje mít kolem sebe lidi, s nimiž může komunikovat, vyhledává vzrušení, rád riskuje, reaguje impulsivně, je bezstarostný, veselý,

optimistický, má rád pohyb, do jaké míry se nekontroluje a do jaké míry je spolehlivý (detailnější popis viz předchozí kapitoly),

- **návykovost** – díky této škále můžeme posuzovat, jak velké jsou sklony dané osoby k propadání různým závislostem, návykům (např. různé zlovyky, kouření, alkoholismus, drogová závislost, bulimie, ...),
- **psychoticismus** – škála psychoticismu určuje, jak moc je osoba samotářská, bez zájmu o lidi, problémová a takřikajíc nikam nezapadající, bez dostatku citu a empatie, jak moc má ráda zvláštní a neobvyklé záležitosti, při nichž příliš nebere ohled na hrozící nebezpečí, jak moc ji uspokojuje „střílet si“ z lidí a uvádět je do rozpaků, a nakolik se projevuje až krutě a nelidsky; velmi vysokých hodnot dosahují v této škále extrémní případy, průměrní jedinci odpovídají uvedenému popisu jen do určité míry,
- **kriminalita** – jaké jsou tendence dotazovaného ke kriminálnímu chování, trestné činnosti, hodnotí škála kriminality,
- **škála lži** – poslední škála posuzuje, nakolik se někteří respondenti snaží o přikrašlování svých odpovědí a nakolik se snaží ukázat v lepším světle či zastírat skutečnost; vysokých skóre může být dosaženo v okamžiku, kdy se dotyčný potřebuje co nejlépe prezentovat, např. při přijímacím pohovoru.

Druhý dotazník (viz Příloha č. 1) je nazvaný „Zdroje neurotičnosti dnešních žen“, byl sestaven pouze pro účely této práce na základě teoretických poznatků o neurotičnosti a neurózách, a sestává z otevřených otázek, jež nám umožní kvalitativní interpretaci získaných informací. Několika otázkami mapujeme konkrétnější údaje ze života žen s vyšší a nižší mírou neurotičnosti, než jakou udává norma pro zkoumanou skupinu.

5 Metody zpracování dat

Dotazník EPQ-R je vyhodnocován pomocí příslušných **tabulek**. Maximální počet bodů, kterého může respondent dosáhnout u neurotičnosti je 24, u extroverze 23, u psychoticismu 32, u návykovosti 32, u kriminality 34 a u škály lži 21. Čím vyšší počet bodů jedinec získá v určité oblasti, tím vyšší jsou jeho sklony k danému faktoru. Některé otázky v dotazníku hodnotí více než jeden z uvedených faktorů.

Hodnoty, jichž ženy v dotazníku EPQ-R dosáhly u jednotlivých faktorů, byly zaneseny do tabulky a zpracovány pomocí **popisné statistiky**, díky níž jsme se dostali k průměrným hodnotám a směrodatným odchylkám pro každý z faktorů.

Pro určení statistické závislosti mezi neurotičností a základními anamnestickými údaji dotazovaných žen, tedy jejich věkem, tím, jestli jsou vdané/žijí v dlouhodobém partnerském vztahu, mají děti, jsou zaměstnané, byly použity statistické metody **dvouvýběrového F-testu pro rozptyl** a následně **dvouvýběrového t-testu s rovností/nerovností rozptylů** (v našem případě se jedná na základě výsledků dvouvýběrových F-testů pro rozptyl pouze o t-testy s rovností rozptylů). V těchto testech byly posuzovány vždy dvě oblasti dat, tedy hodnoty neurotičnosti žen ve věku 19 – 40 s hodnotami neurotičnosti žen ve věku 41 – 60 let, hodnoty neurotičnosti žen vdaných s hodnotami neurotičnosti žen svobodných, hodnoty neurotičnosti žen majících děti s hodnotami neurotičnosti žen bezdětných, hodnoty neurotičnosti žen pracujících s hodnotami neurotičnosti žen nepracujících, tzn. žen studujících, žen na mateřské dovolené nebo v domácnosti (výsledky statistických zpracování viz Příloha č. 2).

Ke zjištění, zda existuje souvislost mezi neurotičností a dalšími faktory zjišťovanými v dotazníku EPQ-R, nám posloužila další statistická metoda, tentokrát se jednalo o **korelaci dat** (výsledky statistických zpracování viz Příloha č. 2).

6 Výzkumný vzorek

Výzkumu se účastnilo celkem 60 českých žen ve věku od 19 do 61 let (průměrný věk respondentek je 37,6 let). V této skupině jsou zastoupeny jak ženy vdané, přičemž pro účely tohoto výzkumu budeme považovat za vdané i ty ženy, které oficiálně vdané nejsou, ale žijí s partnerem v dlouhodobém vztahu a ve společné domácnosti (celkem 47), tak svobodné, čímž máme na mysli ženy nežijící s partnerem ve společné domácnosti, ať už jsou či nejsou zadané, rozvedené, ovdovělé apod. (celkem 13), jak ženy, které mají děti (celkem 40), tak ženy bezdětné (celkem 20), jak ženy pracující (celkem 48), tak ženy nepracující (celkem 12), čímž rozumíme ženy studující (5), ženy studující a zároveň pracující formou brigády (4), ženy studující a zároveň toho času na mateřské dovolené (2), a také jedna žena v domácnosti.

Skupina respondentek byla sestavna náhodně z okruhu žen, které znám ze svého okolí, a jejich známých. Všechny 60 žen se zúčastnilo 1. části výzkumu, která spočívala ve vyplnění revidovaného Eysenckova osobnostního dotazníku EPQ-R, jehož výsledky nám poslouží především k tomu, abychom ženy rozdělily do tří skupin – 1) ženy s velmi vysokými

hodnotami neurotičnosti v rámci dané skupiny, 2) ženy s velmi nízkými hodnotami neurotičnosti v rámci dané skupiny a 3) ženy s hodnotami neurotičnosti spadajícími do normy určené pro danou skupinu.

2. části výzkumu se zúčastnilo několik žen z prvních dvou zmiňovaných skupin, tedy ženy s vysokou mírou neuroticismu a ženy s nízkou mírou neuroticismu, které byly ochotné zodpovědět další dotazník vytvořený pro účely této práce a zjišťující některé další konkrétnější údaje ze života těchto žen.

7 Cíl výzkumu

Hlavním cílem tohoto výzkumu jakožto celku je zjištění, jaké zdroje, podněty, situace mohou v ženách podněcovat, vyvolávat sklony k neurotickému chování a prožívání, co tedy může být příčinou neurotičnosti některých dnešních žen. Dále se pokusíme zjistit, zda míra neurotičnosti žen má nějakou souvislost s mírou jejich extroverze a dalšími výše zmiňovanými faktory osobnosti, a také s některými aktuálními anamnestickými údaji žen, jako je jejich věk, stav (svobodná/vdaná), fakt, zda mají či nemají děti a zda jsou či nejsou zaměstnané.

Dílčím cílem výzkumu pak bylo za pomoci dotazníku EPQ-R roztřídit ženy do tří podskupin podle míry jejich neurotičnosti, a dále pak pracovat s těmi, které dosáhly vyšších či nižších hodnot než udávala norma pro tuto celkovou skupinu 60 žen, čímž se dostáváme k dalšímu z hlavních cílů. Tím je porovnání některých oblastí ze života žen s vysokým neuroticismem a žen s neuroticismem nižším, jako je např. jejich dětství, současný život, to, jak se chovají a co prožívají v zátěžových situacích atd., a zjištění, zda v těchto oblastech existují mezi těmito dvěma typy žen nějaké patrné rozdíly.

Výzkumné otázky a hypotézy

- 1) Existuje statisticky prokazatelná závislost mezi mírou neurotičnosti žen a jejich věkem?

H₀(věk) – Mezi aritmetickými průměry není ve skupinách žen dělených dle věku rozdíl.

H₁(věk) – Mezi aritmetickými průměry je ve skupinách žen dělených dle věku rozdíl.

- 2) Existuje statisticky prokazatelná závislost mezi mírou neurotičnosti žen a jejich stavem – vdaná (eventuálně žijící s partnerem v dlouhodobém vztahu a ve společné domácnosti)/svobodná?

H_0 (partnerství) – Mezi aritmetickými průměry není ve skupinách žen dělených dle stavu rozdíl.

H_1 (partnerství) – Mezi aritmetickými průměry je ve skupinách žen dělených dle stavu rozdíl.

- 3) Existuje statisticky prokazatelná závislost mezi mírou neurotičnosti žen a tím, zda mají či nemají děti?

H_0 (děti) – Mezi aritmetickými průměry není ve skupinách žen dělených dle toho, zda mají děti, rozdíl.

H_1 (děti) – Mezi aritmetickými průměry je ve skupinách žen dělených dle toho, zda mají děti, rozdíl.

- 4) Existuje statisticky prokazatelná závislost mezi mírou neurotičnosti žen a mezi tím, zda pracují či nepracují (studují, pracují formou brigád, jsou na MD)?

H_0 (zaměstnání) – Mezi aritmetickými průměry není ve skupinách žen dělených dle toho, zda mají stálé zaměstnání, rozdíl.

H_1 (zaměstnání) – Mezi aritmetickými průměry je ve skupinách žen dělených dle toho, zda mají stálé zaměstnání, rozdíl.

- 5) Existuje statisticky prokazatelná souvislost mezi mírou neurotičnosti žen a:

- mírou jejich extroverze?

H_0 (neurotičnost a extroverze) – Těsnost vztahu mezi hrubými skóry neurotičnosti a extroverze nevykazuje statistickou významnost na hladině 0,05.

H_1 (neurotičnost a extroverze) – Těsnost vztahu mezi hrubými skóry neurotičnosti a extroverze vykazuje statistickou významnost na hladině 0,05.

- mírou jejich tendencí k návykovosti?

H_0 (neurotičnost a návykovost) – Těsnost vztahu mezi hrubými skóry neurotičnosti a návykovosti nevykazuje statistickou významnost na hladině 0,05.

H_1 (neurotičnost a návykovost) – Těsnost vztahu mezi hrubými skóry neurotičnosti a návykovosti vykazuje statistickou významnost na hladině 0,05.

- mírou jejich psychoticismu?
H₀(neurotičnost a psychoticismus) – Těsnost vztahu mezi hrubými skóry neurotičnosti a psychoticismu nevykazuje statistickou významnost na hladině 0,05.
H₁(neurotičnost a psychoticismus) – Těsnost vztahu mezi hrubými skóry neurotičnosti a psychoticismu vykazuje statistickou významnost na hladině 0,05.
- mírou jejich tendencí ke kriminalitě?
H₀(neurotičnost a kriminalita) – Těsnost vztahu mezi hrubými skóry neurotičnosti a kriminality nevykazuje statistickou významnost na hladině 0,05.
H₁(neurotičnost a kriminalita) – Těsnost vztahu mezi hrubými skóry neurotičnosti a kriminality vykazuje statistickou významnost na hladině 0,05.
- mírou jejich tendencí ke lži?
H₀(neurotičnost a škála lži) – Těsnost vztahu mezi hrubými skóry neurotičnosti a škály lži nevykazuje statistickou významnost na hladině 0,05.
H₁(neurotičnost a škála lži) – Těsnost vztahu mezi hrubými skóry neurotičnosti a škály lži vykazuje statistickou významnost na hladině 0,05.

8 Interpretace výzkumu

Stejně tak jako výzkum samotný, bude i jeho interpretace rozčleněna na dvě části. V té první se budeme zabývat výsledky vzešlými a vyplývajícími z vyhodnocení dotazníku EPQ-R, v té druhé půjde zase o zjištění vycházející z dotazníku „Zdroje neurotičnosti dnešních žen“. Interpretace v obou částech bude spíše kvalitativní (ačkoliv se v první části opíráme především o statistické metody), neboť tento způsob považujeme vzhledem k tématu práce za optimálnější, srozumitelnější. Tabulky s výsledky jednotlivých statistických zpracování jsou součástí příloh (viz Příloha č. 2).

8.1 Vyhodnocení 1. části výzkumu – dotazník EPQ-R

V 1. části výzkumu byly nejprve vyhodnoceny jednotlivé dotazníky EPQ-R, a to podle tabulek k tomu určených. Všechny dotazované tak získaly určité skóre v rámci každé ze šesti

posuzovacích škál – neuroticismus, extroverze, návykovost, psychoticismus, kriminalita, škála lži. Konkrétní hodnoty respondentek jsou pro přehlednost zobrazeny v tabulce. Respondentky jsou v této tabulce řazeny sestupně od té, která dosáhla nejvyššího skóre neurotičnosti, po tu s nejnižším skórem neurotičnosti, a to z toho důvodu, že neurotičnost je hlavním faktorem, který nás v tomto dotazníku zajímá.

Pomocí popisné statistiky jsme se dostali k výpočtu průměrných hodnot a směrodatných odchylek pro danou skupinu žen. Ženy, které svým skórem neurotičnosti přesahují normu této skupiny, jsou v tabulce ohrazeny tučnou čarou. Jedná se o respondentky č. 1 – 10. Stejně tak jsou vyznačeny respondentky č. 50 – 60, které jsou naopak se svým skórem neurotičnosti pod normou. Dotazované č. 11 – 49 tím pádem spadají do normy pro danou skupinu. Za účelem větší přehlednosti jsou také tmavě vyznačena políčka, jejichž hodnota je pro daný faktor nad normou, a světle políčka, jejichž hodnota je naopak pod normou.

Tabulka č. 1 – Ženy

Respondent č.	Věk	Vdaná	Děti	Zam.	Neur.	Ex.	N.	P.	K.	L.
1	47	ano	ano	ano	22	7	21	11	19	7
2	24	ne	ne	student (+zam.)	22	13	23	12	23	3
3	57	ano	ano	ano	22	15	23	12	27	9
4	24	ne	ne	student	22	7	21	6	19	6
5	43	ano	ano	ano	20	8	19	6	18	13
6	40	ano	ano	ano	20	14	15	10	20	10
7	19	ne	ne	student	20	22	17	14	20	4
8	53	ano	ano	ano	18	6	16	8	18	11
9	57	ano	ano	ano	17	4	17	4	14	4
10	37	ne	ne	ano	17	13	12	2	14	10
11	40	ano	ano	ano	16	10	15	6	14	7

12	24	ano	ne	student (+zam.)	16	11	14	7	13	6
13	23	ano	ne	student (+zam.)	16	16	14	10	15	0
14	48	ano	ano	ano	15	7	14	5	15	10
15	45	ano	ano	ano	14	8	10	13	14	14
16	36	ano	ano	ano	14	9	11	4	13	9
17	44	ano	ano	ano	14	12	19	13	21	5
18	49	ano	ano	ano	14	5	10	8	11	14
19	24	ano	ano	student (+MD)	14	13	12	8	13	6
20	40	ano	ano	ano	13	12	6	9	13	15
21	47	ano	ano	ano	13	17	14	14	17	5
22	39	ano	ano	ano	13	13	10	3	12	12
23	23	ne	ne	ano	13	19	13	11	15	12
24	45	ano	ano	ano	13	19	9	11	13	14
25	38	ano	ano	ano	13	13	7	7	14	14
26	26	ano	ne	ano	12	3	12	5	10	11
27	45	ano	ano	ano	12	5	10	2	9	12
28	24	ne	ne	student (+zam.)	12	11	14	10	11	7
29	46	ne	ano	ano	12	19	8	7	10	7
30	48	ano	ano	ano	12	20	14	9	16	6
31	47	ano	ano	ano	12	20	9	6	13	18
32	28	ano	ne	ano	11	16	10	10	10	9
33	31	ano	ano	ano	11	18	10	8	12	9
34	50	ano	ano	ano	11	17	12	9	14	13
35	41	ano	ano	ano	10	16	12	10	14	9

36	22	ne	ne	ano	10	13	10	12	14	10
37	37	ano	ano	ano	10	15	4	4	7	12
38	46	ano	ne	ne	9	6	6	5	8	13
39	24	ano	ne	ano	9	19	9	6	7	10
40	49	ano	ano	ano	9	16	4	8	5	11
41	23	ano	ano	student (+MD)	9	14	3	5	5	7
42	25	ano	ne	ano	9	18	8	2	7	7
43	44	ano	ano	ano	8	21	8	9	12	10
44	61	ne	ano	ano	8	21	6	3	8	12
45	48	ano	ano	ano	8	6	6	6	6	11
46	43	ano	ano	ano	8	6	7	9	8	7
47	24	ne	ne	student	6	12	5	7	5	11
48	39	ano	ano	ano	6	11	8	9	10	11
49	35	ne	ne	ano	6	22	7	10	7	6
50	36	ano	ano	ano	5	18	7	10	8	9
51	35	ano	ano	ano	5	4	5	5	4	15
52	43	ne	ano	ano	5	10	8	10	7	9
53	26	ne	ne	ano	4	20	4	3	5	15
54	47	ano	ano	ano	4	7	9	13	6	14
55	26	ano	ne	ano	4	14	9	6	7	5
56	44	ano	ano	ano	3	20	3	6	4	11
57	23	ne	ne	student	3	14	6	4	3	8
58	35	ano	ano	ano	3	15	3	3	4	18
59	45	ano	ano	ano	2	18	11	12	7	6
60	23	ano	ne	student	2	14	3	3	4	15

Průměr	37,6	---	---	---	11,35	13,2	10,53	7,67	11,53	9,73
Směrodatná odchylka	---	---	---	---	5,45	5,27	5,09	3,31	5,35	3,74
Norma pro danou skupinu	---	---	---	---	5,90 - 16,8	7,39 -	5,44 -	4,36 -	6,18 -	5,99 -
						18,47	15,62	10,98	16,88	13,47

Zkratky použité v tabulce: Zam. – Zaměstnaná, Neur. – Neuroticismus, Ex. – Extroverze, N. – Návykovost, P. – Psychotismus, K. – Kriminalita, L. – Škála lži

V tabulce si můžeme povšimnout také dalších parametrů, jako je věk respondentek a údaje o tom, zda jsou vdané (eventuálně žijí s partnerem v dlouhodobém vztahu a ve společné domácnosti), mají-li děti a jsou-li zaměstnané. Ve 3. kapitole jsme si právě manžela/partnera, děti a zaměstnání uvedli jako jedny z možných zdrojů neurotičnosti, a my jsme se pomocí analýzy dat dvouvýběrovým F-testem pro rozptyl a následně dvouvýběrovým t-testem s rovností/nerovností rozptylů (výsledky statistických zpracování viz Příloha č. 2) pokusili zjistit, zda mezi těmito anamnestickými údaji a mírou neurotičnosti existuje skutečná statisticky prokazatelná souvislost. Stejně tak se následně budeme zabývat možnou souvislostí mezi mírou neurotičnosti a dalšími faktory osobnosti (extroverzí, návykovostí atd.), kterou jsme zjišťovali s použitím statistické metody korelace dat.

Neurotičnost a věk

Za účelem posouzení souvislosti mezi věkem respondentek a mírou jejich neurotičnosti, byly ženy rozděleny do dvou věkových skupin: 1) 19 – 40 let, 2) 41 – 61 let. První skupina zahrnuje ranou a střední dospělost, kdy se žena pomalu osamostatňuje od rodičů, rozvíjí se její osobní identita jakožto dospělého jedince, studuje či pracuje, začíná být ekonomicky nezávislá, buduje si kariéru, buduje si vztah s partnerem, vdává se, plánuje založení rodiny, zakládá rodinu, vrcholí její biologická zralost a také tělesné síly jsou na vrcholu. Druhá skupina zahrnuje dospělost pozdní, kdy velkou část života vyplňuje práce, neboť děti jsou již starší, případně se začínají pomalu odpoutávat od rodiny (syndrom prázdného hnízda), začíná pomalu ubývat fyzických sil, s přibývajícím věkem se snižuje výkonnost, dochází ke krizi středního věku, kolem 50. roku nastává u žen menopauza, z role rodičů přecházejí do role prarodičů.

Statistická závislost neurotičnosti na věku nebyla v našem průzkumu dokázána (viz Příloha č. 2, Tabulka č. 2). Nelze tedy obecně říci, že ženy v období rané a střední dospělosti by měly větší či menší sklony k neurotickému chování a prožívání než ženy v období pozdní dospělosti. Dvacetiletá studentka tak může mít úplně stejnou míru neurotičnosti jako pětatřicetiletá maminka nebo šedesátiletá žena, což je ostatně patrné při pohledu na uvedenou tabulku. Každá životní etapa s sebou přináší nejrůznější náročné situace, které pro některé ženy mohou být neurozogenními, pro některé nikoliv, což záleží na mnoha dalších aspektech.

Zajímavostí je fakt, že mnohé z respondentek se po vyplnění dotazníku EPQ-R svěřilo, že by před deseti, pěti lety, nebo třeba jen před měsícem, u některých otázek odpovídaly jinak. V tomto ohledu může hrát roli nabytí určitých životních zkušeností či změna určité životní situace.

Neurotičnost a manželství/dlouhodobé partnerství ve společné domácnosti

Závislost neurotičnosti na tom, zda je žena vdaná, případně žije s partnerem v dlouhodobém vztahu ve společné domácnosti, nebo zda je svobodná, nebyla statisticky prokázána (viz Příloha č. 2, Tabulka č. 3). Nelze tedy obecně tvrdit, že ženy vdané by měly větší či menší tendence k onemocnění neurózou. Pro některé ženy může být vztah s manželem/partnerem vysoce stresující a náročnou záležitostí, pro některé ženy zase může být velmi smysluplným a uspokojujícím životním naplněním. Stejně tak může být pro svobodné ženy stresující život bez partnera, ale takovýto život je naopak může i velmi uspokojovat a vyhovovat jim.

Výsledky mohou být zkresleny malým výzkumným vzorkem a také výrazným nepoměrem mezi ženami vdanými a svobodnými.

Neurotičnost a děti

Ani u vztahu mezi neurotičností a tím, zda ženy mají děti či jsou bezdětné, nebyla prokázána statistická závislost (viz Příloha č. 2, Tabulka č. 4). Tvzení, že ženy, které mají děti, jsou více nebo méně neurotické než ženy, které děti nemají, tedy nemůžeme považovat za směrodatné.

Výsledky mohou být zkresleny malým výzkumným vzorkem a také výrazným nepoměrem mezi ženami, které mají děti, a ženami bezdětnými.

Neurotičnost a zaměstnání

Statistická závislost neurotičnosti a tím, zda ženy chodí do běžného zaměstnání, kdy je tato činnost jednou z jejich hlavních denních náplní, či nikoliv, nebyla prokázána (viz Příloha č. 2, Tabulka č. 5). Nutno podotknout, že ženy, které jsme v tomto výzkumu považovaly za nepracující, nejsou ženy nezaměstnané, nýbrž ženy studující vysokou školu, pracující při studiu formou brigád či povinných praxí, ženy na mateřské dovolené a jedna žena v domácnosti. Nelze tedy přijmout obecné tvrzení, že zaměstnané ženy jsou více či méně neurotické než ženy nepracující, tedy vykonávající jinou činnost než je běžné zaměstnání.

Pro některé ženy může být jejich zaměstnání velmi náročnou, stresující záležitostí, pro některé ale naopak může znamenat možnost seberealizace a uspokojení. Stejně tak můžeme ze dvou stran pohlížet na vysokoškolské studium či mateřskou dovolenou.

Výsledky mohou být zkresleny malým výzkumným vzorkem a také výrazným nepoměrem mezi ženami pracujícími a nepracujícími.

Souvislost neurotičnosti s ostatními faktory Eysenckova osobnostního dotazníku EPQ-R

V případě posuzování statistické souvislosti mezi neurotičností a dalšími faktory Eysenckova osobnostního dotazníku, byla prokázána souvislost mezi neurotičností a návykovostí (přímo úměrně), neurotičností a kriminalitou (přímo úměrně) a mezi neurotičností a škálou lži (nepřímo úměrně). Zjednodušeně můžeme říci, že čím vyšších hodnot dosahuje jedinec ve škále neurotičnosti, tím vyšších hodnot dosahuje také ve škálách návykovosti a kriminality, ale v hodnotách škály lži dosahuje naopak hodnot nižších. Fakt, že neurotičnost koreluje s návykovostí a kriminalitou může být mimo jiné způsoben i tím, že některé otázky v dotazníku EPQ-R se v daných škálách překrývají a hodnotí jak neurotičnost, tak návykovost či kriminalitu, neboť vysoká emoční nestabilita již sama o sobě jedince do jisté míry předurčuje k tendencím podléhat různým návykům, zlovykům, závislostem a v některých extrémnějších případech i kriminální činnosti a naopak. Ve škále lživosti dosahují ženy s vysokým neuroticismem naopak hodnot nižších nežli ženy velmi emočně stabilní, což by mohlo být způsobeno např. nižším sebevědomým neurotických žen a jejich nepřilíživou tendencí přikrašlovat si realitu. Ačkoliv souvislost mezi neurotičností a návykovostí, neurotičností a kriminalitou, neurotičností a lživostí byla prokázána, nemůžeme tvrdit, že by jeden z jevů byl příčinou nebo důsledkem jevu druhého.

Souvislost mezi neurotičností a extroverzí a neurotičností a psychoticismem nebyla prokázána, čímž se potvrzuje Eysenckův předpoklad, že tyto tři hlavní faktory osobnosti na sobě nejsou nijak závislé.

Tabulka s výslednými korelacemi je součástí příloh – Příloha č. 2, Tabulka č. 6.

8.1.1 Sumarizace výsledků 1. části výzkumu

Na základě statistického zpracování sebraných dat:

- odmítáme hypotézu H_1 (věk) a přijímáme hypotézu H_0 (věk), neboť hladina významnosti je větší než 0,05 a závislost jednoho jevu na druhém tak nebyla statisticky prokázána (viz Příloha č. 2, Tabulka č. 2),
- odmítáme hypotézu H_1 (partnerství) a přijímáme hypotézu H_0 (partnerství), neboť hladina významnosti je větší než 0,05 a závislost jednoho jevu na druhém tak nebyla statisticky prokázána (viz Příloha č. 2, Tabulka č. 3),
- odmítáme hypotézu H_1 (děti) a přijímáme hypotézu H_0 (děti), neboť hladina významnosti je větší než 0,05 a závislost jednoho jevu na druhém tak nebyla statisticky prokázána (viz Příloha č. 2, Tabulka č. 4),
- odmítáme hypotézu H_1 (zaměstnání) a přijímáme hypotézu H_0 (zaměstnání), neboť hladina významnosti je větší než 0,05 a závislost jednoho jevu na druhém tak nebyla statisticky prokázána (viz Příloha č. 2, Tabulka č. 5),
- odmítáme hypotézu H_1 (neurotičnost a extroverze) a přijímáme hypotézu H_0 (neurotičnost a extroverze), neboť korelace těchto dvou jevů dosahuje nižší než kritické hodnoty, která je pro 60 člennou skupinu stanovena na 0,2542, a statistická souvislost mezi jedním a druhým jevem tak nebyla prokázána (viz Příloha č. 2, Tabulka č. 6),
- odmítáme hypotézu H_0 (neurotičnost a návykovost) a přijímáme hypotézu H_1 (neurotičnost a návykovost), neboť korelace těchto dvou jevů dosahuje vyšší než kritické hodnoty, která je pro 60 člennou skupinu stanovena na 0,2542, a statistická souvislost mezi jedním a druhým jevem tak byla prokázána (viz Příloha č. 2, Tabulka č. 6),
- odmítáme hypotézu H_1 (neurotičnost a psychoticismus) a přijímáme hypotézu H_0 (neurotičnost a psychoticismus), neboť korelace těchto dvou jevů dosahuje nižší než kritické hodnoty, která je pro 60 člennou skupinu stanovena na

0,2542, a statistická souvislost mezi jedním a druhým jevem tak nebyla prokázána (viz Příloha č. 2, Tabulka č. 6),

- odmítáme hypotézu H_0 (neurotičnost a kriminalita) a přijímáme hypotézu H_1 (neurotičnost a kriminalita), neboť korelace těchto dvou jevů dosahuje vyšší než kritické hodnoty, která je pro 60 člennou skupinu stanovena na 0,2542, a statistická souvislost mezi jedním a druhým jevem tak byla prokázána (viz Příloha č. 2, Tabulka č. 6),
- odmítáme hypotézu H_0 (neurotičnost a škála lži) a přijímáme hypotézu H_1 (neurotičnost a škála lži), neboť korelace těchto dvou jevů dosahuje vyšší než kritické hodnoty, která je pro 60 člennou skupinu stanovena na 0,2542, a statistická souvislost mezi jedním a druhým jevem tak byla prokázána (viz Příloha č. 2, Tabulka č. 6).

8.2 Vyhodnocení 2. části výzkumu – dotazník „Zdroje neurotičnosti dnešních žen“

Ve 2. části výzkumu budeme porovnávat informace o životě žen s vysokou mírou neurotičnosti a žen s nízkou mírou neurotičnosti, tedy žen, které ve výše uvedené tabulce najdeme v první a poslední desítce.

Do této části výzkumu byly ochotné se zapojit 4 ženy s vysokým neuroticismem (1. skupina) a 8 žen s neuroticismem nízkým (2. skupina). Nejprve si uvedeme jejich základní anamnestické údaje a následně se budeme zabývat jejich odpověďmi, jakožto skupiny, na zkoumané oblasti.

1. skupina (věk, stav, děti, zaměstnání)
 - 24, svobodná, bezdětná, studentka + zaměstnání
 - 57, vdaná, 2 dospělé děti, ano
 - 40, žije s partnerem ve společné domácnosti, dítě v předškolním věku, ano
 - 47, vdaná, 2 děti (puberta, adolescence), ano
2. skupina (věk, stav, děti, zaměstnání)
 - 23, žije s partnerem ve společné domácnosti, bezdětná, studentka
 - 35, vdaná, 2 děti (ml. školní věk), ano

- 44, vdaná, 2 dospělé děti, ano
- 26, zadaná, bezdětná, ano
- 47, vdaná, 2 dospělé děti, ano
- 44, rozvedená, 1 dospělé dítě, ano
- 45, žije s partnerem ve společné domácnosti, 4 děti (2 dospělé, 2 v pubertě), ano
- 26, žije s partnerem ve společné domácnosti, bezdětná, ano

Rodiče jedné z respondentek s vysokým neuroticismem trpí/trpěli neurotickými příznaky jako je úzkost, nervozita, výbušnost, utrápenost, nízká sebedůvěra, pocity méněcennosti, migrény, nízká míra sebeovládání. Jedna z respondentek této 1. skupiny si nebyla jista a další dvě uvedly, že jejich rodiče podobnými příznaky netrpěli. Samy dotazované pak na sobě pozorují tyto neurotické symptomy: vnitřní napětí, nízká sebedůvěra, urážlivost, žárlivost, úzkost, podrážděnost, poruchy spánku, poruchy sebeovládání, bolesti hlavy a zad. Dotazovaná, jejíž rodiče vykazují znaky neurotičnosti, má přímo diagnostikovanou panickou úzkostnou poruchu.

Zmiňované potíže ženám ve všech případech nějakým způsobem zasahují do běžného života. Popisují to následovně: neumím se asertivně prosadit (viz nízká sebedůvěra), pohybuji se ve dvou extrémech – ustupuji ostatním nebo tzv. vybuchnu, jsem vztahovačná, trpím komplexy méněcennosti, nejsem schopna být sama, vytvářím si katastrofické scénáře, trpím zvýšenou emocionalitou a chorobným perfekcionismem, bolesti hlavy a zad mi ztěžují vykonávání mé práce.

Příznaky se objevují často jako reakce na stres v práci, pocity žárlivosti v manželství související s nízkou sebedůvěrou, obtížnou výchovu těžce zvladatelného, hyperaktivního potomka, či fyzickou námahu, popřípadě neexistují objektivní příčiny vyvolávající tyto stavy (u ženy s diagn. panickou poruchou).

Rodiče, především pak matky, žen emocionálně stabilních trpí/trpěli těmito neurotickými příznaky: vnitřní napětí, psychosomatické potíže, nepřizpůsobivost, hypochondrie, úzkost, zažívací potíže, bolesti hlavy, pocity méněcennosti, urážlivost, nízká míra sebeovládání, neklid, nervozita, strach z výtahů, tunelů, uzavřených prostor. Jedna z matek trpěla laktační psychózou. Rodiče pouze jedné z dotazovaných podobnými obtížemi netrpěli.

Samy ženy s nízkým neuroticismem na sobě pozorují tyto neurotické příznaky: vnitřní napětí, podrážděnost, občas úzkost, starostlivost, obtížné přizpůsobování se, bolesti zad a hlavy, strach výšek, výtahů, tunelů, strach z doktorů. Tyto potíže jim nijak nezasahují do běžného života (jen jedna žena uvedla, že ji bolesti zad poněkud omezují při sportu) a objevují se jako reakce na nedostatek času při nutnosti splnit nějaký úkol, při fyzické a někdy i psychické zátěži, při kontaktu s lékaři, létání letadlem.

Jak je tedy patrné, fakt, že rodiče trpí neurotickými příznaky, ještě nutně neznamená, že jimi bude stoprocentně „obdařeno“ i jejich dítě. A naopak psychicky zcela zdraví rodiče ještě nejsou zárukou toho, že se u jejich dítěte, třebaže až v dospělosti, projeví sklony k neurózám. Zároveň si můžeme povšimnout, že neurotické potíže ženám emocionálně labilnějším významně zasahují do každodenního života, zatímco ženám emocionálně stabilním nikoliv.

Dětství respondentek z 1. skupiny bylo jen v jednom případě šťastné a bezproblémové. Ostatní tři ženy popisují samy sebe v dětství jako dožadující se pozornosti, hyperaktivní, přecitlivělou, závislou na rodičích, ostrčenou (po narození dvou bratrů). Rodiče měly na své dcery vysoké nároky, děti mezi sebe jaksi nepustily. Jedna z žen má s rodiči i přesto pozitivní vztahy, druhá má se vztahem k rodičům, zejména k matce, problém a řeší ho i po její smrti, třetí bohužel tragicky zahynul otec a ona nadále vyrůstala s jeho novou ženou, k matce se nevrátila, neboť měla pocit, že maceše musí pomáhat s mladšími sourozenci.

Dětství žen z 2. skupiny bylo převážně spokojené a šťastné, až na dvě výjimky (strašné, smutné období s pocíťovanou fyzickou i psychickou šikanou; přísná výchova, bez matky). Jako děti byly tyto ženy poslušné, zakřiknuté, samostatné, ukázněné, dostávalo se jim hodně lásky, ale zároveň musely dodržovat stanovená pravidla. Jedna z žen popsala toto období jako velice láskyplné a svobodné.

Současný život neurotických žen je: „celkem spokojený, nemám žádné problémy, ale necítím se šťastná, na nic se netěším, jsem psychicky unavená, manželství není příliš šťastné, nedávno mi zemřela maminka,“ „bohémský až ideální, ale cítím se sama a nepochopená, mám nevyřešené vztahové záležitosti,“ „vdaná žena s nezajímavou prací, věnující se rodině, pětadvacetileté manželství“. Jedna z žen se vyhnula přímé odpovědi tím, že „se těší na vše nové“. Všechny 4 ženy by ve svém současném životě chtěly něco změnit, ať už by to byly vztahy s muži a větší psychická pohoda, více času na rodinu a koníčky, bydliště, práce, nudné manželství či „něco, ale nevím co“.

U respondentek z 2. skupiny panuje jednoznačná shoda v tom, že jejich současný život je šťastný, spokojený, klidný, vyrovnaný, pohodový, mají vše, co si člověk jen v životě může přát. Dvě ženy uvedly, že prožívají lehčí stres v práci, ale jejich životní spokojenost tím není nijak závažně ohrožena. Ve svém současném životě by ve 4 případech nic neměnily, v 1 případě by ráda změnila vzájemný vztah s manželem, ve 2 případech práci a v 1 případě něco ano, ale není si jistá, co vlastně, protože její život je v podstatě spokojený.

V této oblasti tedy vidíme mezi skupinami obrovský rozdíl. Zatímco ženy neurotické popisují svůj život jako takový, který je nečiní šťastnými, ženy ne neurotické jsou se svým momentálním životem velmi spokojeny.

Co je pro ženy s vysokou mírou neurotičnosti největším zdrojem stresu v jejich životě? „Vždy si něco najdu. Úzkost. Vztahy.“ „Hádky s manželem či dcerami, problémy dcer v jejich rodinách, nemoc v rodině, pocit bezmoci, nestíhání věcí, nátlak.“ „Nedostatek času.“ „Syn.“

V situacích vyvolávajících stres tyto ženy uvnitř sebe cítí a prožívají paniku, bezmoc, návaly smutku k nevydržení, nervozitu, úzkost, pochyby o sobě samotné a vlastních rozhodnutích, pocity viny, napětí, vztek, rodičovské selhání. Navenek se projevují jako více unavené, dlouho „klidné“, ale nakonec „vybuchnou“, potřebují se vypovídat, nemohou být samy, potřebují kolem sebe blízké (v případě nouze i cizí) lidi, potřebují rady a podporu okolí, jeho pozornost, ačkoliv vědí, že ho svým chováním vyčerpávají. Okolí na tyto stavy reaguje někdy dle okolností, někdy snad celkem pozitivně, jindy zase vyslechne, poradí, ale také si přestává ženy vážit, když vidí, že si nedokáže poradit a je nejistá, případně je vyděšené, ale předstírá pochopení a snaží se být oporou. Tyto náročné situace se obvykle vyřeší samy od sebe (a někdy i pozitivně), vyšumí (ale ženě zůstane pomyslná jizva), snahou o domluvu, kompromis; v krajních případech užívání tišících léků či návykových látek – alkohol, cigarety.

Mezi hlavní zdroje stresu žen s nízkou mírou neuroticismu se řadí: „Málo času na úkol, nutnost rychle se rozhodnout, dříve hádky s matčíným manželem.“ „Strach z neznáma (zejména diagnostikování závažné choroby u otce, kdy mu zbývalo pár týdnů života).“ „Náladovost manžela, jeho pesimistický náhled na život a na mě.“ „Nátlak z druhé strany, zejména v práci.“ „Strach o děti.“ „Práce.“ „Nenadálé situace, potřebuji mít plán. Přenáší se na mě nervozita partnera.“ „Beznaděj v práci. Nátlak okolí, abychom se s partnerem vzali.“

V daných situacích ženy pocítují vnitřní napětí, bezmoc, vyčerpání, únavu, zklamání, nespravedlnost, lhostejnost, podráždění, frustraci, strach, zmatek, neklid, nevolnost, třes, stres,

vzteky, splín, lítost, pocit, že něco dělají špatně. Navenek se obvykle snaží tvářit a chovat normálně, profesionálně, řešit situaci racionálně, nebo se uzavírají do sebe a snaží se nepřenášet své negativní emoce na druhé lidi. Umí ale také „vypouchnout“, být nepříjemné, panikařit, zuřit, dát své pocity okolí najevo. Okolí na oplátku reaguje bez problémů, v normě, je tolerantní, polituje, má pochopení, někdy naopak raději nereaguje nijak nebo poněkud rezervovaně; některým ženám jejich okolí následně vyčítá, že jsou hysterické a podrážděné.

Stresové situace se povětšinou vyřeší bez problémů, mají dobrý konec, ženy si z nich berou ponaučení, vypovídají se, uklidní se, po čase dělají, že se nic nestalo (případně manžel dělá, že se nic nestalo).

Pokud bychom měli srovnat zdroje neurotičnosti zmiňované dotazovanými ženami se zdroji, které jsme si uvedli ve 3. kapitole, pak bychom došli k závěru, že se často podobají – manžel, děti, nedostatek času, zaměstnání. Dále bychom je mohli na základě provedeného výzkumu rozšířit o nátlak ze strany okolí, strach, problémy ve vztazích obecně.

Co se týče relaxace a odpočinku, v tom se obě dvě skupiny víceméně shodují. Relaxují při četbě knih a časopisů, sledováním TV, malováním a jinou tvořivou činností, při procházkách se psem, cvičením a sportem, meditací, spánkem, pečením, péčí o domácnost a zahradu, povídáním s partnerem, rodinou, kamarádkami, přáteli. Volný den by ženy z obou skupin strávily obvykle různou kombinací uvedených činností, které jim přinášejí, uvolnění, radost.

Poslední oblastí, kterou se zde budeme zabývat, je vztah žen k sobě samotné, to, jak na sebe samotnou pohlížejí, jak se samy charakterizují, a také jejich obecný vztah k lidem.

Neurotické ženy samy sebe vystihují jako komplikované, výbušné, pohodlné, depresivní, milující a zároveň někdy zlé, vyžadující své stereotypy, ale zároveň toužící po spontaneitě, neschopné být ženou, neschopné být dospělou, na něco puntičkářské, nepořádné, málo sebejisté, mající pocit, že jim nic nejde, ale také jako kamarádké, spolehlivé, přející, schopné stihnout více věcí najednou, flexibilní. Jejich vztah k lidem je obecně nedůvěřivý, rezervovaný, ale svým způsobem i kladný a přátelský.

Ženy emocionálně stabilní se podle svých slov vyznačují pozitivismem, společenskostí, přátelskostí, spolehlivostí, klidností, vyrovnaností, cílevědomostí, laskavostí, zdravým sebevědomím, všestranností, pracovitostí, organizačními schopnostmi, živostí, hlučností, touhou po svobodě, zároveň ale také tvrdohlavostí, puntičkářstvím, touhou mít věci pod kontrolou, pohodlností, výbušností. K ostatním lidem mají obecně pozitivní, vřelý,

přátelský, až příliš důvěřivý vztah, snesou se v podstatě s každým, některé ale mají také zkušenosti, které jim tzv. otevřeli oči a klidem mají vztah poněkud rezervovanější a obezřetnější.

Kdybychom měli stručně vystihnout hlavní rozdíl mezi pohledem na život žen s vysokým a žen s nízkým neuroticismem, pak bychom řekli, že spočívá v celkovém dojmu (ne)spokojenosti, jež vyplývá z odpovědí dotazovaných. Neurotické ženy jsou méně spokojené, necítí se šťastné, ale naopak opuštěné, nepochopené, na všechno samy, znuděné. Je u nich na první pohled patrná vysoká emocionalita, výkyvy nálad, přechody z jednoho extrému do druhého. Ženy s neuroticismem nízkým, ačkoliv mají mnohé problémy shodné s 1. skupinou, přistupují k životu více optimisticky, jejich odpovědi jsou celkově pozitivněji laděné, mají radost ze svého života, umí si v něm najít určité smysluplné hodnoty, které je naplňují spokojeností a klidem.

Závěr

V této diplomové práci, kde se teoretické poznatky proluly s praktickými, jsme se dozvěděly něco o neurotičnosti, tedy emocionální labilitě, a neurózách. Stěžejním tématem pro nás bylo, čím jsou vlastně neurotičnost a neurózy způsobeny, vyvolávány, podněcovány, a odpovědi na tyto otázky nás mohou dovést k zamyšlení, zda se s potížemi, které s sebou neurotické sklony a neurotická onemocnění přinášejí, dá něco dělat, zda je žena sama může nějak ovlivnit, změnit.

Poté, co jsem získala spousty informací o dané problematice a sama si ve vlastním průzkumu potvrdila si, že to, co se o neurotičnosti a neurózách píše v literatuře, je založeno na reálných podkladech a skutečné praxi, jsem dospěla k názoru, že, obrazně řečeno, jsou největším zdrojem neurotičnosti dnešních žen právě ženy sama. Jistě by se dalo namítat, že nikdo nemůže za své vrozené predispozice, za traumatické zážitky v dětství či v dospělosti, za neadekvátní rodičovskou výchovu, za společenský, pracovní či jiný nátlak apod. Zde bych ale ráda uvedla úryvek z knihy Stanislava Kratochvíla *Jak žít s neurózou* (2000, str. 71): *„Rozebírá-li neurotik kriticky traumatizující vlivy své minulosti, musí dojít k závěru, že mnoho vlivů na něj nepříznivě působilo proto, že byl ještě „malý a slabý“. Dnes už jsme dospělí. Můžeme vystoupit z kůže nešťastného děcka, kterému silnější bratr sebere hračku, kterému otec nabije a kterého matka nepohladí. Jsme dospělí. Žijeme pro přítomnost a pro budoucnost.“*

I když je to těžké a náročné, můžeme se rozhodnout se svými problémy, které činí náš život méně spokojeným a nenaplněným, něco udělat, postavit se jim, pokusit se je vyřešit, obzvlášť jedná-li se o problémy neurotického rázu, pro jejichž zvládnání existuje v současné době mnoho technik, které se můžeme naučit.

Zároveň bychom my ženy měly zvážít, jestli na sebe nejsme příliš přísné a nemáme na sebe my samy přehnaně vysoké nároky, které na nás následně klade i naše okolí, protože vidí, že „nakonec vždycky všechno nějak zvládneme a jedeme dál“. Výsledkem je ale pouze spousta „promarněných“ dní ve stresu, spěchu a zamýšlení se nad tím, co všechno je potřeba udělat a stihnout. Neumíme si stanovit priority a rozhodnou se, co je pro NÁS SAMOTNÉ skutečně podstatné a důležité. Toužíme po tom, aby si nás naše okolí vážilo, a děláme pro to první poslední, ale přitom si my samy sebe nevážíme a neustále na sobě hledáme nějaké chyby.

Bylo by mi velkým potěšením, kdyby tato práce inspirovala (nejen) neurotické ženy a dodala jim odvahu pustit se do řešení svých potíží a nalezení krásy a harmonie ve svém životě.

Resumé

Diplomová práce se zabývá zdroji neurotičnosti dnešních žen. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část sestává ze tří kapitol – *Neurotičnost, neurózy; Dnešní žena a Zdroje neurotičnosti dnešních žen*. Obecné poznatky z první a druhé kapitoly se vzájemně prolínají v kapitole třetí, která už je zaměřena konkrétněji, popisuje konkrétní možné zdroje neurotičnosti dnešních žen. Praktická část vychází ze dvou dotazníkových šetření zjišťujících míru neurotičnosti u skupiny dotazovaných žen a dále některé anamnestické údaje žen s vyšší a nižší mírou neurotičnosti, které jsou následně mezi sebou porovnávány.

This thesis is focused on the origins of neurotic status of today's women. It consists of two parts: theory and practice. The theoretical part has three chapters: *Neurotic Status, Neurosis; Today's Woman and the Origins of Neurotic Status of Today's Woman*. General knowledge from the first and second chapter mingles in the third one which is more specific and describes specific possible roots of neurotic status of today's women. The practical part is based on two questionnaires that are focused on the level of neurotic states within these asked women and on some anamnestic facts of the women with higher or lower level of neurotic state and those are then compared with each other.

Seznam použitých pramenů a elektronických zdrojů

- CUNGI, CH.: *Jak zvládat stres*. Portál: Praha, 2001. ISBN 80-7178-465-6
- DRAPELA, V. J.: *Přehled teorií osobnosti*. Portál: Praha, 1997. ISBN 80-7178-134-7
- EYSENCK, H. J., EYSENCK, Sybil G. B.: *Eysenckovy osobnostní dotazníky pro dospělé – Příručka*. Psychodiagnostika, společnost s.r.o., Bratislava: Bratislava, 1993
- HARTL, P.: *Psychologický slovník*. Česká Typografie a.s.: Praha, 1993. ISBN 80-90 15 49-0-5
- HORNEYOVÁ, K.: *Ženská psychologie*. TRITON: Praha, 2004. ISBN 80-7254-501-9
- JÍŘINCOVÁ, B., HOLEČEK, V., MIŇHOVÁ, J., a kol.: *Vybrané kapitoly z psychologie zdraví*. Vydavatelství ZČU: Plzeň, 1997. ISBN 80-7082-308-9
- KRATOCHVÍL, S.: *Jak žít s neurózou*. Portál: Praha, 2000. ISBN 80-7178-478-8
- KŘIVHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. Portál: Praha, 2003. ISBN 80-7178-774-4
- KULIŠŤÁK, P.: *Neuropsychologie*. Portál: Praha, 2003. ISBN 80-7178-554-7
- LUKASOVÁ, E.: *Logoterapie ve výchově*. Portál: Praha, 1997. ISBN 80-7178-180-0
- MIOVSKÝ, M.: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada: Portál, 2006. ISBN 80-247-1362-4
- NAKONEČNÝ, M.: *Psychologie osobnosti*. Academia: Praha, 2009. ISBN 978-80-200-1680-5
- ŘÍČAN, P.: *Psychologie osobnosti – obor v pohybu*. Grada: Praha, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychologie osobnosti*. Karolinum: Praha, 2010. ISBN 978-80-246-1832-6
- ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Karolinum: 1997. ISBN 80-7178-203-6
- <http://www.czso.cz>
- <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/07000-12>
- www.novinky.cz
- <http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/297060-dnesni-zeny-museji-zvladat-az-ctrnact-rol-denne.html>
- <http://www.tyden.cz>
- http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/vek-rodicek-v-cesku-stoupa-stale-je-vsak-nizsi-nez-v-roce-1920_301708.html#.U0v-wKLUjbc

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník „Zdroje neurotičnosti dnešních žen“

Dotazník pro diplomovou práci: Zdroje neurotičnosti dnešních žen

Tento dotazník je anonymní!

Váš věk:

Vaše zaměstnání:

Jste:

- Svobodná, bez přítele
- Zadaná, s přítelem/partnerem nežijete
- Zadaná, žijete s přítelem/partnerem ve společné domácnosti
- Vdaná
- Rozvedená
- Jiná varianta:

Máte děti?

- ANO *Kolik dětí a jak jsou staré? (Není nutné uvádět přesný věk, stačí orientačně jako např. novorozenec, předškolák, „puberťák“ atd.)*
- NE

Trpí / trpěli Vaši rodiče (nebo jeden z nich) některými z těchto problémů: neklid, úzkost (jakési vnitřní napětí, nervozita), velká starostlivost, podrážděnost, nízká sebedůvěra, přecitlivělost, urážlivost, utrápenost, pocity méněcennosti, obtížné přizpůsobování se, nízká schopnost sebeovládání atd.... závratě, poruchy spánku, bolesti hlavy, zad, zažívací potíže, nervozita/strach např. z výtahů, tunelů, uzavřených prostorů atd....

- ANO *Který z rodičů a kterými problémy především?*
- NE

Trpíte některými z těchto problémů Vy: neklid, úzkost (jakési vnitřní napětí, nervozita), velká starostlivost, podrážděnost, nízká sebedůvěra, přecitlivělost, urážlivost, utrápenost, pocity méněcennosti, obtížné přizpůsobování se, nízká schopnost sebeovládání atd.... závratě, poruchy spánku, bolesti hlavy, zad, zažívací potíže, nervozita/strach např. z výtahů, tunelů, uzavřených prostorů atd....

- ANO *Kterými?*
- NE

Zasahují Vám tyto potíže nějakým závažným způsobem do běžného života?

- ANO *Jak?*
- NE

Existují nějaké konkrétní podněty, situace, okamžiky, věci, díky nimž se u Vás tyto potíže objevují?

- ANO *Jaké?*
- NE

Jak byste popsala Váš současný život?

Změnila byste na svém současném životě něco?

- ANO *Co?*
- NE

Jak byste popsala Vaše dětství? Jaká jste byla jako dítě? (Zkuste si vzpomenout např. i na to, jakým způsobem Vás rodiče vychovávali, jaký vztah jste spolu měli...)

Co je pro Vás největším zdrojem stresu, nervozity, napětí, podrážděnosti...? Jaké situace jsou pro vás největším zdrojem stresu, nervozity, napětí atd.? (Můžete uvést více zdrojů.)

Jak se v těchto situacích, okamžicích cítíte? Co prožíváte uvnitř sebe?

Jak se v těchto situacích chováte, co děláte, co dáváte najevo svému okolí?

Jak na Vás Vaše okolí reaguje?

Jak se tyto situace obvykle vyřeší? Jak dopadnou?

Jakým způsobem relaxujete, odpočíváte?

Jak byste popsala samu sebe? Co byste o sobě řekla? Co Vám jde, co umíte, a co Vám naopak příliš nejde? Jaké máte vlastnosti apod.

Jaký máte obecně vztah k lidem?

Co byste dělala, kdybyste měla jeden den (24 hod) celý jenom pro sebe?

Velice Vám děkuji za Váš čas!

Příloha č. 2 – Tabulky s výsledky statistických zpracování dotazníku EPQ-R

Tabulka č. 2 – Statistické vyhodnocení závislosti neurotičnosti žen na jejich věku:

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	10,75	12,03571
Rozptyl	28,90323	30,70238
Pozorování	32	28
Společný rozptyl	29,74076	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	58	
t Stat	-0,91106	
P(T<=t) (1)	0,183017	
t krit (1)	1,671553	
P(T<=t) (2)	0,366035	
t krit (2)	2,001717	

Soubor 1 = hodnoty neurotičnosti žen ve věku 19 – 40 let

Soubor2 = hodnoty neurotičnosti žen ve věku 40 – 61 let

Tabulka č. 3 – Statistické vyhodnocení závislosti neurotičnosti žen na tom, zda jsou vdané či svobodné:

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	11,17021	12
Rozptyl	26,75301	42,66667
Pozorování	47	13
Společný rozptyl	30,04549	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	58	
t Stat	-0,48308	
P(T<=t) (1)	0,315428	
t krit (1)	1,671553	
P(T<=t) (2)	0,630855	
t krit (2)	2,001717	

Soubor 1 = hodnoty neurotičnosti žen vdaných

Soubor2 = hodnoty neurotičnosti žen svobodných

Tabulka č. 4 – Statistické vyhodnocení závislosti neurotičnosti žen na tom, zda mají děti či jsou bezdětné:

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	11,45	11,15
Rozptyl	26,35641	37,92368
Pozorování	40	20
Společný rozptyl	30,14569	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	58	
t Stat	0,199516	
P(T<=t) (1)	0,421278	
t krit (1)	1,671553	
P(T<=t) (2)	0,842557	
t krit (2)	2,001717	

Soubor 1 = hodnoty neurotičnosti žen majících děti

Soubor2 = hodnoty neurotičnosti žen bezdětných

Tabulka č. 5 – Statistické vyhodnocení závislosti neurotičnosti žen na tom, zda pracují či nikoliv:

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	<i>Soubor 1</i>	<i>Soubor 2</i>
Stř. hodnota	11,04167	12,58333
Rozptyl	25,44504	48,26515
Pozorování	48	12
Společný rozptyl	29,77299	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	58	
t Stat	-0,87542	
P(T<=t) (1)	0,192479	
t krit (1)	1,671553	
P(T<=t) (2)	0,384958	
t krit (2)	2,001717	

Soubor 1 = hodnoty neurotičnosti žen pracujících

Soubor2 = hodnoty neurotičnosti žen nepracujících

Tabulka č. 6 – Statistické vyhodnocení souvislosti mezi hodnotami neurotičnosti žen a hodnotami dalších osobnostních faktorů dotazníku EPQ-R

	<i>Sloupec</i> 1	<i>Sloupec</i> 2	<i>Sloupec</i> 3	<i>Sloupec</i> 4	<i>Sloupec</i> 5	<i>Sloupec</i> 6
Sloupec 1	1					
Sloupec 2	-0,23201	1				
Sloupec 3	0,837569	-0,20652	1			
Sloupec 4	0,227392	0,167822	0,41654	1		
Sloupec 5	0,888179	-0,05789	0,896728	0,48074	1	
Sloupec 6	-0,31603	-0,09356	-0,50443	-0,31406	-0,33613	1

Sloupec 1 = hodnoty neurotičnosti

Sloupec 2 = hodnoty extroverze

Sloupec 3 = hodnoty návykovosti

Sloupec 4 = hodnoty psychoticismu

Sloupec 5 = hodnoty kriminality

Sloupec 6 = hodnoty škály lži

