

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

Dopad psychické zátěže a stresu na zdraví člověka
jak si jej uvědomujeme a jak jej dokážeme zmírnit

Diplomová práce

Josef Štědronský

Psychologie-anglický jazyk (2012-2014)

Vedoucí práce: PhDr. Václav Holeček, Ph. D.

Plzeň, červen 2014

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

V Plzni dne 31. března 2011

.....
vlastnoruční podpis

Obsah

Úvod	4
1 Výzkum.....	5
2 Psychická zátěž	6
3 Stres – teorie stresu.....	7
3.1 Historie pohledu na spojitost zdraví těla a duše	7
3.2 Zdraví.....	9
3.3 Definice stresu	9
3.4 Teorie Hansa Selye.....	11
3.5 Aron Antonovsky - koncept salutogeneze.....	12
3.6 Fyziologické projevy stresu.....	14
3.7 Stres a imunita.....	14
3.8 Stres u zvířat.....	15
3.9 Stresory u člověka.....	17
4 Psychosomatické problémy.....	18
4.1 Dělení dle orgánových systémů (Poněšický 2010).....	18
4.1.1 Kardiovaskulární onemocnění	18
4.1.2 Hyperventilační syndrom.....	18
4.1.3 Srdeční angína a infarkt myokardu.....	18
4.1.4 Hypertenzivní choroba.....	19
4.1.5 Hypotenze.....	20
4.1.6 Poruchy dýchacího ústrojí.....	20
4.1.7 Poruchy pohybového ústrojí	21
Artritida.....	21
Bolesti zad.....	21
Fibromyalgie.....	22
4.1.8 Problémy kožní.....	22
Atopický ekzém.....	22
Periorální dermatitida.....	23
Alergické dermatitidy.....	23
4.1.9 Problémy gastrointestinální.....	23
Žaludeční a dvanáctíkové vředy.....	23
4.1.10 Problematika v gynekologii, urologii a sexuologii.....	23
Bolestivá menstruace a premenstruační syndrom.....	24
Psychogenní krvácení.....	24
Bolesti v podbřišku.....	24
Klimakterické obtíže.....	24
Urologické potíže.....	24
4.1.11 Neurologická a psychiatrická psychosomatika.....	24
4.1.12 Nádorová onemocnění	25
4.2 Prevence psychosomatických onemocnění	26
4.2.1 Neuropsychologická teorie změny v psychoterapii.....	27
5 Diagnostika PSD.....	30
5.1.1 Zkoumané determinanty.....	30
Události dětství.....	30
Události nedávné.....	30
Chronický stres.....	30
Životní styl a vzorce chování.....	30
Sociální podpora.....	30
Psychická pohoda.....	30

Osobnostní faktory.....	31
Psychické poruchy.....	31
Psychologické symptomy.....	31
Klinimetrický přístup (clinimetric approach).....	32
Makroanalýza.....	32
Psychosomatický rozhovor	33
Špatné zprávy.....	38
Motivace v rozhovoru.....	38
5.1.2 Hodnocení nepříznivých faktorů.....	39
Nepříznivé faktory v dětství.....	39
Ohodnocování životních událostí a chronického stresu.....	41
Standardizované metody záznamu náročných životních událostí.....	42
Práce a nezaměstnanost jako stresory.....	43
Vliv životního stylu na zdraví.....	45
Příjem potravy.....	45
Fyzická aktivita.....	46
Užívání návykových látek.....	46
Alkohol	47
Nikotinismus.....	47
Nelegální návykové látky.....	48
Sexuální funkcionalita.....	48
Psychologické faktory působící v případě nemocí či poruch.....	49
Hodnocení osobnosti.....	50
Chování v nemoci.....	51
Hodnocení psychické pohody.....	52
Hodnocení rodinného prostředí.....	55
Naučený optimismus.....	57
6 Strategie zvládání náročných životních situací – copingové strategie.....	60
6.1 Sigmund Freud.....	60
6.2 Freudovi nástupci.....	61
6.2.1 C.G. Jung.....	61
6.2.2 Erich Fromm.....	63
6.3 Novější přístupy ke zvládání stresu.....	64
6.3.1 Lazarus.....	64
Obecné strategie zvládání stresu	66
Vhodné a nevhodné strategie	67
Návykové látky.....	67
6.3.2 Křivohlavý.....	68
Automatické adaptační mechanismy.....	68
Strach, úzkost, fobie.....	68
6.3.3 Logoterapie, autosugestivní metody.....	69
6.3.4 Obecné strategie	70
Biofeedback	70
Technika dýchání.....	70
Tělesné cvičení.....	71
Relaxační, meditační, vizualizační a imaginační techniky.....	71
Video feedback.....	72
Asertivita.....	72
Odpuštění.....	73
Zrání osobnosti.....	73

Smysl života.....	74
Potřeby	75
Iracionální přesvědčení.....	75
6.3.5 Rheinwaldová	76
Stresory vztahové.....	78
Společenské stresory.....	78
Myšlenkové stresory.....	79
Emoční stresory.....	80
Úkolové stresory.....	80
Jak žít bez stresu	80
Holistické pojetí stresu	80
Optimismus.....	81
Vytvoření bezstresového prostředí.....	81
Organizace chaosu, zdravá výživa a humor.....	81
Program redukce stresu dle Rheinwaldové.....	82
7 Praktická část.....	84
7.1 Základní údaje o provedeném průzkumu.....	84
7.2 Úvodní informace zveřejněné respondentům.....	84
7.3 Grafy a popis výsledků jednotlivých otázek.....	85
7.4 Analýza zajímavých souvislostí a závislostí (DZD).....	119
7.5 Histogramy četností	120
7.6 Souvislost nepříznivých událostí a subjektivní stresové zátěže.....	122
7.7 Souvislost subjektivní stresové zátěže a fyziologických příznaků.....	123
7.8 Vzájemné souvislosti dalších faktorů a stresové zátěže.....	124
7.8.1 Lidé splňující [...] jsou s vyšší pravděpodobností ve stresu.....	124
7.8.2 Lidé splňující [...] jsou s nižší pravděpodobností ve stresu.....	128
7.8.3 Lidé ve stresu jsou s vyšší pravděpodobností.....	131
7.8.4 Lidé ve stresu jsou (dělají) s nižší pravděpodobností.....	135
Závěr	141
Resume.....	143
Summary.....	143
Literatura.....	144

Úvod

Karteziánský dualismus oddělil lidské tělo od jeho duše. Moderní, školská alopatická medicína "opravuje" zpravidla jen tělo, a na „duši“ či psychickou stránku pacienta zapomíná. Má-li pacient štěstí může, býti díky těmto „servisním“ zásahům dlouho a spokojeně živ. Pokud však dítkem Štěstěny není, může se díky tomuto přístupu roztočit velmi nebezpečná spirála mnoha dalších problémů. Ve společnosti se objevují názory oscilující mezi oběma extrémy. My se tedy pokusíme pro účely naší práce tento dualismus na chvíli opustit, a člověka vnímat jako neoddelitelný komplex těla i duše. Prvním psychosomatickým experimentem, který najdeme v každé základní učebnici psychologie, byl pravděpodobně pokus perského učenice a lékaře Avicenny v jedenáctém století. Do dvou sousedních kotců umístil domácího berana a vlka. Beran přestal žrát a za několik dní pošel. Stres z přítomnosti dravce jej zahubil. Přesto dodnes velké množství lékařů popírá vliv psychiky na lidské zdraví. Další část „osvícenějších“ sice tyto vlivy připouští v různé míře (na internetu nacházíme čísla 30-50%), a to zvláště u tzv. civilizačních chorob. U těch se nedaří najít příčinu jejich velkého nárůstu v poslední době, tedy je opatrně připouštěn i vliv psychické zátěže. Najdou se ovšem i lékaři, kteří se naopak psychosomatickému lékařství věnují a jimi uváděná procenta jsou často výrazně vyšší. Lékaři bohužel často tíhnou k názoru, že vše, co není „lege artis“, je pavěda a šarlatánství, a i léty ověřené „babské recepty“ odmítají s obrovskou agresivitou a narcismem. Další skupinu tvoří lékaři, kteří takřkajíc „dezertovali“, někdy „svlékli bílý plášť“ a věnují se medicíně, kterou bychom mohli nazvat celostní. Poslední skupinu tvoří pacienti či konzumenti péče kteří jsou taktéž rozděleni na dva základní tábory. První extrém jsou lidé konvenční medicínou vyděšení, ať již díky vlastní nebo zprostředkované zkušenosti, kteří ji odpírají jako celek. Následuje část balancující takřkajíc mezi a poslední díl mozaiky je část pacientů, kteří dualismus akceptují a školské medicíně důvěřují, někdy až slepě.

K volbě tohoto tématu mě vedl dlouhodobý zájem o tuto problematiku a řada zkušeností s psychosomatickými problémy a pokusy o jejich nápravu, a to nejprve neúspěšnou symptomatickou konvenční „léčbou“ a následně úspěšnou terapií mentální. Tyto zkušenosti jsem konfrontoval s mnoha autory literárních děl z této oblasti, kterých jsem prostudoval desítky, ne-li stovky. Taktéž jsem se snažil po řadu let získat zkušenosti dalších v internetových diskusních skupinách.

Cílem této práce je prozkoumat, jakým způsobem jsou lidé dnes vystaveni psychické zátěži, jak si tuto zátěž uvědomují, případně zda si ji vůbec uvědomují. Dále se pokusíme prozkoumat, zda a případně jakým způsobem si lidé uvědomují možný či již nastalý dopad této zátěže, a to zejména na somatické zdraví jedince. Budeme zkoumat možnosti psychosomatické a somato-psychické vazby, tedy oboustranné vazby mezi lidskou psychikou a somatickým zdravím. Dále se pokusíme zmapovat, zda si ti, kdož mají zkušenost s nějakými somatizovanými psychickými problémy, dokáží, či naopak nedokáží pomoci, případně jakou terapii k odstranění těchto problémů vyhledávají – ať už se jedná o konvenční medicínu, lékaře a symptomatickou „léčbu“, „alternativní medicínu“ či terapii psychickou, a to jak klasickou psychoterapii, tak některé „svépomocné“ techniky, jako např. relaxační, imaginační či meditační.

1 Výzkum

Předpokládáme, že většina respondentů bude mít povědomí o tom, co vše může psychická zátěž způsobit. Pokud si respondenti budou tyto vazby uvědomovat, očekáváme to spíše u starších respondentů s více zkušenostmi, případně dlouhodobější zkušeností se stresovou zátěží. Co se týče vypořádávání se s touto zátěží, očekáváme, že většina respondentů bude problémy léčit konvenční medicínou, symptomaticky (potlačováním symptomů).

Vzhledem k tomu, v jaké době žijeme, dá se předpokládat, že naše psychika je vystavena relativně velké psychické zátěži výrazně odlišné od té, pro kterou byla evolucí uzpůsobena. V literatuře, ale i v médiích se stále častěji objevují informace o tom, jakým způsobem se posunuje skladba zdravotních problémů, které sužují populaci. Jednoznačně vidíme změny, jež mohou mít řadu determinantů těžko prokazatelných či měřitelných, nicméně asi nebude velkým prohřeškem shrnout je například do pojmu „způsob života“. Biologové často uvádějí, že naše kultura se vyvíjí obrovskou rychlostí, ale naše biologická výbava nikoli. Tudíž se pohybujeme v přetechizovaném světě vybaveni adaptačními mechanismy, které se od doby kamenné změnily jen nepatrně. Pokus ale zamysleme nad vývojem v technice a společnosti v průběhu posledních století, vidíme, že dynamika vývoje výrazně změnila svůj gradient. Člověk který se narodil cca před sto lety na vesnici, mohl prožít mládí za svitu petrolejky se „sporákem“ na dřevo či studnou a suchým záchodem na dvorku, a ve stáří mohl sedět u internetu, nakupovat v e-shopech, hrát online hry, telefonovat mobilním telefonem a létat na dovolenou letadlem. Srovnáme-li to s dobovými vědeckofantastickými filmy z počátku 20. stol, vývoj je zpravidla předstihl. Není pro člověka jednoduché přizpůsobovat se takto hektickým změnám a to jsme zatím zmínili jen technologii. Další zátěží mohou být změny politické. Námi výše zmíněný člověk pokud žil v naší zemi, zažil 3 různá společenská zřízení a k tomu válku a protektorát. Pokud společenské změny jsou zdánlivě k lepšímu, může to jistě přinést optimismus. Často se však stává, že nejsou či že první nadšení rychle pominulo a vše se v prach obrací. To v celkovém důsledku běhu dějin, mohlo či může způsobit relativně velkou psychickou zátěž v závislosti na subjektivním prožívání této dynamiky. V neposlední řadě i dopady ekonomické mohou být velmi silnou psychickou zátěží pro mnohé. Opusťme nyní minulé století a zaměřme se na mladší generaci. Zde máme dvě varianty – ty, kdož minulý režim zažili a případně v něm i pracovali, a ty kdo jej nezažili vůbec nebo jen jako „školou povinní“. Je pravděpodobné, že prožívání obou skupin bude výrazně odlišné. Zatímco ti první budou srovnávat své zkušenosti, ti druhí budou víceméně vycházet z informací od rodičů, či z informací a propagandy získaných prostřednictvím médií. U různých věkových skupin se dá tedy předpokládat výrazně odlišná geneze případné psychické zátěže v oblastech vyrovnávání se jedince se společností. Na druhé straně problémy vztahové ponesou v sobě jak složku nadčasovou, tak jistě i složku dobového kontextu. Pokud nám tedy výzkum poskytne dostatečně široké portfolio respondentů, pokusíme se je podle různých kritérií, např. věku, roztřídit a vzájemně porovnat.

V části teoretické se pokusíme prezentovat názory na tuto problematiku jak soudobé, tak tradiční a historické, pokusíme se nahlédnout i do různých končin světa a najít, co je nám společné a co se naopak multikulturně zásadně odlišuje. Nahlédneme také do různých přístupů různých směrů terapie a zamysleme se nad nimi právě z pohledu „psychosomatického“. Pokusíme se taktéž zmapovat historický vývoj v této oblasti, vývoj názorů na tuto problematiku, jejich střety a případně vlivy, které mohou ovlivňovat chápání této problematiky.

Žijeme v postmoderní době, se všemi jejími výhodami i nevýhodami. Je

pravděpodobné, že pro účely našeho výzkumu budou důležitější vlivy záporné. Nicméně není jednoduché obecnou polaritu determinantů určit, neboť i to, co se např. zdá být kladným dopadem dnešního životního stylu, může mít v oblasti zdraví jak fyzického, tak psychického dopad spíše devastující. Dnešní doba se do značné míry liší od dob předchozích. Nadšení občanů po změně režimu v r. 1989 zpravidla vyprchalo, optimismus přetrvává jen ve vyšších ekonomických vrstvách a mezi mladými těšícími se na „Americký sen“. zpravidla jen do té doby, než začnou shánět zaměstnání. Často můžeme v médiích zaslechnout o nové sociální skupině obyvatelstva, které nikdy nepracovalo a pravděpodobně ani nehodlá, díky vysoké nezaměstnanosti se řada rodin dostává do problémů a díky tuzemské „exekuční mafii“ to mohou být často problémy existenční. Další problém je vytváření neexistujících potřeb, které nutí jedince neustále se kamsi hnát a vydělávat na další a další statky, které zaručeně „potřebují“. Prázdnota „duše“ pak může být záhy doplněna i prázdnotou bankovního účtu a úvěrovou spirálou. U mladé generace může být obrovská zátěž působena již kompetitivním prostředím dnešní společnosti, ne „člověk je mírou všech věcí, jsoucích, že jsou, a nejsoucích, že nejsou“, ale peníze jsou touto mírou, případně symboly jako společenské postavení, auta, počítače, mobilní telefony, sportovní výkony atd. Můžeme tedy říci, že dnešní postmoderní doba je pro většinu těch, kdož jsou do ni zrozeni, dobou výkonu, soutěžení, poměřování a symboliky peněz a podivného individualismu hraničícího s bezbřehým egoismem. Z pohledu psychické zátěže je pravděpodobné že enkulturace pro mnoho jedinců, vyjma několika vyvolených dosti náročný a zatěžující proces. Nesmíme v dnešní době zapomenout ani na problémy šikany a kyberšikany, a taktéž zcela zásadní dopad mohou mít neúplné, rozvrácené, dysfunkční či afunkční rodiny, jejichž počet se rozhodně nezmenšuje. Globálně se ve společnosti mimo jiné zvyšuje i agresivita, a to jak verbální, tak fyzická. Dá se tedy očekávat, že díky tomuto procesu můžeme objevovat problémy způsobené stresem i u relativně mladých lidí.

2 Psychická zátěž

Co je to stres či psychická zátěž? Jaké dopady má tato zátěž na naše zdraví?

Stres je slovo, na které narážíme každý den. Často slyšíme: „jsem v presu“, „práce mě stresuje“, „mám strach ze zkoušek, mám trému“. Život nám každý den dokáže nachystat zátěžové situace různé intenzity, na které naše tělo i psychika musí chtě nechtě reagovat. Řadu takových situací si zaviníme my sami, vlastní nedokonalostí, slabou vůlí, odkládáním věcí na poslední chvíli, ale také neschopností uznat vlastní chybu a poučit se z ní, odpustit svým nepřátelům a lidem, kteří nám ublížili, tedy zbavit se nenávisti a taktéž nepropůjčovat se např. nenávisti či žárlivosti. Asi každý člověk, pokud není mentálně retardovaný natolik, aby mu bylo vše jedno, určitou míru stresu v každodenním životě podstupuje, v závislosti na jeho osobnosti, temperamentu a životních zkušenostech. I z toho vyplývá, že každý jedinec je unikátní a bude na stejné podněty reagovat do jisté míry individuálně. Nicméně přihlédneme-li k evoluční psychologii, je nanejvýš pravděpodobné, že v řadě situací budeme jednat instinktivně a tudíž bez ohledu na individuální vlastnosti osobnosti – v takových případech budou všichni reagovat do značné míry podobně. V našem výzkumu se pokusíme odhalit stresory našich respondentů běžné i zcela unikátní a pokusíme se najít v této oblasti „favority“. V dnešní uspěchané době často nemáme čas se v klidu najít, projít se parkem či lesem či popovídat si s přáteli, máme-li vůbec nějaké. Málokdo má čas na své koníčky, má-li nějaké, leckdo má více než jedno zaměstnání, zpravidla je zaměstnán nějakým pochybným způsobem, aby byl „obejit“ daňový systém a zdravotní společně se sociálním pojištěním. Málokdo má představu, co bude zítra, natož

pak za několik let či v důchodu, dožije-li se jej a dostane v tomto světě vůbec nějaký. Neustálé světové ozbrojené konflikty lidem myslícím „o kousek dál“ na pohodě taktéž nepřidají, a zamyslíme-li se, kam dnešní svět směřuje a jaké jsou globální vyhlídky na budoucnost lidstva jako takového, je pravděpodobné, že mnoho z nás bude inklinovat spíše k pesimismu. V neposlední řadě může být silným stresorem nejen nízká či žádná mzda, ale taktéž ovzduší nespravedlnosti a státní aparát ovládaný korupcí a propojený s organizovaným zločinem ve všech složkách, výkonné, zákonodárné i soudní. Zatímco v režimu minulém byl „nepřítel“ do značné míry rozpoznatelný, v době dnešní může jedince ohrožovat v podstatě kdokoli, a spravedlnost bývá bohužel na prodej. Všechny tyto aspekty vyvolávají napětí či stres, který může vést při dlouhodobějším působení i k zdravotním problémům. Zdá se, že i slabý stres, pokud působí dlouhodobě, může mít zcela devastující vliv. Nabízí se vysvětlení použité ve filmu *Mírumilovný bojovník (Peaceful Warrior)*, kde guru podává žákovi sklenici vody a říká mu, aby ji držel v podřepu, v předpažené ruce. Žákovi to nečiní problém. Pak guru instruuje žáka aby v této pozici vydržel takto co možná nejdéle. Po několika minutách se tento postoj stává nesnesitelným a neudržitelným, což je zajímavá demonstrace dlouhodobějšího působení relativně malé zátěže do značné míry ilustrativní a srozumitelná.

3 Stres – teorie stresu

3.1 Historie pohledu na spojitost zdraví těla a duše

Nahlédneme-li do historie, můžeme sledovat vývoj názorů počínaje Hippokratem, který nastínil dělení temperamentů ve spojitosti s tělesnými šťávami a tento temperament již člověka predestinoval k určitému druhu nemoci. Také *kalokagathia*, antický ideál tělesné krásy a duchovní dokonalosti nám naznačuje určitou vazbu tělesného a duchovního, podobně jako Platónův citát „Chceš-li zhojit tělo, musíš předně hojit duši.“ V období středověku byla starost o duši přenechána teologům a církvi, která hlásala oddělení duše od těla. Nejvýznamnějším středověkým lékařem byl pravděpodobně Avicenna s již zmíněným pokusem s vlkem a beranem. Dále se dostáváme k na začátku zmíněnému Descartovi a jeho dualismu. Již však jeho současník Baruch Spinoza říká, že duše a tělo jsou dvě rozdílné jevové formy téže reality, tedy soustředíme-li se při léčbě jen na tělo, ignorujeme druhou část reality. Nejdůležitější osobností ve změně pohledu na význam psychiky na lidské zdraví však pravděpodobně byl Sigmund Freud. Díky obrovskému věhlasu jeho teorií, ať již přijímaných či odpíraných, a velkému množství jeho následníků a škol z Freudovy teorie vzniknuvších, je vliv tohoto myslitele zcela zásadní. Freud rozšířil náš svět mimo jiné i o pojem „nevědomí“, v němž dodnes můžeme úspěšně nacházet zdroje problémů jak psychických, tak somatických. Díky Freudovi a jeho následníkům se i termín psychosomatika rozšířil a stal se běžným.

„V roce 1939 vychází první číslo časopisu Psychosomatic Medicine (pod stejným názvem vychází dodnes) a přináší programové prohlášení psychosomatiky (in Mohapl, 1990): Psychosomatika:

- se zabývá psychologickým přístupem k medicíně a jejím jednotlivým odvětvím;
- se zajímá o vztahy mezi emočním životem a tělesnými pochody;
- tvrdí, že není „logického rozlišení“ mezi tělem a duší;
- se zaměřuje na zjišťování korelací psychologických a fyziologických procesů;
- představuje jak nový obor, tak součást každé lékařské specializace.“

Jeden z Freudových pokračovatelů a zástupce tzv. kulturní psychoanalýzy Erich Fromm se zabývá výrazným vlivem společnosti na formování jedince v ní žijícího. Naznačuje, že v nemocné společnosti nemůže být zdravých jedinců. U Fromma je velice zajímavá i jeho typologie osobnosti. Základní dělení je na „produktivní“ a „neproduktivní“ osobnost, kde neproduktivní je dělena na další kategorie. Další Frommova klasifikace přidává „biofilní.“ „nekrofilní“ a „narcistickou“ osobnost. Každý typ osobnosti se dle Fromma vztahuje specifickým způsobem k okolnímu světu a společnosti, a tudíž taktéž subjektivní prožívání světa se všemi jeho důsledky, včetně zdravotních je do značné míry specifické. Je asi zřejmé, že skutečně i společnost jako taková má vliv na zdraví jedince či na portfolio tzv. „civilizačních nemocí“. I ve změnách tohoto portfolia chorob v průběhu dějin a napříč světem si můžeme uvědomit, že různé vlivy mohou výrazně měnit skladbu zdravotních problémů, které danou společnost sužují. Faktory mohou být samozřejmě různé, nejen psychické, ale i psycho-hygienické, genetické nebo způsobené životním stylem, stravovacími návyky, případně pohybovou aktivitou či neaktivitou. Dalšími faktory mohou být i používané technologie, chemie v zemědělství, potravinářství, rozvoj dopravy, znečištění ovzduší, vodních zdrojů, změny klimatu etc. Jen velmi těžko se nám podaří tyto faktory izolovat, abychom se jimi mohli zabývat skutečně jen jednotlivě. Nicméně máme určité možnosti zkoumání, například výběr určitých skupin rizikových a méně rizikových (z pohledu psychické zátěže) a porovnání těchto skupin.

V dnešní době se vyskytuje řada tendencí vymanit se z koridoru akademické medicíny a věnovat se člověku celostněji. Nicméně často to není v oblasti ryze psychické, ale v oblasti tzv. „alternativní medicíny“. Bohužel pod tento pojem se dnes „schovává“ všelicos. Najdeme zde naše staré dobré léčivé byliny vedle tradiční čínské medicíny disponující převážně taktéž fytoterapií, ale i akupunkturou a změnou stravy. Taktéž zde najdeme to, co by mohlo být působení na psychiku jedince nejbližší, tj. různé relaxační, meditační či imaginační techniky, metody jako je kineziologie, přímo s psychikou pracující, byť v diagnostice poněkud méně „materialistická“. Bohužel však zde najdeme i mnoho metod a přístupů, které by nemálo z nás označilo za šarlatánské. Použijeme-li eufemismu pak tyto metody můžeme označit jako metody vyžadující vzdání se materialistického paradigmatu a nezdíka hluboce věřit. I u těchto metod bychom se mohli zamyslet, na jakém principu fungují v případě, že jsou úspěšné.

Kromě center celostní medicíny a různých směrů alternativní medicíny však vznikají i centra psychosomatické medicíny. Nakolik jsou či budou akceptována naším zdravotním systémem, nám není známo. Co se týče standardní psychoterapie, situace je u nás celkem nepřehledná, v okolních státech se dle nám dostupných informací taktéž vyskytují rozličné způsoby chápání a financování širokého spektra terapií. Bohužel dlužno dodat, že v této oblasti oddělit „zrno od plev“ a najít skutečně funkční a efektivní přístupy, nemusí být vůbec jednoduché. Nicméně vzhledem k obrovským nákladům na klasickou medicínu a farmakoterapii se pravděpodobně vyplatí zvažovat různé možnosti terapie i z ryze ekonomických důvodů. Smutné však může být, že ne vždy tyto ekonomické důvody vedou ke snižování nákladů a zefektivnění léčby, ale zdá se, že to velmi často může být právě naopak.

3.2 Zdraví

Co je to vlastně zdraví? Jak si jej představujeme? A co děláme pro to, abychom byli zdraví? Co dělají lékaři pro to, abychom byli stále zdraví? Můžeme si klást desítky podobných otázek a možná objevíme zajímavé odpovědi. V dnešní postmoderní společnosti najdeme širokou škálu směrů, „lifestylů“, „návodů na život“. Nežřídka nám však konání lidí určitý směr vyznávajících může silně připomínat jednání ortodoxní sekty. Máme různé směry stravování, počínaje nezřízenou konzumací jídel z fastfoodů, plných tuků, cukrů a aditiv, pokračuje přes různé diety až k vegetariánství či jeho odnožím, veganství a konče brethariánstvím, které hlásá, že člověk nepotřebuje stravu vůbec a je schopen se sytit vesmírnou energií - „pránou“. Dalšími směry jsou různé „duchovní“ či spiritistické nebo esoterické, každý z nich slibuje fyzické i psychické zdraví a šťastný život. Pojďme na chvíli opustit extrémy a podívat se, co si myslí o zdraví současná věda.

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, dále jen WHO) definuje zdraví takto:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“

(Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.)

Tedy: Zdraví je stav celkové fyzické, psychické a sociální pohody a nikoli jen nepřítomnost nemoci nemoci či vady. Podle této definice bychom pravděpodobně v dnešní společnosti velmi těžko našli zdravé jedince. Ale napovídá nám o provázanosti bio-psycho-sociální složky člověka, ke které je dnes ještě často přidávána složka spirituální. Ta je pravděpodobně taktéž velmi důležitá a v oblasti psychosomatických problémů může hrát velmi významnou roli.

Proč se tedy na základě této definice nikdo nesnaží zdraví dosáhnout? Proč se lékaři učí o „odstraňování“ nemocí a vad a nikdo se nezajímá o to, jak být zdravý? Každý si může udělat své závěry. V různých částech světa je tento přístup dle dostupných zpráv velmi rozličný, nicméně u nás se asi málokdo setkal s tím aby mu praktický lékař vysvětlil, jak má žít, aby byl zdravý. Ano zpravidla se setkáme s radami či zákazy lékaře v oblasti kouření, pití alkoholu a nezdravého jídla (přebytek cukrů a tuků, případně množství). Těžko se však lékař pacienta zeptá, jak žije, jak je spokojen s prací, společností, partnerskými vztahy, dětmi, čemu věří, co jej rozčiluje či jaká musel ve svém životě překonat úskalí. Přesto tyto informace a práce s nimi mohou být daleko důležitější než informace, že pacient „rozhání“ chmury cigaretou či hledá klid na dně lahve.

3.3 Definice stresu

Každému organismu jsou vlastní určité reakce. Mohou to být reakce cirkunální (hibernace, migrace apod.), cirkadiální (spánek), obstarávání obživy, rozmnožovací instinkt apod. Dalším typem reakcí jsou reakce na nečekané situace. S tímto souvisí pojem homeostázy, tendence organismu udržovat sama sebe pomocí zpětných vazeb v určitém stabilizovaném stavu. Nejjednodušší příklad může být např. stabilizace tělesné teploty. Toto pojetí homeostázy bylo v poslední době poněkud překročeno a objevil se pojem *alostáza*, což je extrapolace homeostázy, tedy proces udržení rovnováhy a zachování života rozšířený i pro vlivy nacházející se mimo naše tělo, v prostředí. Pro zachování alostázy se odehrává mnoho fyziologických změn. Primárními mediátory jsou hypotalamo-

hypofyzální hormony. Zjednodušeně řečeno, vnější vlivy, jako problémy, frustrace, sociální interakce, vlivy chemické, hluku, prašnosti a celá řada dalších, způsobují fyziologické změny v našem organismu. Bohužel ne vždy je tato regulace úspěšná. Systém v evoluci bohužel dosahuje změn jen velmi pomalu, zatímco my si měníme své prostředí natolik hekticky, že je problém přizpůsobit těmto změnám byť jen naši techniku. Díky archaické reakci našeho těla na vnější podněty bohužel často mohou mechanismy alostázy paradoxně jedince destruovat, přestože byly původně adaptivní. Alostatický systém díky svému širšímu působení často může „obětovat“ homeostázu ve prospěch „vyššího“ zájmu. Z tohoto pohledu můžeme stres definovat i jako určité ohrožení homeostázy organismu.

(Joshi, 2007, str. 5-20)

Stres zpravidla dělíme do několika kategorií dle různých kritérií. Dle intenzity můžeme rozlišovat hypostres a hyperstres, dle expozice (doby působení) na krátkodobý (akutní) a dlouhodobý (chronický) stres, a podle orientace či škodlivosti na eustres – tj. stres „pozitivní“, např. v očekávání nějaké radostné události – a distres – stres negativní, škodlivý. Každá forma má určité psychické, fyziologické a emoční koreláty, zpravidla je také doprovázena specifickými behaviorální projevy. Tělo se svou fyziologií připravuje na poplachovou reakci typu útěk nebo útok, která byla po tisíce let skvěle adaptivní. V dnešní společnosti je však málo pravděpodobné, že skutečně k něčemu podobnému dojde a nahromaděná „energie“ bude „vybita“. Opak bývá pravdou, a pokud se situace opakuje, dochází k tomu, že stresová reakce se stává „chronickou“. Neustále je mobilizována energie ze zálohy, není tvořena rezerva, tělo se rychleji unaví. Co se týče reakcí v našem těle, které byly z historického hlediska výhodné, nemusí to zdaleka stejně platit dnes. Zatímco stresová reakce lovce a sběrače mohla být perfektním adaptačním mechanismem ve chvíli, kdy narazil na predátora a musel bojovat nebo kilometry utíkat, nemusí tomu tak být dnes. Narazí-li člověk na mobbing či bossing na pracovišti, fyziologická reakce může být stejná jako při setkání s medvědem v lese. Bohužel je společensky nepřijatelné na pracovišti použít kyj či sekeru a také útěk co nejdál nemusí být konstruktivním řešením.

„Glutikokortiokody takto pojmenované pro svou schopnost prohloubit přeměnu proteinů a tuků na využitelné uhlovodíky, slouží tělu v krátkodobém horizontu tím, že nahromadí energetické rezervy vzápětí po zvýšené aktivitě, například po útěku před predátorem. Glutikokortiokody také působí na mozek, který vyvolává chuť k jídlu, nutí nás ke zvýšené aktivitě a hledání potravy a tím usměrňuje chování ovlivňující přísun energie. To je velmi výhodné v případě, že musíme uběhnout několik kilometrů, nepřináší to ale žádný užitek, když sedíme u stolu, pracujeme na počítači a sáhneme po sáčku se smaženými brambůrkami. Nečinnost a nedostatečný energetický výdej způsobí, že chronicky zvýšená hladina glutikokortiokodů ruší koncentrace inzulínu a tím umožní zvýšení přísunu glukózy. Vysoké koncentrace inzulínu a glutikokortiokodů podporují ukládání tělesného tuku. Tato kombinace hormonů také podporuje tvorbu povlaku ve věnčitých tepnách.“

(Joshi, 2007, str. 20)

Samozřejmě dopadů na organismus při chronickém stresu najdeme celou řadu a budeme se jim dále podrobněji věnovat v sekci dělení psychosomatických onemocnění. Nejdůležitějším dopadem pravděpodobně bude určité omezení funkce či ochromení imunitního systému. Pokud k němu dojde, jedinec pak má dlouhodobé či chronické problémy s banálními infekty a těžší infekční stavy mohou skončit i letálně. Další dopady mohou být změny krevního tlaku, různé problémy gastrointestinálního systému (vředy, průjmy), problémy se žlučníkem a velmi často kožní problémy jako atopický ekzém, některými autory označovaný jako *neurodermatitida* apod. Ne nadarmo někteří autoři zmiňují kůži jako „projekční plátno lidské psychiky“. U dětí může vést stres až k poruše zvané *stresový nanismus*, způsobující trpasličí vzrůst. U žen může působit změny cyklu, u mužů poruchy potence, erekce, snížení hladiny testosteronu. Na to, jak naše tělo zareaguje

na stresovou situaci, má vliv celá řada determinantů, a reakce je u některých stresorů značně interindividuálně specifická, u jiných může být naopak u většiny lidí podobná. Co se týče faktorů, které se podílí na vyhodnocení stresové situace, je to nejen vegetativní nervový systém, ale o nebezpečnosti rozhoduje hlavně mozek, potažmo limbický systém. Ten po vyhodnocení uvede v chod fyziologické a behaviorální změny. Do určité míry má nezanedbatelný vliv naše zkušenost, ať již vlastní či zprostředkovaná, a můžeme to vidět například v případě různých fobií, které vznikly na základě zkušenostní. V důsledku opakujících se stresových situací také obvykle klesá odolnost vůči stresu či frustrační tolerance, tudíž postačují daleko slabší podněty k vyvolání bouřlivé reakce. Tomuto principu se někdy říká senzitivizace.

Jak glutikokortikoidy, tak katecholaminy a jejich mozkové receptory mají významnou roli při ukládání emočního obsahu vzpomínek do paměti, zesilují paměťovou stopu vzpomínek na nebezpečné situace z důvodu sebezáchovného, tedy pokud nastává podobná situace opakovaně, je, dá se říci, „samo-živící“ a „čarovný kruh“ se může uzavřít. V případě dlouhodobé zátěže může dojít pod vlivem glutikokortikoidů až k atrofii mozkových buněk. Udržování alostázy při dlouhodobém stresu nás tedy může přijít celkem „draho“.

„V důsledku některých nebo všech těchto procesů dojde k objemovému zmenšení hipokampu, které je provázáno poškozením deklarativní, kontextuální a prostorové paměti. Tento stav lze v lidském mozku zjistit neuropsychologickým testováním doprovázeným zobrazovací magnetickou rezonancí u takových onemocnění, jakými jsou depresivní porucha, Cushingův syndrom (onemocnění z nadprodukce hormonů kůry nadledvin), posttraumatická stresová porucha, mírná kognitivní porucha ve stáří a schizofrenie.“

(Joshi, 2007, str. 22)

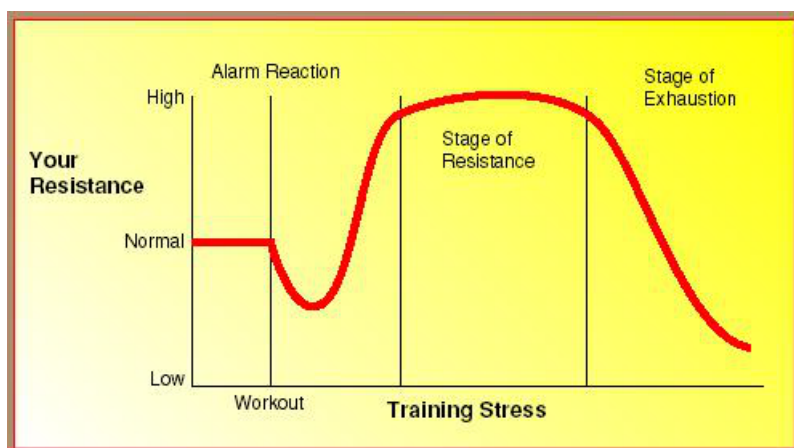
3.4 Teorie Hanse Selye

Hans (János) Hugo Bruno Selye (1907, Vídeň – 1982, Montréal) lékař, biolog, chemik a endokrinolog Rakousko-maďarského původu. Je považován za průkopníka moderního výzkumu stresu. Objevil, že pacienti s různými chorobami mají podobné symptomy, nechutenství, nezájem o okolí apod., z čehož vyvodil, že různé choroby mají společné znaky. Pokusil se tuto problematiku zkoumat na laboratorních zvířatech. Zjistil, že pokud aplikuje pokusným zvířatům určité látky, vystaví je hluku, záření apod. dostaví se víceméně stejná fyziologická reakce organismu. Vyvodil z toho závěr, že zvířata reagují do značné míry na jakýkoli škodlivý podnět z okolí a použil pro tyto podněty pojem „stresory“ a reakci organismu nazval „stres“. Stres definoval jako nespecifickou reakci organismu na působení zátěže. Pohlížel na stres jako měřitelný ve fyziologických reakcích. Zabýval se hlavně výzkumem aktivace osy hypotalamus – hypofýza – kůra nadledvinek, předpokládal že hlavním mediátorem stresové reakce jsou zvýšené hladiny glukokortikoidů. Pracoval na morfologické úrovni s pokusy na zvířatech. Pravděpodobně až díky jeho přispění ve výzkumu stresu, se začali lékaři konvenční medicíny vážněji zabývat myšlenkou, že vlivy vnější zátěže mohou mít dopad na lidské zdraví v řadě oblastí a řada nemocí může být způsobena neadekvátní reakcí organismu či neschopností jeho adaptace na přílišnou zátěž. Vzhledem k nespecifičnosti podnětů, které vyvolávaly podobné symptomy, nazval Selye tuto reakci General Adaptation Syndrome (GAS) – všeobecný adaptační syndrom. Je to tedy adaptační reakce organismu na nespecifickou zátěž. Tato reakce je podle autora dělena na 3 fáze. Při první, tzv. *poplachové*, fázi dochází k reakci připravující organismus na „útok nebo útek“ v souladu s tisíciletou evolucí, kdy bylo této reakce potřeba např. v případě obrany před nepřítelem či predátory. V této době

dochází k aktivaci sympatické části vegetativního nervového systému, tato fáze je převážně pod vlivem katecholaminů. Druhá fáze je adaptační – v této fázi se organismus adaptuje na stresor a snaží se volit co nejschůdnější režim, tato fáze je pod vlivem kortikoidů. Poslední třetí fáze je fáze vyčerpání – k němu dochází při dlouhodobějším působení stresoru, kdy se adaptační možnosti vyčerpaly, není možné získat kontrolu nad chronicky působícím stresem, dochází k opotřebení či systémovému poškození. V této fázi dochází např. k oslabení imunitního systému a následným komplikacím, k hypertenzi, diabetu a celé řadě dalších možných psychosomatických dopadů. Behaviorálním projevem může být ústup, rezignace, emocionální odezva je zpravidla charakterizována smutkem, úzkostí, depresí a apatií

<http://staryweb.fmed.uniba.sk/patfyz/STRESAADAPTACIA/appendixA.pdf> (21.12.2013, 8:20)

Graf všeobecného adaptačního syndromu nám ukazuje, jak se mění v jednotlivých fázích naše odolnost, takto.



http://www.natural-bb.de/phpBB_CMS/index.php?cat=3&topic=1866&post=17207
(20.12.2013 , 19:30)

3.5 Aron Antonovsky - koncept salutogeneze

Aron Antonovsky (1923 -1994) byl Izraelsko-Americký vědec zabývající se stresem, zdravím a tzv. well-being. Proslavil se svým konceptem *salutogeneze*.

Obecně známý je koncept patogeneze, z řec. *pathos* = utrpení, nemoc, ; a řec.-lat. *genesis* = původ – tedy původ nemocí. Toto je dodnes základem školské medicíny a většiny směrů výzkumu v ní. Antonovsky prezentoval koncept opačný, koncept salutogeneze (lat. *salus, salutis* = zdraví), tedy koncepce, jak dosahovat a udržovat zdraví. Koncept salutogeneze se zaměřuje na hledání a zkoumání faktorů, které mohou determinovat naše zdraví, či jej v průběhu života udržovat. V Antonovského koncepci nejsou salutogeneze a patogeneze v opozici, ale navzájem se doplňují.

Antonovského nový pohled na salutogenezi versus patogenezi byl pravděpodobně započat zjištěním, že někteří lidé zůstávají zdraví přestože jsou vystaveni mnoha rizikovým faktorům, zatímco u jiných tomu tak není. Antonovský toto zjistil, když

zkoumal skupinu žen v průběhu menopauzy, které prošly extrémním utrpením v koncentračních táborech. Část těchto žen se těšila velmi dobrému zdraví a kondici, což jej přivedlo k tomu, aby začal zkoumat, jaké faktory mohly tyto diference způsobit.

<http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/3/238.full> (20.12.2013 , 20:30)

Počátek Antonovského kariéry spadá do období, kdy byly hledány vazby mezi nemocemi a jejich příčinami, např. „kouření způsobuje rakovinu“, cholesterol srdeční příhody apod. Postupem času spolu s výzkumem zdraví a stresu se názory poněkud posunuly a negativní vliv stresu na lidské zdraví začal být považován za významný faktor. Antonovsky se však zaměřil na to, jak je možné, že přes někdy až extrémní zátěž, jsou někteří schopni bezproblémově a v plném zdraví přežít. Paradoxem je, že koncept pro zdraví lidí v postmoderní době vznikl z utrpení lidí za holokaustu. Koncept salutogeneze je postaven na dvou základních principech: *General Resistance Resources (GRRs)* a *Sense of Coherence (SOC)*. První faktor, GRR, vyjadřuje schopnost odolávat prostředí; bývá používán anglický výraz *hardiness* (nezdolnost, pevnost, tvrdost, tuhost), vyjadřující stupeň odolnosti, a *resilience* (houževnatost, nezdolnost), který popisuje schopnost odolávat v průběhu času přichozím životním událostem, vyjadřuje percepci stresorů. Můžeme v ní spatřit komponenty jako racionalitu, která nám umožní objektivní hodnocení situace, flexibilitu, schopnost pružně volit či přecházet mezi strategiemi, či prozíravost, což je určitá schopnost předvídat důsledky použití těchto strategií. Sense of Coherence – smysl pro koherenci – je globální orientace člověka ku světu, sebedůvěra a Antonovsky ji dělí na tři části. První je *comprehensibility* – srozumitelnost což je kognitivní komponenta SOC a znamená, že jsme schopni porozumět strukturám externího i našeho interního prostředí, svět je předpověditelný a vysvětlitelný. Druhá součást – *manageability* – zvládnutelnost, složka behaviorální a instrumentální, zajišťuje, že jedinec má prostředky a schopnosti, jak se vypořádat s požadavky. Třetí složka *meaningfulness* – smysluplnost, či existence smyslu, motivační komponenta, nám ukazuje proč člověk na světě je, má-li schopnost smysl v životě objevit. SOC se dle Antonovského nejvíce formuje v prvních třech desetiletích života.

<http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/3/238.full> (20.12.2013 , 20:55)

Životní změny či náročné životní situace tyto „nezdolní“ jedinci zvládají jsouc si vědomi vlastní kompetence v řízení či ovlivňování událostí v rámci jejich života se odehrávajících. Dokáží je chápat jako výzvy ke zdokonalení a nikoli jako úklady okolí.

	Tendency to a	
	higher SoC	lower SoC
1. Comprehensibility		
Is there a bigger <u>order</u> , <u>structure</u> , <u>predictability</u> and <u>explicability</u> , where it fits in?	yes	no
Is there an understandable pattern?	yes	no
Is it all chaotic, disordered, accidental and random?	no	yes
2. Manageability		
Can I handle the situation? Can I deal with it? Do I know I can?	yes	no
Can I cope using my resources?		
Do I have the resources available to meet the demands posed by this challenge/problem?	yes	no
3. Meaningfulness		
Does the challenging life situation (being it internal or external) make sense in my life?	yes	no
Does it make sense to go through all this (e.g. learning something, getting clear, empowering, etc.) ?	yes	no

<http://www.salutogenesis-shamanism.com/2.php> (21.12.2013, 10:40)

3.6 Fyziologické projevy stresu

Pojďme se nyní podívat, jak stres pracuje na rovině fyziologické. Sympatická část nervového systému se spouští v případě stresové situace. V první fázi dochází k vylučování katecholaminů – adrenalinu a noradrenalinu, následně k vylučování glukokortikoidů. Celý proces začíná vyloučením adrenokortikotropního hormonu (kortikotropin, ACTH) produkovaného hypofýzou. Tento hormon je zodpovědný za produkci ostatních hormonů, které můžeme označit souhrnným pojmem *stresové hormony*. Tyto hormony jsou následně šířeny do celého těla a ovlivňují funkci orgánů a buněk. Na úrovni buněk existují receptory pro daný hormon. Pokud jsou buňky přetěžovány stále stejným mediátorem, může dojít ke snížení počtu receptorů, tzv. „downregulaci“, a tím snížení citlivosti pro daný signál. Toto, jak uvidíme dále, může sehrát významnou roli např. při vzniku diabetes melitus II.

Co se týče skupiny tzv. stresových hormonů, patří do ní androgeny, estrogeny, progesteriny, mineralokortikoidy a glukokortikoidy. Nejvýznamnějším účastníkem stresové reakce z našeho pohledu dopadu na zdraví jedince se jeví glukokortikoidy. Mají podobné účinky jako adrenalin, doba jejich působení je však daleko delší. Zatímco u adrenalinu je doba působení v řádech minut, u glukokortikoidů je to v řádech hodin. Stresová reakce probíhá ve třech fázích. V první fázi je hypotalamem vyloučen CRF (corticotrophin releasing factor), ten způsobí v hypofýze druhou fázi – sekreci ACTH (adenokortikotropní hormon), ACTH pak krví doputuje do nadledvinek kde do několika minut nastartuje produkci glukokortikoidů. Kromě jiných je hypofýzou taktéž uvolněn hormon prolaktin, který v průběhu stresové reakce potlačuje reprodukční schopnost, taktéž je uvolněn antidiuretický hormon (ADH), který se účastní stresové reakce kardiovaskulárního systému. Tak jako jsou některé hormony produkovány, stejně je tvorba jiných pozastavena, či utlumena. Jedná se např. o skupinu reprodukčních hormonů, růstových hormonů a inzulín. Produkci stresových hormonů však bohužel spouští i mírné stresové zátěže. U úzkostných (zvýšená reakce sympatiku) či depresivních jedinců (zvýšená produkce glukokortikoidů) dochází k dlouhodobému škodlivému působení těchto hormonů na organismus a obzvláště imunitní systém. Současně při stresové reakci dochází k útlumu parasympatického nervového systému, snižuje se sekrece inzulínu a přerušuje se ukládání energetických zásob. Po uvolnění glukokortikoidů se zastaví přenos tuků do tukových buněk. Naopak dojde ke zpětnému pochodu – uvolnění energie, triglyceridy se rozpadnou a do krve se dostane glycerol a mastné kyseliny. Taktéž dojde v tělních buňkách k přeměně glykogenu na glukózu. Aminokyseliny jsou přesunuty do jater, kde se přemění na zásobu glukózy. Máme tedy dostatek energie pro svaly k útoku nebo útěku. Pokud skutečně k fyzické aktivitě dojde, je naakumulovaná energie spotřebována. Bohužel v dnešní době dochází často k ryze psychickému stresu a energie spotřebována není. Opakovaný či chronický stres pak způsobuje únavu a opotřebení celého systému, jelikož soustavně dochází k jeho předpřípravě na zátěž, mobilizaci zásob a k omezování mechanismů nutných pro normální fungování. (Joshi, 2007, str. 26-36)

3.7 Stres a imunita

Jaké mechanismy mohou působit vazbu stresu na imunitní systém? Ujasněme si nejdříve několik základních informací o funkci imunitního systému v průběhu stresové zátěže. Touto problematikou se zabývá relativně mladý obor psycho-neuro-imunologie,

který zkoumá vztahy mezi psychologickými procesy, neuronálními aktivitami a imunitním systémem člověka tedy následně dopady na lidské zdraví. Rozebírat podrobně fungování imunitního systému by bylo nad rámec této práce. Pokusíme se tedy nastínit jen, k jakým změnám ve funkci dochází a proč tomu tak je.

Na stránkách American Psychology Association je zajímavá studie zabývající se propojením mozku a imunitního systému. Zkoumá, jak se projevuje nespecifická imunitní odpověď, přesněji jak se mozek „dozví“ od imunitního systému, že došlo k napadení patogeny a je potřeba například zvýšit tělesnou teplotu. Většina neuroimunologických studií se zaměřovala na specifickou imunitu; tato zkoumá, jak je možné, že již hodinu po infekci dochází k nespecifické odezvě. Tato odezva je v praxi reprezentována mnoha tělesnými a behaviorálními změnami, např. zvýšenou teplotou, změnou jaterního metabolismu, omezeným příjmem potravy a vody, omezením sexuální aktivity, zvýšením úzkosti apod. Taktéž je aktivována stresová reakce, uvolněn kortizol apod. Bylo zjištěno, že k přenosu informací do mozku slouží molekuly zvané *pro-inflammatory cytokines*. Pokud byly jejich receptory v mozku zablokovány, nespecifická odpověď se po infikování nedostavila, a naopak pokud byly tyto cytokiny do mozku dopraveny, dostavila se i bez infekce. Nicméně se zjistilo, že tyto cytokiny produkované makrofágy jsou příliš velké, aby prošly hemato-encefalickou bariérou. Jak se tedy tato informace do mozku dostává? Objevili, že se z krevního řečiště dostává k bloudivému nervu (nervus vagus) a jím je tato informace přenášena do mozku. Když byl nervus vagus přerušit, mozek se o nákaze „nedozvěděl“. Vagus má takzvaná paraganglia s receptory pro interleukin-1, jeden z cytokinů uvolňovaných makrofágy, na základě tohoto signálu předá informaci do mozku, který si vytvoří vlastní interleukin-1 a zpětně ovládá imunitní systém. Takto tedy funguje dvousměrná komunikace mezi mozkiem a imunitním systémem. Pokud byla pokusná zvířata vystavena stresové zátěži, mozek produkoval v hipokampu interleukin-1. <http://www.apa.org/monitor/dec01/newtake.aspx> (1.3.2014, 10:30)

3.8 Stres u zvířat

Pro poznání funkcí stresu je jistě zajímavé podívat se na to jak stres funguje v říši zvířat, ke které máme chtě nechtě velmi blízko. Studium chování zvířat i různými experimenty se zjistilo mnoho o tom jak tyto jevy fungují. Jak již jsme zmínili pokus Avicenův pokus s vlkem a beranem, i moderní psychologie se ubírala často podobnou cestou. V. Cannon studoval např reakce kočky na ohrožení psem. Tato studie dala podnět k mnoha dalším výzkumům fyziologie stresu. Měnily se stresory, a pokusná zvířata, jako podněty byly často využívány elektrické šoky nebo zvuky, neboť bylo jednoduché v laboratorním prostředí jakkoli tyto podněty vytvářet, řídit a ovládat, a to jak člověkem či technikou, tak pomocí chování i zvířetem samotným. Dalším experimentátorem se stresem a to u psů byl i I.P. Pavlov. Z jeho pokusů se obvykle v literatuře uvádí pokus se psy, kterým byl buď ukázán kruh a následně pes dostal nažrat, nebo mu byla ukázána elipsa a dostal elektrický šok. Pes se velmi brzy naučil diskriminaci těchto tvarů. Pavlov následně měnil velikosti poloos elipsy, tak, že se blížila kruhu. Ve chvíli kdy již pes nebyl schopen rozlišit zda se jedná o kruh, či elipsu došlo k tomu, co Pavlov označil termínem *stržení vyšší nervové činnosti* což v praxi znamenalo neočekávané chování psů agrese počínaje a apatii konče. Dalším typem podnětů byla žárovka, bzučák, metronom tikající 60 nebo 120Hz. Pavlov objevil i difference u jednotlivých psů pokud podněty zaměnil, tj podnět pro žrádlo se stal podnětem pro el. Šok a naopak. Zjistil, že rigidní psi se hroutili, jako by byli sevření naučeným zvykem, který znemožňoval nové explorační učení, zatímco psi kteří

byli „labilnější“ pohyblivější se dokázali na změnu adaptovat. Cannon při zkoumání psů a koček, objevil, že stresová reakce zvířat má dvě formy *útok* nebo *útek*. (v angličtině *fight or flight*) Cannon zjistil, že tato reakce je zcela typická a liší se jen v intenzitě na závislosti podnětu. Tohoto výzkumu se dále ujal Hans Selye o jehož teorii se důkladněji zmiňujeme na jiném místě této práce. Selye prováděl pokusy na krysách. Pokračoval mnohem hlouběji než Cannon, a přinesl pro další zkoumání velmi cenné poznatky. Dalším badatelem byl Liddell. Studoval chování ovcí a koz v bludišti. Zjistil, že zdaleka nejsou tak úspěšné jako hlodavci. Nicméně zvířata nijak nespíchala, klidně si odpočinula a pak pokračovala. Pokud však byla do bludiště vpouštěna zvířata, která předtím vykonávala nějakou náročnější činnost například pokusy s podmiňováním, byla velmi neklidná. Liddell z toho usoudil, že druhé části zvířat byla „vnucena“ pravidla zvenčí, a zvířata se cítila jako podrobená cizímu řádu. Podobně jako Pavlov se Liddell zabýval zkoumáním rozdílných podnětů a to u beranů. Používal dva metronomy 60 a 120Hz nižší frekvenci pro krmení a vyšší pro šok. Když se pak rozhodl snižovat frekvenci metronomu ze 120 Hz směrem k 60, zaznamenal výrazný psychomotorický neklid pokusných zvířat. Nakonec došlo k nervovému zhroucení berana. Přitom elektrický šok byl malý a neměl žádný vliv na fyzické zdraví zvířete. Tyto pokusy můžeme shrnout pod pojem *nepříznivý vliv nejasnosti situace*. Další faktor, který měl vliv na hladinu stresu bylo tzv. *Nad-kapacitní zatěžování*. Liddell používal ovce. Nejdříve je vystavil 10 podnětům denně, a pak postupně přidával. Jakmile překročil určitou hodnotu četnosti, ovce již nebyly schopny zátěž zvládat a tak často se rozhodovat a dostavilo se maladaptivní chování. Ovce krčily nohy i bez signálu, objevily se srdeční arytmie apod. Takto vzniklé symptomy často přetrvávaly až do smrti zvířete tedy například více než 10 let. *Negativní vliv monotonie* byl další zkoumaný faktor. V pokusu byl beranovi pouštěn každou minutu zvonek na 10 s., nic pak ale nenásledovalo. Přesto bylo zvíře čím dále neurotičtější a neklidné. Docházelo ke zrychlování dechu, tepové frekvence, roztržitosti a beran stále více skřípal zuby. Po zvýšení frekvence se po čase beran také nervově zhroutil. Dalším vlivem je *nepříznivý vliv čekání* Liddell pouštěl ovci každých 6 minut mírný elektrošok. Před každým šokem předcházela signál, který tento šok ohlašoval. Doba mezi šokem a předsignálem se měnila. V tomto mezidobí „čekání na ránu“ bylo zvíře velmi neklidné, zrychloval se dech, tep a motorický neklid, délka čekání byla kritickou podmínkou vzniku stresu, čím delší čekání, tím více se stres stupňoval. Dalším objeveným fenoménem byl *vliv osamocení*, což znamená, že zvířata, která byla v pokusných prostorách sama, prožívala výrazně větší úroveň stresu, než zvířata, která měla další zvíře stejného druhu. Nejvíce postiženi samotou se jeví psi, a nejvíce vadilo oddělení matky od potomka, či samce od samice v období říje. Největší rozdíl vykazovala mláďata oddělená od matek. Daleko rychleji například vše vzdávala, zatímco v přítomnosti matek, považovala často jevy za přirozené. Shrňme-li tyto Liddelovy poznatky, pak největšími příčinami stresu u zvířat jsou: zmatek, nadměrná uspěchanost a stimulace, monotonie, opuštění druhými a omezení svobody pohybu. Další pokusy naznačily, že zvířata jsou schopna pracovat klidněji, mají-li situaci pod kontrolou a jsou schopni, ji nějak řídit, ale o tom již více v části o naučené bezmocnosti. Všechny tyto pokusy se dají určitým způsobem extrapolovat i na člověka, nesmíme však zapomenout, že přeci jen mezi člověkem a zvířetem je zásadní rozdíl. Ten někdy hraje roli významnou a někdy jen zanedbatelnou. Viz pokusy Martina Seligmana s naučenou bezmocností. Člověk má celkem vyvinutý kognitivní systém, takže má lepší možnost jak se stresem pracovat. Zatímco u zvířete zpravidla strach o svou potravu, svobodu, či bolest. U člověka je tento prostor komplexnější a možná by se dal označit za obranu vlastního „Já“, tedy chrání své sebepojetí, „sociální pověst“ etc. Taktéž výrazný rozdíl můžeme najít v oblasti motivačních sil.

(Křivohlavý, 1994 str. 15- 25)

3.9 Stresory u člověka

Křivohlavý uvádí další zajímavé dělení stresorů, či vlivů na psychiku. Jedno z dělení stresorů je na *mikrostresory a makrostresory*. Zatímco makrostresory jsou skutečně závažné, například život ohrožující situace, mikrostresor je faktor, který může hravě uniknout naší pozornosti, jako slabý či podprahový, ale postupem času nás může velmi významně ovlivňovat a naše zdraví systematicky narušovat. Symbolikou tohoto, může být i staré české přísloví: „ Tisíckrát nic, umořilo vola“. Pokud člověk nemá naproti těmto mikrostresorům nějakou kladnou protiváhu, jejich vliv se kumuluje a může být například zdrojem deprese, či jakékoliv psychosomatické nemoci. Většinou pacienti uvádějí relativně malé problémy, leč dlouhodobého charakteru, nejedná se tedy většinou o žádné velké katastrofy. Někteří autoři, používají dva termíny: *psychická zátěž* a *stres*, přičemž termín stres je používán až v případě, že se jedná o zátěž nadlimitní. Další dělení může být na stresory *primární* a *sekundární*. Primární stresory působí přímo, jako např. hluk, chlad, horko apod. stresory sekundární jsou vlivy, které kladou nějakou překážku do cesty a vyvolávají např. frustraci. Křivohlavý uvádí jako příklad „nahuštění“ lidí na určitém prostoru a zmiňuje stejný problém i u zvířat, kde zvyšováním plošné hustoty jedinců v prostoru postupně dochází i k agresi nejkliďnějších jedinců. Nejde zdaleka o objektivní faktory, ale o to jak jedinec tyto faktory subjektivně interpretuje. Stresor je tím silnější, čím více narušuje naše vlastní „Já“ tedy jádro naší osobnosti. Druhými důležitými stresory jsou faktory ohrožující naši sebeúctu. (Křivohlavý, 1994 str. 15- 25)

4 Psychosomatické problémy

V této části se budeme snažit vycházet z dostupné literatury a najít pokud možno zdroje, které nebudou zatíženy nevyvážeností a ortodoxií obou táborů – odpůrců i „skalních“ zastánců psychosomatické medicíny. Pokusíme se zmapovat, do jaké šíře a hloubky mohou působit dopady psychické zátěže, a jaký je názor na jejich terapii.

4.1 Dělení dle orgánových systémů (Poněšický 2010)

4.1.1 Kardiovaskulární onemocnění

V dnešní době jsou funkční poruchy srdce rozšířené. Běžně se odhaduje 10-15% v ordinaci praktika a 40-50% v ordinaci kardiologa. Nejčastější diagnózou je tzv. srdeční neuróza, jinak též nazývána neurocirkulační astenie, funkční srdeční porucha, srdeční hypochondrie či fobie, jako úzkostná neuróza, či somatizace. Pacienti subjektivně vnímají např. tyto symptomy: bušení srdce, extrasystolie, bolesti na hrudi, tj. podobné jako u srdečního infarktu, celkové potíže jako únavy, vyčerpání či kolísání krevního tlaku, třes, pocity zimy nebo horka, závratě, bolesti hlavy, nespavost, špatné dýchání či nemožnost hlubokého vdechu někdy způsobující až panické úzkosti z nedostatku vzduchu, psychické potíže jako úzkostnosti, podrážděnosti a poruchy afektivity. Často mají tito pacienti sklony k depresivitě. Tyto problémy se mohou často vyskytovat u pacientů, kteří prošli náročnými životními situacemi, u některých např. po osamostatnění od rodičovské péče, při rozchodu s partnerem apod. Někdy mohou mít i určitý sekundární profit z nemoci, jako nemocniční péči, zájem blízkých apod.

4.1.2 Hyperventilační syndrom

Hyperventilační syndrom se může projevovat záchvaty, při nichž pacient cítí neschopnost se nadýchnout, tlak na prsou, pocity „odumření“ rukou a nohou, pocity závratí a tlaku v hlavě, úzkost z udušení nutící k hyperventilaci, strnulostí obličeje, ztrátou citlivosti rtů. Příčinou těchto záchvatů je zpravidla úzkost, která může být v tomto případě způsobena sexuálními problémy, selháními apod. Často se jedná o pacienty odkládající řešení všech problémů vyžadujících psychickou zátěž. Tuto zátěž pro ně mohou představovat i jakékoli tzv. negativní emoce, úzkost, pocity viny, agrese, možnost bolestného zážitku, tedy situace vyvolávající silné emoční vzrušení spojené s rychlejším i hlubším dýcháním. Pacienti se jen těžko nechají přesvědčit, že tyto problémy nejsou životu nebezpečné. V obou případech, tj. jak u hyperventilačního syndromu, tak u srdeční neurózy, je efektivní psychoterapie a jako prevence je vhodný např. autogenní trénink.

4.1.3 Srdeční angína a infarkt myokardu

Častou příčinou bývá pracovní zátěž, v dnešní době např. dvě a více zaměstnání způsobující narušení denních a týdenních rytmů a řadu dalších vlivů přinášejících v souhrnu napětí a stres. V souvislosti s těmito onemocněními je v literatuře často uváděna typologie pacientů, která je rozděluje na typy A, B. Rizikovější z hlediska ohrožení infarktem je typ A. Typ A jsou osoby vyznačující se hektickým stylem života, netrpělivostí, silnou vzrušivostí až agresivitou a touhou po uznání a úspěchu. Mluví explozivně a mají zrychlenou psychomotoriku zvláště v interpersonálních situacích. Typ B je také náchylný k srdečnímu infarktu, je charakterizován klidným chováním, ale také velkou pracovitostí. Problém je v tom, že nevnímá signály pracovního přetížení. Problémy

jsou často v nárocích časových, mnoho termínů, práce přesčas, a tendence být lepší než druzí. Jedinci typu A bývají energičtí s orientací na cíle, odpovědní, svědomití, angažovaní a soutěživí. Narozdíl od typu B onemocní tito pacienti dříve a často i velmi mladí. Např. u žen byla nalezena tendence typu A více k srdečnímu infarktu a typu B více k srdeční angíně. Výzkumy bylo zjištěno, že největší „patogenní“ roli hraje agresivní, nepřátelský postoj a neúměrná rivalita. Jako terapeutické metody se osvědčily behaviorální či kognitivní, pro tento druh pacientů akceptovatelné díky logičnosti a vědeckosti. Vhodná se ukázala i skupinová psychoterapie s podobně postiženými jedinci. Dá se u těchto jedinců vysledovat, že jejich pracovní nasazení může být kompenzace absence jiných hlubších hodnot, jako je např. láska. Často jsou tito pacienti velmi zaskočení, neboť život považovali za místo pro soutěž a nekonečný úspěch. Dalším specifikem je, že zcela popírají či vytěsňují všechny varovné signály, jisti si svou „nesmrtelností“, což může vést i k nedisciplinovanosti při léčbě první příhody nebo v následné rekonvalescenci, čímž si tito pacienti mohou přivodit i smrt. Pokud jsou schopni pochopit nový stav, často mají zásadní problém s tím, že se jim svět hroutí, protože se musí vzdát „drogy“ dosavadního způsobu života, což v důsledku může způsobit depresivní stavy, úzkosti ale i bezmocný vztek. Taktéž se jim mnohdy zhroutí i extrapotenční tělesná výkonnostní představa. Jest v pacientově zájmu změnit životní styl, přehodnotit cíle, najít smysl. Někomu se to podaří a může prožít v mnoha ohledech kvalitnější život, bohužel zdaleka ne všichni jsou toho schopni. Pro někoho může být změna hodnot a životního stylu natolik nemožná, že ani „smrt na jazyku“ není pro tuto změnu dostatečnou motivací.

4.1.4 Hypertenzivní choroba

Rozlišujeme tři stádia této choroby. První stádium - kolísavý zvýšený krevní tlak bez dalších chorobných následků. Druhé stádium – již trpí srdce, neboť musí proti zvýšenému krevnímu tlaku pracovat a hypertrofuje a můžeme již nalézt na cévách aterosklerotické změny. Třetí stadium – srdce trpí ještě více, dochází k vývoji srdeční angíny a infarktu myokardu, resp. k srdeční insuficienci. V mozku se setkáme s apoplexií, krevním výronem na očním pozadí, jako další orgán trpí ledviny. Psychosomatika se zabývá především prvním a druhým stádiem, a také tzv. esenciální hypertonií, tj. takovou, u které neznáme žádnou fyziologickou příčinu. Subjektivní problémy pacientů mohou být hučení v uších, tinitus, poruchy spánku, mžítka před očima, migrény, zapomnětlivost, kognitivní poruchy apod. K hypertenzi často tendují pacienti mající sklony k perfekcionismu jak vnějšímu, tak v oblasti vlastní seberegulace. U těchto jedinců mohou vznikat tenze mezi složkami osobnosti, které by asi nejlépe vystihoval Freudův strukturální model Id, Ego a Super-ego. Velký vliv v tomto případě mohou mít traumata v raném dětství, autoritářská až autokratická, ale také hyperprotektivní výchova. Později to může být např. šikana, mobbing či bossing, problémy s autoritou. V experimentu byl puštěn pacientům film z prostředí ordinace ve dvou modifikacích. V jedné byl lékař přátelský a milý, v druhé působil autoritativně, zlobil se na pacienta a neměl na něj čas. Hypertoničtí pacienti na rozdíl od „normálních“ viděli v obou případech jen autoritu a v jednání nenacházeli rozdíl. To naznačuje, že jejich prožívání bylo v obou případech stejné, jako u normálních pacientů jen v situaci vyvolávající strach a stres. Při léčbě na psychosomatických klinikách, u mnoha pacientů tlak klesá již jen díky změně prostředí a přístupu. Pro trvalou nápravu je však vhodná psychoterapie, neboť pacient má zpravidla tendenci k recidivě, jakmile se navrátí do svého předchozího prostředí. V literatuře se taktéž objevuje syndrom bílého pláště, což je stav, kdy u pacienta vyvolá hypertenzi přítomnost lékaře a ordinace, pokud byl však naučen měřit si tlak sám doma, hodnoty jsou v normě. Bohužel i tito pacienti jsou velmi často farmakoterapeuticky léčeni. V terapii můžeme částečně vycházet z výše popsaného experimentu a naučit se pacienta rozlišovat, co je skutečné autoritativní chování

a co nikoli. Výhodou je možnost použít moderní technologie a jako zpětnou vazbu na podněty, např. přehrávané sociální situace, máme okamžitě změřenou aktuální hodnotu krevního tlaku elektronickým tonometrem. Samozřejmě je nutno vnímat celostně život pacienta a je potřeba vždy sestavit co možná nejkompexnější anamnézu všech možných determinantů pacientova stavu.

4.1.5 Hypotenze

Nízký krevní tlak může být způsoben řadou organických vlivů. Psychosomatika se však spíše zabývá psychogenními poruchami. Můžou být spojeny s poruchami parasympatického nervového systému – vazovagálními synkopami, jež se vyskytují zvláště u jedinců v akutní úzkostné situaci, ze které nemají možnost úniku, nebo u jedinců s akutním stresem, spouštějícím reakci útok/útek či podřízeností podobnou reakci strnutí. Symptomaticky se projevuje svalovou slabostí, bledostí a nevolností. Tito pacienti mohou představovat jakousi paralýzu obrany či emoční odpovědi na situaci bezmoci. Nacházíme zde rozdíly mezi muži a ženami. Závratě či mdloby, které jsou somatizací potlačeného přání všeho se zbavit, setřást ze sebe, přesunout zátěž na někoho jiného častěji najdeme u žen než u mužů. Zábřana naprostého uvolnění a oddání je u žen spojena s úzkostí, obavou ze zneužití tohoto stavu, u mužů jedná častěji o stud přiznat, že i on potřebuje mateřské obejmání či se vyplakat. Může to být i tělesný signál bezmoci v reakci na životní neúspěch. Dalším projevem častějším u mužů je tinitus (pískání či hučení v uších), až porucha sluchu či hluchota, způsobené zpravidla poruchou krevního oběhu, může dojít i k poruše vestibulárního orgánu a následným ztrátám rovnováhy. Tyto problémy mohou být způsobeny somatizací pracovního přetížení či stresové zátěže, jakousi stávkou organismu. Terapeuticky důležité je najít vyvolávající situaci, která bývá dosti zřetelná. Trvale pomáhá jen změna celkového životního postoje, sebepojetí a hodnotového systému. To vyžaduje dlouhodobou psychosomatickou terapii nebo aktivní přístup pacienta. Pokud je motivace a touha po rekonstrukci pacientem zvnitřněna, může si pomoci do značné míry i sám. Naopak pokud klade „aktivní odpor“, může být terapeutické úsilí bezcenné.

4.1.6 Poruchy dýchacího ústrojí

Hyperventilační syndrom byl popsán výše. Dalšími problémy mohou být funkční hlasové poruchy – dysfonie a afonie. Tyto hlasové poruchy najdeme celkem často u lidí trpících depresi, úzkostnými stavy či zábranami v odreagování agresivity či expanzivity. Symptomy jsou např. monotónní hlas, jen částečně otevřená ústa, hovoří tiše, čímž si vynucují větší pozornost. Koktání může být ještě výraznější reprezentací vnitřního konfliktu, např. sexuálního, agresivního či následků psychického traumatu, které není možné sdělit, např. zneužívání u dětí. U funkční afonie je ztráta klasu krátkodobá či opakovaná, hlas bývá nahrazen šepotem. U neuróz, zvláště hysterických, nacházíme i naprostou ztrátu hlasu. V hlasu se nám mohou prezentovat mnohé problémy, tj. i terapie může být různá, od behaviorální až po hlubinnou. Následovat pak může skupinová psychoterapie, k navození spontánní přirozené expresivity a komunikace.

Co se týče dýchacího ústrojí, nejčastěji se můžeme v oblasti psychosomatiky setkat s astmatem a různými alergii. Doplňit pokud se neobjeví jinde !!!!

4.1.7 Poruchy pohybového ústrojí

Artritida

Chronická polyarthritis se projevuje zánětlivým zduřením kloubů, často na prstech ruky. Bolest při tlaku i při pohybu, střídající se zlepšení a zhoršení. Příčina nemoci není dostatečně známa, předpokládá se autoimunitní původ, léčí se symptomaticky anti-revmatiky. U řady pacientů můžeme najít určitou psychogenezi, ale u mnoha pacientů se naopak žádné specifické psychogenní faktory nalézt nepodaří. K faktorům psychologickým můžeme přiřadit konflikt mezi vlastní agresivní tendencí versus sklonem druhé před svou vlastní agresí chránit, jedná se tedy o dvojí potlačení, sebepotrestání za sklony k agresivitě. Další skupina pacientů má tendence k perfekcionismu a racionální sebekontrolé a kontrole interpersonálních vztahů. Klouby mohou zrcadlit nedostatečnou psychickou pohyblivost tj. flexibilitu chování a prosazování se, tzv. coping – strategie. Ty by měly být ve středu zájmu psychoterapeutické péče. Dochází k výraznému snížení dosavadní životní kvality, je třeba řešit novou životní orientací.

Bolesti zad

Bolesti zad jsou jednou z nejrozšířenějších příčin návštěv lékařů. Vynakládají se velké částky ze zdravotního pojištění, a léčba často končí u „pain-killerů“, jejichž vedlejší účinky připravují pacienta pro další specialisty. Problém bolesti zad či etiopatogeneze je multifaktoriální, ale asi možno říci, že proti tomu může každý udělat mnoho preventivně. Poslední dobou se dokonce objevují názory některých zdravotních pojišťoven, že by se měly výrazně omezit úhrady na léčbu těchto pacientů, neboť si své problémy způsobili víceméně sami. S tímto názorem bychom jistě mohli polemizovat, ale částečně je v něm jistě pravda obsažena. Dá se tedy očekávat, že většinu problémů se zády má na svědomí náš životní styl. Nejvíce asi působí sedavý styl, sedíme stále, málokdo se věnuje pohybovým aktivitám. Díky špatnému držení těla následně dochází k různým deformacím páteře, lordózám, kifozám (předozadní deformace) či skolióze (stranová deformace) a jejich kombinacím. Deformace páteře zpravidla souvisí i s narušením funkce svalového systému. Zde dochází k tomu, že svalové skupiny fázické přebírají funkci svalových skulin tonických a naopak. Výsledkem je pak snadná unavitelnost a také velké bolesti. Člověk má dva svalové systémy, jeden, tzv. *motor-hold* systém, slouží jako systém tonický, udržující naši posturu ve správném nastavení. Pokud dojde k jeho narušení např. dlouhodobým vysedáváním u počítače či nulovou pohybovou aktivitou, může jeho funkce stabilizace postoje převzít systém fázický, tzv. *motor-move* systém. Ten je však vybaven jinými svalovými vlákny, která nejsou určena pro trvalou tonickou zátěž, brzy se unaví a způsobují bolestivost. Pokud je zátěž dlouhodobá, stává se bolest chronickou a často nesnesitelnou. A jak to souvisí s psychikou? Stres vyvolává celou řadu reakcí v organismu a jednou z nich je například zvýšený svalový tonus. Taktéž často na základě psychické zátěže dochází ke změně postoje či polohy sedícího. Často díky určitému napětí či emocím dochází k trvalému zatížení některých motorických skupin v oblasti zad, šíje a krku, které by bez psychické zátěže nebyly napjaty. Tradičně to zjistíme při práci na PC, čím je práce důležitější a termín odevzdání bližší, tím je bolest v zádech větší. Jakmile však od práce odskočíme k nějaké zábavnější činnosti při stejné poloze těla na stejném PC, bolest mizí, neboť pominul stres, a tím též nepatřičný svalový tonus.

Pravděpodobně nejčastěji je bolest reprezentací pudového či afektivního napětí, které se stupňuje, neboť nemůžeme napětí dát průchod díky zábránám. Napětí může být z úzkosti, zadržené agrese, strachu z konfliktu a jeho důsledku. Dá se říci že to může být strach chovat se hrdě, nezávisle a sebevědomě a neohýbat se. Léčba analgetiky a anxiolytiky

odstraní symptom ale i vnitřní informaci, že je potřeba se sebou zabývat. Psychoterapie se snaží o kauzální, odkrývající terapii, a následně naučit pacienta vyjádřit jeho postoje, spontánněji a přirozeněji reagovat. Napětí může vznikat též při frustraci bazálních potřeb. Bolesti zad, parestesie apod., mohou reprezentovat nevědomou úzkost ze ztráty koherence vlastního já, strach ze ztráty sebekontroly, sebeovládání či ze selhání, zhroucení. Je dobré jedince podporovat a požadovat vlastní aktivitu pacienta a kompetenci, akceptovat jej jako rovnocenného. U narcistického psychosomatického modelu nedošlo k uvědomění si separace vydanosti a tím respektování zralé závislosti na vztazích k druhým. S těmi je narcistickým jedincem zacházeno jako s prodloužením vlastní osoby. Proto osamostatňování narcistických osob může být bolestné, jakoby došlo k odtržení tělesné části sama sebe. Psychosomatické důsledky má i úsilí překonat pocity méněcennosti. Pacienti se snaží být za každou cenu v kondici, silní a úspěšní, někdy již od dětství. Každý náznak slabosti je spojen s úzkostí či se studem, a následuje „křečovitá“ obrana ve formě svalové tenze. Další možností může být sekundární zisk z nemoci, tj. pokud nám somatizovaná bolest umožní něco získat (např. zvýšenou péči) nebo se něčemu vyhnout (např. práci, kterou nenávidíme). (Poněšický, 2010, str.27-28)

Fibromyalgie

Fibromyalgie je chronická bolest svalů, zvláště svalových úponů, se zvýšenou bolestivostí určitých svalových bodů na tlak, celkově zvýšenou citlivostí pro bolest a sníženou pohyblivostí. Symptomy mohou zahrnovat i rychlejší unavitelnost, poruchy spánku a afektivity. Výskyt je stále častější a může zajít až k pracovní neschopnosti. Že tyto potíže zpravidla během volného času téměř zmizí, nám může naznačit psychogenní determinaci. Často jsou to pacienti s extrémní citlivostí na psychickou zátěž obzvláště napětí. Výrazná je rezistence na jakoukoliv léčbu. Poměrně často jde perfekcionista osoby s tendencí ovládat sebe i okolí. Terapie je obtížná díky fixaci těchto pacientů na somatické příčiny. Terapii je tedy vhodné kombinovat. Např. psychoterapii, fyziatrii a farmakoterapii. (Poněšický, 2010, str.52)

4.1.8 Problémy kožní

O kůži se často říká, že je projekčním plátnem lidské psychiky. Naše kůže tvoří rozhraní navenek, její funkcí je reagovat na různé ohrožující vlivy a chránit před proniknutím k vnitřku organismu. Reaguje i na impulsy zevnitř, je také místem kontaktu s druhými poskytuje libé či nelibé pocity od našeho narození, či informaci o nedostatku podnětů. Kůže je vidět zvenku, tudíž si snadno lze povšimnout jakékoli manifestace problému na kůži.

Atopický ekzém

Atopický ekzém označovaný často jako *neurodermitis* má častý výskyt již od raného dětství. Symptomy jsou svědivá vyrážka a šupinatost kůže a často se vyskytuje komorbidně s astmatickým onemocněním nebo s alergickou rýmou. V etiopatogenezi najdeme determinanty dědičnosti, imunologické, alergické i psychosomatické dispozice. Psychosomatické dispozice můžou vznikat různě – například nevhodnou péčí matky o kůži dítěte. Díky intenzivní péči matky o kůži dítěte se střídá ve vztahu blízkost a zase distancování, což může způsobit psychickou citlivost vedoucí k šporuchám interpersonálního kontaktu či v extrému k vytvoření schizoidní osobnosti. Nápadné bývá chování dítěte a matky v ordinaci lékaře. Matka přebírá veškerou aktivitu, lékaře manipuluje, pokud je přítomen i otec, je odstaven do ústraní. Děti jsou na úzkostnost svých maminek citlivé a vnímavé, může dojít i k převrácení rolí. Často je léčeno alergologem

jako hyperimunitní reakce symptomaticky. Vhodná by byla i psychosomatická či psychoterapeutická terapie. (Poněšický 2010, str. 58)

Periorální dermatitida

Periorální dermatitida je vyrážka v okolí úst. U žen může být podpořena užíváním kosmetiky, dnes možná i u některých mužů. Z hlediska psychosomatického se může jednat o obsedantní – perfekcionistické pacienty pochybující o kvalitě vzhledu své kůže. Mohou to být děti vychovávané s velkým důrazem na čistotu. (Poněšický 2010, str. 58)

Alergické dermatitidy

Vyjadřují somatizací nějakou nesnesitelnost vlivu zevně či zevnitř nebo neřešitelnost něčeho, bezmoc. V oblasti genitálií to tedy může být nějaký psychický problém související se sexualitou. (Poněšický 2010, str. 58)

4.1.9 Problémy gastrointestinální

Tyto potíže jsou časté a často doprovázejí různé neurotické poruchy. Ústa a přijímání je naším prvním kontaktem se světem, s prsem matky. To může být spojováno s pocitem libida i frustrace, jídlo může nahrazovat chybějící lásku, uznání apod. Problémy se tedy mohou projevovat v poruchách příjmu potravy (anorexie, bulimie, ortorexie), obezitě apod. Na druhé straně známe problémy s vyměšováním, enurézy, enkoprézy či naopak zadržování stolice, ale i zácpy či průjmy, a to jak akutní, tak chronické. Souvislost se stresem či neurózami můžeme nalézt jak u jedince samého, tak v případě problémů a stresu u matky, a to jak v období prenatálním, tak samozřejmě i v průběhu výchovy dítěte.

Žaludeční a dvanáctníkové vředy

Dá se říci, že se jedná o typickou stresovou nemoc, nebo také reakci na vykořeněnost, např. u emigrantů nebo nezaměstnaných. Etiopatogeneticky se jedná o hypersekreci žaludeční šťávy v kombinaci s bakterií *helicobacter pylori*. Emocionálními stavy a aktivací sympatiku dochází k prokrvení sliznic žaludku i dvanáctníku a zvýšené tvorbě žaludeční šťávy. Roli sehrávají jak fyziologické dispozice, tak i psychogenní faktory. Léčba by měla být kombinovaná, tedy internistická i psychoterapeutická. Pacienti bývají nositeli určité typické osobnosti (pasivně-receptivní typ osobnosti), typické reakce na psychickou zátěž (např. odloučení a ztráty, a to jak osob blízkých, tak příslušnosti k určité skupině). Ve výchově to může být kombinace autoritářské výchovy k poslušnosti a zároveň hyperprotektivity. Takovýto jedinec se nenaučil řešit krizové situace a prožívá v nich bezmoc. Dochází ke zvýšené činnosti dvanáctníku, zvýšené sekreci žaludeční šťávy. Souviset to může i s tím, že pacienti díky psychické tenzi málo rozmělnují stravu, čímž vzniká větší zátěž pro trávení. V etiopatogenezi bylo zjištěno, že jak sekrece žaludeční šťávy, tak i spasmus pyloru (kruhového svalu mezi žaludkem a dvanáctníkem, který má vliv na regulaci kyselosti) jsou vyvolávány potlačenými emocemi, jako např. úzkost, agrese a závist. Důležitý je tedy i přístup lékaře k pacientovi. (Poněšický 2010, str. 40)

4.1.10 Problematika v gynekologii, urologii a sexuologii

Jelikož náš sexuální život je s psychikou velmi úzce svázán, u v této oblasti najdeme řadu problémů. Velice často to budou problémy funkční, jako např. u mužů problémy s

erekcí nebo předčasnou ejakulací, u žen to mohou být problémy jako frigidita či anorgasmie. Dále to mohou být problémy s fyziologickými korelátami jako premenstruační syndrom, psychogenní krvácení, bolesti v oblasti podbřišku či klimakterické obtíže.

Bolestivá menstruace a premenstruační syndrom

Bolesti při menstruaci se mohou objevit na jejím počátku, v pubertě. Mohou být způsobeny například odmítáním přijetí ženské role a někdy samy vymizí. Pokud se bolesti objeví již v období před menstruací, jedná se o tzv. premenstruační syndrom. Projevy mohou být různě silné s různou lokalizací, např. bolesti hlavy, bolesti v prsou, podbřišku, stehnech. Zvyšuje se podrážděnost a emoční labilita. Takto se může manifestovat mnoho psychických problémů, nejčastěji však to, co souvisí s ženskou rolí v životě i společnosti. Ale i problémy partnerské, sexuální či problémy s fertilitou. (Poněšický 2010, str. 55)

Psychogenní krvácení

Psychogenní krvácení je zpravidla vyvoláno náhlou psychickou zátěží, náročnou životní situací apod. Pokud se objevuje pravidelně, může souviset se sexuálním životem, např. podlehnutím přání partnera přes vlastní nechuť.

Bolesti v podbřišku

Bolesti v podbřišku se objevují jako akutní či chronické, někdy i s chronickými záněty např. vaječníků. Mohou být způsobeny problémy s fertilitou, potížemi v sexuálním a partnerském životě, rozchody, rozvody, dilematy mezi dvěma partnery, ale může rovněž jít jen o dopad depresivních stavů a tím snížené imunity. (Poněšický 2010, str. 56)

Klimakterické obtíže

Klimakterické obtíže souvisejí s obavami ze vstupu do poslední fáze života. Může se dostavit pocit nepotřebnosti, děti opouští domov, rodiče umírají, partner se věnuje kariéře. Netýká se však jen žen, ale i mužů. Dostavují se četnější zdravotní problémy všeho druhu, může docházet ke ztrátě sexuální apetence, poruchám orgasmu, impotenci. Také setkání se zrcadlem již nebývá tak vítané jako dříve, takže i neschopnost přijmout vnější znaky involuce může být psychickou zátěží. (Poněšický 2010, str. 57)

Urologické potíže

K urologickým potížím řadíme některé prostatické problémy, např. tzv. prostatický syndrom. Nejčastější poruchou u žen je dráždivý močový měchýř s častým nutkáním k močení. U těchto žen se může v etiopatogenezi objevit depresivita, úzkost, pasivita. Také u recidivujícího zánětu močových cest je pravděpodobná jak orgánová dispozice a bakteriální nákaza, tak i např. pomočování či pozdržování močení v dětství nebo psychický konflikt mezi touhou po blízkosti a úzkostí se oddat. (Poněšický 2010, str. 58)

4.1.11 Neurologická a psychiatrická psychosomatika

Psychogenní disociační poruchy mohou napodobovat řadu různých nemocí či poruch. Často se jedná o psychogenní poruchy hybnosti, například lokomoce či rovnováhy. Často můžeme vidět problém v postuře a v extrémních případech se psychický problém může manifestovat např. jako obrna horních či dolních končetin. Časté také mohou být poruchy vytvářející či zesilující bolest. Tyto příznaky mohou být nápadné a někdy až teatrální, například u poruch chůze nebo u tendence padnutí je tato porucha náhlá, průběh

se může zdát jako zpomalený, takže se pacient zpravidla nezraní. Rozdíl je i v poloze, kterou se pacient snaží zaujmout. U tělesně podmíněných obtíží se pacient snaží zaujmout polohu co neekonomičtější, šetřící postiženou část těla, zatímco psychogenní poruchy se manifestují držením těla vyžadujícím zvýšený lokální tonus, a neekonomickou polohu. V případě psychogenní parézy nebo obrny najdeme taktéž normální tonus, zachované reflexy, nenajdeme však atrofii, či poruchy kůže. Kompulzivní příznaky tedy pohybová stereotypie je projev, který funguje proti vědomé vůli pacienta, a jehož projev může být rozpoznatelný. Blefarospasmus, křečovitě stisknutí očí, pod psychickým tlakem může naznačovat tendenci něco či někoho nevidět, pískařská křeč vyjadřuje odpor k psaní, mdloby, závratě (viz výše) vyjadřující tendenci něčemu nepříjemnému se vyhnout, případně reakci na zhroucený svět apod. V poslední době se hodně hovoří o psychologickém vlivu v etiopatogenezi roztroušené sklerózy mozku.

(Poněšický 2010, str. 50)

Další oblast, kde dochází k výraznému spolupůsobení biologických a psychických faktorů jako determinantů onemocnění či poruchy, je psychiatrie. Bohužel mezi psychiatry a např. psychoterapií dochází často spíše ke soupeření než spolupráci, a nikoli ke konsensu, ale často jen ke kompromisu. A někdy ani k němu nedojde, což je pravděpodobně velká škoda. U některých psychóz může být psychika jedním z determinantů. Byť jde třeba o genetickou predispozici, psychické vlivy fungují jako preformující nebo spouštějící faktory. To se může týkat např. schizofrenie či deprese. Psychogenní vlivy v oblasti psychiatrické mohou být nesčetné, jak je uvedeno v kapitolách zabývajících se taxonomizací vlivů: vlivy traumat perinatálních i perinatálních, traumat v raném i pozdním dětství, stylu výchovy, vazby s matkou, problémy s osamostatněním, vlivy prožitých náročných životních situací, ale i nesnesitelné reality života. Může dojít ke ztrátě kontaktu s reálným světem, a přesměrování do vnitřního světa pacienta. Současně dochází ke ztrátě komunikace, což je bolestné, ale i odlehčující. Psychofarmaka působí úlevně, neboť jak na mozkové, tak psychologické rovině snižují propustnost a vnímavost k vlivům okolí.

Zatímco u schizofrenie najdeme zpravidla vážné poruchy kognice a interpersonálních vazeb se sklonem stáhnout se do ústraní, u deprese to může být naopak tendence k silné závislosti. Může dojít ke ztrátě sebevědomí a sebeúcty. Člověk se začne obviňovat a může se až zhroutit. Často mají tito pacienti dojem, že ostatní mají něco, co jim samotným chybí, není poskytnuto. Výsledkem může být závist, zklamání a zloba, jež musí být potlačeny. Z tohoto pohledu můžeme depresi chápat jako zoufalou snahu přimět okolí ke kontaktu nebo dokonce k vděčnosti, což může být kontraproduktivní a vést k opaku. Můžeme tedy předpokládat důležitou roli psychogenních faktorů u deprese i schizofrenie, v řadě případů může být úspěšná i psychoterapie sama, většinou je důležitá komplexní, tedy kombinovaná farmakoterapeutická i psychoterapeutická léčba. Dalo by se hovořit o těchto vlivech jako o psychosomatóze mozku, což vyjadřuje, že psychické faktory mohou způsobit biochemické změny v mozku či neuronální poruchy. Stejně jako je tomu v případě jiných tělesných orgánů. (Poněšický, 2010, str. 59-60)

4.1.12 Nádorová onemocnění

V této oblasti se již vystřídal mnoho teorií, mnoho pokusů a prošlo mnoho slepých uliček. Lékařská věda si stojí za svým, a léčí zpravidla chemoterapií a ozařováním. Existují však dnes i stovky pokusů o „alternativní“ léčbu. Velmi těžko lze odhadnout, jaké procento jsou šarlatáni a jaké může být skutečně alternativou. Často však nabízejí poněkud podivné techniky i někteří lékaři, např. injekční podávání vysokých dávek vitamínu C. Další metody jsou různé formy „hladovky“ či stravy založené jen na zeleninových šťávách – například klinika manželů Simontonových v USA. <http://simontoncenter.com/> (5.1.2014,

10:20)

Pokud budeme hledat v prostředí internetu, jak léčit nádorová onemocnění, leckdy se nestačíme divit, jak je to „jednoduché“. Bohužel lidský hyenismus je v této oblasti neuvěřitelně kreativní. Nicméně můžeme najít i mnoho informací o „zázračných“ uzdraveních onkologických pacientů, např. v knihách manželů Simontonových či Sigmunda Siegela (viz literatura). Pokud se zamyslíme nad tím, co je těmto uzdravením společné, musíme souhlasit s výše uvedenými autory, že lidská psychika může sehrát obrovskou roli. Dá se asi předpokládat, že „nastavení“ psychiky pravděpodobně může mít vliv jak na vznik, tak na případnou léčbu tumoru. Bohužel co se týče studií v této oblasti, musíme s politováním uvést, že většina studií byla provedena pro farmakologii, a výše zmínění autoři upozorňují na záměrně pokřivenou metodologii těchto studií tak, aby pro farmakologii vycházely výrazně pozitivněji. Kde je v tomto případě pravda, je pro nezasvěceného pravděpodobně nepoznatelné, ale často bývá „pravda“ či alespoň její aproximace „někde uprostřed“. Pojďme se tedy zamyslet, jak se na nádorová onemocnění můžeme dívat optikou psychosomatiky.

Obecně přijímán je dnes snad fakt, že zhoubná nádorová onemocnění mají mnohočetné příčiny. Etiopatogeneze je tedy multifaktoriální a je třeba se dívat po faktorech predisponujících, tedy zděděných a vrozených, preformujících, tedy psychologických a psychosociálních faktorech, a spouštěcích, což může být např. biologická změna, ale i vlivy okolí, nemoc, náročná životní situace a mnoho dalších. V současnosti již nemluvíme o karcinomatózní zbudělé buňce, ale o buňkách, které se následkem různých vlivů chovají nádorově. Z pohledu psychosomatiky zkoumáme osobnost a vlastnosti postiženého, události, které nemoci předcházejí, a nakonec i možnost spojitosti mezi psychikou a vznikem nemoci. Jak ukazují moderní prospektivní studie, sledujeme-li vývoj psychosomatických nemocí v ontogenezi jedince a jejich korelaci s osobnostní strukturou, nacházíme zajímavé odchylky v oblastech jako blízký vztah k rodičům, vnitřní agresivita, úzkostnost a depresivita. Často jsou to lidé s vnitřní disciplínou, kteří potlačují a vytěsňují afekty a impulsy, takže nádor může být „ventilem“ vzniklého napětí. Je možno se i domnívat, že se jedná o zabránění agresí navenek, která se obrátí v autoagresi směrem dovnitř, vedoucí k sebedestrukci. V oblasti emoční můžou být reprezentací např. u agresivity „zděděné“ v šachu „silou“ držené, výčitky svědomí a trestání se za agresivní pohnutky. Z empirického výzkumu se taktéž nabízí hypotéza, že nádorové onemocnění vznikne za nějakou dobu po těžké ztrátě, osamění a pocitu naprostého zoufalství. Samozřejmě ve chvíli již vzniklého onemocnění se nám uzavírá kruh a psychosomatické vlivy se propojí se somatopsychickými a „perpetum mobile“ již běží bez vnější energie samo. Nejčastěji se prokazuje hypotéza, že přílišný stres způsobuje svou hormonální odpovědí potlačení imunity. Zoufalství s depresivitou působí na imunitní systém zcela stejně. Experimentálně se u druhu rakoviny, který je spolupodmíněn virovou infekcí, rozvinula nemoc jen u zvířat, která byla vystavena každodenní nevelké stresové zátěži. Myši v kontrolní skupině, která byla v klidném prostředí, onemocněly 13x řidčeji. Také se ukázalo, že tam, kde nebyla myš sama, snášela stres lépe a taktéž onemocněla daleko řidčeji než myši, které byly osamocené. Imunodeficit stresem způsobený nám osvětluje, proč v některých případech je poměrně úspěšná psychoterapeutická léčba. Tato léčba využívá imaginativní techniky, představy boje s rakovinou. (Poněšický 2010, str. 59-60)

4.2 Prevence psychosomatických onemocnění

Jak z výše uvedeného výčtu obvyklých psychosomatických problémů a onemocnění vyplývá, ve většině případů je možno při znalosti principů psychosomatiky onemocněním

do značné míry předcházet. Stejně jako před žloutenkou nás může ochránit dobrá hygiena, v případě psychosomatických problémů to může být např. psychohygiena. Jak tedy můžeme budoucím problémům předcházet? Standardně dělíme prevenci do tří částí. Primární, sekundární a terciální. V oblasti primární prevence se jedná o předcházení vzniku onemocnění, eliminaci možných příčin a rizik. Můžeme ji rozdělit na individuální, která by měla spadat do oblasti působení praktického lékaře, např. v oblasti životosprávy či krizové intervence v zátěžových životních situacích a oblast veřejnou, tj. institucionální, např. zavádění předmětu výchova ke zdraví na školách základních, preventivní programy zajišťované buď školou, či outsourcované, osvěta v oblasti výživy, poruch příjmu potravy, správného držení těla, rizikového chování apod. I někteří „osvícení“ zaměstnavatelé mají pro své zaměstnance preventivní programy a např. pauzy na cvičení během pracovní doby. Taktéž programy zaměřené na seberozvoj či komunikaci a spolupráci mohou být vhodným nástrojem. Primární prevence by měla být i v zájmu celé společnosti, tedy státu, a tudíž i jedním z jejích základních úkolů. Například zajistit jistou sociální spravedlnost, která významně koreluje se zdravím, by měl být jeden ze základních pilířů politiky rozumné společnosti, taktéž zajistit záchytnou sociální síť, která mírní dopady, jež např. vyvolává ztráta sociálního statusu. Již výše byla tato problematika popsána v části o tzv. salutogenetickém konceptu Antonovského, jenž bychom mohli nazvat konceptem primární prevence.

Sekundární prevence je zaměřena na včasné odhalení toho, že problém již vznikl, a snahu co možná nejefektivněji se pokusit zabránit jeho rozvoji. V případě psychosomatických onemocnění se na této rovině prevence dostáváme zpravidla k praktickému lékaři či specialistovi, kterého postižený pravděpodobně vyhledá. Bylo by skvělé, kdyby i jedinec sám byl schopen odhalit případnou psychogenezi svých problémů, a odpověď na to, zda to dokáže, by měla mimo jiné poskytnout i tato práce. Sekundární prevence by již měla obsahovat i složku terapeutickou. Může to být jakákoli psychoterapie, kreativní a ergoterapeutická léčba, pohybová terapie, např. jóga či sportovní terapie, výživové poradenství, fyziatrie-fyzikální terapie. Aby byla sekundární prevence účinná, je důležité dbát na řadu aspektů terapie. Důležitý je vztah pacienta a terapeuta, využití možnosti skupinové terapie, používat různé metody paralelně, komplexně, pacienta zapojit do aktivního řešení, informovat jej o postupech, motivovat k využití všech jeho dispozic. Kromě výše uvedeného bychom neměli zapomenout na pacientův životní kontext, který nás může vést i k aplikaci rodinné terapie, manželského a rodinného poradenství, někdy i učení copingových technik či poradenství pracovního či právního. Každý pacient je unikátní bytostí vesmírné složitosti, je ke každému potřeba nacházet specifické cesty, abychom dosáhli empatie a porozuměli případným psychogenním mechanismům. V sekundární prevenci již také často může být potřeba medikace a spolupráce s praktickými lékaři či specialisty včetně psychiatrie. **Terciální prevence** je prevence zabývající se onemocněním, které již plně propuklo. Cílem je omezení progresu onemocnění, zabránění relapsů klinických příhod a zabránění dalších následků, možných komplikací, vzniku postižení nebo ztráty soběstačnosti. Do náplně terciální prevence spadá léčba a rehabilitace, která se pokouší navrátit pacienta do stavu před vypuknutím onemocnění. Zahrnujeme sem tedy i snahu o reintegraci pacienta a udržení kvality jeho života.

4.2.1 Neuropsychologická teorie změny v psychoterapii

Během vývoje dítěte dochází k nejprudšímu rozvoji v prvním roce života, kdy taktéž dochází k nejrozsáhlejšímu učení. V mozku se odehrávají bouřlivé změny a mozkové buňky konkurují o přístup k podnětům. Podněty vedou naopak mozek k produkci nových buněk a tvorbě nových synapsí. Pokud některá část mozku není stimulována, vývoj ustává.

Proto je u dětí důležité, aby pokud možno vývoj probíhal bez vývojových zpoždění, regresí a stagnací, neboť je důležité, aby se funkce vyvíjely v senzitivních obdobích. Později to může být daleko obtížnější či nemožné. Jde o kontakt s hračkami, rozvoj hrubé a jemné motoriky, behaviorální experimentování, ale také o hledání emocionálních podnětů. V preverbální fázi dítě získává nové a nové psychomotorické i další zkušenosti se sebou a také svým okolím. Tam, kde dojde k uskutečnění, případně úspěchu, je funkce realizována či rozvinuta. Naopak když dojde k averzi rodičů, pak k rozvoji nedojde a možnosti nejsou realizovány. To platí na všech vývojových stupních, reakce mohou zůstat jen v rovině fyziologické.

„Tam, kde již dochází ke spojení tělesného reagování s emoční evaluací může být i tento proces skrze tabuizace, či traumatizace inhibován, takže „zbude“ pouze tělesná reakce spojená s původním prožitkem úzkosti, studu či viny. To samé se odehrává opět na další úrovni řečového pojmenování emočního chování dítěte, kde jde o to, co se dostane do vědomí, zda-li byl dítěti jeho rodiči umožněn a zprostředkován pravý význam interakčních scén a co zůstane v nevědomí. Tělesné emocionální reakce, jenž ztratily návaznost na jejich význam k té které situaci, jsou pro takového člověka nepochopitelné a tudíž prohlášeny za chorobný symptom. Otázkou je, zda stačí uvést onu symptomatickou odpověď do kontextu té které zátěžové situace, na základě čehož je nahlédnuta její nynější i tehdejší významovost, a tím porozumění smyslu svého příznakového chování, řeči svého těla. Otázkou tedy je, zda tento vhled povede k integraci a spojení této tělesné či tělesně emoční reakce s celkovým prožíváním a porozumění té které situace včetně jejího převedení do intencionálního chování. (Poněšický 2010, str 63-64)

V dnešní době se zamýšlíme, jak takové problémy řešit, jak mozek korigovat v průběhu terapie, jakou terapii užít– zda se navrátit k interakcím na fyzické úrovni, tj. takzvané tělesně orientované terapii, tedy korigovat preverbální zkušenosti taktéž novými neverbálními interakcemi, či zda užívat klasickou psychoterapii, která vládne převážně slovem. Ale ani to není celá pravda, neboť i v tomto případě má obrovský význam neverbální složka projevu, jako je gestika, mimika, proxemika, vizika, haptika, posturika, paralingvistika atd. Obzvláště emoce terapeuta, empatie, akceptace a autentičnost. U psychosomatických poruch se dá předpokládat, že většinou vznikly na emocionální úrovni, a je tedy nutné zasáhnout terapií až do emoční sféry tj. aktivovat limbický systém. Změny musí proběhnout na této úrovni. Velmi důležitou roli hraje vlastní vnitřní či zvnitřněná motivace. Ta je nejdůležitějším determinantem úspěchu terapie. Je tedy třeba v terapii nabízet přitažlivější vizi, aby byla šance, že motivaci introjikuje a dovolí změnit své maladaptivní formy či vzorce chování. Dopaminový systém odměn v našem mozku odměňuje jedince pocitem štěstí, euforie. Pokud k tomu dojde, je to dobrý důvod pro opakování chování, které k tomu vedlo. Bohužel tento systém dokonale pracuje i u všech závislostí, tam ale pracuje v náš neprospěch. V terapii však máme šanci tyto mocné síly využít v náš prospěch. Problematické může být, že úspěchy se mohou dostavovat velmi pomalu, střídány neúspěchy, takže někdy je těžké motivaci pacienta udržet. Taktéž je potřeba nevyvolávat v pacientovi iracionální očekávání, které nebude naplněno. Naopak je potřeba, aby výsledná realita očekávání předčila. Tedy upozornit i na možnost neúspěchu a na mnoho práce na sobě, která jej čeká. Vynaložení úsilí může být dnes problémem největším. V terapii je třeba počítat i s tím, že otevíráme „třinácté komnaty“, blokována a vytěsněná traumata, a že potenciál zde nahromaděné energie může být obrovský a též destruktivní, znovuprožitím může dojít k odreagování a katarzi, či vědomě můžeme využít racionalizací, bohužel však hrozí i retraumatizace. Častým jevem je také, že pacient raději používá své špatné stereotypy, přestože si uvědomuje, že to není dobře, ale má strach je

opustit, neboť se v nich cítí bezpečněji, než vydá-li se na cestu novou. Je tedy potřeba pečlivě volit témata i jejich rozsah či hloubku a předem toto s pacientem konzultovat.

„Neurovědci objevili v mozku člověka tzv. zrcadlové neurony, prostřednictvím kterých vnímáme psychický stav druhého, hlavně jeho intenci. Náš mozek simuluje jeho jednání včetně empatického prožitku jeho emocí, motivací a úmyslů. Tím se nám stává chování druhých pochopitelné, vypočitatelné, což souvisí s naší potřebou po rezonanci, vazebnosti a spolupráci. V anamnéze našich pacientů se opakuje následující zákonitost: Tak jak jednají vztahové osoby s dítětem, jedná posléze dítě samo se sebou i s ostatními, to znamená, že empaticky přejímá „program“ včetně emočního významu od druhých.“ (Poněšický 2010, str. 65)

Tento proces probíhá a je též modifikován po celý život, této modifikace můžeme použít zvláště během psychoterapie. Tímto můžeme pacienta dovést k tomu, aby přijal akceptující či tolerantnější postoje a taktéž k zájmu o sebepoznání a seberozvoj. Samozřejmě vždy budou daleko jednodušší kongruentní změny než změny inkongruentní. Je důležitý i postoj terapeuta k pacientovi, může mít zásadní vliv na průběh terapie. Empatie a vůbec humanistický přístup k pacientovi, akceptace jeho potřeb, ale i jeho životní cesty jsou zásadní atributy psychosomatického přístupu. Při terapeutických rozhovorech je potřeba pomáhat pacientovi, aby se vyznal sám v sobě, pomáhat pojmenovat pocity, najít genezi bolestí, úzkostí apod., prospěšné je také přiřazování emocionálního prožívání a chápání pacienta k jeho psychosomatickému symptomu. Zprostředkovat vyšší a diferencovanější orientaci pacienta v jeho problému, integrovat dosud neintegrované informace do smysluplného celku. Přivést pacienta k poznání vlastní spoluodpovědnosti za výsledek terapie. Pokud má terapeut nějaké zábrany ve spojení s pacientem, je významně nižší naděje na úspěch terapie. K léčbě psychosomatických onemocnění také často užíváme i tělesně orientované terapie, jako relaxační cvičení, terapie zaměřené na tělesné vnímání, např. Schultzův autogenní trénink a jiné. Důležitý je i postoj praktického lékaře, který je obvykle prvním, koho pacient vyhledá. Často se může stát, že lékař je ke všem metodám mimo konvenční medicínu skeptický a jeho postoj může působit nocebo efektem. U pacientů, kteří jsou zaměřeni spíše na tělesný původ symptomu, je však potřeba spíše opačný přístup, aby se jejich negativní vztah k psychoterapii dále nezhoršil a je nutno se jim věnovat náležitě i po stránce tělesné. Často také pacient akceptuje možné psychosociální vlivy jako politicko-ekonomickou situaci, nezaměstnanost, pracovní stres, životní ztráty apod. Nicméně tyto považuje za neměnné, tudíž má o důvod více se jimi nezabývat. Užitečné může být nechat pacienta vyjádřit jeho subjektivní teorii o nemoci, z ní vyjít a postupně modifikovat.

5 Diagnostika PSD

5.1.1 Zkoumané determinanty

Události dětství

Význam faktorů působících na vývoj v raném i pozdějším dětství může být velmi zásadní. Velmi snadno si to můžeme odvodit z pokusů na zvířatech. Příkladem mohou být Harlowovy pokusy s opicemi, následované pak teorií vazby, kterou vytvořil John Bowlby, inspirovaný také etologií Konráda Lorentze. Tyto události mohou patologicky modifikovat jedince, tak, že má zvýšenou stresovou zranitelnost v dalším životě. Může se jednat o zneužívání sexuální, fyzické i psychické týrání apod. Tyto vlivy jsou signifikantně spojeny s řadou pozdějších problémů nejen zdravotních, ale i psychosociálních, jako zvýšené rizikové chování, poruchy chování a osobnosti apod. (Fava, Sonino, Wise 2012, str 2)

Události nedávné

Události z doby nedávno minulé mají taktéž značný vliv, neboť jsou díky časové blízkosti jasnější a zpravidla silnější. Pokud jsou pro jedince významné, mohou být následovány i zdravotními problémy. Mohou odstartovat problémy kardiovaskulární, hormonální, dýchací, gastrointestinální, kožní, autoimunitní a jiné. (Fava, Sonino, Wise 2012, str 3)

Chronický stres

Chronický, byť nevelký, stres a problémy alostázy, tj. vyrovnávání se s prostředím, mohou významně spolupůsobit při vzniku většiny psychosomatických problémů a onemocnění. Záleží na typu osobnosti a copingových strategiích, jak dokážeme každodenní stres zvládat. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 3)

Životní styl a vzorce chování

Nezdravý životní styl je jedním z nejsilnějších determinantů. Objevuje se například v etiopatogenezi kardiovaskulárních onemocnění, diabetu či obezity. Problém rizikovosti tohoto faktoru je v jeho široké distribuci v populaci. Změna „lifestylu“ populace je jedna z nejlepších forem prevence. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 3)

Sociální podpora

Sociální zázemí, či, jak se někdy uvádí, „sociální záchranná síť“, je také velmi důležitým faktorem. Prospektivní studie v populaci ukazují na vazbu mezi sociální podporou na straně jedné a mortalitou i psychiatrickou či fyzickou morbiditou spolu s rychlostí uzdravování na straně druhé. Nová věda označovaná *social neuroscience* se zabývá právě vlivem sociálního prostředí na psychiku a mozek. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 4)

Psychická pohoda

Z definice zdraví, která byla stvořena Světovou zdravotnickou organizací již v roce 1946 a kterou bychom mohli přeložit asi takto, „Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody,“ vyplývá, že i

psychická pohoda je velmi důležitá, aby člověk mohl být považován za zdravého. Studie ukazují, že tato pohoda je důležitým „nárázníkem“ ve zvládnání stresu, viz také Antonovského pojem „sense of coherence“ popsany v předchozích částech. Je důležitá jak pro mentální zdraví, tak pro udržování zdraví obecně. (Fava, Sonino, Wise 2012, str 4)

Osobnostní faktory

V dřívějších dobách, ovlivněných psychoanalýzou, se více předpokládalo, že osobnostní typ predisponuje člověka k určitým chorobám více, či méně. Výzkumy to však neprokázaly v takové míře, jak bylo očekáváno. Dnešní pohled je spíše komplexnější, tudíž, že tendence k onemocnění určitou chorobou vzniká kombinací více faktorů a je užíván tzv. sociálně kognitivní model osobnosti. Tento model očekává, že osobnostní proměnné interagují se sociálními faktory a faktory prostředí. Výsledkem této interakce je to jak jedinec jedná či volí v různých situacích. V tomto smyslu osobnostní proměnné jako např. impulzivita, obsedance, kompulze či paranoia, mohou nastavit, jak se pacient ke svým problémům a nemocem staví, jaký pro něj mají význam, jak jedná s lékaři, a jak je ochoten v léčbě spolupracovat. (Fava, Sonino, Wise 2012, str 4-5)

Psychické poruchy

Máme celou škálu psychických poruch, kam bychom mohli zařadit např. poruchy chování, poruchy osobnosti či neurotické poruchy. Každá s těchto poruch významně mění naši interakci se světem, a tudíž není divu, že může být jedním z faktorů etiopatogeneze psychosomatického onemocnění. Například schizoidní porucha osobnosti má nejen podobný název jako schizofrenie, ale i podobné symptomy, samozřejmě v jiné kvantitě, a uvádí se, že je samozřejmě rizikovým faktorem vzniku schizofrenie. Spouštěč může pak být užití halucinogenní drogy. Podobně u depresí, kterým také mohou předcházet určité poruchy osobnosti, a deprese sama je zase výborný „inkubátor“ řady somatických problémů a onemocnění. Taktéž neurotické poruchy mohou být svázány oboustranně jak s jinými psychickými poruchami, tak se somatickými. Nesmíme zapomenout na to, že nejen psychosomatické vazby, ale i somaticko-psychické, ovlivňující zpětně psychiku, se na dynamice vývoje poruchy podílejí. Nakonec nezapomeňme ještě na úzkostné poruchy, které jsou jedním z velmi silných faktorů v psychosomatice.

(Fava, Sonino, Wise 2012, str. 5)

Psychologické symptomy

Prozatím se v diagnostice převážně zabýváme symptomy a z nich složenými syndromy na úrovni fyziologické. Nicméně díky uvědomění si psychických symptomů, které nedosahují takové úrovně, aby byly kvalifikovány například psychiatricky, musíme si být vědomi jejich vlivu na výrazné snížení kvality života. Mohou to být poruchy jako hypochondrie, různé více či méně závažné fobie, dráždivá nálada, persistentní odmítání atd. Zařazením těchto a dalších můžeme dosáhnout narovnání dichotomie mezi funkčními a organickými poruchami. Odstraníme také některé nebezpečné a zavádějící předpoklady ohledně faktorů spolupůsobících při vzniku onemocnění či funkčních poruch. V nedávné době se někteří lékaři začali zajímat o péči o pacienta z poněkud jiné strany, a to z pohledu jeho cesty životem, faktorů, které mohou ovlivnit zdravý vývoj apod. U některých zdravotních problémů s multifaktoriální etiopatogenezí bývá problém pro konvenční medicínu takové onemocnění řešit. Často to může být i problém limitací systému zdravotnictví, komplikovaná spolupráce mezi specialisty, limitace v oblasti financování znemožňující dělat množství diferencíálních diagnóz apod. Tady může být

psychosomatický přístup velmi efektivní, neboť jeho užitím můžeme celkem účinně pochopit, kde se mohla chyba stát, a tedy kudy se v diagnostice dále ubírat. Problém nastává při otázce: jak můžeme ohodnocovat nefyziologické proměnné (objektivně neměřitelné na rozdíl od biologických)? Klasická medicína stojí na tzv. „tvrdých datech“, pokud ta jsou mimo normu, je pacient nemocen, pokud jsou v normě, je zdravý, celkem bez ohledu na subjektivní pocit pacienta. Naštěstí již dnes máme klinické škály na tzv. „soft-information“, které byly normovány v psychosomatickém výzkumu a praxi. Bude však ještě dlouhá cesta, než se podaří tyto výsledky obhájit natolik, aby byly všeobecně přijímány. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 5-6)

Klinimetrický přístup (clinimetric approach)

Tento termín byl zaveden roku 1982 Alvanem Feinsteinem, který se desítky let zabýval analýzou klinických dedukcí užívaných posuzování a diagnostice. Tento termín byl vytvořen, aby se stal subordinátem taxonomie psychosomatické, která se do běžné medicínské taxonomie jaksí nevešla. Klinimetrický přístup zahrnuje to, co zkoumá psychosomatika. Patří sem závažnost a sekvence symptomů, komorbidita, odhad progresu či stagnace nemoci, problémy funkční kapacity, důvody pro medicínská rozhodnutí – volby léčby, a mnoho dalších aspektů každodenního života jako „well-being“ a distres. Co se týče zkoumání komorbidit, zjistil, že často je omezena oborem, tj. v psychiatrii je omezena jen na psychiatrické diagnózy apod. Přitom například u úzkostných poruch může být celá řada dalších zdravotních problémů v somatické oblasti. Na straně druhé, řada mentálních poruch může být somatopsychickým důsledkem biologických onemocnění. Tyto stavy samozřejmě vyžadují adekvátní léčebné strategie. V řadě případů mohou vznikat různé složité komorbidity, a to nejen takové, že se vyskytují paralelně, ale i „sériově“ tj. léčení a vyléčení jedné může nastartovat jinou „nemoc“. Tedy pokud se omezíme na jednotlivá onemocnění, mohou se nám například v bludném kruhu vracet. Fava a Sonino aplikovali tzv. makroanalýzu pro hodnocení vztahů mezi fyziologickými a psychologickými proměnnými. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 7-8)

Makroanalýza

Makroanalýza vychází z předpokladu, že velmi často existují funkční vazby s různými nejasnými problémovými oblastmi a cíle léčby se musí měnit v závislosti na mnoha interferujících proměnných. Hierarchická struktura makroanalýzy může záviset na mnoha náhodných faktorech. Makroanalýza však není jen pro terapeuta; i pacient z ní může vytěžit informaci, jak jsou jednotlivé oblasti propojeny. Rozpoznat své priority a preference, vazby mezi jednotlivými problémy a motivace k případné změně. Koncept „shared decision“ získává pozornost v medicíně, zatím je však opomíjen psychiatrií. Makroanalýza také potřebuje longitudinální údaje. Makroanalýza by měla být doplněna „mikroanalýzou“, tj. detailní analýzou specifických symptomů. Zabývá se jejich začátkem, průběhem a okolnostmi, důsledky či tím, co je případně zhoršovalo. V klinické praxi se k podobným nástrojům většinou sahá z nouze, pokud selžou běžné medicínské postupy. Například u syndromu dráždivého tračníku. Kliničtí psychologové mají obvykle k pacientovi sekvenční přístup, proberou život, nasadí terapii, věnují se lifestylu a kognitivní terapii. Léčba je multidisciplinární, v týmu je i nutriční poradce. Léčba se však jen těžko dostane ke kořenům problému, a z větší části stojí na „hard datech“. Nyní však máme klinimetrické metody, které nám umožní zapojit i soft-data a léčba i diagnostika může významně získat na své komplexnosti. Samozřejmě, že hard-data jsou pro nás velmi důležitá a ukazují nám aktuální stav velmi přesně. Často nám však neříkají skoro nic o

tom, jak tento stav nastal. Proto je třeba nezapomínat na psychologický pohled na problém, což se v dnešní medicíně velmi často děje. Psychosomatický přístup nám může významně pomoci při subkategorizaci onemocnění, například deprese, taktéž může výrazně ulehčit nalezení faktorů například v životním stylu, najít cesty, jak tento styl změnit, pomoci v tom, že „léčba“ nebude jen potlačovat symptomy. Taktéž může významně pomoci modifikovat pacientovo chování či jednání, již na základě psychologické krizové intervence, například u bolesti zlepšit sebekontrolu, u nádorových onemocnění behaviorální složku směrem k chování pro zdraví, zlepšit sebeřízení, emoční prožívání, omezit abnormální chování nemocného (např. hypochondrického, pesimistického, úzkostného apod.).

(Fava, Sonino, Wise 2012, str. 8-14)

Něco se za poslední léta přece jen změnilo. Alespoň v oblasti chronických onemocnění lékaři občasně připouštějí určitou možnost souvislosti s psychikou, a že ve zdravotnictví by výsledkem mělo být zdraví a nikoli léčení, což vyžaduje, aby se z pacienta jako zákazníka stal i aktivní člen uzdravovacího procesu. Bohužel naučená pasivita pacientů, někdy i lenost či neochota aktivní spolupráce je problém. Řada pacientů vnímá lékařskou péči jako návštěvu autoservisu. Donedávna jen málo pacientů bylo ochotno vnímat zdravotní proces jinak. Dnes sice mnoho lidí chápe limitace konvenční medicíny, bohužel však často přeskočí k druhému extrému a stanou se ortodoxními alternativci, kteří léčí zánět apendixu zaříkáváním a komplikovanou zlomeninu dolní končetiny kostivalem. Zpravidla patří také k absolutním odpíračům očkování, za což můžeme poděkovat některým našim lékařům. Zajímavé je, že tato skupina je na tom podobně s ochotou vynaložení vlastního úsilí, a zpravidla hledá jen instantní náhradu za krabičku léků. S tím, že za leccím je psychika, sice souhlasí, nicméně tu můžeme nastartovat lépe bylinným čajem či vhodně zapíchnutou akupunkturou jehlou. Všechno přece se vším souvisí. O psychoterapii jako léčbě členové této skupiny zpravidla nechtějí ani slyšet a domnívají se, že jsou to zbytečně investované prostředky. Roli jistě hraje i fakt, že by jim mohl někdo mluvit do zažitého životního stylu. Tyto postoje byly zkoumány v diskusní skupině „Alterna“, která v době zkoumání čítala kolem 7000 členů. <https://www.facebook.com/groups/422953661108114/> (1.2.2014) Názorové jádro bylo tvořeno několika desítkami aktivně diskutujícími, zbytek pasivních členů a dotazovatelů přejímal předkládané většinou nekriticky. Při pokusu nabourat zaběhlá dogmata je zpravidla dotyčný vyloučen. Ale to již jsme trochu odbočili od tématu, nicméně myslíme, že tato vsuvka nebude na škodu věci a pomůže pochopit, jak těžké je psychosomatický přístup prosadit. Potřeba celostního, komplexnějšího přístupu, se nám jeví jako velice rozumná. Zahrnout do diagnostiky a léčby zvažování funkcionality denního života, personálních rolí a úspěšnosti v nich, postavení v sociálních skupinách, širší sociální koncept, intelektuální charakteristiky, iracionální přesvědčení a kognitivní biasy, může velmi pomoci zpřesnění vzhledu do problému a zrychlení, zkvalitnění a přesnější zacílení terapie. Změna pohledu většinové populace na zdravotnictví nám taktéž může napovědět, kde se děje něco jinak, než by mělo.

Psychosomatický rozhovor

Psychosomatický rozhovor je na pacienta zaměřený dialog, který se liší od dosud běžného na nemoc zaměřeného rozhovoru. Psychosomatický rozhovor je „vícezměrný“ zahrnující složky jako je biologická, psychická, sociální či sociokulturní, případně i složku spirituální. Proces dialogu je založen na otevřených otázkách. Hierarchická organizace dat v perspektivách onemocnění a mnoha dalších aspektů může velmi pomoci porozumět onemocnění i psychice pacienta a jeho prostředí. Na počátku rozhovoru by mělo dojít k navázání určitého vztahu s pacientem. V další části se na pacienta orientovaný rozhovor

neorientuje na přesně definované kategorie uzavřenými otázkami, ale pokouší se zkoumat problematiku z širšího pohledu. Snaží se identifikovat stresory, porozumět copingovým strategiím, porozumět kontextu pacientovy případné zranitelnosti. Zabývá se diagnózou, tím, kdo je (osobnostní charakteristika), v jakém sociokulturním kontextu se nachází a jaký to má vliv na jeho reakce. Dovoluje nám tedy hledat korelace v různých doménách pacientova života. Rozhovorem bychom měli dokázat získat hlavní body pacientova života, na kterých můžeme dále stavět z jeho fyzického, psychického a sociálního „světa“. Důležitá je i oboustranná zpětná vazba, abychom si byli jisti, že pacient všemu porozuměl, včetně toho, co vyplývá z diagnózy, a všech možností léčby, a také zda jeho informace byly dekodovány správně. Je třeba také realisticky zvážit, nakolik je pacient ochoten a schopen dodržovat léčebný režim. Pokud se kuřák s chronickými plicními problémy nebude ochoten vzdát kouření, bude jakákoli snaha pravděpodobně bezcenná. Někdy může způsobit problém i taková věc, jako je dieta, může narážet na sociokulturní bariéry, nebo prozaicky jen na problém pragmatický, tedy jak ji zajistit bez přílišného úsilí. V úvodním rozhovoru bychom tedy měli nastavit tyto principy vzájemného porozumění a zahájit empaticky léčbu, která není paternalisticky nadřazená, ale postavená na vzájemném respektu obou stran. Také je pravděpodobně nutné zvážit ekonomické náklady léčby vzhledem k pacientovým možnostem.

(Fava, Sonino, Wise 2012, str. 19-20)

Pacient obvykle přichází pod tlakem existující nemoci, často pesimisticky až katastroficky uvažující. Alternativně může přijít naopak pacient popírající a podceňující své symptomy či vyhýbající se léčbě. V rozhovoru je třeba se věnovat jak fyziologickým problémům, tak psychickým. V oblasti fyziologického popisu by to měly být organické pocity které mohou označit zdravotní problém. V oblasti psychické je součástí popisu pacientova vlastní forma prezentace představ o tom, co nemoc způsobilo, vlastního stresu, emočních aspektů. V další fázi se zabýváme zjištěním objektivních informací, které později pomohou formulovat diagnózu a ve fázi třetí se zabýváme laboratorním testováním. Pokud se nic organického neobjeví, je pravděpodobné, že pacientovy problémy vznikají somatizací. Když pacient zjistí, že je vlastně vše měřitelné v normě, může reagovat různě, jednomu se uleví, druhému může být ještě hůře. I tyto reakce je důležité sledovat. Někteří pacienti reagují neočekávaně, nechťejí pejorativní psychosomatickou diagnózu, chtějí „reálnou“. Tedy někdy se lékař musí ujmout i osvěty a edukace pacienta, což nemusí být díky iracionálním přesvědčením pacientů vůbec jednoduché. Současná konvenční medicína je známá tím, že čas na pacienta se zkracuje, což mění i metody komunikace s pacientem. Používají se spíše rychlé metody, snad objektivnější, ale dalo by se asi říci, že i byrokratičtější, například dotazníky, sada laboratorních testů, předpřipravená řešení v manuálech apod. Rozhodně asi neobstojí, že by bylo možno se věnovat komplexnímu porozumění každyčického pacienta. Někdy si pacient může spíše připadat jak na běžícím pásu továrny z Chaplinovy grotesky. Pacient je elektronickým záznamem v multimediální databázi, to je určitě velmi efektivní, ale humanita se nám ze vztahu jaksí vytratila a řada citlivějších jedinců s tím může mít celkem těžký problém. Na téma, jak vést správně rozhovory s pacienty, byly napsány celé knihy, bohužel dnes jaksí čas na pacienta není, a na knihy? Musíme toho přece tolik ještě stihnout, tolik lákadel nám svět připravil, tedy máme-li na ně prostředky. Americká akademie komunikace v léčebné péči, která se věnuje komunikaci ve vztahu lékař – pacient a jejímu zdokonalování, se snaží do této komunikace zapracovat hodnoty humanistické psychologie, jako je respekt, empatie a sebeuvědomování, a to vzájemně, jak pacienta, tak lékaře. Rozhovor může obsahovat řadu verbálních i neverbálních technik. Na počátku stačí otázka „jak se máte“, která dává mnoho možností, jak ji zodpovědět. Obecně užíváme otázek jak otevřených, tak uzavřených. Uzavřené umožňují jednodušší kategorizaci, otevřené naopak získají často

informace, které bychom uzavřenými otázkami nemuseli nikdy získat. Samozřejmě v průběhu rozhovoru můžeme narazit na nějakou informaci, která je zajímavá, pokusíme se ji tedy „vytěžit“ dalšími otázkami. Může se objevit ještě jiný problém, na který je potřeba dávat pozor. Zkoumáme-li pacienta pomocí rozhovoru se všetečnými otázkami, může upadnout v podezření, že se dostal do rukou psychiatra, a tudíž je například „blázen“. Je dobré jej hned na začátku uvést do reality. Užití humoru se taktéž nedoporučuje, neboť pacient může být pohoršený, že je jeho stav zlehčován. Důležité je snažit se všemu porozumět a najít v tom smysl, asociovat si smysl k popisovaným životním událostem. Dobré může být i zaměřit se na emoční prožívání jedince v průběhu vzniku choroby, na „life setting“ a afektivní stavy v průběhu životních událostí. Tento proces nám umožní každého jedince – subjekt nahlížet jako unikátní bytost. Nejedná se tedy jen porovnání objektu, se skupinou jiných objektů. Mnoho lidí dlouho předtím, než onemocněli, trpělo zoufalstvím a bezmocí. Například lidé, kteří ztratili dítě, se upnou na náhradní osobnost, aby zmírnili utrpení, například mladší dítě. A ve chvíli, kdy toto dítě například najde partnera a opustí dům, je to pacientem prožíváno, jako ztráta prvního dítěte. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 20-24)

Jelikož ne vždy si je jedinec vědom své psychické zátěže, neboť ta může přicházet a zvětšovat se tak pomalu, že si prostě přivykáme, jako žába v experimentu s pomalu se ohřívající vodou, která se údajně v naprostém klidu nechá postupně uvařit. Vědci Holmes a Rahe vytvořili škálu, která zkoumá jaksi objektivně, co se člověku za poslední dobu přihodilo, a na základě těchto náročných životních situací vyhodnocuje, jaký vnější tlak byl na jedince vyvinut. Tím lze „změřit“ zátěž bez ohledu na to, jak je člověk schopen jí, ať už úmyslně, či neúmyslně, maskovat.

Holmes, Rahe škála, upravená

„Životní událost Hodnota

Smrt partnera 100

Rozvod 73

Rozchod manželů 65

Výkon trestu 63

Smrt blízkého příbuzného 63

Vlastní zranění nebo nemoc 53

Sňatek 50

Výpověď z práce 47

Smiřeni manželů 45

Odchod do penze 45

Onemocnění rodinného příslušníka 44

Těhotenství 40

Sexuální potíže 39

Přírůstek nového člena do rodiny 39

Změna zaměstnání 39

Změna finanční situace 38

Smrt blízkého přítele 37

Změna pracovního zaměření 36
Zabavení zastaveného majetku 30
Změna zodpovědnosti v zaměstnání 29
Odchod syna nebo dcery z domu 29
Problémy s příbuznými ze strany partnera 29
Vnikající osobní úspěch 28
Manželka začala nebo přestala pracovat 26
Zahájení nebo ukončení studia 26
Změna životních podmínek 25
Změna osobních zvyků 24
Problémy s nadřazeným 23
Změna bydliště 20
Změna školy 20
Změna rekreace 19
Změna náboženských aktivit 19
Změna společenských aktivit 18
Změna spánkových návyků 16
Změna stravovacích návyků 15
Dovolená 13
Vánoce 12
Drobné porušení zákona 11“
http://etext.czu.cz/img/skripta/64/pef_233-1.pdf (10.1.2014, 12:30)

Tuto škálu užíváme tak, že respondent označí počet událostí ve škále, který se jej týká za poslední rok, někdy i tři roky, a vyhodnocení provedeme tak, že vynásobíme hodnotu daného jevu četností a vše sečteme.

Další informace nám mohou dodat fyziologické reakce jednotlivce, které jsou stresem akutním, ale i opakovaným či chronickým vyvolávány, ale také sociální či behaviorální změny.

Může to být třeba takovýto výčet sledovaných parametrů:

- *„Třesení rukou*
- *Zvýšené pocení*
- *Tiky*
- *Zvýšená reakce na zvuky*
- *Podrážděnost*
- *Hádavost*
- *Nervozita*
- *Pocity úzkosti*
- *Deprese*
- *Odosobnění*

- *Vysýchání v ústech*
- *Potíže s rozhodováním*
- *Zvýšená starostlivost o každou maličkost nebo nezájem v případě opravdových problémů*
- *Zvýšená nedůvěřivost vůči spolupracovníkům a členům rodiny*
- *Problémy s lidmi*
- *Zapomínání schůzek, závazků, informací*
- *Náhlá změna obvyklého chování, např.: dobrý pracovník se stane nedbalým, ten, kdo rád pracoval v týmu se stane samotářem, ten, kdo se rád bavil se straní lidí*
- *Snížená sexualita*
- *Členové rodiny jdou na nervy*
- *Problémy se spánkem*
- *Nechutenství nebo přejídání*
- *Nutkání plakat*
- *Motání hlavy*
- *Nutkání utéci a schovat se*
- *Únava, slabost, bolest hlavy, bolesti v ramenou, v zádech“*

http://etext.czu.cz/img/skripta/64/pef_233-1.pdf (10.1.2014, 12:30)

Samozřejmě nesmíme zapomínat na sociokulturní rozdíly. To donedávna platilo hlavně pro multikulturní země jako USA, nicméně dnes to začíná platit i pro země EU. Pochopit odlišná etnika a jejich mentalitu může být pro terapeuta působícího v oblasti psychosomatiky velice obtížné, ne-li nemožné. Pochopit proto vazbu mezi symbolikou, zvyky a hodnotovým systémem jiné kultury se somatickými korelátami může být taktéž obtížné až nemožné. Tedy v těchto případech je lépe nemít příliš vysoké anticipace, ani jistotu v úsudcích a soudech. V některých kulturách je například zcela opomíjena žena, některé kultury nesnáší přímý pohled do očí, používají jinou gestiku, posturiku, proxemiku a haptiku v nonverbální komunikaci a taktéž verbální komunikace bude jiná. Důležitá je taky struktura osobnosti, existují různé kategorizace osobnosti pro potřeby psychosomatického přístupu. Uvedme si jednu z nich. *Osobnost závislá*, s vysokými požadavky, potřebuje cítit, že má tu nejlepší péči nejkvalitnějších odborníků. *Kontrolující osobnost* požaduje co nejvíce informací. *Dramatizující emočně ovlivněná osobnost*, často označovaná jako „hysterická“, chce vzorné zacházení a udržet si pocit své výjimečnosti. *Dlouhotrpějící, masochistický jedinec* má problémy s rehabilitací, je více ego-syntonický než ostatní kategorie. *Paranoidní osobnost* potřebuje určitý odstup a uznání nedůvěry. Poslední dvě kategorie jsou jedinci s pocitem nadřazenosti, jsou to *narcistická a schizoidní osobnost*. Samozřejmě toto dělení má limitace. Neexistují jen vyjmenované typy, ale i jejich směsi v různém poměru, nicméně často bývá jeden typ dominantní. Dalším důležitým rysem je inteligence. Zatímco někteří jedinci mají intelekt schopný uchopit veškeré aspekty léčby, jiní ne. Lidé s nižší inteligencí potřebují více podpory otevřeného, empatického přístupu. Dále se můžeme zabývat pěti faktory osobnosti. Je to neurotismus – který sebou nese depresivitu, úzkost a zranitelnost, dále je to extroverze versus introverze, třetí je otevřenost novým myšlenkám – definuje individuum s velkou představivostí versus

konzervativní a rigidní osobu, čtvrtá je svědomitost a smysluplnost versus rozrušenost a dezorganizovanost. Posledním faktorem je ochota versus neochota, která nám pěti faktorů uzavírá. Výkyvy v jednotlivých faktorech nepovažujeme samotné za patologické, ale umožňují nám rozpoznat styl jedince v coping strategiích a jakou reakci na nemoc můžeme očekávat. Neurotici specificky mají tendence k emočním stresovým reakcím, když popisují své symptomy v průběhu diagnózy, katastroficky přemýšlejí o své smůle a podléhají pesimismu s úzkostí a zoufalstvím. Vysoce extrovertní jedinci shledávají hospitalizaci jako velký problém, neboť jsou vytrženi ze svého prostředí, kde se cítí dobře. Neochotní jedinci mají zase často konflikty s těmi, kdož o ně pečují, zatímco nesvědomití lidé mohou mít problémy s dodržováním režimu léčby. Speciálním subtypem jsou jedinci s alexitymií. Jedná se o poruchu identifikace a schopnosti verbalizace vlastních emocí. Emoce zaměňují tito jedinci s orgánovými popisy. Jsou schopni rozpoznat, že se cítí špatně nebo stresováni, zpravidla však nejsou schopni bližší specifikace problému, nerozpoznají jednotlivé prvky, jako je úzkost, vina, stud, dysforie apod. Při léčbě nenavazují emoční komunikaci a působí odměřeně. Pro psychoterapii mohou být velkým problémem, vytvářejí a hýčkají si pocity frustrace a hněvu vůči terapeutovi, při rozhovoru zabíhají do nesmyslných detailů a činí komunikaci velice obtížnou. Alexitymie se často vyskytuje v kombinaci s depresivními náladami. U těchto pacientů se více osvědčuje terapie postavená na empatii, než jakékoli terapie vyžadující určitý vhled, introspekci. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 24-27)

Špatné zprávy

Sdělování špatných zpráv je naprosto specifický moment každé terapie. Vyžaduje to vysokou terapeutovu citlivost, neboť může pacienta narušit psychicky i fyzicky. Každý však může reagovat jinak. Může to být šok, nedůvěra, popření, strach, zlost či vina. Empatický přístup je tedy nutností. To, zda si pacient bude chtít dále věc rozebírat závisí na mnoha faktorech. Mohou to být rozdíly geografické, genderové či věkové. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 27-28)

Motivace v rozhovoru

Motivace v průběhu se dá použít např. u pacientů, kteří jsou spíše závislí na medikamentózní léčbě. Často pacient potřebuje změnit návyky a chování, což nebývá jednoduché. Velmi často je to užívání alkoholu, tabáku či nadměrného jídla. Jelikož se většinou jedná o určitou formu závislosti, nebývá tato změna jednoduchá. Proces zahrnuje mnoho složek. Na začátku je to diskuse o rizicích, která by měla ovlivnit kognitivní složku, vyžaduje skutečnou spolupráci pacienta. Specifický způsob diskuse obsahuje otevřené otázky, použití sumarizací konverzací k ujištění se, zda pacient alespoň pochopil, a k podpoře motivace něco změnit. Znovu proces vyžaduje empatické naslouchání více než paternalistické instrukce. Ovlivnění změny chování je jedna z nejdůležitějších složek celého procesu. Je potřeba postupovat po malých krůčcích změny a následného udržení. Základním kamenem je motivovat a vytvořit rámec pro změnu. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 28-29)

Shrme-li tedy výše popsané, nejdůležitější rozdíl mezi klasickým a psychosomatickým přístupem je posun z „na nemoc zaměřené“ perspektivy k perspektivě „na člověka“ zaměřené. Zkoumáme komplexně vše, co se v danou chvíli získat dá. Anamnéza je komplexní, celostní, zabývá se celým životem, vztahy, traumaty, nastavením osobnosti, temperamentem, inteligencí, charakterovými vlastnostmi, výkonnostními vlastnostmi, chováním, životními zkušenostmi, emocemi, úzkostmi, psychickými problémy, způsobem výchovy, vazbou s rodiči a mnoha dalšími. Velmi důležité je sledovat

také vývoj jednotlivých symptomů v čase a snažit se najít případnou časovou či kauzální souvislost symptomu s případnými faktory, které se mohly na jeho vzniku spolupodílet. Dobré je použít k tomuto účelu pro přehlednost například tabulku. Může vypadat třeba takto:

Symptom	Pocitový stav	Kdy (čas)	Okolnosti, co jste dělal	Kdo další byl přítomen	Co si o tom myslíte	Výsledek aktivity	Co to způsobilo	Cokoli dalšího Vás napadne

Tabulka převzata a upravena dle (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 30).

Samozřejmě, že vyhodnocení nebude jednoduché. Dle osobnosti pacienta se bude počet symptomů i kvalita asociace patřičných atributů významně měnit. Vyhodnocení vyžaduje heuristickou analýzu a bude do značné míry subjektivní a závislé na posuzovateli, jeho schopnosti empatie, porozumění logických úvah, ale hlavně zkušeností. Musíme si uvědomit, že heuristické hodnocení podléhá řadě kognitivních zkreslení, a je dobré je znát a snažit se je eliminovat na minimum. Pacient také často některé symptomy popírá a jiné zdůrazní, či popírá všechny, nebo všechny zdůrazňuje, i to je dobré rozpoznat a korigovat k normálu. Nejdůležitější se zpravidla ukáže perspektiva životního příběhu, cesty člověka životem. Je třeba ji co nejlépe pochopit, získat co nejvíce autobiografických dat, porozumět slabým i silným stránkám, životním událostem (pozitivním i negativním), zážitkům bezmoci či zoufalství a kontextu celého života daného člověka. Domníváme se, že tato práce zdaleka není pro každého, kdo vystudoval daný obor. Z výše uvedeného se jeví, že nároky na terapeuta budou vysoké, a to jak na bázi profesní, tak interdisciplinární, ale pravděpodobně i na bázi lidské či humanitní. K ničemu podobnému pravděpodobně dnešní studium konvenční medicíny nepřipravuje, alespoň soudě podle jednání mnoha mediků i lékařů to nic nenaznačuje.

5.1.2 Hodnocení nepříznivých faktorů

Nepříznivé faktory v dětství

Nepřízeň „osudu“ v dětství může způsobit větší riziko psychických, ale i fyzických problémů či onemocnění ve věku pozdějším. Proto jsou události z dětství, obzvláště raného, velice důležité při psychosomatickém hodnocení a determinují budoucí zranitelnost jedince. Nejvýznamnější mohou být dopady tzv. CAN syndromu tj. *child abuse and neglect*, syndrom týraného a zneužívaného dítěte, ale také problémy vazby s matkou, chybějící matka, ústavní výchova, což vše může způsobit různé kvality a úrovně deprivace dítěte. Existují různé nástroje sloužící k účelům vyhodnocování, zmíníme se o nich později.

Výše zmíněné vlivy byly mnohokrát zkoumány vydatnými výzkumy, tedy by o nich nemělo být pochyb. Přesto tomu velmi často tak je, a nezřídka i mezi lékaři. Řada publikací ukazuje na vztah mezi nepříznivými faktory v dětství a zvýšenou úzkostí a depresí ve věku dospělosti, sebevražednými sklony a sebepoškozováním, zneužíváním návykových látek, poruchami výživy, poruchami osobnosti, sexuálními poruchami a také psychosomatickými či medicínsky nevysvětlitelnými syndromy. Zneužívání fyzické a

psychické taktéž implikuje řadu problémů v dospělosti, avšak studie ukazují, že nejhorší důsledky má týrání a zneužívání emoční a psychické. Velmi záleží na době zneužívání a týrání a na vývojových fázích, ve kterých se v tu dobu dítě nachází. Raná traumata mění seberegulační kapacity jedince a nejsou spojována jen s psychickými změnami či změnami chování, ale taktéž s chronickým stresem a z něj vyplývajícími problémy. K nim patří např. gastrointestinální, metabolická, kardiovaskulární a imunologická onemocnění. Pokusy na zvířatech ukazují, že například důsledky narušené či přerušené vazby s matkou způsobily vývojové problémy a psychopatologické modifikace jako vyšší aktivace adrenalinové osy hypotalamus-hypofýza-kůra nadledvinek. Pokud toto extrapolujeme na člověka, můžeme usuzovat na větší zranitelnost stresem v pozdějším věku a řadu vedlejších efektů s tím souvisejících. Dá se říci, že tyto nežádoucí faktory v dětství nám v budoucnu ovlivňují emoční stavy, zdravotní rizika a také náklady na zdravotní péči. Longitudinální studie ukazují, že zvláště závažnost všech působících kumulovaných zkušeností je důležitější, než o jaký typ špatného vlivu se jednalo. Také načasování těchto nežádoucích událostí v dětství je významný faktor pro vývoj budoucí psychopatologie v pozdější době. Pokud například došlo ke zneužívání v raném dětství, bude to mít pravděpodobně obrovský vliv na patologie v pozdním dětství. Vlivy zneužívání v pozdním dětství se pak budou spíše pojít s externalizovanými patologiemi. Nevhodné vlivy mohou v pozdějším věku poznamenat také vztahy, které jsou díky nim problematické, ale i začleňování do společnosti, do zaměstnání, vztah k autoritám apod. Jednou z forem zneužití je i šikana či dnes kyberšikana. Dnešní výzkumy se taktéž zaměřují na zjišťování protektivních faktorů potřebných pro vytvoření resilience. K protektivním faktorům můžeme zařadit inteligenci, ženské pohlaví, bezpečnou vazbu k matce, život v bezpečném prostředí, prosociální rodiče, přátelské sousedství, vrstevnické kamarádi, pod-traumatický vliv stresorů a vliv prvního partnera v dospívání. Opačně – negativně působí neúplné, dysfunkční, afunkční rodiny, špatná funkce školy a negace protektivních faktorů uvedených výše. Zpětné hodnocení života s sebou nese řadu problémů a má řadu limitací. Díky různým typům paměti jsou různé vzpomínky ukládány rozdílným způsobem, mají rozdílnou sílu a vliv na budoucí prožívání jedince. Vzpomínky také určitým způsobem slábnou, a pokud se nějaký detail vytratí, člověk má tendenci jej dokonstruovat, čímž mohou vznikat různá paměťová zkreslení. Informace, které jsou klíčové, mohly být vytěsněny, potlačeny, disociovány, nejsou jedinci dostupné ve verbalizovatelné podobě. Může se to týkat všech traumatických událostí. Ale i běžné události, které nebyly emočně náročné, podléhají běžnému zapomínání, a také selektivní paměti, která upřednostňuje pozitivní vzpomínky před negativními. Často se také může stát, že naopak pod tlakem sugescí může jedinec vytvořit vzpomínky, které nejsou jeho vlastní. Může je stvořit například z cizích vzpomínek, filmů kdysi viděných, fantazie, snů, ale také prostým opakováním účelové lži se lež stává pravdou a člověk ztratí přehled, co se doopravdy stalo a co si vymyslel a upevnil natolik, že tomu sám uvěřil. Mnoho podobných příkladů můžeme objevit v oblasti forenzní psychologie, svědků a jejich zkreslení a klamů. Důležitá je i kontextualizace, tj. přizpůsobení se určitému kontextu, ze kterého osoba pochází. Velmi důležité je to v multikulturní společnosti, která již do naší země také infiltrovala. Je pravděpodobně zcela pochopitelné, že přistěhovalec z Asie bude potřeba vnímat ve zcela jiném světle než starousedlík. Otázkou je, jak se to bude měnit u generace, která se již narodila zde. Často je možné, že přijala většinu kulturních zvyklostí tuzemců, ale určitě zdaleka ne všechny. Může nastat i opak, vznikají marginální subkultury bez zájmu o jakoukoli akulturaci či dokonce asimilaci. V těchto případech se zpravidla reálně jedná o zcela odlišný svět, mající zpravidla naprosto odlišné hodnoty, postoje, víru a další kulturní odlišnosti. Musíme očekávat, že kulturních univerzálií může být nemnoho. Zvláště při zkoumání dětství tyto multikulturní rozdíly mohou ztížit či znemožnit pochopení kontextu

terapeutem. Taktéž multikulturní rozdíly mohou způsobit naprosto odlišné chápání systému zdravotní péče a toho, jak by měla postupovat. Taktéž můžeme narazit na problémy paměti a sugestibility, které mohou konstruovat taktéž odlišné nepravé vzpomínky, např. u věřících mohou být zkresleny konceptem boží moci apod. V oblasti nástrojů na ohodnocování dětských nežádoucích zážitků je mnoho. Mnoho dotazníků je normalizovaných, některá doporučení poskytuje světová zdravotnická organizace (WHO) a řada dalších organizací. Zpravidla se jedná o dotazníkové škály nebo metody vedení rozhovorů. Nástroje jsou zaměřeny například na traumata obecně, sexuální zneužívání, násilí v rodinách, špatnou péči, nežádoucí dítě, ale i protektivní faktory a empatii. Nástroje se neustále zdokonalují, a stále jsou vyvíjeny i nové nástroje, neboť i naše společnost se neustále mění a s tím podléhají změnám i faktory, které jsou zkoumány. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 35-40)

Ohodnocování životních událostí a chronického stresu

Faktory chronického stresu jsou pravděpodobně značně zanedbávány při standardních klinických anamnézách, přestože existuje mnoho literatury a výzkumů na toto téma, které prokazují devastující účinky právě chronického stresu. Co se týče dopadu stresu na zdraví člověka, záleží na řadě faktorů. Zdaleka nepůsobí na každého člověka stejné situace stejně. Někdo má stres ze zkoušek, někomu to připadá nesmyslné, ale má panickou hrůzu z návštěvy zubaře. Jednoduše můžeme shrnout, že dopad stresu záleží nejen na vnějších okolnostech, ale v mnohém také na interpretaci jedincem a na jeho osobnosti. Podílí se jak vlastnosti vrozené, např. temperament, tak získané, např. charakterové vlastnosti, ale velký vliv mohou mít i životní zkušenosti, věk a případně schopnosti vypořádat se s psychickou zátěží. Ty mohou být přirozené, ale také se dají do značné míry naučit. Co se týče vlastního dopadu na zdraví, je jediné, co se takřikajíc počítá, právě a jen subjektivní reakce jedince. Taktéž u náročných životních situací je velká interindividuální rozdílnost. Zatímco u někoho může úmrtí blízké osoby způsobit nemoc či smrt, u jiného to nemusí mít příliš zásadní vliv. Důležitou roli hrají tzv. copingové strategie či programy, tj. strategie, jakým způsobem jedinec reaguje na přítomnost stresoru. Interakce mezi stresorem a copingovým faktorem se nám pak odráží ve složce behaviorální, a taktéž v emoční či psychologické, a následně i fyziologických reakcích. Jak jsme již dříve uvedli, tyto fyziologické reakce jsou provázány aktivací sympatické části autonomního nervového systému. V Selyeho teorii stresu jsme se zmínili o GAS (general adaptation syndrome), který má tři části, poplachovou, adaptační a konečně fázi vyčerpání. Dále jsme se zmiňovali o vlivu silného i slabého a dlouhodobého stresu na alostázu a potažmo zdraví jedince. V životě člověka je nepřetržitý sled okolností, a o tom, že řada z nich může vyvolávat stresové reakce, asi není pochyb. V oblasti vyhodnocování vlivu psychické zátěže na zdraví člověka, bude tedy důležité kvalitně tyto potenciální stresory v anamnéze rozpoznat, zatřídit a vyhodnotit. Jistě bude výhodné či víceméně nutné začlenit do hodnocení i osobnost hodnoceného, nicméně je důležité i správně, objektivně a systematicky dohledat v životě všechny faktory, které by mohly mít význam. Velmi často se totiž stává, že si vůbec neuvědomujeme, co nás stresuje, takže pokud bychom se spoléhali na to, co si každý jako stresor označí sám, byl by výsledek takového zkoumání nepřiliš validní. Často může dojít i k tomu, že člověk stres hodnotí jako pozitivní, vyhledává jej, např. v zaměstnání či ve volném čase formou svých hobby, přesto takový racionálně pozitivně chápaný stres může mít negativní vliv na naše zdraví. To, že si jej racionalizujeme jako neškodný či pozitivní, zpravidla nezmění mnoho na tom, jaké fyziologické reakce v našem těle vyvolá a jaké dopady na toto tělo tím způsobí. Stresory můžeme dělit dle intenzity a délky působení. U těch akutních zpravidla umíme určit počátek a trvání, u dlouhodobých chronických stresorů to může být problematictější,

zpravidla si nemůžeme být příliš jistí dobou a počátkem, i když někdy samozřejmě i tyto chronické stresory mohou být striktně vymezeny. Chronické životní obtíže mohou být dlouhodobé, ale i celoživotní, například nevyřešená traumata, ale i nevyřešené spory, neschopnost odpustit apod. V neposlední řadě nesmíme opomenout katastrofické zážitky jako tsunami, zemětřesení, tornáda, požáry, povodně apod., které mohou zapříčinit posttraumatickou stresovou poruchu. Člověk může přijít najednou o majetek, „vzpomínky“, ale i své blízké. Nežádka tyto události vyvolávají i zvláště podmíněné stresové reakce, například kdo zažil obrovskou povodeň v r. 2002, může prožívat „muka“ při každém silnějším dešti. Podobně ale mohou působit jakékoli silné zážitky, které si člověk napojí na nějaký spouštěč: autonehody, násilí, úrazy apod. U řady náročných životních situací bylo provedeno mnoho výzkumů, které se zaměřovaly na tři fáze před, v průběhu a po traumatizující události. Na tomto základě byly vytvořeny dva rozdílné přístupy k vyhodnocování, jeden využívající dotazníku a druhý řízeného rozhovoru. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 58-60)

Standardizované metody záznamu náročných životních událostí

K hodnocení náročných životních situací často používáme seznam těchto situací, kde zkoumaná osoba retrospektivně označuje, co prožila, případně kolikrát v určitém časovém období, jednu takovou škálu jsme uvedli v předchozích kapitolách (Holmes a Rahe). Skóre z takového dotazníku se snaží objektivizovat a spočítat vliv vnější zátěže, který je normován na určité populaci. Dotazník je samozřejmě aktualizován a modifikován, neboť svět se nám poněkud hekticky mění. Nicméně jako každá metoda, i tato má řadu nedostatků. Vezměme si například ztrátu zaměstnání. Každý člověk bude stejně bodově ohodnocen. Jistě ale bude zásadní rozdíl, pokud přijde o práci žena ministra financí, bohatého podnikatele, nebo žena v úplné rodině, kde se bude muset případně uskrovnit, ale nikterak zásadně to chod rodiny neohrozí, oproti ženě samoživitelce se třemi dětmi, pro kterou to může být likvidační situace. Další paradox může nastat pokud práci ztratí někdo, kdo v ní byl například šikanován, může to pro něj být i významná úleva. Taktéž součet drobných událostí na pracovišti a v domácnosti zvyšuje stresové reakce, aniž bychom si to nutně uvědomovali, přesto v součtu může být dopad nezanedbatelný. Provádělo se mnoho studií, kde se zkoumala retrospektivně v populaci například korelace výskytu infarktu myokardu a prožitých náročných životních situací. Skeptici sice tyto retrospektivní studie zpochybňují s tím, že retrospektivní hledání smyslu může ovlivnit nálezy. Nicméně výsledky těchto studií se velmi shodovaly se studii prospektivními, které sledovaly zdravé jedince po delší dobu a zkoumaly, u koho dojde ke zdravotnímu problému. Další výzkum se zabýval hledáním „spouštěčů“, tedy událostí, které se vyskytovaly těsně, tedy 24 hodin před srdeční příhodou, a další zkoumal období týden před ní. Tyto studie byly taktéž zpochybňovány, nicméně ukázaly vazbu mezi událostmi a zdravotními problémy. V průběhu studií se také ukázalo, že pokud se jedinci podaří „nasbírat“ v určitém čase určité množství negativních událostí, které překračuje určitý habituační rámec dané osoby, dojde k výraznému zvýšení rizika onemocnění. Taktéž lidé, kteří se pokusili spáchat sebevraždu a přežili, velmi často zmiňují určitou sumaci událostí, která způsobila, že „pohár přetekl“. Zase je toto zpochybňováno stejným způsobem, tj. smysl byl hledán retrospektivně, tudíž validita se snižuje. V průběhu výzkumů se také ukazuje, že máme různou odolnost, tedy že každý jedinec má jinou úroveň psychické zátěže, kterou je schopen zvládat. Další otázkou jest, do jaké míry nás ovlivňují negativní i pozitivní události. Podle některých teorií jde vlastně o zatížení našich adaptačních schopností, takže i události jako svatba či narození dítěte, které mnozí chápou pozitivně, mohou mít podobné dopady na naše zdraví jako události negativní. To může na první pohled vypadat poněkud nestravitelně, ale pokud bychom se nad radostnou událostí zamysleli jako nad spouštěčem například infarktu

myokardu, tak již to bude o poznání uvěřitelnější i pro běžnou lidskou logiku. Na druhé straně nedostatek pozitivních událostí v životě může působit taktéž problém. Studie ukázaly, že také nedostatek pozitivních událostí v dětství je problematický a spolupodílí se na větším výskytu zdravotních problémů. Někteří výzkumníci metodu dotazníku odmítají, neboť neumožňuje zkoumat celou řadu dalších aspektů události, jako je kontext, smysl, časový průběh apod. Tvrdí, že jen v rozhovoru lze detailně určit, zda událost je opravdu životní událostí s patřičným dopadem, nebo se spíše započítá mezi dlouhodobější životní obtížnosti. Na kontextu samozřejmě také velmi záleží, nakolik je daná událost chápána jako hrozba či není. Například těhotenství může být v mladém věku a bez podpory chápáno jako ohrožující, ale ve většině chtěných případů je to naopak pozitivní a žádoucí stav. Co se týče časování, je také rozhovor vhodnější, neboť lépe umožní zachytit časové údaje, tedy co bylo dříve a co později, čímž můžeme získat větší náhled kauzality v daném okamžiku, taktéž daleko lépe začleníme události na časové ose života. Nevýhodou

rozhovoru je snad dlouhý čas, který tato metoda vyžaduje. Byl tedy vytvořen určitý manuál pro vedení rozhovoru, který poskytuje určitou standardizaci. Tento manuál se v angličtině nazývá „The interview for recent life events“, tedy rozhovor o minulých životních událostech a je běžně dostupný na internetu, např. zde: http://www.karger.com/ProdukteDB/katalogteile/isbn3_8055/_98/_53/suppmat/p64-Table-2.pdf (20.2.2014, 22:30)

Práce a nezaměstnanost jako stresory

Práce či nezaměstnanost jako významné stresory pravděpodobně nikoho nepřekvapí. Mnoho se zde po pádu minulého režimu změnilo. Zatímco dříve člověka mohla práce stresovat, ale nezaměstnanosti se opravdu bát nemusel, dnes je vystaven tlaku obého a nezaměstnanost se stala skutečně „strašákem“ doby. Má to samozřejmě i celou řadu vedlejších efektů. K těm nejzásadnějším patří změna chování zaměstnavatelů, změna způsobu zaměstnávání a změna způsobu a výše odměňování za odvedenou práci. Řečeno jednoduchým jazykem, vysoká nezaměstnanost umožňuje zaměstnavatelům zacházet s lidmi jako s otroky, zaměstnávat je všelijakým podlouným způsobem, na dohody o provedení práce, dohody o pracovní činnosti, přes pracovní agentury nebo na živnostenské listy v systému „Schwartz“. To vše umožňuje platit zaměstnance minimálně, subminimálně, ale často také za krátkodobé zaměstnání vůbec. To, co se dnes děje na trhu práce v naší zemi, již nemá s civilizovaným světem příliš společného a začíná to připomínat spíše asijský trh práce. Nesmíme zapomenout ještě na jeden atribut, a to neustálou fluktuaci a propouštění. Jako by se všichni zaměstnavatelé domluvili, zcela proti logice dokola propouštějí zaměstnance a najímají nové. Zdánlivě nelogické konání, pravděpodobně má svoji latentní logiku. Prvním důvodem může být nechuť zvyšovat mzdu s ohledem na praxi a důvod druhý by mohla být tendence vyvolat v lidech strach, úzkost, existenciální obavy, a tím je držet v šachu, aby byli snáze ovladatelní, snesli brutálnější zacházení a byli ochotni pracovat za „almužnu“ v prostředí drsné šikany. Jaký dopad na lidskou psychiku to může mít, není tak jednoduché si představit, jak by se na první pohled možná zdálo. Bezmoc člověka, který jde při hledání práce od konkurzu ke konkurzu, od prohry k prohře, je nesdílitelná, kdo nezažil, nepochopí. Často dochází k totální rezignaci, životnímu „vyhoření“ či „naučené bezmocnosti“, což je psychologický termín o který nás obohatil Martin Seligman. Tento autor zkoumal, jaké dopady má naučená bezmoc na zvířata i na lidi, jaké jsou vazby mezi naučenou bezmocí a depresí apod. Samozřejmě

ztráta zaměstnání nemá jen psychické dopady, ale také sociální a hlavně ekonomické. Nezřídka není existenciální obava jen strachem, ale záhy se pro řadu nezaměstnaných stává realitou. Aby takový člověk měl možnost pobírat základní sociální dávky, nesmí mít dle soudobých zákonů v podstatě téměř žádný majetek, tj. např. ani vlastní dům či byt. Je tedy jasné, že stavy nezaměstnanosti jsou pro řadu jedinců ohrožující v základních funkcích a např. pro matky samoživitelky mohou být skutečně katastrofou, neboť hrozí i odebrání dětí ze sociálních důvodů. Situaci může vyhrotit například i zadluženost jedinců a rodin, ke které jsme soustavně manipulováni reklamou a někdy i nuceni reálnou situací. Taková návštěva exekutora je pak vrcholem nastavení soudobé společnosti. Není tedy divu, že tyto situace jsou likvidační nejen v oblasti ekonomické a sociální, ale mají velmi hluboké dopady na lidskou psychiku a jejím prostřednictvím na fyzické zdraví jedince. Nejen nezaměstnaní, ale také zaměstnaní jsou velmi často pod obrovským tlakem. Vysoké procento nezaměstnanosti umožňuje zaměstnavatelům daleko lépe „vykořisťovat“ své zaměstnance a daleko hůře s nimi zacházet. Často to jsou nereálné požadavky jak kvalitativní, tak kvantitativní či časové. Velmi často je také využíván systém pokut a restrikcí, umožňující to, že v extrémní situaci zaměstnanec pracuje zadarmo, nebo se může dokonce dostat do záporných čísel. Další fenomén je výše zmíněné zaměstnávání, které obchází odvody sociálního a zdravotního pojištění, tj. různé dohody, systémem „Schwartz“ apod. Tímto zaměstnanec ztrácí veškeré jistoty, kromě jistoty, že jeho důchod se bude blížit nule. Velmi oblíbenou praktikou je taktéž zaměstnávání zcela „na černo“ nebo vyplácení čehokoli navíc nad minimální mzdu tzv. „na dřevo“. Nesmíme zapomenout na sezonní zaměstnávání, kdy zaměstnanec je např. na zimu „vrácen“ úřadu práce. Další oblíbenou praktikou zaměstnavatelů je neproplácení a neevidence přesčasů. Pracovník pracuje desítky hodin týdně navíc, aniž by za to byl jakkoli ohodnocen. Pokud se nad tím vším zamyslíme, je nanejvýš pravděpodobné, že tento způsob může být pro řadu jedinců extrémně psychicky náročný. Je možné, že mladší generace již je na tuto situaci částečně adaptována, nicméně nejen jich se dotýká. Velmi často se nezaměstnanost týká lidí, kteří jak za minulého, tak za tohoto režimu celý život poctivě pracovali, a dnes se ve věku nad 40 let často stávají zcela nepotřebnými a nezaměstnatelnými, jejich život se pro ně často stává bezcenným a ztrácí smyslu.

Napětí způsobené těmito aspekty může být základem řady zdravotních problémů. Nejen tyto akutní problémy, ale při delším chronickém zatížení stresem pracovním, či stresem z nezaměstnanosti vzniká řada problémů spojených právě s dlouhodobým stresem. Dopady tohoto stresu mohou způsobovat celkové vyčerpávání organismu a imunitního systému, změny krevního tlaku, srdeční arytmie, sníženou hladinou testosteronu a imunoglobulinů. Psychické přetížení může také zapříčinit větší úrazovost, samozřejmý je dopad na psychiku, tj. i psychiatrické či psychologické problémy jsou běžným výsledkem. Mnoho lidí dnes dlouhodobě užívá antidepresiva, aby byli schopni v tomto systému existovat, což může být z dlouhodobého hlediska velmi problematické. K testování pracovní zátěže a pracovního prostředí byly vytvořeny standardní metody, jako rozhovor a dotazníky. Jedním z nich je dánský dotazník COPSQ, který můžeme získat např. zde: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Spoergeskemaer/copsoq/english-copsoq-2-ed-2003-pdf.pdf> (10.2.2014, 12:20), další je například JCQ (Job Content Questionare), který ve zkrácené verzi můžeme získat zde: <http://www.workhealth.org/UCI%202007/practicum%2006%20JCQ%202007.pdf> (10.2.2014, 12:02)

Pokud zkoumáme jedince z pohledu psychosomatického, je třeba se zamyslet nad kombinací problémových faktorů z dětství a faktorů z průběhu života, jako jsou chronické stresory, jak z dětství, tak z dospělosti. Výzkumy ukazují, že akumulace kritických životních událostí je velmi důležitá. Taktéž se ukazuje, že problémy v dětství bývají často následovány problémy v dalším průběhu života. Problémy postupně akumulované často

způsobí metabolické poruchy a jsou také zjistitelnější pomocí fyziologických korelátů. Jedná se o dlouhodobé přetížení alostázy se všemi důsledky. Můžeme měřit například tlak krve, body-mass-index, obvod pasu, hladinu cholesterolu, triglyceridů, lipidů, glukózy, imunologický stav a stav osy hypotalamus – hypofýza – dřeň nadledvinek – obvykle na základě kortizolu atd. Díky tomu, že stresory se akumulují, je důležité v praxi nezapomínat na stresory pracovní či stresory z nezaměstnanosti. Nástroje k testování můžeme získat např. na <http://www.drrahe.com/> nebo <http://www.workhealth.org/>

(Fava, Sonino, Wise 2012, str. 64-69)

Vliv životního stylu na zdraví

Životní styl zahrnuje fyzické aktivity, způsob stravování, zneužívání návykových látek, denní či dlouhodobější rytmy, spánek, využití volného času, ale i životní kontext – rodina, přátelé apod. Lidé tyto zvyky integrují často do svého životního stylu podvědomě, někdy však i na základě manipulace či módy. Dnes je moderní např. vegetariánství, veganství a dosahuje mnohokrát až fanatických či militantních rozměrů, u mládeže můžeme zmínit např. „Emo-styl“, „Hip-hop styl“ apod. Na základě vytvořeného leckdy iracionálního stylu se odehrávají behaviorální reakce. O těchto iracionálních přesvědčeních pojednáme detailněji dále. Tyto konstrukty jsou často v těsné souvislosti s dalšími aspekty lidské psychiky, jako jsou výše zmíněné rizikové faktory v průběhu života. Jako jednoduchý příklad můžeme uvést např. vznik závislosti na návykových látkách jako důsledek nějakého traumatu. Samozřejmě vznikají daleko složitější vazby mezi životními zkušenostmi, traumaty a tím, jaký imaginární svět si na těchto základech vystavíme. Část tohoto chování máme pod kontrolou a část se zase z různých důvodů naší kontrole vymyká. Standardizované rozhovory a testy nám mohou pomoci nashromáždit potřebné informace i z této oblasti. Simulují reálné situace a zkoumají reakce jedince na ně. Sbírají nejen kvantitativní informace, ale taktéž mohou získat různé informace o interpersonálním chování respondenta, variacích chování, stimulech podmiňování apod. Často může být v psychosomatickém přístupu velmi důležité získat nejen přehled o různých vzorcích chování jedince, ale právě způsob, jak k tvorbě či modifikaci těchto vzorců dochází a na základě jakých stimulů, vnějších i vnitřních. Je potřeba se samozřejmě důkladně věnovat i těmto informacím, byť nesouvisí vždy přímo s psychikou, přesto však jsou velmi důležité pro komplexní hodnocení zdravotního problému.

Příjem potravy

Co se příjmu potravy týče, nejčastěji se setkáme s různými kategoriemi poruch příjmu potravy. Mezi ně patří např. mentální anorexie, bulimie, ale i orthorexie, bigorexie či obezita. S poruchami příjmu potravy souvisí např. kardiovaskulární onemocnění, diabetes, některé druhy karcinogenních onemocnění či mrtvice. Zjišťování informací o příjmu potravy doplníme měřitelnými údaji. Jedná se o antropometrická data jako body-mass-index (BMI), který je jedním z indexů zjišťujících míru nadváhy či podváhy. Tato měření lze doplnit měřeními elektronickými, která zjišťují poměr tuku, vody a svalové hmoty v těle. Měření se provádí na základě měření impedance těla střídavým proudem 50kHz malého napětí, a to buď mezi horními končetinami nebo na horních i dolních končetinách. Možnosti přesnosti tohoto měření se nám však zdají velmi diskutabilní. Samozřejmě laboratorní měření cholesterolu, tuku, cukru je výbornou informací. Používá se taktéž dotazník stravovacích návyků, kam si respondent např. týden zapisuje všechna jídla včetně množství a přesného času konzumace. Velmi často i zde hrají roli behaviorální a také kulturní faktory. Zvyky rodinné, národnostní či religiozní se taktéž mohou výrazně podílet na vytvoření stravovacích návyků. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 72-76)

Fyzická aktivita

Na prospěšnosti fyzické aktivity pro zdraví jedince se pravděpodobně shodne široká část veřejnosti i akademické obce. Pokud člověk nemá dostatek pohybu, může to mít řadu zdravotních dopadů. Samozřejmě, že i v této oblasti je potřeba znát míru. Není asi pochyb, že každodenní procházka, jízda na kole, plavání a cvičení v míře rozumné je zpravidla tělu i psychice prospěšné, nelze to však univerzálně tvrdit o jakékoli fyzické činnosti. Rozhodně je potřeba, aby fyzická aktivita byla pestrá, vyvážená a taktéž nepřekračovala možnosti jedince. Je tedy potřeba přizpůsobovat tyto aktivity tělesným dispozicím, věku, aktuálnímu stavu jedince, počasí, pracovnímu vyčerpání apod. Pravděpodobně nemůžeme za přirozeně zdravé označit aktivity vrcholového sportovce, které rozhodně mohou v určitých případech působit zcela opačně v duchu sarkastického hesla „sportem ku zdraví a trvalé invaliditě“. Dochází-li k přetěžování, je pravděpodobné, že si to vyžádá časem patřičnou „daň“. Ta může být reprezentována jak zvýšeným opotřebením, například kloubů, tak vysokou psychickou zátěží se všemi jejími dopady, ale také zvýšenou úrazovostí, pokud se jedná o sportovní aktivity se zvýšenými riziky. Taktéž sama soutěživost může být vysokou psychickou zátěží, či dopad zklamání z případného neúspěchu. Pasivita naopak může být příčinou různých problémů s pohybovým systémem, lymfatickým systémem, ale taktéž systémem kardiovaskulárním. Neaktivita může mít také dopady v oblasti psychické, neboť právě fyzická činnost umožňuje odbourávání nahromaděného stresu. Pasivita tedy může souviset i s depresemi, úzkostmi a řadou dalších psychických problémů. Také v případě redukce nadváhy či obezity je fyzická aktivita ve spojení s dietou, či lépe s úpravou jídelníčku, tou nejlepší cestou. Samozřejmě, že ruku v ruce s redukcí váhy se dá očekávat i zlepšení psychického stavu jedince, zlepšení sebehodnocení a zvýšení optimismu či ústup depresivních a úzkostných nálad. V psychosomatickém přístupu jakožto celostním je tedy důležité zabývat se i touto stránkou života. Konvenční medicína si s pohybovou aktivitou příliš „hlavu neláme“, pokud nejde o poruchy pohybového aparátu, nicméně dopad aktivity, či spíše neaktivity, můžeme najít u řady zdravotních problémů. Není jednoduché hodnotit fyzickou aktivitu, neboť se skládá z mnoha různých dílčích činností, že její přesné měření by bylo problematické. Zdá se, že nejdůležitější je celkové množství těchto aktivit, a dílčí parametry jsou důležité méně. Samozřejmě existuje řada možností, jak změřit určitou kondici jedince. Jsou to různé zátěžové testy, kdy měříme například, jak reaguje tepová frekvence či kolik jednotek určitého zátěžového úkonu je jedinec schopen vykonat za určitý časový úsek. Další možností jsou dotazníky, kde jedinec subjektivně hodnotí svou aktivitu v jednotlivých bodech včetně četnosti a délky provádění. Zde však musíme počítat s faktorem sociální desirability, tedy že jedinec pravděpodobně bude skutečnost více či méně nadhodnocovat. Většinou se zaměřujeme na aktivity v průběhu 24 hodin a jednoho týdne. Dotazníky mohou používat uzavřené otázky s předdefinovanými formami aktivit, i volné otázky pro aktivity atypické, které uzavřené otázky neobsáhly. Jak již bylo výše uvedeno, zabýváme se deviací jak zápornou, tak i kladnou, tudíž i nadměrná fyzická zátěž může být z mnoha důvodů škodlivá. Dotazníků lze najít na internetu mnoho, většinou ne v češtině, ale pro inspiraci jistě postačí. Zde je odkaz na dotazníky ze stránek University of Washington: <http://depts.washington.edu/hprc/rapa> (10.2.2014, 20:10).

Užívání návykových látek

Užívání alkoholu, drog, kouření, ale i další návyky mají taktéž neblahý vliv na lidské zdraví. Samozřejmě byly mnohokrát prokázány vlivy jak na tělesné zdraví, tak na destrukci psychiky, skrze níž může dále docházet k devastaci fyzického zdraví. U závislosti drogových, alkoholových, ale i např. u workholismu či gamblerství často dochází k destrukci sociálních vazeb, rozpadu rodin, vyloučení, ale také nezřídka dochází i k trestné

činnosti. a to buď pod vlivem návykové látky, nebo jen za účelem opatřit si na danou „drogu“ peníze. Těžko určovat, jaké závislosti jsou nebezpečnější, názory v literatuře se různí, nicméně zpravidla se bude jednat o problém závažný. I v této oblasti se zjišťují informace velmi obtížně, neboť lidé své závislosti zpravidla velice bagatelizují, popírají, či vyřešují. Na výpověď jedince se v tomto případě pravděpodobně nelze vůbec spoléhat a daleko relevantnější mohou být informace z jeho okolí.

Alkohol

Konzumace alkoholu je třetí největší rizikový faktor v oblastech či skupinách se středními příjmy. Alkohol může být jedním z faktorů u mnoha zdravotních problémů, např. neurologických, mentálních, gastrointestinálních, kardiovaskulárních, případně nádorových onemocnění. Samozřejmě alkoholová intoxikace stojí v pozadí mnoha úrazů, dopravních nehod či násilí, včetně domácího násilí. Alkohol je problémem v mnoha zemích. Donedávna byl spíše doménou mužů, ale zdá se, že ženy v posledních dekadách začínají muže statečně dohánět. Dopad na zdraví ženy je přitom zpravidla závažnější, taktéž společenské dopady bývají zásadnější, u žen také rychleji vzniká závislost. Ženský alkoholismus má i další svá specifika. Často probíhá dlouhodobě v utajení, ženy popíjí z lahví ukrytých ve skříních vlastního bytu a udržují si celodenní hladinu, zatímco muži velmi často alkohol kombinují se společností „kamarádů z mokré čtvrti“ v různých nálevnách. Ženy taktéž užívají alkohol k udržení konstantní hladiny alkoholu v krvi, zatímco muži často pijí nárazově a takříkajíc „do němoty“. Samozřejmě u konzumentů jsou velké rozdíly v tom, jakým způsobem alkohol užívají, jak často a v jakém množství. Záleží také a na dispozicích konzumenta, jako je věk, pohlaví, tělesná konstrukce, genetické předpoklady, ale taktéž případně etnický původ. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 80-84)

Způsob hodnocení závislosti se může lišit dle lokálních zvyklostí. Můžeme to vidět i na dopravních předpisech. Některé země EU tolerují určité množství alkoholu u řidičů, a to až do 0,8 promile. Pro hodnocení existují samozřejmě standardizované nástroje. Je potřeba v tomto případě tedy vycházet z nástroje standardizovaného pro danou lokalitu. Studie, výsledky a metodiku můžeme najít např. na stránkách Světové zdravotnické organizace, zde: http://www.who.int/substance_abuse/activities/gad/en/ (10.2.2014, 20:30). Příklad dotazníku on-line: Cage questionnaire <http://psychology-tools.com/cage-alcohol-questionnaire/> (10.2.2014, 20:30). Další možností jsou laboratorní doplňkové testy, které nám umožňují rozeznat případné fyziologické změny v organismu.

Nikotinismus

Dopady kouření na lidské životy jsou zcela zásadní. Je odhadováno, že kouření způsobí až 5 milionů úmrtí ročně, a jen v USA je to více než 400 tisíc úmrtí. Nejvýznamnější zdravotní dopady obecně přisuzované kouření jsou aterosklerotická kardiovaskulární onemocnění, rakovina plic a chronická onemocnění plic. Kouření cigaret je široce rozšířenou závislostí, vyvolávanou psychosociálními a psychologickými aspekty kouření a na bázi fyziologického návyku na nikotin. Podílí se zde emoční spouštěče, spouštěče prostředí, socioekonomické faktory, personální faktory, kulturní rozdíly apod. Kouření může být taktéž součástí neurotických poruch, kde slouží jako určitá kompenzace, často vzniká také jako určitý společenský rituál. Hodnocení nikotinismu můžeme rozdělit na metody kvalitativní, kvantitativní a objektivní. Kvalitativní metody se zaměřují na kontext, způsob závislosti, za jakých okolností respondent sáhne po cigaretě, zda se pokusil přestat a selhal apod. Kvantitativní se zaměřují na fyziologickou složku závislosti na nikotinu, množství spotřebovaných cigaret a metody objektivní měří množství

metabolitů v krvi a moči, což poskytuje objektivní informaci, neboť měří skutečnou hladinu nikotinu, a tím ukazují míru závislosti. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 84-85)

Nelegální návykové látky

Návykové látky, jejichž užívání je v rozporu se zákony, často nazývané prostě drogy, jsou další nedílnou součástí zdravého či nezdravého životního stylu. Jejich užívání řadíme mezi riziková chování a snažíme se užívání eliminovat prevencí. V souvislosti s psychikou či psychosomatickým přístupem se drogy častěji vyskytují v souvislosti s nežádoucími psychickými stavy jako úzkost, deprese či depresivní nálady, ale i různé neurotické poruchy, poruchy chování a poruchy osobnosti. Proto je velmi důležité při hodnocení pro účely psychosomatického přístupu zkoumat i tuto oblast lidského konání. Pokud zjišťujeme u jedinců, jaké látky by u nich mohly připadat v úvahu, je dobré začít od těch nejlehčích a legálních. Tedy začneme například kofeinem, pokračujeme dotazy na kouření, pak se přesuneme k alkoholu, kde začneme pivem, které víceméně řada lidí za alkohol nepovažuje. Když se dostaneme k zakázaným látkám, je dobré se dotazovat zase na ty nejméně společností odmítané, tedy marihuanu, a až na samý konec je vhodná doba se dotazovat na takzvané „tvrdé“ drogy. Musíme však očekávat, že dotazovaný jedinec nebude mít často příliš velkou touhu se těmito informacemi chlubit a budou tedy často velmi zkršené. Další důležitou součástí dotazování jsou různé medikamenty, například psychofarmaka, analgetika apod., které mohou být taktéž nadužívány a mohou vyvolat určitou formu závislosti. Součástí dotazování by mělo být i kvantitativní zjištění, jaké množství jedinec užívá, například v průběhu 24 hodin, týdne či měsíce. V neposlední řadě nám cenné informace může poskytnout laboratorní vyšetření krve, slin, vlasů či moči, které může určit celkem spolehlivě množství metabolitů některých návykových látek i s odstupem času od aplikace.

Jako nástroje můžeme použít některý z dotazníků. Například „CAGE questionnaire“ upravený pro drogy:

http://www.magellanproviderfocus.com/media/379891/aod_cage_cage-aid_screening.pdf (15.3.2014, 15:30) nebo „The Drug Abuse Screening Test (DAST)“

http://www.drtepp.com/pdf/substance_abuse.pdf (15.3.2014, 15:30). Samozřejmě můžeme zkoumat chování a jednání jedinců, které může být do značné míry ovlivněno. Taktéž je možno analyzovat produkty, například psaný či mluvený projev, kde může docházet k různým poruchám jak pod vlivem drog, tak i následně po jejich užívání.

Sexuální funkcionality

Správné fungování člověka v oblasti sexuální je jeden z důležitých faktorů zdraví a kvalitního života. Představitel humanistické psychologie a tvůrce pyramidy potřeb Abraham Maslow řadí uspokojování sexuálních potřeb na stejnou úroveň s potřebou příjmu vody a potravy. Samozřejmě, že na rozdíl od těchto potřeb, bez sexu lze pravděpodobně prožít celý život, nicméně u řady jedinců absence saturace této oblasti potřeb může vést k různým psychickým a potažmo i fyziologickým problémům. Provázanost můžeme spatřovat i opačně, neboť při velké stresové zátěži může být problém se sexuálními funkcemi jedním z prvních varovných příznaků. U mužů to bývá porucha erekce, u obou pohlaví ztráta zájmu o sex a ztráta libida, tyto problémy však mohou být nastartovány i z jiných než psychických důvodů, například užitím antidepresiv a zpětně působit na psychiku, kterážto zase udržuje tyto problémy a začarovaný kruh se uzavírá. Obecně se jeví, že více trpí sexuálními problémy, dysfunkcemi ale i samotným nedostatkem sexu muži. Samozřejmě, že i fyziologicky může způsobit nedostatek sexu určité problémy na úrovni centrálního nervového systému, periferního nervového systému

a endokrinního systému. Prozatím byla tato oblast podceňována i v psychosomatickém přístupu, nicméně zdá se, že je potřeba se i na ní zaměřit, neboť u mnoha jedinců může mít vliv na psychické i fyzické zdraví a na pocit duševní pohody. Hodnocení by se mělo zaměřit na případné dysfunkce, na aktivitu, kvantitu a kvalitu, schopnost a četnost dosažení orgasmu, kdo z partnerů je v sexu více aktivní a celkovou spokojenost či nespokojenost se sexuálním životem, případně zkoumat psychické napětí z nespokojenosti vzniklé. Další z oblastí mohou být úchytky, sexuální fantazie, sexuální orientace. Důležitý může být i chronologický vývoj problému, organická i fyziologická etiologie problému. V sexuální oblasti lze očekávat významné interindividuální rozdíly. V případě problémů může významně pomoci i vyšetření endokrinologické, neurologické či psychologické. K psychometrické diagnóze lze použít například *Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch*, sekci sexuálních poruch. Inspirací nám může být i *Arizona Sexual Experiences Scale* (ASEX) http://www.saadshakirmd.com/uploads/documents/Arizona_Sexual_Experiences_Scale.pdf (15.3.2014, 16:30) nebo *The Female Sexual Distress Scale-Revised* (FSDS-R; revised 2005) http://www.obgynalliance.com/files/fsd/FSDS-R_Pocketcard.pdf (15.3.2014, 16:30)

Hodnocení sexuálního života by mělo být nedílnou součástí psychosomatického přístupu, neboť sexuální prožívání je svébytnou součástí spokojeného života většiny lidí.

Psychologické faktory působící v případě nemoci či poruch

Jak již jsme mnohokrát zmínili, nejen psychosomatické působení, ale i somatopsychické jest v oblasti zájmu celostního přístupu. Tedy i v případě, že člověk má onemocnění či jakýkoli zdravotní problém, v jehož etiopatogenezi se psychické faktory nevyskytují, může tento problém vyvolat řadu psychických korelátů. Samozřejmě každý problém, který sužuje naše zdraví či plnou funkčnost, působí určitá omezení, která se psychicky projeví. Může to být úzkost, deprese, zoufalství, bezmoc, strach ze smrti, ztráta smyslu života atd. Taktéž dochází ke změnám nálad a zpětným somatizacím, ale i bagatelizaci či popření problému. Může se tedy vyskytnout řada neobvyklých vzorců chování. Nesmíme zapomenout na významnou deviaci chování, kterou nazýváme hypochondrie a jež je charakterizovaná přehnaným a intenzivním zaměřením na vlastní zdravotní stav, projevujícím se reálně nepodloženým přesvědčením o vlastním vážném onemocnění. Takový člověk neustále vyhledává lékaře a požaduje další a další vyšetření či zákroky, ba dokonce operace. Opakem jsou jedinci úzkostní, kteří naopak mají upřímnou hrůzu z každého zákroku, či jen vyšetření. U nich pro změnu může dojít k tomu, že je zanedbána prevence i případná včasná léčba a lékaře vyhledávají až ve chvíli nejtěžšího zoufalství.

Další stav může být fobie ze zdravotnických zařízení nebo personálu, ale i samotné nemoci. U fobie z nemoci to může být konkrétní nemoc, dnes se asi nejvíce nabízí jako předmět nejfrekventovanější fobie rakovina. Je důležité vždy rozpoznat, zda jedinec inklinuje spíše k hypochondrii na straně jedné, nebo k opačnému extrému úzkostí, fobií a popírání nemoci. Ve většině těchto případů obou deviací od normy může psychosomatický přístup dosáhnout výborných výsledků, pokud se podaří konkrétní psychické „nastavení“ jedince dobře rozpoznat. Další významnou fobií je „thanatofobie“, strach ze smrti. Jedinec bez důvodu připisuje čemukoli význam pro jeho možnou či pravděpodobnou blízkou smrt. Popírání nemoci může mít různou genezi, ale často může být způsobeno velkou nedůvěrou v lékaře a systém zdravotní péče. Tuto nedůvěru nemusí být nikterak těžké po několika zkušenostech nabýt. Dalším problémem vyskytujícím se v této oblasti jsou somatizace. V podstatě všechny psychosomatické problémy jsou určitou formou somatizací. Psychický problém však může vyvolat i přímo tělesný, dokonce i akutní symptom, jako například ochrnutí, třes, palpitaci, gastrointestinální problém, jakékoli bolesti, závratě, chronickou

únavu, rudnutí kůže, dermatitidu, pocení atd. V těchto případech je velmi důležité, aby se podařilo objevit etiologii, neboť pokud jedinec podstoupí se somatizací konvenční léčbu, může tato způsobit spíše újmu. Rozlišení v takových případech však může být do značné míry obtížné, neboť velmi často si tuto souvislost vůbec nejsme schopni připustit. Somatizace mohou být jak akutní a přechodné, tak chronické a trvající dlouhý čas. Příkladem dlouhodobých může být syndrom dráždivého tračníku, dyspepsie či syndrom chronické únavy. Další projevy v behaviorální oblasti mohou být: dráždivá nálada, demoralizace, alexithymie. Alexithymii jsme se zabývali v předchozím textu. Dráždivá nálada v podstatě naplňuje termín samotný, jedná se o jedince se zvýšenou dráždivostí, vyhledávajícího či generujícího konflikty či vyhledávajícího negativní informace, nad nimiž se může rozčítit. Nejčastěji se vyskytuje u osobnostního typu A. Demoralizace pod vlivem nežádoucího stavu se může manifestovat zoufalstvím a bezmocí, nekompetencí problém zvládat či ztrátou smyslu. Ve všech těchto případech může být psychosomatický přístup výborný způsob, jak rozeznat genezi problému a zvolit nejvhodnější terapii.

(Fava, Sonino, Wise 2012, str. 111-116).

Hodnocení osobnosti

Jak jsme již dříve zmínili, napříč psychosomatickou medicínou prostupuje názor, že vlastní osobnost jedince má velký vliv. Tento vliv se projevuje například tím, jakým způsobem, do jaké míry a v jakých případech bude jedinec více zranitelný ve srovnání s jinými. Tyto názory se objevují již v první polovině 20. století. O typu-A osobnosti jsme se již zmínili, tedy jen připomeňme, že má zvýšená rizika koronárních problémů. Dalším typem, který jsme neuváděli, je typ-D. Tento typ inklinuje k distresu, má vysokou negativní afektivitu, což znamená, že vyhledává negativa a negativně prožívá, taktéž má znaky sociální inhibice a vyhýbá se často potenciálním hrozbám sociálního kontaktu. Popisy typů A, B a C včetně rozřazovacího testu A/B najdeme např. na stránkách Prof. PhDr. Rudolfa Kohoutka, CSc. <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/osobnost-typu-c> (18.3.2014, 16:30). Další důležitý atribut osobnosti může být alexithymie popsaná výše, neboť alexithymik vnímá svět zcela odlišně, a tedy i dopady na jeho psychiku a její reakce budou do značné míry odlišné ve srovnání s průměrem populace. U těchto jedinců můžou k porozumění pomoci projektivní testy, jako např. Rorschachův test. Italy zkonstruovaný sebehodnotící test alexithymie TAS-20 si můžeme on-line vyzkoušet například zde: <http://www.alexinfo/test.html> (18.3.2014, 16:35), případně nahlédnout do *Journal of Psychosomatic Research*, kde najdeme detailnější informace ohledně jeho validity a reliability: http://www.researchgate.net/publication/10602039_The_20-Item_Toronto_Alexithymia_Scale_III_Reliability_and_factorial_validity_in_a_community_population/file/79e41509071626464d.pdf (18.3.2014, 16:40).

Dalšími důležitými atributy osobnosti jsou temperament a charakter. Temperament souvisí již s výše zmíněnými osobnostními typy a udává nám dynamiku osobnosti, jejích emocí a reakcí, je do značné míry vrozený. Ovlivňuje percepce, zvyky, schopnosti atd. Používáme zpravidla Eysenckův čtyřdimenzionální model, tj. můžeme využít i odpovídající test, například zde: <http://www.temperament.wladik.net/> (18.3.2014, 16:50), případně použít TCI – Temperament and character inventory questionnaire. Další možností je pětifaktorový tzv. „Big five“ test. dostupný on-line např. zde:

<http://personality-testing.info/tests/BIG5.php> (18.3.2014, 16:50), popis vyhodnocování zde: http://www.myskillsprofile.com/Reports/b5fq_sample_report.pdf (18.3.2014, 16:50).

(Fava, Sonino, Wise 2012, str. 132-152)

Chování v nemoci

Další skutečností, kterou je potřeba zmínit, je chování člověka v průběhu nemoci či zdravotního problému. V této oblasti lidského chování najdeme velké inter-individuální rozdíly. Aspekty abnormálního chování v průběhu nemoci se zabýval Issy Pilowsky. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2978482/> (2.4.2014, 10:00) Věnoval se chování v průběhu nemoci a faktory jako je očekávání, maladaptivní chování, popření, experimentování, vnímání, hodnocení a reagování na aktuální zdravotní stav. Dotazník k sebehodnocení je například Kelnerův dotazník *Symptom Checklist-90-Revised*: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470479216.corpsy0970/abstract> (2.4.2014, 10:10). Samozřejmě chování nemocných a jejich prožívání má značný vliv na průběh nemoci a úspěšnou terapii. V nemoci se pro člověka mnohé mění, závisí samozřejmě na závažnosti, rozsahu a oblastech které jsou nemocí zasaženy, poškozeny či limitovány. Dle závažnosti se pak zpravidla odvíjejí i dopady na psychiku jedince. Nemoc zasahuje řadu oblastí, např. psychickou, sociální a fyziologickou. Jakým způsobem je člověkem k nemoci přistupováno závisí na mnoha faktorech. Velkou roli jistě hraje určité nastavení osobnosti, ale také vlastní zkušenost bude hrát roli zcela zásadní. Abnormální chování se může vyskytovat velmi často, ať již zapříčiněné právě špatnou zkušeností, nebo například úzkostí, temperamentem, ale i kulturními a sociálními determinanty. Motivace k chování může být jak vnitřní, tak vnější a jak vědomá, tak nevědomá, jak skutečná, tak „vznešená“. Také vyhledání lékaře je u každého jedince v mnoha případech různé. I pokud opustíme extrémní hypochondrie a popření nemoci, zbude nám ještě obrovský prostor mezi nimi. Zatímco některý člověk vyhledá pomoc při relativně malém subjektivním podnětu, jiný až „v nouzi nejvyšší“.

Pilovského pojetí abnormálního chování v průběhu nemoci, či jinak *disnosognosia* se zabývá maladaptivním stylem zakoušení, vnímání, očekávání, hodnocení a reagování na vlastní zdravotní stav. Toto abnormální chování a prožívání samozřejmě zpětně generuje problémy na rovině tělesné – somatizace. Somatizací rozumíme biologickou reprezentaci psychického problému bez organické patologie, která reaguje na psychoterapii. Problém může být odlišen somatizace od organické poruchy, často se mohou problémy překrývat či doplňovat, jako např. u dříve zmíněných žaludečních vředů. Znovu zde narážíme na fobii z nemoci (*nosophobia*), fobii ze smrti (*thanatophobia*), úzkosti spojené se zdravotním stavem a popření nemoci. Pro hodnocení se můžeme inspirovat také např. dotazníkem *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research Structured Interview* (DCPR-SI) https://www.karger.com/ProdukteDB/katalogteile/isbn3_8055/_98/_53/suppmat/p109-Appendix-B.pdf (18.3.2014, 16:55) či *Kelner Symptoms Questionnaire* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3597327> (18.3.2014, 17:00).

K hodnocení popření nemoci můžeme použít *H-C Denial Scale* 24-dimensionální polostandardizovaný rozhovor.

„*The Levine Denial of Illness Scale [97] was developed to overcome the shortcomings of the H-C Denial Scale. It assesses the following 24 dimensions: dissatisfaction with hospital care, dissatisfaction with physicians, disavowal of sleep disturbance, displacement of relevant symptoms, minimization of illness, lack of knowledge of diagnosis, lack of knowledge of prognosis, information avoidance, avoidance of health problems, delay in seeking treatment, cheerful mood, disavowal of anxiety, overt signs of anxiety, disavowal of depression, disavowal of fear regarding death, disavowal of anger or resentment, exaggerated self-confidence, preoccupation with irrelevant concerns, rejection of continued treatment, unrealistic optimism, non-compliance with current treatment, disavowal of dependence, detachment or indifference, use of humor.*“

(Fava, Sonino, Wise 2012, str. 171)

Každá dimenze má sedmibodové hodnocení, čím vyšší je skóre, tím více je nemoc popírána. Maladaptivní popírání nemoci bylo dlouho v medicíně ignorováno. Velmi často se s ním můžeme setkat u problémů psychických či psychiatrických. Role uvědomění si nemoci je důležitá, pacienti, kteří popírají nemoc se zpravidla léčí déle a hůře, mají problém dodržet léčebný režim. Na druhé straně ti, kdož si plně uvědomují svůj problém, jsou často úzkostnější a depresivnější nebo mívají suicidální představy. Daleko komplikovanější situace může nastávat u jedinců neurotických či psychotických, ať již jde o jejich náhled problému mentálního či náhled somatické nemoci. Vlastní vnímání nemoci záleží také na mnoha faktorech. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 172-173)

Leventhal vytvořil *The Common-Sense Model of Self-Regulation of Health and Illness*, který popisuje kognitivní a afektivní procesy, díky nimž jedinci reagují na vnímané ohrožení zdraví. <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/46/6/904.full> (18.3.2014, 17:30) Podle tohoto modelu na základě vstupních informací do systému můžeme odvodit kognitivní a emocionální reprezentace možného ohrožení zdraví ve třech následujících fázích. První fáze je fáze formování reprezentací, ve fázi druhé subjekt přizpůsobuje chování, aby mohl zvládat ohrožení a ve fázi třetí hodnotí efektivitu tohoto chování. Probíhá zde nekonečná zpětná vazba, která umožňuje modifikaci strategie, pokud se ukazuje, že nebyla zvolena šťastně. Tedy tímto mechanismem dochází k tomu, že reprezentace nemoci determinuje chování jedince ve zvládnání nemoci, tj. i v přístupu k tomu, kdy a případně jakou terapii vyhledá. V emoční reakci máme obsažené všechny afektivní odpovědi, jako je například strach nebo hněv. Kognitivní reakce je dle Leventhala čtyřdimenzionální. První dimenzí je *identita* – definování nemoci a jejích symptomů, druhou *příčiny* – to, o čem věříme, že nemoc způsobilo, třetí dimenzi tvoří *důsledky* – to, čemu věříme ohledně závažnosti a dopadu – a poslední čtvrtou dimenzí časová osa – naše víra ohledně toho, jak dlouho bude nemoc trvat a jaký bude mít průběh. K hodnocení můžeme použít mnoho nástrojů dříve uvedených. Důležité je si uvědomit, že postoj různých jedinců může být zcela odlišný. Jak v přístupu psychosomatickém, tak v přístupu konvenční léčby by s tím mělo být kalkulováno. (Fava, Sonino, Wise 2012, str. 173-176)

Hodnocení psychické pohody

Zdraví je nejen absence nemoci, ale také stav fyzické, psychické a sociální pohody, jak praví definice zdraví. Tudiž je potřeba se zajímat i o tuto pohodu, neboť z psychosomatického pohledu může být velmi zásadním determinantem zdravotního problému. Nevystačíme si tedy s měřením stavu nemoci či vztahu k nemoci, abychom dostatečně popsali zdravotní zátěž. Důležité je taktéž ohodnotit výše zmíněnou třídídimenzionální pohodu a zahrnout ji do celostního pohledu na hodnoceného jedince. V hodnocení používáme jak nástroje subjektivní, tedy jedincem vnímané a sdělované osobní pocity, tak nástroje, které mají určitou objektivní hodnotu, jako jsou například dotazníky. Jedním z nich je například *Kellner's Symptom Questionnaire*.

„ *Kellner's Symptom Questionnaire*

Please describe how you have felt DURING THE PAST WEEK TO DAY and make a small check mark like this √.

For example the word NERVOUS is on the first line: if you have felt nervous check YES like this √YES NO

If you have not felt nervous check NO like this YES √NO

A few times you have the choice of checking either TRUE or FALSE.

Do not think long before answering. Work quickly!

- 1 Nervous YES NO*
- 2 Weary YES NO*
- 3 Irritable YES NO*
- 4 Cheerful YES NO*
- 5 Tense, tensed up YES NO*
- 6 Sad, blue YES NO*
- 7 Happy YES NO*
- 8 Frightened YES NO*
- 9 Feeling Calm YES NO*
- 10 Feeling healthy YES NO*
- 11 Loosing temper easily YES NO*
- 12 Feeling of not enough air TRUE FALSE*
- 13 Feeling kind toward people YES NO*
- 14 Feeling fit YES NO*
- 15 Heavy arms or legs YES NO*
- 16 Feeling confident YES NO*
- 17 Feeling warm toward people YES NO*
- 18 Shaky YES NO*
- 19 No pain anywhere TRUE FALSE*
- 20 Angry YES NO*
- 21 Arms and legs feel strong YES NO*
- 22 Appetite poor YES NO*
- 23 Feeling peaceful YES NO*
- 24 Feeling unworthy YES NO*
- 25 Annoyed YES NO*
- 26 Feeling of rage YES NO*
- 27 Cannot enjoy yourself YES NO*
- 28 Tight head or neck YES NO*
- 29 Relaxed YES NO*
- 30 Restless YES NO*
- 31 Feeling friendly YES NO*
- 32 Feeling of hate YES NO*
- 33 Choking feeling YES NO*
- 34 Afraid YES NO*
- 35 Patient YES NO*
- 36 Scared YES NO*
- 37 Furious YES NO*
- 38 Feeling charitable, forgiving YES NO*
- 39 Feeling guilty YES NO*
- 40 Feeling well YES NO*
- 41 Feeling of pressure in head or body YES NO*
- 42 Worried YES NO*

- 43 Contented YES NO
- 44 Weak arms or legs YES NO
- 45 Feeling desperate, terrible YES NO 46 No aches anywhere TRUE FALSE
- 47 Thinking of death or dying YES NO
- 48 Hot tempered YES NO
- 49 Terrified YES NO
- 50 Feeling of courage YES NO
- 51 Enjoying yourself YES NO
- 52 Breathing difficult YES NO
- 53 Parts of the body feel numb or tingling YES NO
- 54 Takes a long time to fall asleep YES NO
- 55 Feeling hostile YES NO
- 56 Infuriated YES NO
- 57 Heart beating fast or pounding YES NO
- 58 Depressed YES NO
- 59 Jumpy YES NO
- 60 Feeling a failure YES NO
- 61 Not interested in things TRUE FALSE
- 62 Highly strung YES NO
- 63 Cannot relax TRUE FALSE
- 64 Panicky YES NO
- 65 Pressure on head YES NO
- 66 Blaming yourself YES NO
- 67 Thoughts of ending your life YES NO
- 68 Frightening thoughts YES NO
- 69 Enraged YES NO
- 70 Irritated by other people YES NO
- 71 Looking forward toward the future YES NO
- 72 Nauseated, sick to stomach YES NO
- 73 Feeling that life is bad YES NO
- 74 Upset bowels or stomach YES NO
- 75 Feeling inferior to others YES NO
- 76 Feeling useless YES NO
- 77 Muscle pains YES NO
- 78 No unpleasant feeling s in head or body TRUE FALSE
- 79 Headaches YES NO
- 80 Feel like attacking people YES NO
- 81 Shaking with anger YES NO
- 82 Mad YES NO
- 83 Feeling goodwill YES NO
- 84 Feel like crying YES NO
- 85 Cramps YES NO
- 86 Feeling that something bad will happen YES NO

- 87 Wound up, uptight YES NO
88 Get angry quickly YES NO
89 Self-confident YES NO
90 Resentful YES NO
91 Feeling of hopelessness YES NO
92 Head pains YES NO

Scoring Instructions:

For symptom subscales add together the following items and score 1 when the answer is Yes/True:

Anxiety (range 0-17): 1, 5, 8, 18, 30, 34, 36, 42, 49, 54, 59, 62,63,64, 68, 86,87

Depression (range 0-17): 2,6,24,27,39,45,47, 58,60,61,66,67,73,75,76,84,91

Somatic Symptoms(range 0-17):12,15,22,28,33,41,44,52,53,57,65,72,74,77,79,85,92

Hostility(range 0-17): 3,11,20,25,26,32,37,48,55,56,69,80,81,82,88,90

For well-being subscales add together the following items and score 1 when the answer is No/False:

Relaxation (range 0-6): 9,16,23,29,50,89

Contentment (range 0-6): 4,7,40,43,51,71

Physical Well-being (range 0-6):10,14,19,21,46,78

Friendliness (range 0-6): 13,17,31,35, 38,83

For the total scale score, add together the symptom subscale with each corresponding well being subscale (see Table 1 in the text) :

Anxiety (range 0-23): Anxiety +Relaxation

Depression (range 0-23): Depression+Contentment

Somatization (range 0-23): Somatic Symptoms + Physical Well-Being

Hostility (range 0-23): Hostility + Friendliness“

http://www.karger.com/ProdukteDB/katalogteile/isbn3_8055/_98/_53/suppmat/p184-KSQ.pdf

(19.3.2014, 10:30)

Jak vidíme z dotazníku výše, zkoumáme jím symptomy jak psychologické, tak fyziologické a sociální. Na základě těchto symptomů lze rozpoznat problém s kvalitou života u jedinců, kteří si problém vůbec neuvědomují. Může se to zdát podivné, ale z naší zkušenosti se skutečně jeví, že řada lidí žije ve stavu či psychickém rozpoložení, které je pro fyzické zdraví nevhodné a začíná jej pomalu narušovat, aniž by si byli jakkoli vědomi, že něco není v pořádku. Zdá se dokonce, že i řada lidí, která má problémy psychické i biologické, si vůbec není vědoma, že geneze problému je či může být nějak spjata s jejich psychikou. Další dotazník, který můžeme využít je Antonovského dotazník SOC (Sense of Coherence) viz kapitolu o konceptu salutogeneze. Kratší verze dotazníku:

<http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1751-0759-2-4-S1.doc> (19.3.2014, 10:30)

Hodnocení rodinného prostředí

Vliv rodiny na zdraví může být jak přímý, tak nepřímý. Setkají se nám zde faktory genetické, faktory prostředí, ve kterém rodina žije, návyky stravovací, návyky psychohygienické, psychologické aspekty, sociální prostředí a komunikace, ale i ekonomická a

intelektuální úroveň rodiny. Faktory které bychom mohli zařadit mezi psychologické vlivy rodinného prostředí a které mají nepříznivý vliv na psychiku, a tím snižují odolnosti proti nemocem, jsou tzv. *škodlivé faktory*: interpersonální konflikty, nízké uspokojení ve vztahu, nízká schopnost problémy řešit, vysoká úroveň kritiky a obviňování, hostilita, špatně organizovaná rodina, perfekcionismus a rigidita, nízká koheze, nedostatek podpory. Oproti tomu můžeme samozřejmě najít *faktory protektivní*, které budou nezdědka opakem výše jmenovaných. Mezi těmito faktory najdeme například dobrou úroveň komunikace, schopnost řešit problémy, adaptabilitu, jasná pravidla, vzájemnou podporu, projevované uznání, oddanost rodině, sociální vazby i mimo rodinu, společné trávení času, religiozní či spirituální orientaci. Rodinná situace hraje v léčebném procesu důležitou roli. Pokud se v rodině vyskytují převážně protektivní faktory, dá se předpokládat, že pozitivní vliv tohoto prostředí bude velmi významný. Ve srovnání s prostředím léčebného zařízení, kde si může nemocný často připadat jen jako číslo a nikoli lidská bytost, může být tedy rodinné prostředí pro nemocného psychicky výhodnější. V dnešní době se však vyskytuje trend spíše opačný, kdy „nepotřební“ jsou odkládáni do LDN, hospiců apod.

(Fava, Sonino, Wise 2012, str. 200-205)

V rodinném prostředí je také důležité, v jakém stadiu se rodina nachází. Dospělý věk si můžeme pro účely psychosomatického přístupu rozdělit na několik fází. Raná dospělost (20–40 let), střední dospělost (40–60 let) a starší dospělost (60 let a více). V rané dospělosti je úkolem jedince osamostatnit se, aby se mohl oddělit od původní rodiny, rozvinout vlastní identitu, navázat vztah a založit vlastní rodinu. Narození dětí vyžaduje zásadní změny, přijetí nových zodpovědností a omezení vlastního volného času a osobních zájmů. Někdy může být velký problém nově vybalancovat povinnosti s vlastními zájmy a dopad na psychiku může být zásadní. Střední dospělost již by měla být charakterizována větším přizpůsobením na život v různých rolích. Často člověk přehodnocuje své postoje, mění hodnotový systém. Objevují se také myšlenky na stáří a smrt, které mohou působit úzkostí. Zdravotní stav již také nemusí být stoprocentní, dorůstající děti mohou působit řadu problémů, časté jsou v této době i rozvody a u někoho se dostavuje krize středního věku. Často člověk pečuje nejen o své děti, ale i své rodiče, a v tomto období rodiče často umírají a děti primární rodinu opouští. V období starší dospělosti se lidé často soustředí spíše na podporu následující generace než na své vlastní zájmy a potřeby. Zdravotní problémy a fyzické limitace vyžadují novou akomodaci. Často se pokouší najít si pro důchodový věk nový smysl života.

Dobu manželství či partnerství je dobré rozdělit i podle jiných než věkových period, neboť v dnešní době je, na rozdíl od doby minulé, veliká diferenciace mezi jednotlivými rodinami. V první fázi dvoření a namlouvání se mohou vyskytnout psychické tlaky v případě neúspěšnosti. Dojde-li k vzniku páru, pak začátky bývají plné nadšení a očekávání. Vztah s rodiči se přehodnocuje, často dojde k tomu, že mladý pár opouští své rodiny a začíná zařizovat „vlastní hnízdo“. V tu dobu mohou nastat různé situace vyvolávající psychickou zátěž. Mohou to být spory o dominanci, o finance nebo jen o barvu koberce a podobné malichernosti. V té době by měla vzniknout identita páru, nezdědka se však může stát, že místo páru vznikne cosi jako „sdílené sobectví“. Pár by se měl naučit efektivně komunikovat a společně řešit problémy. I v této rané době se mohou mladé páry rozpadnout, což může přinést nejen zklamání, ale i řadu reálných problémů, pokud například společně investovali do bydlení, případně mají hypotéku, úvěr apod.

Další zcela zásadní předěl přichází do života dospělého jedince s narozením dítěte. Povinnosti se zcela změny, a to tak, že významně přibudou. Taktéž vztahy se mohou z řady důvodů vyhrotit. Žena často věnuje svou péči hlavně dítěti, což může muž těžce nésti jako konkurenci. Dítě vyžaduje péči, často pláče, v noci mnohokrát budí, což vyčerpává oba partnery. Velmi často dochází k zásadním úbytkům zájmu o sexuální aktivity ze strany ženy z

mnoha důvodů. Je nutné změnit kompetence, přehodnotit dělbu práce v domácnosti apod. U žen se může objevit i tzv. laktační psychóza nebo podobné méně vyhocené stavy, které mohou vést k tomu, že se o dítě naopak patřičně nestará. K problémům se mohou přidat i problémy finanční, obzvláště v době, kdy je žena na rodičovské dovolené. Zdokumentovány jsou případy, kdy žena muže zcela odvrhne, neboť již splnil „rozplodzovací“ funkci. Další problémy mohou nastat, pokud je dítě jakkoli poškozené a potřebuje speciální péči a čas rodičů. Pokud vše funguje, dochází k redefinici rolí v rodině, mladá-rodina se zapojuje do fungování širší rodiny a nové role přijme. Rodiče se vyrovnávají s novou dělbou povinností, omezeným časem na sebe a najdou nové způsoby seberealizace. Ve výchově dětí je samozřejmě mnoho dalších fází. Je to například vstup dítěte do školy a následně na střední či vysokou školu, puberta a adolescence apod. Každé období má svá specifická rizika a může působit psychickou zátěží. Rozhodně toto období není jednoduché a vyžaduje zralé jedince. Na konci tohoto řetězce se rodina dostává do fáze, pro kterou se ustálil pojem „opuštěné hnízdo“.

Ve fázi, kdy děti opouštějí domov, nastává celá řada změn, které taktéž mohou být pro mnohé velmi problematické. Pokud se rodiče upnuli na své děti, může být toto období kritické, neboť věští určitou prázdnotu, kterou bude potřeba nějakým způsobem zaplnit. Je znovu nutná redefinice rolí a priorit. Příležitost zase mít na sebe daleko více času může být v této době i děsivá. Po letech se velmi často vztahy změnilly, nabraly spíše utilitaristickou podobu, společným cílem byla výchova dětí. Často se v této době stává, že dochází k rozvodům, neboť důvod pro setrvání ve vztahu pominul a není možné najít další pro pokračování. Vliv na to jistě může mít i společnost, vzory, finanční situace. Často dochází ze strany mužů k „výměně“ partnerky za mladší a nezdánlivě k založení nové rodiny v očekávání, že bude lepší než ta minulá. To je samozřejmě podmíněno dostatečným ekonomickým zázemím. Tyto změny pochopitelně mohou přinášet obrovskou psychickou zátěž se všemi jejími důsledky na psychiku i zdravotní stav.

Další fází může být odchod do důchodu. V dnešní době se jej řada jedinců zvláště mužského pohlaví nemusí ani dožít, díky neustálému posouvání hranice důchodového věku. V tuto dobu znovu nastává otázka jak vyplnit nově nabytý volný čas. Také zdravotní stav již nebývá perfektní, což přináší další problémy. Dalším atributem může být pokles ekonomický a sociální. Ten pak také bývá zdrojem nejednoho problému. V neposlední řadě v tomto období dochází ke smrti jednoho z partnerů, což může pro druhého partnera představovat jak obrovskou zátěž, tak i velkou úlevu, pokud byly vztahy dlouhodobě extrémně vypjaté. V této době také obvykle dochází k přijímání rolí prarodičů a poskytování pomoci mladší generaci.

Z pohledu psychosomatického přístupu je tedy potřeba vždy správně určit období a řádně prozkoumat všechny možné specifické faktory tohoto daného období. Je vhodné pokud je možno komunikovat s co nejvíce členy rodiny a postihnout co nejširší spektrum možných atributů.

Naučený optimismus

Martin E.P. Seligman, autor teorie o naučené bezmocnosti, která je pravděpodobně všeobecně známa, se po desetiletí zajímal o tento fenomén a taktéž o jeho opak, který nazval „naučený optimismus“. Ve stejnojmenné knize shrnul celoživotní bádání v této oblasti. Pokusy probíhaly s laboratorními zvířaty. Nejprve byli využiti psi, následně potkani a v poslední fázi byly pokusy opakovány na lidských skupinách. Naučená bezmocnost byla zkoumána a „vytvářena“ tak, že laboratorní zvířata dostávala elektrické šoky. Část pokusných zvířat mohla nějakým způsobem tyto šoky eliminovat a to buď stlačením páky, nebo možností uniknout před nimi do jiné čisté laboratorního boxu.

Seligman zjistil, že pokud mají zvířata možnost kontroly, využijí jí a vždy se pokusí se šoku vyhnout. Naproti tomu zvířata, která na možnost kontroly po čase rezignují, propadnou bezmoci, která nadále přetrvává, i pokud je jim únik následně umožněn. Stav, který se v tu dobu u zvířat a také i u lidí dostavil, byl symptomaticky do značné míry podobný endogenní depresi. Seligman dále objevil, že v pokusných skupinách existují jedinci, kteří naučené bezmoci nepodlehnou. Začal se tedy zabývat tímto fenoménem, neboť v něm spatřoval obrovský potenciál. Dospěl k názoru, že tito jedinci museli být nějakým způsobem dopředně „imunizováni“, čímž získali odolnost. Seligman zjistil, že lze určitým způsobem měřit pomocí dotazníků stav optimismu či pesimismu, a to v několika faktorech. Jedná se o to, jak jedinci ke světu přistupují a nakolik přisuzují událostem trvalost či přechodnost, nakolik se domnívají, že nad nimi mají či nemají kontrolu a nakolik je generalizují, či vnímají jen jako specifické. Nazval tento fenomén *vysvětlovací styl* a poukazuje na to, že je těsně svázán s postojem k životu, schopností podléhat bezmoci, či naopak býti určitým způsobem proti těmto vlivům imunní. Dále se Seligman věnoval výzkumu, zda je možné jedince změnit, ovlivnit jejich vysvětlovací styl, a tím je jaksi dodatečně „imunizovat“ proti bezmoci, a experimentálně ověřil, že to možné je. Jedná se o to, že když změníme kognitivní procesy jedince k tomu, aby vnímal výše uvedené tři komponenty jiným způsobem, můžeme změnit i jeho celkový postoj ke světu, a tedy jeho „naladění“ změnit od pesimismu k optimismu – jinými slovy, optimismu jej naučit. Rozhodně se nejedná o to co je dnes propagováno různými ezoterickými směry a samozvanými guruy jako tzv. „pozitivní myšlení“. Seligman dále přichází s myšlenkou, že deprese může pocházet z celoživotních návyků vědomého myšlení. Pokud tedy vědomě zaútočíme na vědomé myšlení, můžeme jej změnit. Tento princip je používán i v *kognitivní terapii*. V případě deprese se snaží změnit pacientovo nazírání na ztrátu, selhání aj. a z toho plynoucí bezmocnost. Způsob, kterým jedinec přemýšlí o svých problémech, včetně deprese samé, vede k tomu, že se deprese postupem času eliminuje, nebo naopak posílí. Faktické porážky a selhání nás mohou v případě nevhodné kognice spolehlivě dovést k naučené bezmocnosti. Pokud používáme pesimistický vysvětlovací styl, pak je nanejvýše pravděpodobné, že nás naučená bezmocnost dovede postupně k depresi. Pokud však používáme optimistický vysvětlovací styl, dá se očekávat opačný efekt, tj. že se dostaneme jak z depresivního stavu, tak z naučené bezmocnosti, pokud tedy tyto stavy vůbec nastanou. Seligman dále zmiňuje fakt, že ženy jsou často depresivnější než muži, a přičítá to způsobu uvažování. Zatímco muži jednájí a snaží se nepříjemné události zapomenout nebo vytěsnit, ženy daleko častěji o věcech stále dokola přemýšlejí. Seligman pro tento fenomén používá termín *obsedantní ruminace*, což vlastně znamená „nutkavé přežvykování“. Byť tento termín není příliš líbivý, zdá se nám celkem výstižný. Nicméně jak pesimistický vysvětlovací styl, tak ruminaci lze trvale odstranit. Pomocí kognitivní terapie můžeme dosáhnout celkem efektivně obojího. (Seligman, 2013, str. 7-33)

„Sama deprese může u žen způsobit ruminaci častěji než u mužů. Když se ocitneme v depresi, co uděláme? Ženy se snaží zjistit kde se deprese vzala. Muži si jdou zahrát basketbal nebo jdou pracovat aby se rozptýlili. Mezi muži je více alkoholiků než mezi ženami; možná je rozdíl tak velký proto, abychom mohli říct, že muži pijí, ženy dostávají depresi. Možná muži pijí aby zapomněli na své trable, kdežto ženy přežvykují. Žena přemítající o zdroji deprese, do ní propadne ještě hlouběji, kdežto muž, který reaguje aktivně tomu zabráni.“ (Seligman, 2013, str. 149)

Často se můžeme ptát na to, zda pesimismus předchází depresi, nebo je tomu naopak. Seligman uvádí, že studie prokázaly, že pesimističtí jedinci inklinují k depresi více. Pokud došlo k náročné životní situaci, pesimisté se často hroutili. Nicméně Seligman uvádí, že v podstatě tyto dva fenomény jdou ruku v ruce a tudíž jeden není příčinou druhého. Pesimisty či optimisty se lidé často stávají na základě svých prožitků náročných situací a

výsledku vyrovnání se s nimi. Z tohoto pohledu je pesimismus příčinou deprese asi tak jako ručička tachometru příčinou rychlé jízdy. (Seligman, 2013, str. 139)

„Pesimismus a ruminace vedou k depresi asi takto: nejdřív se objeví hrozba, vůči které si připadáte bezmocní. Pak se pokusíte najít její příčinu, a pokud jste pesimisté, najdete příčinu trvalou, univerzální a osobní. Poté logicky čekáte, že budete bezmocní i v budoucnosti a v jiných situacích, což je vědomé očekávání a poslední článek řetězu, který spouští depresi.“ (Seligman, 2013, str. 145)

Naučená bezmocnost nemá zdaleka vliv jen na změny chování, ale dostávají se taktéž fyziologické koreláty jako hormonální změny, změny v činnosti orgánů, ale co je zcela zásadní, dostávají se změny na úrovni imunitního systému. Lymfocyty T z krve nemocných potkanů se množí pomaleji, poté co narazí na specifické patogeny a slezinou produkovaní „zabíječi“ ztrácejí schopnost patogeny likvidovat. V praxi to může znamenat, že potkani, kteří nebyli dohnáni k naučené bezmocnosti dokáží zlikvidovat nádor, zatímco bezmocní potkani stejnému nádoru podlehnou. U lidí pak funguje vysvětlovací styl ještě na jiné úrovni. Optimističtí jedinci, kteří nepřikládají stavům trvalé hodnoty, mají snahu dodržovat zdravější životní styl, navštěvovat pravidelněji lékaře apod. Na druhé straně jedinci pesimističtí častěji rezignují a nemají snahu cokoli zlepšovat či s čímkoli bojovat. Jsou v životě pasivnější a zpravidla častěji narážejí na negativní události, což může způsobovat, že jejich zdravotní stav je horší. Další věc je sociální opora. Optimisté mívají větší okruh přátel, kteří mohou pomoci tlumit dopady náročných životních situací. I sociální kontakt sám se jeví dobrou prevencí proti nemocem. Studie dle Seligmana taktéž ukazují, že atribuční styl je úzce svázan s prožíváním zdraví, skutečným stavem zdraví a například také s výskytem rakoviny a úspěšností uzdravení se z nemoci.

(Seligman, 2013, str. 284-288)

Zajímavé je, že se ukazuje, že nezáleží natolik na pravdivosti určitého názoru jedince, ale na možném důsledku či dopadu tohoto názoru. Někdy tedy vlastní škodlivost určitého chování či postoje nemusí mít tak zhoubný dopad, jako přesvědčení o jeho škodlivosti a naopak přesvědčení o neškodnosti může skutečnou škodlivost výrazně snížit.

(Seligman, 2013, str. 358-359)

Nabízí se nám zde jednoduchý příklad: některému senzitivnímu jedinci by hypoteticky mohl daleko více poškodit zdraví nápis na krabičce cigaret o tom, že kouření poškozuje zdraví, než všechny škodlivé látky z vlastního aktu kouření těchto cigaret.

6 Strategie zvládání náročných životních situací – copingové strategie

V oblasti výzkumu stresu se na pohledu tento fenomén, jak jsme již poukázali, za poslední století mnoho změnilo. Podobně se také v průběhu času měnil názor na to jak se s dopadem psychické zátěže vyrovnat, či jak vlastní stresové situace či stres již vzniklý, zvládat. Na východ od Evropy, v mnoha asijských zemích by se daly metody pro práci s lidskou psychikou vystopovat po tisíciletí zpět, například dobře rozeznatelné je můžeme objevit v buddhismu a taoismu, ale i v tantrických naukách a jinde. V oblasti západního světa se setkáváme s vývojem v závislosti na vývoji filosofie a následném odtržení psychologie od filosofie, a jejím dalším samostatným vývoji. Tak jak postupně vznikaly jednotlivé teorie osobnosti a následně psychotherapeutické směry, měnil se i přístup ke zvládání stresu. Pokud se zatím oprostíme od teorií copingu a zamysleme se, jak by měl fungovat, napadne nás asi mnoho způsobů jak stres mírnit, předcházet mu a zbavovat se následků stresu. Je jasné, že vždy je nejlepší cestou kvalitní prevence. Tu samozřejmě u každého směru můžeme hledat jinde. Je tedy dobré, stejně jako v psychotherapii, se dobře orientovat v jednotlivých teoriích osobnosti a z nich vycházejících terapeutických směrech. Velmi často se na různé problémy v souvislosti s jejich genezí hodí použít více tu či onu teorii, případně terapeutický přístup. Taktéž v závislosti na osobnostních vlastnostech jedince, je nezdědka dobré vybrat směr, který danému jedinci „sedne“. Na základě pokud možno co nejkomplexnějšího rozboru všech možných determinantů (viz výše) pak je možno co nejcitlivěji vybrat, co by bylo pro daného jedince v dané situaci nejvhodnější. Tuto volbu lze pak rozvinout do širší strategie, která pokud možno postihne co možná nejvíce fázi a faktorů v těchto fázích působících. Pojdme se tedy podívat na několik typických teorií osobnosti a terapeutických směrů, které by měl dobře znát jistě každý, kdo se v oblasti psychosomatiky a psychologie pohybuje. Začneme Sigmundem Freudem, pokračující jeho nástupci a skončíme až současnými názory na copingové strategie. Důležité je vědět, že žádná ze strategií nebude nic nového a odtrženého od běžné praxe psychologa či psychotherapeuta, jen například určitá eklektická extrakce, upravená pro danou psychosomatickou situaci, nicméně terapeutické postupy budou často velmi podobné. Samozřejmě, tam kde se v terapii dostáváme již do oblastí, kterou bychom mohli nazvat terciální, tedy k nápravě fyzických škod psychickou zátěží způsobených, mohou se techniky určitým způsobem pro oblast somatickou specializovat.

6.1 Sigmund Freud

Tradičně je nutno zmínit Sigmunda Freuda, který pravděpodobně nejvíce ovlivnil vývoj nových směrů v psychologii ve 20. století. Jeho pokračovatelé a následníci jsou taktéž autory mnoha dodnes používaných a uznávaných teorií osobnosti a terapeutických směrů. Freudův topografický model rozlišující *vědomí* a *nevědomí* i jeho pozdější model strukturální rozdělující lidskou psychiku do tří vrstev či instancí, *Id*, *Ega* a *Superega*, zůstávají základem pro další úvahy a teorie. Tyto pojmy přetrvaly dodnes přes veškeré výhrady k Freudovu pojetí, které byly nezdědka svým způsobem oprávněné. Dle Freuda dochází uvnitř struktury osobnosti k mnoha konfliktům zpravidla mezi jednotlivými instancemi lidské psychiky. Tyto konflikty jsou tří typů. Prvním možností je *Id* versus *Ego*. *Id*, nejnižší instance, touží po nějakém statku, ale *Ego* rozumově vyhodnotí, že ukrást jej by nebylo rozumné vzhledem k vysokému riziku dopadení. *Id* versus *Superego* nahlíží z morální pozice, tedy nebudeme krást předmět naší touhy, protože je to v rozporu s morálkou naší společnosti. *Ego* versus *Superego* – racionálně hodnotíme činnost jako

dostatečně etickou, ale díky internalizovaným normám z příliš moralizující výchovy vzniká tenze. Konflikt Id versus Superego je původcem dynamiky nevědomí. Všechny potlačené psychické obsahy v sobě nesou určitou psychickou energii. Tato energie způsobí, že tyto potlačené obsahy jsou transformovány do jiných forem a z pozice nevědomí mají zásadní vliv na myšlení a chování jedince, aniž by si to on sám byl schopen uvědomit. Na tyto konflikty dále navazují strategie takzvané obranné mechanismy Ega. K jejich porozumění nejvíce přispěla dcera Sigmunda Freuda, Anna Freudová. Tyto mechanismy reprezentují nevědomou obranu Ega, které se tímto způsobem brání nezvládnutým afektům a pudovým tužbám. Může se jednat jen o odsun racionálního řešení, někdy jsou však lidmi užívány nadměrně často a taktéž dlouho, a slouží jako dlouhodobá či trvalá náhrada řešení problémů. Podle Freuda jsou základními obrannými reakcemi vytěsnění, sublimace, fixace a regrese. Anna Freudová k tyto mechanismy rozšířila o mnoho dalších, například: projekce, introjekce, egocentrismus, transgrese, racionalizace, somatizace, izolace či identifikace. Tyto obranné mechanismy nejsou skutečné strategie zvládnání, neboť jejich výsledkem není řešení problému, problém pouze přesměrují, čímž jako akutní či krizová intervence můžou působit pozitivně, z dlouhodobého hlediska mohou být však výsledky i velmi negativní. Někteří autoři považují tedy tyto mechanismy jako potenciálně nápomocné pro řešení problému, protože jsou schopny zafungovat v krizi a poskytnout tak čas jedinci pro volbu nějaké racionální vyrovnávací strategie. V psycho-dynamickém přístupu se člověk brání především úzkosti, která je v něm samém a byla stvořena v průběhu života, tedy u Freudova pojetí hlavně v raném dětství. U tohoto přístupu se také setkáváme s názorem, že to, jak se chováme v zátěžových situacích, je nám nějakým způsobem předurčeno.

6.2 Freudovi nástupci

Mnoho nástupců Sigmunda Freuda pokračovalo ve směru, který můžeme označit jako hlubinou psychologií. Mnoho se jich s Freudem rozešlo, a většina z jeho nástupců se stala i určitými kritiky jeho práce. Zmíníme teď tedy některé z nich, kteří by mohli být z pohledu psychosomatického přístupu zajímaví.

6.2.1 C.G. Jung

C.G. Jung, zakladatel směru který obvykle označujeme termínem *Analytická psychologie*, se odchýlil poměrně významně. Asi nejznámější pojmy, které v psychologii zanechal jsou *archetypy* a *kolektivní nevědomí*. Pojem archetypu je pojem poněkud mystický a řada jeho kolegů a taktéž následovníků k těmto jungovským archetypům nemá příliš dobrý vztah.

„Archetyp v podstatě představuje nevědomý obsah, který se uvědoměním a vnímáním mění, a to ve smyslu toho kterého individuálního vědomí, v němž se objevuje.“
(Jung, 1997, s.100)

Nevědomý obsah archetypu není pro člověka přístupný manifestuje se jen skrze nějakou formu, která je zjevná našemu vědomí. K vlastnímu jádru obsahu archetypu však vědomí přístup nemá. Archetyp tedy můžeme popsat jen alternativními obrazy, které jsou srozumitelné pro naše vědomí. Tyto archaické obrazy však mohou z vrstvy nevědomí ovlivňovat naše konání, prožívání, emoce, myšlení, a to tak, že je nemožné tento vliv kontrolovat, či si jej někdy vůbec uvědomit.

Také kolektivní nevědomí, cosi jako trans-generačně geneticky sdílené informace, nebylo a není pro mnoho psychologů, ale i dalších vědců stravitelné sousto.

„Nevíme zprvu jak toto nevědomí funguje, ale protože se předpokládá jako psychický systém, má tedy možná všechno, co má i vědomí, totiž percepce, aperpce, paměť, fantazii, vůli, afekt, cit, uvažování, úsudek, atd., ale to všechno v podprahové formě.“

(Jung, 1997, s. 22)

Nicméně již jen zvířecí instinkty nám naznačují cosi, co je podobné hypotetickému konstruktů lidského nevědomí. Jungovy archetypy, pokud je vnímáme jen jako hypotetické konstrukty ve struktuře osobnosti, nám mohou často pomoci porozumět psychickým problémům, které by byly bez nich jen velmi těžko dešifrovatelné. V psychosomatickém přístupu pak nelze vynechat Jungovy imaginační techniky, které bychom mohli najít v mnoha dalších přístupech a technikách v terapii, copingu či programech pro rozvoj osobnosti. Další Jungova myšlenka, jež se může jevití zajímavou, je Jungův koncept vývoje osobnosti, který nazývá *individuaci*. Individuace je vlastně celoživotní adaptace jedince, která má vliv na to, jak jedinec v životě reaguje. Na rozdíl od Freuda, Jung tedy nepřikládá hlavní důraz jen periodě dětství, ale v podstatě celé životní cestě. Dokonce nejen celé cestě jedince, ale prostřednictvím kolektivního nevědomí se vlastně jedním z determinantů stává „rodová zkušenost“, tedy nasbírané „informace“ po celou dobu fylogeneze člověka. V této individuaci se člověk postupně může odtrhávat od archetypů pod jejichž vlivem je, zbavit se jejich moci. Konečným cílem individuace by mělo být dosažení splynutí s „bytostným Já“, což bychom mohli přirovnat k jakémusi nalezení sebe sama, sebe-uskutečnění či naplnění svého smyslu. Toto se může dít postupným odhazováním našich masek, pod nimiž se toto bytostné já skrývá. Těchto masek se obvykle zbavujeme v druhé půli života.

V oblasti psychosomatického přístupu můžeme efektivně využívat jak prvky z Jungovy teorie pro pochopení problémů člověka, tak také prvky aktivní imaginace v terapii, které v různých obměnách najdeme i v mnoha dalších přístupech například z oblasti „alternativní medicíny“ či v různých oblastech více či méně pochybných esoterických či spirituálních směrů nebo také ve většině rádoby moderních a nezřídka také pochybných přístupů k sebepoznání a rozvoji osobnosti. Asi nejzajímavější může být porozumění Jungovým archetypům, kteréžto lze často s úspěchem aplikovat i v naší době. Jeho imaginační techniky v mnoha moderních úpravách mohou být úspěšně používány při terapii psychických i psychosomatických problémů.

6.2.2 Erich Fromm

Erich Fromm je dalším z Freudových žáků. Je jedním z hlavních představitelů směru, který bývá označován jako *kulturní či humanistická psychoanalýza*. Fromm vycházel z Freudových děl a pokusil se o jakousi syntézu myšlenek psychoanalýzy a myšlenek Karla Marxe. Marxovy myšlenky použil jako určitý sociální rámec, a do tohoto rámce integroval Freudovy psychologické prvky. Jeho práce je některými autory označována za spíše filosofickou, či na pomezí filosofie a psychologie.

„Východiskem jeho koncepce je kvalitativní odlišnost lidské existence od existence živočichů. V důsledku života v sociálních podmínkách je člověk osvobozen od instinktivní předurčenosti činností. Tím současně dochází k narušení jeho přirozeného spojení s přírodou, prvotní harmonie s ní. Musí hledat nové cesty řešení vztahu s přírodou, přizpůsobit se přírodě.“
(Mikšík, 1999, str. 66)

Fromm zavedl velmi zajímavou typologii lidí. Rozlišuje produktivní orientaci člověka, dále pak několik verzí neproduktivní orientace. Mezi těmi najdeme receptivní, křečkovskou a kořistnickou orientaci. Fromm vyzdvihuje důležitost společenského kontextu lidské existence. Problémy tedy musíme řešit i s náhledem na tento společenský kontext, což nemusí být vůbec jednoduché. Nicméně zvláště v dnešní době asi nezbývá než s Erichem Frommem souhlasit, neboť dopady společnosti na lidskou psychiku můžeme pozorovat na každém kroku. Jako příklad by snad mohla postačovat vysoká současná nezaměstnanost, ale jistě bychom dokázali najít stovky dalších faktorů, jako soutěživost, mobbing a bossing na pracovištích, vytváření potřeb a očekávání pomocí reklamy a marketingu, vysoká zadluženost občanů, nevalná úroveň morálky a bezpečí ve společnosti, nekvalitní sociální „záchranná síť“ a mnoho dalších aspektů. Člověk se neustále pokouší dosáhnout jakési iluzorní svobody. Fromm upozorňuje na pozitiva i negativa této často domnělé svobody. Člověk často není schopen být svobodný a nezřídka se upíná k autoritám. Svoboda může být skutečným prokletím, se kterým se nedokáže vyrovnat. Člověku není dán individualismus tedy to aby spoléhal jen sám na sebe, je mu často přirozenější se podřídít. Člověk je svobodný od nátlaku a donucení, svobodu k sebeřízení však nemá. Frustrace ze svobody často vede k hledání nových vazeb, ale i k únikům do totální lhostejnosti.
(Fromm, Strach ze svobody)

Fromm svobodu rozděluje na dva fundamentální typy. Prvním typem je svoboda „od“ a typem druhým, komplementárním, je svoboda „k“. Svoboda od znamená svoboda od něčeho, tedy od tlaku zvenku, tlaku společnosti, politického či ekonomického útisku nebo diskriminace. Svoboda k, kterou nazývá svobodou pozitivní, je svoboda, která jedinci umožní seberealizaci, sebeaktualizaci, možnost řídit svůj osud, stát se jeho strůjcem. Frommův přístup k osobnosti je vnímán jako určitá analogie homeostázy. Vycházel z dlouhodobé analýzy podmínek, ve kterých lidé žili po staletí od konce středověku až do současnosti. Na základě těchto analýz staví dnešního člověka do role odcizení, osamocení a izolace. Velká míra autonomie a volby s sebou však nese také pocit absolutní bezvýznamnosti, nicoty, bezmoci proti nebezpečí, ztráty smyslu pro sounáležitost. Tento rozpor mezi bezpečím a svobodou vytváří řadu konfliktů. Člověk je rozpolcen chtěje mít nad vším moc a současně být ve spojení s jinými, mít svobodu ale zároveň i bezpečí. Tento schizmatický stav a jeho hloubka jsou závislé na politickoekonomickém systému, v němž člověk musí žít. (Mikšík, 1999)

6.3 Novější přístupy ke zvládání stresu

Jakým způsobem se tedy se stresem vypořádát? Jaké obecné a specifické metody použít?

Důležité, ba nejdůležitější je si uvědomit, že právě já jsem ve stresu a je potřeba s tím něco dělat. Jak bylo dříve zmíněno, ne vždy je úplně jednoduché mít vlastní náhled problému. Pokud byl problém způsoben dlouhodobým mikrostresem, nemusíme si jeho genezi vůbec uvědomovat, či vůbec být ochotni připustit. Sám termín coping nám naznačuje spíše velký boj se silnými stresory a těžkými situacemi v životě, pro slabý stres chronický by možná bylo vhodnější užít anglického pojmu *controlling*, tedy *kontrola*. Copingových strategií najdeme v moderní literatuře stovky, ne vždy však budou tím správným řešením. Mnohdy zabíhají do oblastí ezoteriky a okultismu, což může být pro člověka z krátkodobého hlediska i funkční, avšak z hlediska dlouhodobého v extrémních případech až likvidační. Znovu se tedy ve výzkumech stresu dostáváme k termínu *adaptace*, který byl termínem již Darwinovy teorie popsané v díle *O původu druhů*. Dalšími základními jevy, kterými se je nutno zabývat, jsou frustrace, vůle k životu, ale i vzdávání se zloby a odpuštění, anticipace, životní očekávání a jejich naplnění. Z mnoha dalších například obrannými mechanismy a jejich dopady a efektivitou.

6.3.1 Lazarus

R. S. Lazarus a S. Folkman (1984) rozlišují dva základní způsoby zvládání (copingu):

1. Zvládání zaměřené na řešení problému.

2. Zvládání zaměřené na zlepšení emoční bilance, tj. na zmírnění negativních prožitků. Jde o jakýsi symptomatický způsob reagování, který neřeší základní problém, ale přesto může člověku alespoň dočasně nějak pomoci. Mnozí lidé se dovedou vyrovnat i se závažnějšími zátěžemi natolik efektivně, že se další fáze ani nerozvinou. Pokud člověk nedokáže zátěžovou situaci zvládnout, tj. pokud by coping nebyl dostatečně účinný, mohou se postupně objevit různé chorobné příznaky. (<http://jakubamartin.blogspot.cz/p/varia.html> 15.5.2014, 15:30)

Lazarusovy čtyři strategie zvládání stresu jsou: *apatie*, *vyhnutí se působení noxy (škodliviny)*, *napadení útočnicka* a *strategie posilování vlastních zdrojů síly*. *Apatie* reprezentuje stav upadnutí do bezmoci, vzdání se. *Vyhnutí se působení noxy* může znamenat uhnutí se na poslední chvíli rozzuřenému býku, což může vyvolat strach, obavy a úzkost. Pokud se však stresoru můžeme vyhnout zcela, pak to může být konečné řešení, nicméně ne vždy jednoduché. Pokud nás stresuje televizní pořad, stačí TV ve vhodnou dobu vypnout, pokud je hlavní stresor například manželka, pak řešení způsobem odstranění stresoru nemusí být jednoduché či vhodné. *Napadení útočnicka* může být také řešením, ne však vždy. Pokud stres budou působit kupříkladu myši v garáži, pak je toto řešení namístě. Pokud by stresorem opět byl manžel, manželka či soused, může být toto řešení zcela nevhodné, ba nezákonné. Poslední strategie, *posilování vlastních zdrojů síly*, se jeví jako strategie bezpečná, nicméně k osvojení zdlouhavá, pracná a nemusí být vždy univerzální. Pokud bychom vzali název doslova a uvažovali fyzické síly, pak můžeme užití objevit například v obraně proti šikanování fyzicky slabšího žáka ve škole. Z širšího pohledu můžeme pod toto heslo zahrnout mnoho strategií zvyšujících např. sociální a komunikativní dovednosti, kognitivní schopnosti, hodnotový systém apod.

(Křivohlavý, 1994 str. 39- 44)

V dnešní době je často přijímáno Lazarusovo pojetí zvládnání stresu. Dle něj je výchozí stav cosi jako rovnováha misek vah mezi standardní zátěží a schopností jedince jako systému se s ní vyrovnávat. Každý člověk je schopen s určitou zátěží normálně fungovat. Je to běžný adaptační mechanismus, stvořený evolucí, fylogenezí. Každý člověk má určitý set dovedností, schopností a dalších vlastností, které jej předurčují k tomu, jak, s jakým druhem a jakou úrovní zátěže je schopen se vyrovnat. Tyto schopnosti se mohou v průběhu života dramaticky měnit v závislosti na prožitých zkušenostech daného jedince, případně na kognitivních schopnostech, které mu případně dovolí pracovat s touto zátěží jinak. V případě akutního stresu, či dlouhodobého chronického hypostresu či mikrostressu, dojde k vychýlení z této rovnováhy. Toto vychýlení si zpravidla uvědomíme a přemýšlíme, jak jej eliminovat. Lazarus hovoří o primárním a sekundárním hodnocení situace, což bychom možná mohli přirovnat ke Kahnemanovým kategoriím *myšlení rychlé a pomalé*, tedy cosi jako intuitivní, částečně snad korelující s laickým pojmem „selský rozum“, a myšlení racionální, intelektové. Primárně tedy zvažujeme aktuální hrozbu a zjišťujeme, co se to vlastně děje. Odpověď může nabývat různých forem. *Post festum* (po události) např. stav po autonehodě, kdy v podstatě již nemůžeme ničemu zabránit. *Challenge* (výzva) je stav, kdy stoupající požadavky na adaptaci v dané situaci nutí člověka k rozhodnutí, zda výzvu přijmout, nebo odmítnout. *Anticipace ohrožení* znamená, že se třeba ještě nic reálně neděje, ale člověk již předjímá budoucí ohrožení. Toto ohrožení může být jak reálné, tak jen pravděpodobné, nebo dokonce iracionální, přesto u těchto jedinců můžeme sledovat nárůst morbidity některých civilizačních chorob. V *sekundárním hodnocení situace* již realisticky zvažujeme možnosti, jak se s ní vypořádat, volíme strategie obrany a útoku. Třetí fáze, *reappraisal* (hodnocení účinnosti zvolené strategie), je fáze, kdy vyhodnocujeme účinnost použité strategie a po korekcích se vracíme k předchozím fázím, tedy, není to jednorázové hodnocení, ale probíhá opakovaně v adjustačním cyklu, kde mohou být strategie neustále dynamicky přizpůsobovány. Lazarus rozlišuje dvě možnosti, jak znovudosaáhnout rovnováhy. První je změna na straně zátěže a druhá je změna na straně zdrojů sil a náročnosti obrany. Na straně zátěže můžeme zátěž ubrat (je-li to možné), zkrátit dobu expozice zátěží (přijít dříve, odejít dříve), případně najít osobu, se kterou budeme na řešení kooperovat. Na straně subjektu máme možností také několik. Jednou z nich je například nebrat věci tak vážně, nepřehánět, nedramatizovat. Další možnou strategií je strategie *zavírání očí*, ta však může fungovat jen jako jakási krizová intervence, z dlouhodobého hlediska pravděpodobně nebude opakovaně obhajitelná a použitelná. Bohužel tato strategie zavírání očí se často objevuje i v jednání politiků, manažerů a úředníků a působí celospolečenské škody. Další strategie, která může být neméně nebezpečná, je *nerozpoznání rizika v dané situaci*, asi bychom tuto situaci mohli nazvat spíše kognitivní chybou. Strategií však může být, jak rychle si uvědomíme krizovou situaci. Křivohlavý uvádí příklad, kdy se právě plynem plněný balon utrhl. Muži co jej drželi se někteří pustili hned, jiní v pěti metrech a další, kteří vyhodnotili riziko špatně, postupně padali z výše 100-400m. Tedy chyba může být jak v přecenění tak v podcenění situace: *chyba „moc“*, *chyba „nic“*. Druhá možnost je posilování vlastních vzorů umožňujících náročnou situaci nějak zvládnout. I zde Lazarus uvádí řadu možností. *Zbavit se nesprávných, falešných a iluzorních představ*, taková může být například představa existence zázračného všeléku. *Zlepšit informovanost*, to jest zlepšení stránky kognitivní, nastudování relevantních zdrojů, které nám umožní lépe a racionálněji se s danou situací vypořádat. *Provéřit všechny možné strategie*, které jsou v dané situaci použitelné a vybrat tu, která se jeví jako nejnadějnější úspěš. *Zlepšit dovednosti boje s těžkostmi*, což může znamenat například zlepšování předchozím nácvikem. Poslední strategií na této straně pomyslné rovnováhy je strategie *posilování obrany změnou životního stylu*, což může znamenat řadu změn v mnoha oblastech, které určitým preventivním způsobem zasáhnou

do našeho života. Například změna psychohygienických návyků, která může snížit celkovou psychickou zátěž, ale například i budování sociální opory apod.

(Křivohlavý, 1994 str. 45- 50)

Obecné strategie zvládnání stresu

Často se ve stresové situaci dostáváme před různá rozhodnutí. Někdy jimi můžeme něco ovlivnit v chodu věcí, jindy ne. Například když nám zemře někdo blízký, není pravděpodobné, že ho vzkřísíme z mrtvých. Můžeme tedy přizpůsobovat jen jednu stranu pomyslných vah. Je velmi důležité tyto nezvratné stavy rozlišit od těch, kde do běhu dějin zasáhnout můžeme. Jakmile tedy rozlišíme, zda je situace neměnná či změnitelná, je potřeba ji podle této kategorizace v případě neměnnosti přijmout, zatímco v případě možné změny uvažovat, jakým způsobem je možno tuto potřebnou změnu způsobit. V obou případech je nutno okamžitě zahájit proces výběru vhodné strategie a samozřejmě, že v obou případech jsou možnosti značně odlišné. U stavů nezvratných nám zbývá jen jedna strana rovnováhy, kterou můžeme jakkoli modifikovat, v případě zvrtném máme k dispozici obě strany pomyslných vah. Měli bychom přijmout to, s čím se bojovat nedá a bojovat tam, kde je šance na změnu. (Křivohlavý, 1994 str. 50- 51)

Volba vhodné strategie je často velmi složitý kognitivní proces, kde roli hraje velké množství determinantů. Jsou to například osobnostní charakteristiky, ale velkou roli hrají i osobní zkušenosti a společenský kontext, zvyklosti, ale například i právní rámec dané společnosti či lokální zvyklosti. Velký význam má již dříve zmíněný systém často iracionálních přesvědčení, v němž jedinec žije, tzv. *belief systém*. Taktéž mnoho vnějších, například sociokulturních, faktorů hraje významnou roli. Průběh volby zpravidla postupuje tak, že nejdříve volíme z mnoha různých strategií, následně konstruueme hypotézy pro zvolenou strategii. Pak bychom se této strategii měli držet alespoň do té doby, než bude možnost ověřit správnost těchto hypotéz. V průběhu výběru strategie probíhá mnohafaktorová selekce parametrů vhodnosti strategie, kompatibility s hodnotovým systémem jedince, zhodnocení silných a slabých stránek a také příležitostí a hrozeb dané strategie. V potaz musíme brát tři oblasti, *kognitivní, emocionální a volní, projevující se konativně*. Různé strategie můžeme nahlédnout.

1. *Zvyšování informovanosti o tom, co se se mnou děje, i o tom, co se děje mimo mne, ale mne se to týká, případně o tom, jaká je naděje, že tou či onou strategií jsem schopen zvrátit chod událostí nebo alespoň zmírnit dopad stresoru.*
2. *Přímá činnost - jakýkoliv čin, kterým se buď z vlastní iniciativy, nebo vyprovokován stresem dávám do boje.*
3. *Utlumení /inhibice/ určité činnosti, která by mou vlastní situaci mohla zhoršit, anebo mne oslabit.*
4. *Vnitřní (intrapsychické) procesy typu "rozhovoru sama se sebou" (jakési samomluvy), kde se snažím přehodnotit situaci, změnit žebříček hodnot, najít jinou cestu řešení..*
5. *Obracení se na druhé lidi se žádostí o pomoc - odbornou radu, útěchu, uklidnění, posilu, sociální oporu.*

(Křivohlavý, 1994 str. 53)

Je důležité si uvědomit, že v průběhu boje či vyrovnávání se se stresem je nutno často strategie přizpůsobovat či měnit v závislosti na tom, co se změnilo v situaci postupem času a užitím dosavadní strategie. Křivohlavý tyto změny přirovnává například k bojovým sportům, kde boj je také neustále přizpůsobován situaci a pohybuje se mezi obranou a útokem. Bohužel často jsou lidé velmi rigidní a drží se stále stejné strategie přesto, že se ukázala v předchozím užití jako neúčinná. Je důležité si také uvědomit, že vhodnost volby strategie pro krátký časový úsek, může být jiná, než z pohledu dlouhodobého. V armádní terminologii bychom v takovém dělení pravděpodobně použili termíny *strategie* a *taktika*.

Vhodné a nevhodné strategie

Je asi nasnadě, že lidé se budou vyrovnávat se stresem i řadou nevhodných způsobů. Asi mnoho z nás napadne okamžitě alkohol, léky, drogy, cigarety a přejídání. Pravděpodobně si také uvědomíme, že tohle asi nebudou zrovna nevhodnější strategie. Pokud se člověk ocitne ve stavu distresu, je samozřejmě jeho snahou se z tohoto stavu dostat. Nastupují různé adaptační mechanismy v závislosti na zkušenostech a zvyklostech daného jedince. Samozřejmě že výše uvedené příklady mají potenciál krátkodobě stres eliminovat, o to hůře se zpravidla člověk cítí později po „vystřízlivění“ a sáhne po dávce další. Tento způsob je jednou z nejefektivnějších metod, jak se stát závislým na návykových látkách, včetně například jídla, sladkostí, čokolády apod. Samozřejmě závislost není jediná daň, neboť jakékoli z těchto řešení má další dopady na zdraví, jako např. rakovina plic, cirhóza, obezita a mnoho dalších.

Návykové látky

Nejčastějším prostředkem v lidové svépomoci zvládnání stresu bude pravděpodobně alkohol. Bohužel je velké riziko, že jakmile člověk jednou zakusí jeho uklidňující účinky, sáhne po něm znovu a znovu, kdykoli bude potřebovat ulevit od své zátěže. Někteří jej pak již budou užívat i preventivně každodenně, což je pravděpodobně ta nejhorší forma.

Křivohlavý uvádí pokusy na zvířatech a jejich výsledky, abychom lépe pochopili, jak alkohol jako prostředek proti stresu funguje. Kryšák alkohol poskytoval větší odvalu dojít si pro krmivo na zakázané místo. Submisivní kočka se pod vlivem alkoholu nadšeně pustila do kočky dominantní, což by „střízlivá“ nikdy neudělala. Alkohol tedy v těchto příkladech odstraní sociální i věcné bariéry. U lidí byly pokusy s malým množstvím alkoholu u alkoholiků a nealkoholiků poněkud nekonzistentní. U alkoholiků vedou k poněkud jiným reakcím, včetně agresivity, podrážděnosti ale i depresivní nálady a úzkosti. Ukázalo se, že se alkoholici více než jiní lidé bojí selhání, mají vyšší úroveň neurotismu a velmi špatně se vyrovnávají s monotónností a nudou. Proč tedy alkoholici pijí? Alkohol vyvolává falešný pocit relaxace, povznesené nálady, a taktéž pocit zvýšené sociální moci. V jednom z pokusů měli řidiči autobusu nealkoholici na hřišti zastavit 5 m před improvizovanou brankou, odhadnout její rozměr a to, kolikrát jsou ji schopni v pěti pokusech projet, aniž by ji shodili. Pod vlivem alkoholu se nezměnila přesnost odhadu řidičů. Odhadli celkem přesně, že branka má 190cm, a věděli, že autobus má 200cm, ale byli si naprosto jistí, že dokážou touto brankou autobusem 5x projet, aniž ji porazí. Z těchto pokusů vyplývá, že alkohol snižuje u jedince napětí, ale dodává mu extrapotenčního sebevědomí a domýšlivosti a ubírá soudnosti. Jak se někdy říká, „napít se na kuráž“.

(Křivohlavý, 1994 str. 56-58)

U drog také primární užití nemusí být uvolnění, ale může to být touha po nových zážitcích a zkušenostech. Samozřejmě záleží na druhu drogy a kategorii, do které patří. Je asi jasné, že naprosto jinak na nás působí halucinogeny, stimulancia, opiáty či cannabinoidy.

V neposlední řadě je potřeba zmínit i farmaka jako látky tlumivé, analgetika, či různá psychofarmaka, která jsou často lékaři předepisována živelně a nezřídka jsou vlastně užívána jako určitá forma návykové látky – drogy. Výhodou pro jedince je, že tuto závislost mu často hradí zdravotní pojišťovna, a následky nemusí být natolik devastující. Obecně lze u všech těchto látek předpokládat, že zpočátku více „dávají“ a méně „berou“, po čase se však tento poměr obrátí, a užívání návykové látky se může stát hlavním stresorem.

6.3.2 Křivohlavý

Automatické adaptační mechanismy

Jaké další mechanismy zvládnání stresu si lidé vytvořili? Křivohlavý uvádí, že základní dělení je na „tvořivé“ a „bořivé“ a řešení můžeme rozdělit do heuristické metody, metody obranných mechanismů a metody řešení pomocí souboru strategií. Heuristická metoda směřuje k cíli hledaje, něco co už někdy použito bylo a nevyužívá všech možností, které existují. Snaží se tedy o kompromis mezi výsledkem a vynaloženým úsilím, a předpokládá, že řešení existuje. Obranný mechanismus je to, co nastoupí někdy automaticky, intuitivně a zpravidla nemá příliš racionální základ, tedy může být iluzorní, šalebný a jen předstírat, že situaci zvládl. Zvládací strategie naopak jsou vystavěny na racionálním základě a realitu respektují. Jak strategie, tak obranné mechanismy slouží k vypořádání se s nadlimitní zátěží, tedy kdekoli se s nimi setkáme, ukazuje nám to fakt, že se člověk dostal do situace, která překračuje rámec jeho adaptačních schopností. Obranné mechanismy využívají zkreslení skutečnosti, popírají pravý zdroj, odvádějí pozornost. Tyto procesy jsou zpravidla nevědomé a spouštějí se automaticky. Jsou poměrně stálé, rigidní, řada jich byla zmíněna již v části zabývající se psychoanalýzou S. Freuda. Pokud je potřeba člověka zbavit nesprávných mechanismů, je potřeba dobře analyzovat situaci, nepotřebné mechanismy za použití různých psychologických technik „odnaučit“ a správné strategie naopak naučit. Využíváme k tomu různé teorie učení či terapeutické postupy. Změny se pokoušíme dosáhnout v *belief systému* a systému naučených pravidel, jimiž se řídí činnost – *action controlling rules* nebo změnou příkazů vnitřní mluvy (samomluvy) a změnou myšlenkových konceptů (*cognitive concepts*). (Křivohlavý, 1994 str. 58-69)

Strach, úzkost, fobie

Jaké stavy tedy potřebujeme pomocí různých strategií zvládat? Je to například strach, úzkost, fobie, ztráta smyslu, deprese, naučená bezmocnost apod. A následně také všechny z nich plynoucí fyziologické a psychické koreláty těchto stavů. Křivohlavý, 1994 uvádí, že v literatuře je popsáno až 180 různých druhů strachu. Jistě lze očekávat, že nejen různé strategie jsou vhodné pro různé druhy problémů, ale také pro různé osobnosti se budou vhodné způsoby interindividuálně lišit. Velmi důležitá je i geneze problému, která může být zcela zásadní pro volbu vhodné strategie. Bude-li například psychická zátěž působit v závislosti na traumatech v raném dětství, může být vynikající psychoanalytický přístup, u fobií to může být logoterapie nebo kognitivně behaviorální přístup.

Zvládnání úzkosti je již poněkud složitější záležitost, neboť na rozdíl od strachů a fobií se liší úzkost tím, že nemá svého určitého původce, předmět. Úzkost může paradoxně pramenit z lidské svobody volby, nutnosti se často rozhodovat, tím pádem nésti i odpovědnost za svá rozhodnutí. Úzkost často pochází z obavy z toho, co budoucnost přinese v nepříliš jistém dobovém kontextu. Nejistotu i úzkost může vyvolávat i špatná zkušenost, s násilím, agresí či všudypřítomnou arogancí moci, korupcí, bezmocí či justiční zvlí podporovanou naprosto chaotickou a nepřehlednou legislativou. Shrneme-li některé

tyto faktory, dostáváme se k úzkosti existenciální. Z toho všeho a mnoha dalších aspektů vzniká multifaktoriální dopad na naši psychiku, jehož manifestací může mnohdy být právě ona chronická úzkost. Dalším determinantem úzkosti může být všudypřítomná soutěživost, vytváření neexistujících potřeb marketingem a frustrace z případné nemožnosti je naplnit. Obecná úzkost z budoucnosti může být provázena strachem z uzavírání sňatků, plození dětí apod. Pokud tato úzkost přesáhne určitou mez, může působit tak, že člověk nechce přijmout iluzorní „svobodu“ volby. Velmi často může úzkost zpětně souviset i s nízkým sebehodnocením a sebevědomím, člověk pak může projevat i jakousi sociální úzkost v kontaktu s druhými lidmi. Ať již nazveme tento stav strachem či úzkostí, projevuje se u jedince patřičnými fyziologickými korelátů akutního stresu, pokud je vystaven situacím sociální komunikace s druhými lidmi.

Podívejme se tedy, jak využít zvládací strategie v takové situaci. Je potřeba někde přetnout „začarovaný kruh“, přerušit kladnou zpětnou vazbu udržující soustavné napětí. To můžeme učinit hned na několika „místech“, tedy několika způsoby. Prvním způsobem je *desentizace*, což znamená snížení citlivosti za účelem snížení sociální úzkosti. Výcvik k desentizaci je jakýmsi očkováním proti strachu, a zpravidla přinese člověku zvýšení sebevědomí. Další rozšířenou metodou je *výcvik v sociálních kompetencích*, který je dnes rozšířen například i v preventivních programech rizikového chování na školách. Ve výcviku se využívají prvky aktivního sociálního učení, účastníci se v simulovaných situacích učí komunikaci, asertivitě, uvědomování si hodnot, obhajování postojů v diskusi, atd. Posledním, ale neméně významným způsobem je *změna myšlení*, tedy kognitivní změna. Je potřeba člověka naučit situacím rozumět z různých úhlů pohledu. Také je důležité, aby člověk věděl, jaké situace jsou pro něj rizikové, uměl předjímat, že nastanou a připravit se na to, jak správně reagovat, až k tomu skutečně dojde. Dále je dobré si průběhy problematických situací zaznamenat, analyzovat je, najít body zlomu a připravit se na další opakování podobné situace lépe. (Křivohlavý, 1994 str. 70-97)

6.3.3 Logoterapie, autosugestivní metody

Další metody mohou taktéž pomoci. Z logoterapie je to například metoda paradoxní intence, kdy člověk si paradoxně přeje, aby se zachoval tak, jak se obvykle zachová, a to co nejextrémněji, tedy pokud se z něčeho třese a potí, představuje si, že v pro něj stresující situaci nastane extrém těchto fyziologických projevů. Tato metoda může být někdy velmi účinná a někdy naopak vůbec, nicméně je natolik jednoduchá, že nebývá problém ji vyzkoušet. Další logoterapeutickou technikou je metoda dereflexe, kdy se jedinec snaží naopak se příliš nevnímat, nehodnotit apod. I vlastní existenciální analýza může být dobrou metodou, jak například přenastavit hodnotový systém jedince a zbavit jej například stresu ze selhání apod. Z krátkodobého hlediska velmi dobře fungují i autosugestivní metody, imaginační metody, pozitivní afirmace a další metody obsažené obvykle v kursech seberozvoje různých esoterických skupin. Řada absolventů těchto kursů žije zdánlivě spokojeně, nicméně někdy to může být časovaná bomba, neboť jednoho dne i takový absolvent může ze svého extrapotenčního snu tvrdě procitnout v konfrontaci s realitou. Tedy při používání těchto technik je důležité vědět, kde technika končí a začíná ortodoxní slepá víra.

Další strategie v podstatě upravené „na míru“ specifickým situacím najdeme v literatuře. Křivohlavý, 1994 uvádí vhodné strategie pro tyto specifické oblasti: zvládnání bolesti, zvládnání bolesti při popáleninách, zvládnání migrény, zvládnání infarktogenního chování, zvládnání vzteku a agresivních impulzů. (Křivohlavý, 1994 str. 97-110)

6.3.4 Obecné strategie

Pokud se podíváme, jaké další metody či strategie může člověk bez nějaké speciální přípravy či výcviku použít, jistě každého napadne hned několik „babských receptů“ - řešení našich babiček, jako dýchat zhluboka, napočítat do deseti nebo jít našťípat dříví. Řada těchto strategií vychází z biologické zpětné vazby, tedy využíváme nějakou techniku, která pomáhá umírnit nespecifickou fyziologickou reakci.

Biofeedback

Jednou z metod biofeedbacku je metoda sledování stavu fyziologie člověka pomocí tělesných senzorů a přístrojového vybavení. Na základě zobrazení těchto stavů se člověk může učit volnímu ovládnutí reakcí a snížení psychické zátěže. Tato metoda je po léta využívána i v superlearningových kurzech používajících metodu profesora Lozanova, například k učení jazyků. Přístroj monitoruje mozkové frekvence účastníka a ten se učí jak si navodit žádoucí stav mozkové frekvence. V některých případech přístroj monitoruje mozkové vlny jedince ve spánku a v požadovaném stavu alfa vln spíná např. přehrávání učební látky, která by měla být takovým způsobem osvojena. Pro tento způsob výuky se používá pojem hypnopedie. Nakolik je obecně použitelný, těžko odpovědět, nicméně zatracovat jej bez vyzkoušení by asi také nebylo zcela efektivní. V managementu stresu můžeme snímat údaje jako je teplota, krevní tlak, puls, galvanické vlastnosti kůže, již výše zmíněné mozkové frekvence, svalový tonus, reakce zornic aj. Existují mnohé zdroje informací v literatuře, co vše se můžeme na úrovni tělesné naučit ovládat, a dokážeme-li vůli například zpomalit tachykardii a snížit krevní tlak, pak se dá očekávat, že i psychická tenze se sníží či ustane.

Zdaleka ne vždy je třeba zajít až k technickým vymoženostem dnešní doby. Dobrý pozorovatel se řadu fyziologických reakcí naučí snadno rozpoznat sám, a při určitém cviku je i ovládat. Mnoho bylo napsáno o jogínech, kteří dokáží s fyziologií svého těla zázraky. Ať již to je uvěřitelné nebo není, na poli *evidence based medicine* se dělaly pokusy s evropsky rozšířeným Schultzovým autogenním tréninkem, v průběhu nichž se testované osoby také v určitém menším rozsahu naučily ovládat určité funkce jako teplotu končetin, krevní tlak, tep apod. Tedy lze předpokládat a je obvykle přijímáno, že většina podobných relaxačních a meditačních technik má potenciál výrazně ovlivňovat dopady stresu na psychiku i fyzické zdraví člověka. Jednou z těchto tradičních technik může být například jóga, kde cvičení, které lze obvykle také považovat za prospěšná, byť někteří lékaři ortopedi by možná nesouhlasili, se snoubí s meditačními či relaxačními technikami. Nebudeme se pokoušet zde hledat relevantní zdroje, které by vhodnost jógy potvrdily, pro zajímavost například uveďme, že některé zdravotní pojišťovny již několik let významně přispívají svým klientům na kurzy jógy, a to dlouhodobě, nikoli jednorázově.

Technika dýchání

Taktéž hluboké dýchání si možná mnohý z nás pamatuje již od útlého věku jako radu maminky ve chvíli kdy děcko propadá bezmeznému zuřivosti. I tato rada byla, jako mnoho jiných, radou dobrou. Tuto činnost lze s úspěchem využít v mnoha situacích akutního stresu, frustrace či zuřivosti jako krizovou intervenci. Tato technika je účinná a je vždy po ruce. Jedná se o pomalé hluboké dýchání a je dobré jej dopředně nacvičit v době hlubokého klidu. Může tak dojít i k určitému podmíněnému spojení této techniky hlubokého dýchání s pocitem tohoto klidu. Tento princip používá například neurolingvistické programování, které takzvaně „kotví“ či ukotvuje požadovaný fyziologický či emoční stav, na nějaký vnější spouštěcí podnět, dotek, hudbu, slovní

spojení apod. Při této technice, ale i u mnoha dalších, například relaxačních (jóga a podobné techniky), jde vlastně primárně o uvolnění fyzické, tedy o uvolnění svalového napětí celého těla. Velmi dobře lze sledovat svalový tonus při jakémkoli stresu v oblasti obličejové. Je jednoduché si to vyzkoušet sami na sobě. Pokud jsme byt' jen pod malým tlakem a uvolníme vůlí obličejové svalstvo, zpravidla po chvíli zjistíme, že obličej zaujal opět svou rigidní „křečovitou grimasu“, a to často i ve spánku. Je velmi obtížné se tohoto stavu tenze mimických svalů zbavit pokud jsme vystaveni byt' jen hypostresu, avšak dlouhodobému. Často tak lze opravdu lidem „čist“ jejich okamžitý, ale i dlouhodobý psychický stav rovnou z geometrie tváře.

Tělesné cvičení

Další zdánlivě obyčejný, avšak ve skutečnosti vynikající způsob, jak zvládat stres, je cvičení tělesné. Velmi jednoduše řečeno, jakoukoli fyzickou zátěží dochází ke spotřebování nadprodukce stresových hormonů tak, jak tomu bylo dříve v období předliterárním, kdy člověk skutečně reakci útok nebo útek realizoval fyzicky, a tím došlo ke spotřebování nadprodukce stresových hormonů a návratu organismu do rovnováhy. Pokud zařadíme cvičení jako je například výše zmíněná jóga, nejde již tolik o vlastní fyzickou aktivitu ale o propracovaný systém koordinace pohybů a sebeovládání. Nicméně i tradiční naštipání dříví je v tomto případě výbornou zvládací strategií, při zachování dostatečné opatrnosti. Součástí každého aerobního cvičení či fyzické námahy je i dýchání, tudíž můžeme cvičení spojit s využitím dechových cvičení.

Relaxační, meditační, vizualizační a imaginační techniky

Dalšími technikami vhodnými pro zvládání stresu jsou techniky relaxační. Znovu můžeme začít u jógy, jejíž součástí relaxační cvičení obvykle bývají. Taktéž jsou zpravidla součástí všech ezoterických a spirituálních novodobých komerčních směrů v oblasti sebepoznávání, a taktéž tyto či velmi podobné techniky najdeme v řadě východních náboženství a s trochou nadsázky i křesťanskou modlitbu růžence bychom mohli nazvat relaxační technikou. Relaxační techniky obvykle zahrnují uvolňování svalové tenze, a následně postupné uvolňování mysli. Jako příklad nám může posloužit znovu všeobecně známá jóga, ale i evropsky i v medicínských kruzích rozšířený a pozitivní vědou prozkoumaný Schultzův autogenní trénink. Prameny těchto technik bychom mohli pravděpodobně vystopovat v meditacích buddhistických či taoistických mnichů a lámů. Zásadní rozdíl mezi relaxačními a meditačními technikami bychom mohli najít v tom, že meditující se zpravidla snaží svou mysl zastavit zcela, zatímco v průběhu relaxačních technik se často využívají další techniky. Mohou to být například autosugestivní techniky využívající vizualizace, imaginace či afirmace výroky. V těchto „hlubokých hladinách“ mysli lze také nacvičit kotvení stavu na určitý tělesný signál a přivodit si tak velmi rychle uvolnění i za bdělého stavu použitím této „kotvy“. Pokud je člověk pod silným tlakem, může mít problém dokázat vůbec zastavit rej nutkavých myšlenek. V takových případech je vhodné použít ke zklidnění mysli například relaxační či meditační hudbu. Je však velmi obtížný výběr takové hudby. Každý člověk má specifické potřeby. Proto je často účinné použití tzv. AVS přístrojů, které používají jen zvuk o určité frekvenci a zvukové obálce, případně i blikající brýle. Světelná stimulace může však být nežádoucí, tedy je potřeba vyzkoušet individuálně. Zvuková stimulace by měla přimět mozek rezonovat s poslouchanou frekvencí. Tyto přístroje jsme vyzkoušeli a subjektivní zkušenost rozhodně není špatná. Nicméně není nutno kupovat drahý přístroj, stačí si „soundtracky“ najít na internetu, či na některých stránkách sami vytvořit a uložit je do MP3 přehrávače. Vizualizace a imaginace je skvělý nástroj známý v moderní terapii minimálně od dob

Jungových. Tyto techniky mají potenciál jak léčebný, tak afirmační. Dokážeme s nimi měnit sebepojetí, sebevědomí, sebedůvěru a sebehodnocení lidí, používají se například i u sportovců, kteří z nějakého důvodu nemohou trénovat, jako částečná náhražka tréninku. Jejich použití v terapii je domníváme se zatím nedocenené. Častěji se s nimi setkáme na komerčních kurzech ezotericky zaměřených přístupů jako New Age. Objevují se v jungiánské terapii, Schulzově autogenním tréninku, případně v neurolingvistickém programování.

Video feedback

Křivohlavý popisuje metodu *video feedback*, která umožňuje obrazovou zpětnou vazbu. Nahráváme videozáznam a pak máme možnost vidět sami sebe a své verbální či neverbální projevy na záznamu. Tím si můžeme uvědomit, jak nás vnímají druzí, jaké děláme chyby, čím působíme špatně. Tento způsob byl použit u anorektiček, u kterých všechny další postupy již selhaly. Jejich úkolem bylo do záznamu komentovat několik fotografií ženské postavy. Postupně se tímto způsobem podařilo rozbít představu o tom, co je tělo již neúměrně obézní a přiblížit ji realitě. Podobně či dalo by se říci opačně tyto postupy fungovaly u obezity, kdy byly před kamerou s obézními dámami vedeny rozhovory, během nichž měly samy hodnotit krásu svého těla. Postupně se tak podařilo rozbít představu, že klientky vypadají zcela úžasně a žádný problém nemají. (Křivohlavý, 1994 str. 120-121)

Asertivita

Další důležitou metodou zvládání stresu může být asertivita. S asertivitou je však třeba zacházet s citem, neboť projde-li někdo jednodenním tréninkem asertivity a snaží se naučené techniky vždy a všude aplikovat, je dost pravděpodobné, že ohrožuje své fyzické bytí, neboť může partnera v komunikaci přivést až k nekontrolované agresivitě. Přehnaná asertivita může někdy působit daleko hůře než umírněná agrese. Tedy v užití asertivity, je potřeba dlouhodobého cviku, ale také citu a taktu. Pokud člověk má vážnější problémy v sociální komunikaci, je možné, že nácvikem asertivity se pro své okolí stane zcela nesnesitelným, neboť právě potřebná empatie a intuice mu bude bránit užívat tento nástroj efektivně. Každá komunikace taktéž vyžaduje jistou dávku intelektuálních a kognitivních schopností, nejlépe u obou komunikujících osob. Samozřejmě naprosto odlišné nároky bude mít účelová komunikace například při reklamaci zboží, jiné komunikace s nadřízeným na pracovišti, a naprosto odlišné s celoživotním partnerem. Bohužel ne vždy je toto jedinec schopen rozlišit a tato neschopnost mu pak do života přináší mnoho problémů a stresu.

Křivohlavý uvádí 4 stupně asertivity. První stupeň je *základní asertivita*. Tento stupeň zahrnuje vyjadřování vlastních pocitů a emocí s použitím neutrálního popisného jazyka. Vyjádření vlastních přání, vlastních myšlenek, případně požadavků a odolávání nátlaku, například schopností říci ne. Druhým stupněm je tzv. *empatická asertivita*. Tato metoda již se zabývá i člověkem, se kterým komunikujeme, a jeho pocity. Jedná se tedy o vystoupení z našeho egocentrismu, směrem k nostrismu z latinského *nos-my*, tedy když rozdělujeme na *my* a *oni*, kdy můžeme využít souznění toho, že oba komunikující jsou právě *my*. Její nejvyšší úrovní je *altruistická*, z latinského *altrui* = ten druhý. Altruistický člověk vše zvažuje i z hlediska zájmu ostatních. Zevně se empatický přístup manifestuje větší snahou o porozumění, kooperaci, konsensus, či kompromis. Třetím stupněm je *asertivita odstupňovaná*. Pod tímto termínem si můžeme představit dynamické přizpůsobování určitého tlaku na protivníka v průběhu diskuse. Nebezpečí v tomto případě tkví v takzvané emocionální indukci, tedy že u druhého člověka vyvoláme například stejně

agresivní a nepřátelské stavy, jaké mu sami vysíláme. I při vystupňovaném tlaku, je dobré nechat druhému určitou byt' i iluzorní možnost volby. Posledním stupněm je takzvaná *konfrontační asertivita*. Ukazuje se, že v krizových situacích nebývají úspěšnější ti, jenž zůstávají naprosto klidní, nýbrž ti, kdo „vyletí“ a začnou jednat. A nejvíce jsou úspěšní, pakliže se po určité době krizového managementu zase dokáží zklidnit a začít řešit náročnou situaci racionálně, případně se ujmou vedení a řízení celého problému.

(Křivohlavý, 1994 str. 125-126)

Odpuštění

Dalším výborným nástrojem seberegulace je schopnost odpuštění. S touto schopností, a to hlavně v oblasti sebe-odpuštění, souvisí však bohužel často potřeba seberefektivního uznání vlastní chyby. To je dnes pro mnoho lidí meta, které po celý život nedosáhnou. Tato neschopnost již sama o sobě může člověka determinovat pro určitou sebedestrukci, obzvláště, když vlastní chyby jsou objektivně těžko popiratelné, a jejich popření a vytěsnění vyžaduje větší množství psychické energie. Samo odpuštění, pokud jej člověk zvládne, může být obrovskou katarzí a neuvěřitelnou úlevou, neboť jedny z nejdestruktivnějších faktorů na naší psychiku působících jsou právě hněv, závist, nenávisť, bezmocnost proti nesouměřitelné síle a z toho pramenící zoufalství či odpor. Umění odpouštět má potenciál zbavit nás všech zhoubných vlivů těchto psychických zátěží, a jak bylo výše zmíněno, je potřeba vyváženého vztahu i k vlastní osobě, objektivního sebezpojetí a umění uznat své chyby odpouštět sám sobě.

Zrání osobnosti

Často s mnoha výše uvedenými faktory a dovednostmi souvisí i zrání osobnosti v čase. Z tohoto pohledu jsou vždy zajímavé teorie jako například Jungova individuace či Grofova psycho-spirituální transformace. Člověk zralý, moudrý je zpravidla vyrovnaný, smířený a pokorný, tedy stres obvykle zvládá bravurně jen svým „nastavením“, aniž by potřeboval příliš využívat jakékoli další strategie. Takový člověk zpravidla také zná smysl své existence, a je tedy odolný i existenciálním tlakům. Samozřejmě, že v různých vývojových stádiích vnímáme svět jinak a naše prožívání je jiné. Nemusí to však být jen v závislosti na věku, ale také na zkušenostech, na parametrech osobnosti každého z nás, na hierarchii hodnot, postojích, dosaženém stupni morálního vývoje, iracionálních přesvědčeních, kognitivních schopnostech a také kognitivních biasech, intelektu a mnoha dalších faktorech, které se v průběhu lidského života můžou zcela zásadně měnit. Tyto změny mohou být pod vlivem zkušeností, ale i vůle, touhy poznávat, nicméně taktéž pod vlivem dané společnosti, propagandy, indoktrinace, vlivu rodiny, přátel, partnerů a vrstevnických skupin. Velmi těžko je tedy možné jakkoli tyto procesy simplifikovat či generalizovat. Je však velmi důležité uvědomovat si co možná nejvíce determinantů učení a zrání člověka, chceme-li mu porozumět a v terapii či poradenství pomoci. V dnešní společnosti není jednoduché pro člověka zůstat zdravým a zralým jedincem. Pravděpodobně to ani není společenská objednávka, abychom měli společnost sestávající ze zdravých, zralých, nebo dokonce kriticky myslících lidí. Neurotické, nezralé, tápající bytosti se určitě daleko lépe ovládají, manipulují a daleko lépe jim lze za užití propagandy „vymývat mozek“. Ve vývojových obdobích naší ontogeneze se mění či vyvíjí mnoho parametrů naší osobnosti, je dobré tedy znát, jak probíhá vývoj emocí, myšlení, charakteru a morálky. V této oblasti mohou být pravděpodobně nejlepším studijním materiálem díla Piagetova a Kohlbergova (v oblasti morálního vývoje). Důležité může být zejména Kohlbergovo pojetí stupňů morálního vývoje. Kohlberg dělí morální vývoj do tří etap: před-konvenční, konvenční a post-konvenční. Každá z těchto úrovní morálního vývoje má

ještě dvě subkategorie, celkem tedy šest stupňů. Někdy může být velmi důležité znát, jaké úrovně morálního vývoje daný jedinec dosáhl, neboť zdaleka ne všichni dozrají až k stupni nejvyššímu. Mnoho jedinců uvízne na stupni, 3-4 tedy v oblasti konvenční morálky. K zrání osobnosti dochází v průběhu celého života. Determinujících či formujících faktorů je skutečně mnoho. V první řadě jsou to vlastní zkušenosti, závislé tak trochu i na tom, jaké překážky nám osud, dobový kontext a lidé kolem nás připravují. Dle Sokratova citátu „Dostaneš-li ženu hodnou, budeš výjimkou, dostaneš-li zlou, staneš se filosofem“ není až tak moc potřeba k získání životní moudrosti. Citát vlastně realitu částečně svým způsobem vystihuje. Čím trnitější cestou člověk v životě prochází, tím větší získává potenciál k životní moudrosti. Zda tento potenciál skutečně využije záleží i na řadě vnitřních faktorů dané osobnosti. Velmi důležitá je také společnost a sociální skupiny, ve kterých se člověk pohybuje. Ve společnosti moudrých lidí snadno díky synergii dozrává. Bohužel tato skupina lidí se stává pravděpodobně ohroženým a společensky nežádoucím druhem.

Smysl života

Jak již jsme dříve zmínili, lidé zralí a moudří v této otázce mívají celkem jasno. Buď smysl života objevují, nebo smysl svému životu prostě sami dají. Ti ostatní to často tak jednoduché nemají. Dá se vytušit, že lidé kteří jsou si smyslem svého života jisti, zpravidla životem procházejí s podstatně menší zátěží. Tedy alespoň potud, pokud jim někdo naplnění jejich smyslu neznemožní nebo nezničí. Již jsme se zmiňovali o vývojových stádiích v životě člověka a vývoji jednotlivých procesů a stavů. Co se týče určitého smyslu v životě, jistě jej naznačuje Ericsonova periodizace, která nám jednoduchým způsobem naznačuje, co je v jednotlivých obdobích určitým středem našeho zájmu. Tato období Ericson popisuje:

„Batole: Jsem to, co mohu svobodně dělat.

Předškolák: Jsem to, co dělám.

Školák: Jsem to, co umím (dovedu).

Dospívající: Jsem to, čemu věřím.

Mladý dospělý: Jsem to, co mám rád (co miluji).

Střední věk: Jsem to, co poskytuji.

Zralý, starší věk: Jsem to, co po mně zůstane.“ <http://www.vasedeti.cz/vychova/vyvoj-a-vychova-predskolaka/jak-vychovat-sebevedome-dite/> (15.5.2014, 15:20)

Dalším autorem, který jako hlavní drive lidského žití považoval touhu po smyslu života, byl V.E. Frankl, zakladatel logoterapie a existenciální analýzy. Jeho terapii jsme již na několika místech naší práce zmínili. Co se týče hledání smyslu, k tomu nám pomáhá jeho existenciální analýza, která se pokouší zkoumat naši existenci jako stopu v čase a hledat smysl této existence. V dnešní době všeobecný strach z budoucnosti, který naprosto potvrdil i náš výzkum, může snahu o naplnění smyslu celkem úspěšně likvidovat. Také pokud člověk najde smysl v naplňování konzumní podstaty postmoderního kapitalismu, jeho šance na život bez napětí a psychické zátěže se blíží nule. Zpravidla jen člověk ochotný se spokojit s málem má potenciál prožít klidný život v míru a pokoře. Konzumní člověk je zpravidla štvancem vláčeným uměle vytvářenými, nikdy nenaplnitelnými potřebami.

Potřeby

Jak bylo výše uvedeno, lidské potřeby mohou být různé, jejich uspokojování taktéž. Představitel humanistické psychologie Abraham Maslow nám o potřebách říká:

*„Potřeby nejsou uspokojovány vše nebo nic - překrývají se a jedinec může být motivován více hladinami potřeb současně. Systém je hierarchický - je třeba uspokojit nižší potřebu, zatímco vyšší je odsunuta do pozadí; jakmile je nižší uspokojena, objeví se specifický neklid a nespokojenost, mění se chování, hodnoty, zájmy ... po uspokojení další potřeby se celý proces posouvá na vyšší úroveň až po nejvyšší úroveň neuspokojení - dokud není tím, čím být může a tedy musí. Obecně platí, že čím nižší pozici ta která potřeba zaujímá, tím větší má sílu prioritně se prosazovat. **Funkční autonomie** - jestliže bylo jednou zažito, jak chutná uspokojení vyšších potřeb, mohou se stát **autonomními - nezávislými na uspokojení potřeb pod sebou** - někteří kreativní lidé tvoří i přes posměch okolí a jiní si drží své hodnoty a ideály, že jsou schopni hladovět i zemřít; u některých mohou být potřeby rozházené díky jejich neobvyklé živ. historii (přednost kariéry před náležitím - rodinou, láskou).“*

<http://www.psychoweb.cz/psychologie/maslow-a-h---teorie-motivace--d-a-b-potreby/>

(15.5.2014, 15:20)

Tedy i v oblasti potřeb a jejich uspokojování můžeme najít mnohé konstrukty naplnění či nenaplnění lidského štěstí, tedy potažmo také determinanty stresové zátěže. Neuspokojení potřeb vyúsťuje ve frustraci, a dlouhodobé neuspokojování základních lidských potřeb v deprivaci. Tyto jevy již byly popsány výše v popisu psychoanalýzy a obraných mechanismů ega. Samozřejmě je třeba se v hierarchii potřeb dobře orientovat, pokud hledáme způsob, jak danému jedinci vhodně pomoci, je třeba velmi dobře testovat, jaké potřeby zůstávají nenaplněny, čím jsou kompenzovány, a jaké mechanismy jsou užívány ke kompenzaci či adaptaci. Důležité je i uvědomovat si dynamické změny v potřebách. Zatímco člověk hladový má ve středu svého zájmu potřebu se najíst, jakmile se tato potřeba uspokojí, okamžitě ji nahradí potřeba další, která předtím nebyla na prvním místě v důležitosti.

Iracionální přesvědčení

Jak již jsme na mnoha místech uvedli, mnoho lidí žije ve světě vystavěném ze svých iracionálních přesvědčení, která jsou při „životě“ udržována množstvím kognitivních biasů (úchylek). Často se setkáme, pro tento iracionální obraz světa, s označením *belief systém*. Často bývá tento systém laicky nazýván „Matrix“ - virtuální svět, podle stejnojmenného filmu o virtuální realitě. V dnešní době je tento belief systém nejen záležitostí jednotlivce, ale do značné míry i záležitostí skupinová. Velmi často připomíná v mnoha aspektech praktiky a chování sekt. Je dobré si uvědomit, že k tomuto způsobu uvažování patří neschopnost sebereflexe, neschopnost uznání chyby, pocit neomylnosti a přesvědčení o monopolu na jedinou pravdu. Z oblasti psychopatologie bychom tento stav asi mohli s určitým omezením přirovnat k extrapotenčnímu bludu, v případě skupinovém pak k bludu témuž, ale indukovanému. Například v oblasti zdraví se setkáváme s mnoha iracionálními přesvědčeními. Velmi často jsou lidé přesvědčeni o neškodnosti jakéhokoli vlastního rizikového chování (užívání návykové látky, rizikový sex apod). Taktéž tento model najdeme u anorektiček, obézních lidí, majících narušené pojetí tělesného schématu, či u sportovců majících pocit nezničitelnosti těla. U mladých lidí převládá obecně pocit nekonečnosti a samozřejmosti zdraví, ale také do značné míry téměř nekonečnosti života. U lidí spoléhajících se na konvenční medicínu, paradoxně v čele s lékaři, zpravidla

převládá pocit opravitelnosti čehokoli, co se na lidském těle „porouchá“, a také představa, že každý problém má jen jednu příčinu či jednoho původce, vir, bakterii, úraz, ... V této skupině lidí také převažuje představa, že psychika nemá vliv na somatické nemoci a že všechny nemoci vyléčíme polykáním pilulek, případně maximálně injekcemi, operací apod. Mezi vyznavači alternativní medicíny najdeme zcela opačné iracionální představy. Často jsou přesvědčeni, že každý lék je smrtící koktail, každý lékař je vrah v bílém plášti a nemocnice je synonymem márnice. Další iracionální představy jsou často vytvářeny a lidem indukovány různou propagandou, krátkými virálními videy a nejčastěji krátkými hesly, pro které se vžilo použití termínu „mantra“ a zdá se být celkem na místě. Takové mantry používají a šíří třeba bohatí k udržení své moci, například různé modifikace „amerického snu“: „Peníze se válí na ulici, stačí jen je sebrat“, „Kdo je chudý, může si za to sám“, „Přej bohatství jiným a budeš bohatý taky“. Další obrovská kvanta manter produkují zájmové skupiny, které si můžeme pro jednoduchost označit jako určitý druh „sekty“. K těmto skupinám mimo jiné patří ezoterické směry New Age produkující mantry na podporu sama sebe, nebo proti konkurenci. Takže například „Tělo má zázračnou moc a s každým problémem si poradí samo“, „Potravy není člověku třeba, může žít z energie *prány*, která je všudypřítomná“, „Za vše může masitá strava, stanete-li se veganem, zbavíte se všech nemocí“ a stovky dalších manter, dohromady vytvářejících zcela iracionální svět, kde si každý vybere, co se mu „hodí do krámu“ a vytvoří si vlastní „Imaginárium“. Další sada manter slouží k obraně ega a podivného životního stylu dnešní společnosti. Například k obraně bezbřehého egoismu: „Pokud si každý bude hledět jen sebe a svého prospěchu, svět se stane lepším“, názorového relativismu: „Každý názor je stejně dobrý, nic není černé nebo bílé“, nebo další mantry směřující k brain-washingu davů tak, aby nikoho nenapadlo mít například revoluční myšlenky: „Pokud začnu zlepšování u sebe, záhy selepší celý svět“, „Budeme-li společně medítovat, postupně se všichni zlí lidé stanou lepšími, vytratí se kriminalita, závist, nenávist a svět se změní“ či „Ti jedinci, kteří jsou osvícení a spiritualističtí, záhy převibrují do vyšší dimenze 4D, či 5D“ s tím, že neosvícení hlupáci samozřejmě zůstanou trpět zde ve 3D. Mnohé z těchto iracionálních přesvědčení mohou samozřejmě mít krátkodobě moc až léčivou, pokud jim vyznavač slepě nekriticky věří, alespoň do té doby, než z nich případně vystřízliví. Na druhou stranu, je to jen jakýsi způsob útlumu - psychické drogy – anxiolytika, který může mít v horším případě i zásadní dlouhodobé následky. Všechny tyto zde uvedené mantry byly nasbírány v průběhu vytváření této práce v diskusních skupinách na sociálních sítích, kde se šíří jako mor.

Hypoteticky sice existuje cesta, jak jednotlivce z těchto iracionálních představ dostat zpět do reality, avšak jedná-li se o skupinu, s níž se jedinec ztotožnil, bude velmi pracné až nemožné tohoto jedince přesvědčit o iracionalitě skupiny, případně přimět k jejímu opuštění, tak jako tomu bývá u skutečných sekt. Větší šance návratu do reality bude u jedinců s vyšší inteligencí. U podprůměrně inteligentních jedinců můžeme očekávat spíše naděje na práci sisyfovskou, bez valné prognózy na úspěch. Těmto lidem se v takto zjednodušeném světě jednoduchých univerzálních „pravd“ žije daleko lépe, mají pocit, že mu rozumí a mají jej perfektně pod kontrolou.

6.3.5 Rheinwaldová

Tato Česko-americká autorka nám poskytuje názorný a ucelený systém pro zvládání stresu. Její pohled je skutečně velmi multifaktoriální. Taktéž v oblasti zvládacích strategií postihuje vše co již zde bylo v předchozích částech uvedeno, ale i několik dalších strategií, a některé již zmíněné rozvíjí širěji. Podívejme se, jakým způsobem na tuto problematiku nahlíží.

Zajímavé je například její rozdělení lidí na stresory a léčitele.

„Stresoři jsou lidé, kteří:

1. Přerušují hovor
2. Mají trpký, až kyselý výraz tváře.
3. Ponižují a urážejí druhé verbálně i neverbálně (grimasami).
4. Snaží se ovládnout konverzaci.
5. Dávají najevo nezáměr o druhé.
6. Mají tendenci nezdravit a neusmívat se.
7. Neustále si stěžují.
8. Dožadují se, aby bylo po jejich, a odmítají kompromisy.
9. Mluví s lidmi povýšeně.
10. Neustále vyžadují souhlas.
11. Soustavně druhé a všechno kritizují.
12. Často se rozčilují.
13. Vyvolávají v lidech pocity viny.
14. Manipulují své okolí.
15. Své bližní zesměšňují a ztrapňují.
16. Lžou a neradi mluví s lidmi přímo.
17. Často ukazují, jak jsou frustrováni.
18. Mají agresivní požadavky.
19. Většinou s ničím nesouhlasí.
20. Nedodržují sliby, nedrží tajemství.
21. Povyšují se nad ostatní, mluví jen o sobě.“

(Rheinwaldová, 1995, str. 9)

Náš stres v komunikaci s takovými jedinci vzniká z potřeby bránit se jejich agresi. Pokud přistoupíme na jejich hru a necháme se jimi přivést k rozčilení a stresu, ničíme si své zdraví. Pokud jsme schopni takového jedince identifikovat a uvědomit si, že jeho chování je manifestace určité vady charakteru, poruchy osobnosti či chování, která může mít řadu příčin, včetně např. genetických, můžeme se vlastní stresové reakci vyhnout. Často je lépe tyto lidi litovat, než se nad nimi rozčilovat. Nikdy se však nesnižme na jejich úroveň a nebojujme s nimi.

(Rheinwaldová, 1995, str. 10-11)

„Léčitelé stresu se vyznačují tím, že:

1. Pozorně naslouchají druhým.
2. Projevují verbálně i neverbálně úctu k bližním.
3. Necháávají ostatní vyjádřit názory a city.
4. Dávají pouze konstruktivní rady.
5. Často se usmívají a zdraví.
6. Upřímně druhé oceňují a nešetří city.
7. Váží si druhých a jejich práce.
8. Dělají rozumné kompromisy.
9. Mluví pozitivně.

10. Berou na zřetel city a potřeby druhých a pomáhají jim.
11. Dovedou upřímně mluvit o svých potřebách a přáních.
12. Jednají se všemi jako se sobě rovnými.
13. Umějí se kontrolovat a nereagují na stresové situace automaticky.
14. Dělí se čestně o informace a své zkušenosti s druhými.
15. Dovedou mluvit otevřeně o nepříjemných věcech.
16. Vyznařují klid namísto stálého spěchu.
17. Neopomíjejí vyslovit s druhým souhlas kdykoli to je na místě.
18. Dávají přímé otázky.
19. Zachovávají svěřené tajemství a dodržují sliby.
20. Dávají slovo, jen když ho můžou dodržet.
21. Upřímně se o druhé zajímají.
22. V práci i doma objasňují role druhých.
23. Pomáhají ostatním lidem v přípravě a organizaci práce.
24. Mají hierarchii úkolů a postupují podle ní. “

(Rheinwaldová, 1995, str. 12-13)

Tito lidé naopak ostatním přinášejí uklidnění a pohodu. Kéž bychom takové lidi potkávali co nejvíce.

Stresory vztahové

Další kategorií jsou stresory vztahové. Dříve bývala rodina nejcenějším azylem, oporou, podporou a ochranou, děti byly vychovávány k úctě k rodičům, pořádku, dodržování struktury rodiny i společnosti. Konfliktů bylo díky tomu o poznání méně než dnes. V dnešní době se polovina manželství rozpadá, mnoho jich ani nevzniká, a děti vyrůstají často v prostředí neúplné, problémové, dysfunkční či afunkční rodiny. Všeobecná ztráta hodnot a řádu v životě proměnila i rodinu mnohdy v chaos a největšími stresory dnes mohou být rodinní příslušníci. Neschopnost organizace času vnáší do vztahů další chaos a další stres. Děti mohou být také velkými stresory, při nezvládnuté nebo defektní výchově, ale i děti hodné můžou působit stres již jen tím, že se o ně prostě v dnešní době bojíme. Dalším momentem je odchod dětí z domova, který již byl zmíněn dříve. Další stres jsou rodiče a prarodiče. Rozšířené rodiny se dnes sice rozpadají a vazby bývají volné, nicméně stává se, že je nutno se o staré rodiče či prarodiče postarat. Tato situace bývá někdy velkým stresem a většinou bývá spíše tendence se vlastních „staříků“ nějak zbavit (LDN, hospic apod.)

(Rheinwaldová, 1995, str. 19-35)

Společenské stresory

Společenské stresory jsou další vztahové faktory stres působící. V této oblasti je samozřejmě velká variabilita problémů. Zatímco jednoho stresuje dav, druhého naopak samota. Prevenci zde můžeme vytvořit vhodnou výchovou. Důležitou roli zde hraje i postavení ve společnosti a vlastní sebepojetí. Velmi důležitou roli pak hraje i úroveň a konzistence společnosti, ve které se pohybujeme. *Stres z přítomnosti lidí* se může projevit, pokud jsme dlouho ve společnosti stejných lidí a začneme jimi být „přesyceni“. Je potřeba mít možnost izolace, samoty. Pokud tu možnost nemáme, může to být problém. Varovným signálem je, že nám tito lidé takzvaně jdou čím dál víc na nervy, dochází častěji ke

konfliktům, zvyšuje se agresivita. Jako další Rheinwaldová uvádí *situační stresory*. Mezi ně patří například pracovní zátěž u pracovníků pomáhajících profesí. Stresovaní klienti přenášejí svůj stres na poskytovatele pomoci. Často dojde k syndromu vyhoření, cynismu, apatii. Stres z propojenosti je další důležitou součástí denního vztahového stresu. Propojenost s celým světem, každý den na obrazovce války, neštěstí a katastrofy. Jsme svědky všeho zla kolem celého světa. Obrovský vliv například televize a internetu můžeme sledovat na dětech, které jsou svými rodiči z pohodlnosti ponechávány před televizí nebo u počítače hodiny denně. Zpravidla děti stráví těmito aktivitami podstatně více času než ve škole. Dochází k tomu, že děti přebírají hodnoty z filmů a žijí v hyper-realitě, ve které již nedokáží odlišit, co byla jejich vlastní zkušenost a co obrazovkou zprostředkovaná. Další problém je obsah, který je neustále akčnější, agresivnější či více napínavý. Prožitek při sledování je pak do značné míry podobný reálnému a má podobný zátěžový dopad na organismus. Rheinwaldová uvádí jaký obrovský rozdíl spatřila v televizní produkci USA a ČR, když se do ČR navrátila po roce 1989 z emigrace, ale bohužel tato idyla netrvala dlouho. V oblasti hodnot, je to zpravidla devalvace morálky, vyzdvihování síly, peněz a moci, devalvace sexu na zábavu a nástroj jak něčeho dosáhnout, podpora konzumního způsobu života. Děti se učí nápodobou vzorů, bohužel v tomto případě např. seriálových, kterým rodičovský vzor samozřejmě těžko může konkurovat. Média tedy mají potenciál vytvářet v lidech soustavný strach a napětí. Sledování těchto zdrojů vyvolává chronický stres a úzkost, se všemi jejich dalšími dopady. Dalším faktorem je sedavý život a nedostatek pohybu. Tento často vede k nadváze a dalším zdravotním problémům, což jsou další stresory. Další kategorií tvoří stresory prostředí, což jsou všechny faktory, fyzikální, chemické, biologické, prašnost, hluk, vibrace, světlo, teplo, ale i vysoká koncentrace lidí na malém prostoru, open-space prostory apod. (Rheinwaldová, 1995, str. 13-15)

Myšlenkové stresory

Myšlenkové stresory jsou rozsáhlou kategorií stresorů. Dá se říci, že vlastní myšlenky jsou hlavními původci stresu a skrze ně na nás působí reálné situace. Tedy ne to, co se skutečně děje, na nás působí, nýbrž to, jak to naše kognice zpracuje, co přidá či odfiltruje, a jak vše i pod tíhou zkušeností vyhodnotí. K realismu mívají však tyto myšlenky daleko. Ve většině případů lze dopady reality na psychiku snížit změnou myšlení. Velmi dobré je dokázat se odpoutat a sledovat se jaksi zevně, z odstupu, nicméně je to velmi obtížné. Je dobré poskytnout sluchu i každé kritice, neboť i naprostý hlupák sledující nás zevně dokáže vidět to, co my sami neumíme, nebo nechceme (ať vědomě či nevědomě) vidět. Často se díky své iracionalitě a emocím dostáváme do velmi nepříjemných stavů, jsme však obětí svého myšlení a nikoli situace samé. Představa je však pro tělo stejně destruktivní jako realita. Stejně jako na vlastní představy bohužel reagujeme i na vnitřní monology i dialogy. Tyto rozhovory nás dokáží psychicky i fyzicky devastovat. Stávají se sebenaplňujícím proroctvím, pokud se například zabývají katastrofickou predikcí, jak co dopadne. Rheinwaldová navrhuje použít tzv. *kognitivní představbu*, což prezentuje změnu našeho automatického způsobu myšlení. Standardně totiž, jak již bylo vícekrát zmíněno, jakmile pod vlivem stresu dojde k narušení fyziologických funkcí, toto pak zpětně generuje stres a začarovaný kruh se uzavírá. Je tedy potřeba jej někde přetrnout. Jednou z možností je právě na úrovni racionální zastavit vnitřní monology a dialogy či imaginace, nebo je nahradit. Nejdůležitější z tohoto pohledu je selfkoncept, tedy sebepojetí jedince. Lidé s negativním míněním o sobě jaksi „přitahují“ jeho naplnění, a naopak. Také je důležitá představa vlastní kontroly, která již byla popsána dříve v části o naučeném optimismu. Zásadní difference shledáváme také mezi rizikovými typy osobnosti, které již byly popsány výše, jako osobnostní typ A. (Rheinwaldová, 1995, str. 36-48)

Emoční stresory

Pokud výše zmíněné myšlenkové stresory necháme pracovat dostatečně dlouho, naruší naše mentální schopnosti a v iracionálním konání se dopouštíme mnohých chyb. Emoční stres je určitým výsledkem dalších vlivů a jedná se o to, že dochází již k určitému chemickému přenastavení mozku a ke změně emoční balance. Tyto emoce, jako např. strach a úzkost, pak mají potenciál působit další škody, např. snížení výkonu paměti či myšlení. Tělo je připravováno na reakci útok/útěk, která nám však dnes je zpravidla k ničemu. Příprava svalů nám tedy často nepomůže a naopak potřebné zdroje k řešení, jako např. mozek, jsou inhibovány. Emoční stres můžeme dělit do čtyřech kategorií: stres způsobený pojetím času, anticipační stres, stres z úzkosti a frustrace. (Rheinwaldová, 1995, str. 49-65)

Úkolové stresory

Stresory úkolové, jak se dá snadno vytušit, budou vznikat s úkoly, např. v zaměstnání, škole apod. Skládají se z mnoha faktorů, které Rheinwaldová dělí na: míru pracovní zátěže, fyzické faktory, společenské postavení a zodpovědnost. Další související kategorií s úkolovými stresory jsou stresory z přetížení, které vznikají tam, kde je požadavek výkonu příliš veliký. Tyto stresory můžeme tedy například objevit u dětí ambiciozních rodičů, rodin s mnoha dětmi na malém prostoru apod. Další související kategorií jsou stresory z rozhodování, které mohou vznikat nejen u odpovědných pozic v zaměstnání, ale i z pouhé nutnosti volby či příliš mnoha voleb v dnešní společnosti. (Rheinwaldová, 1995, str. 66-82)

Jak žít bez stresu

Pro život bez stresu je dle Rheinwaldové nutno učinit mnohé. Člověk by měl začít sebereflexí a úvahou o vlastním hodnotovém systému a postojích. Zamyslet se, co je pro něj skutečně důležité. Je potřeba vyhnout se zbytečným stresům aby nám zbyla síla na ty, kterým se vyhnout nejde. Hlavní princip je vyrovnanost, jejímiž faktory jsou dobrý management času, rozdělení mezi práci, zábavu a odpočinek. Je potřeba snažit se neustále vše vybalancovat, aby nedošlo k přetížení. Pro člověka je důležité učení, práce, láska, smích a uvolnění. Učení se stále něčemu novému, touha po poznání, působí velmi dobře, není vnímáno jako zátěž. Práce, pokud je smysluplná, naplňuje náš život, dnes možná obtížně realizovatelné. Láska je všelék, leč je jí pomálu. Dnes pod vlivem médií a konzumní společnosti se nám kamsi vytrácí. Smích, vždy spolu s láskou považován za všelék, leč smích upřímný, nikoliv škodolibý, výsměch apod. Umět se smát sám sobě je balzámem na lidské trable, nicméně tuto vlastnost také dnes aby pohledal. Uvolnění – relaxace je výborným nástrojem, někdy je však obtížné pod tlakem dokázat relaxovat, proto je dobré nacvičovat tyto techniky dříve, než jsou akutně potřebné. (Rheinwaldová, 1995, str. 66-82)

Holistické pojetí stresu

Holistické pojetí nám od pradávna říká, že příčiny všech nemocí jest potřeba hledat všude a člověk je biologicko-fyziologicko-fyzicko-psychicko-sociální celek. Je třeba se tedy věnovat i studiu všech faktorů. Zahrnuje to např. žít zodpovědně, mít znalosti v oblasti stresu, znát sebe, své schopnosti, své reakce, nepřeceňovat se, nenalhávat si nic, sledovat vědecké objevy v oblasti zdravého života, vyhýbat se módním teoriím a pochybným léčitelským praktikám. (Rheinwaldová, 1995, str. 108-116)

Optimismus

Důležitý je optimismus, zvláště pro stresory myšlenkové, neboť naznačuje, jak je svět vnímán. Toto téma již bylo důkladně rozebráno v části o naučeném optimismu. Rheinwaldová dále uvádí, jak se vyhnout myšlenkovému distresu. Důležité je naučit se na sobě rozeznat symptomy, což je nejjednodušší sledovat na fyziologických korelátech, jako zrychlený dech, tlukot srdce, pocení aj. Pokud toto zjistíme a není zatím reálný důvod k takovému strachu, najdeme ve své mysli myšlenku, která to způsobuje, a pokusíme se ji nějak přeformulovat, zmírnit. Případně pokud se jedná o katastrofické domýšlení konců, pokusíme se je nahradit šťastným koncem. Je dobré vyhnout se rychlým pesimistickým závěrům a snažit se najít řešení, byť například bude kompromisní. Nezapomínejme, že i špatná zkušenost či neúspěch nás posouvají dále a mnohdy nás uchrání daleko horší zkušenosti v budoucnosti. Pomohou také příklady druhých, kteří jsou optimističtí a také knihy a kurzy, které se takovou problematikou zabývají. Zde bychom doporučili zvýšené opatrnosti, neboť za posledních několik let je tento trh saturován převážně esoterikou a New Age.

(Rheinwaldová, 1995, str. 136-138)

Vytvoření bezstresového prostředí

Velmi účinným nástrojem vypořádání se se stresem je zbavení se stresorů, „vyčištění“ prostředí. Ne vždy to je jednoduché, přesto pokud se to podaří, může to být nejlepší cesta k znovunalezení klidu. Nejdůležitějším místem pro většinu lidí je domov. Měl by být jakousi oázou klidu, lásky, solidarity, empatie a pomoci. Ne vždy tomu tak však bývá. Pro zabránění či předcházení problémům je dobré, existují-li obecně přijímaná pravidla. Rheinwaldová doporučuje vyvěsit domácí řád, který definuje rozdělení kompetencí a povinností, definuje místo pro každého člena, děti by měly mít své pracovní místo s možností klidu, mimo hlavní provoz domácnosti, řvoucí televize, hudby apod. Totéž platí na druhou stranu, poslech hudby adolescentem může být významným stresorem pro rodiče. Každý má právo na klid. Je dobré oddělit práci a domov, nekonečné workholikovy telefonáty do pozdních nočních hodin také rodinné pohodě nepřidávají. Dobré je dodržovat pravidelnost, například čas pro večeri, případně mít jisté rituály.

(Rheinwaldová, 1995, str. 139-141)

Organizace chaosu, zdravá výživa a humor

Dalším protistresovým opatřením, může být správná organizace chaosu. O organizaci času jsme se již zmínili v předchozím, důležitá je však i organizace prostoru, práce a mnoha dalších běžných úkonů. Na pracovišti je třeba eliminovat vše, co nám odvádí pozornost, zabírá místo či vyvolává frustraci. Také hromadění nepotřebných artefaktů našeho života může vyvolávat frustraci a zbavení se takové zátěže naopak katarzi. Samozřejmě to neznamená vyhodit vše, co máme rádi a máme s tím spojené krásné nostalgické vzpomínky, nýbrž racionálně zhodnotit, co již nejspíš nikdy potřebovat nebudeme. Důležitá je i topologie pracoviště, bytu či domu. Je skvělé, pokud máme bydlení navrženo ergonomicky, v poslední době se však v této oblasti spíše důraz klade na módu a individuální lifestyle. Architekti nám podsouvají megalomanské představy, neboť jejich pal-mare je několik procent z utracených peněz a my pak žijeme v cizích představách s pocitem, že to expert musel udělat nejlépe a sousedi a přátelé musí být v němém úžasu. Naše podvědomí však v tu samou chvíli může velice trpět. Taktéž volba nábytku, jeho rozložení, ergonomie i estetika jsou důležité. Znovu záleží na tom, zda chceme žít útulně, nebo se předvádět druhým, na co všechno máme a jak jsme „kreativní“. Zdravá výživa je další faktor mající vliv na naše prožívání. Důležitý je správný přísun

vitaminů (zejména B a C) a minerálů.. Nedostatek vitamínu B již sám o sobě může způsobovat nežádoucí psychické stavy, depresivní nálady, psychickou unavitelnost, snížit frustrační odolnost apod. Vitamin C snižuje dopady škodlivých látek, působí jako antioxidant a má řadu dalších funkcí. Je potřeba tedy mít dostatek různorodé stravy i v syrovém stavu (ovoce, zelenina), abychom tyto potřeby pokryli. Taktéž množství a rozložení příjmu potravy v průběhu dne je důležitým faktorem zdravé výživy. Dalším faktorem redukce stresu může být humor a dobrá nálada. Humor bývá někdy nazýván všelékem, a je možné, že u mnohých má skutečně léčivý potenciál. Pro redukci stresu pak bude většinou dobrým nástrojem. Pokud se umí člověk zasmát sám sobě, je to zpravidla projev hlubší, znamenající schopnost sebereflexe, nadhledu a sebeodpuštění. Humor je způsob, jak zvýšit frustrační odolnost, je také určitou katarzí, uvolněním napětí. Samozřejmě není vše, čemu se člověk směje, stejné. Výsměch a zesměšňování je například cosi jako nepřímá agrese, na rozdíl empatického humoru, plného úcty. Je zdravé dělat si legraci ze sebe sama, ze svých slabostí a chyb, neboť toto je opak perfekcionismu, a tudíž dobrý nástroj ke snížení stresu. Humor je obranou proti vnitřním i vnějším stresorům, zvyšuje naši imunitu, stres ji naopak snižuje, tedy i na fyziologické úrovni jdou proti sobě. Pokud člověk chce, dokáže humor nalézt vždy a všude, smysl pro humor se dá vypěstovat, naučit. Rheinwaldová doporučuje pozitivní afirmace s vizuální představou, jako např.:

(Rheinwaldová, 1995, str. 141-149)

- „*Mám smysl pro humor.*
- *Jsem hravý.*
- *40x za den mě něco pobaví.*
- *Mám právo na legraci.*
- *Život je pro mě příliš krátký, než aby byl brán smrtelně vážně.*
- *Život je komedie.*
- *Rozesmát své bližní je dobrý skutek.*
- *Smích je léčitелеm stresu – každý den někoho rozesměji.*
- *Smíchem vylepšuji život sobě i druhým.*
- *Smích je koření života – směji se rád.*“ (Rheinwaldová, 1995, str. 150)

Bohužel řada z nás v sobě postupem času potlačí své vnitřní dítě. Dítě hravé, bezstarostné, spontánní, zvědavé a veselé. Nahradíme jej falešnou vážností a důstojností dospělosti, čímž se o mnohé ochudíme, mimo jiné o přirozenou protistresovou obranu. Je velmi dobré se dokázat vrátit ke svému vnitřnímu dítěti, vypnout cenzuru, logiku, popustit uzdu své fantazii, vzpomenout si na vše, co nás pobavilo. Můžeme vyprávět, nebo alespoň přečíst si vtipy, přečíst každý den kapitolu z humoristické knihy. Je dobré si večer zrekapitulovat humorné zážitky za celý den, a také vymýšlet různé paradoxní, komické situace, a pokud to je možné, komunikovat co nejvíce s veselými a pozitivními lidmi.

(Rheinwaldová, 1995, str. 150-152)

Program redukce stresu dle Rheinwaldové

Redukce stresu je termín zavedený kardiologem doktorem Herbertem Bensonem. Tato redukce má za úkol obrátit účinky stresu. Relaxace vyvolává opačné fyziologické změny než stres. Techniky jako hluboké dýchání, autogenní trénink či relaxační a meditační techniky pomáhají k uklidnění organismu, prokrvení končetin, snížení krevního

tlaku a tepové frekvence. Jde o to, abychom předcházeli stavům, které napomáhají vzniku nemocí, a dožili se pokud možno co nejdělsího funkčního věku. Je potřeba si uvědomit, že do značné míry jsme schopni svým životním stylem ovlivnit vlastní zdraví a kvalitu života. Představa, že lékař vše opraví a má na vše prášek, je lichá a nejdůležitější je prevence. Zopakujme tedy nejdůležitější faktory pro dlouhý a zdravý život. Jsou to určitě výživa, tělesná aktivita, psychohygiena, pravidelnost aktivit, režim dne, týdne, roku apod. V oblasti výživy je důležitá skladba, množství, rozložení a nutriční hodnota potravin.

Cvičení je další skvělou cestou, jak svépomocně snížit hladinu stresu nebo mu předcházet. Tyršovo „v zdravém těle zdravý duch“ jistě není jen prázdným heslem. Cvičení je výborný prostředek likvidace fyziologických derivátů stresu – hormonů. Taktéž pravidelné cvičení pomáhá k uvolnění svalů, kloubů, je prevencí různých zdravotních problémů. Jsme-li v dobré fyzické kondici, pak obvykle lépe snášíme i psychickou zátěž. Je potřeba zařadit cvičení do svého denního programu a cvičit pravidelně. Výborná je například jóga, ale potřebujeme aerobní cvičení, tedy takové, u kterého se zadýcháme, protože právě v takové chvíli jsou spotřebovány přebytky stresových hormonů. Co si máme představit pod pravidelností je asi do značné míry diskutabilní, ale Rheinwaldová jako minimum uvádí 3x týdně alespoň 20 minut, což si asi může skutečně dopřát kdokoli. Lépe je samozřejmě cvičit každý den. Je dobré mít ku cvičení partnera, který nás motivuje, a je nutné najít si ke cvičení kladný vztah. Výborné může být cvičení s hudbou a důležité je cvičení nepřehánět, ale pomalu přivykat, aby člověk mohl mít stále ze cvičení radost. Cvičení by mělo zahrnovat celé tělo, začínat uvolňovacími cviky celého těla a postupně přidávat zátěž.

Dechová cvičení již jsme na různých místech zmínili. Jak by tedy mohlo vypadat jejich praktické provedení? Potřebujeme klidné místo, jako pro jiné relaxační techniky, pokud možno bez rušivých prvků, hluku z ulice, telefonů apod. Rheinwaldová doporučuje zaujmout pohodlnou polohu, zavřít oči a při každém výdechu si představovat číslici počínaje od jedné až do 8, dodáváme, že i v jiných systémech se používá tato metoda, s tím rozdílem, že se například počítá od deseti do jedné, od padesáti do jedné apod. Zpětné odčítání může více zaměstnat mysl a tím zastavit koloběh myšlenek lépe. Další postupy mohou být různými obměnami, představami o vydechování všeho zlého, stresu, bolesti, hněvu a naopak o nadechování nekonečné energie apod. Samozřejmě můžeme doplňovat dalšími technikami jako vizualizace, imaginace, afirmativní výroky, případně napínáním a uvolňováním svalů jako například při autogenním tréninku. Každý den bychom měli provést dechová cvičení s celkem alespoň čtyřiceti vdechy, a najít si nějaký spouštěcí signál pro dechový rituál, například časové znamení.

Transcendentální meditace je velmi dobrá technika na uvolnění. V průběhu takovéto meditace neustále opakujeme mantru a soustředíme se na ní, čímž zpravidla utlumíme koloběh myšlenek. Mantra může být jakékoli slovo. Ve východních praktikách se často užívá mantra „óm“ pro její rezonanční vlastnosti. Rheinwaldová doporučuje z podobných důvodů používat české slovo „strom“ a i v imaginaci si strom představovat. Pro eliminaci stresu je potřeba 10-20 minut takové meditace 2x denně.

Dále Rheinwaldová doporučuje autogenní trénink, progresivní relaxaci, při které střídavě napínáme a uvolňujeme různé skupiny svalů a snažíme se si uvědomit hluboký rozdíl těchto stavů. Vizualizaci a imaginaci jsme již zmínili, jedná se o různé představy žádoucích stavů v budoucnosti, jako zdraví, úspěch v práci apod. Případně pro uklidnění můžeme vizualizovat místa, která máme rádi a nacházíme na nich klid – pro někoho například pláž a šumící moře. Také tyto metody využíváme k desenzitaci – snížení vlastní citlivosti na určité podněty – stresory. Z dalších podpůrných metod je doporučován time-management, dostatek volna a odpočinku, komunikace a dostatek podporujících přátel či tvořivá činnost jako malování, šití, psaní poezie, hra na hudební nástroj, tanec nebo vaření.

7 Praktická část

V další sekci se zaměříme na popis a velmi stručné zhodnocení jednotlivých otázek. Otázky jsou rozděleny přesně, tak jak byly v dotazníku. Jelikož se do grafů nedostaly informace z podtitulů otázky, jsou doplněny, případně vysvětleny. Na počátku dotazníku jsou obecné otázky týkající se pohlaví, věku a dosaženého vzdělání. Tyto otázky jsou následovány otázkami zjišťujícími subjektivní pohled na množství a dopad stresové zátěže, na znalost psychosomatických principů a na možné somatické projevy stresu.

V další sekci je zkoumána objektivní zátěž na základě náročných životních situací, které respondent zažil v uplynulém roce.

Následující sekce byla zaměřena na subjektivní uvědomování si fyziologických korelátů stresu, respondenti volili zaškrtnutím, které symptomy již na sobě shledali.

Další část bychom mohli nazvat zkoumáním protektivních a rizikových faktorů, respondenti zde zaškrtovali různé faktory, které mohou ovlivnit reálný dopad stresu.

V poslední části se zabýváme sběrem dat o tom, jaké strategie respondenti používají k boji se stresem. Zaměřili jsme se na strategie, které lze označit víceméně za laické, což znamená, že člověk nepotřebuje obvykle profesionála, který by s ním spolupracoval, nebo jej alespoň strategie učil. Takovéto možnosti jsou shrnuty pod dotazy, zda respondent využil kurzů či lékařské nebo psychologické pomoci.

7.1 Základní údaje o provedeném průzkumu

Autor průzkumu:	Josef Štědronský
Šetření:	07. 05. 2014 - 17. 05. 2014
Počet respondentů:	218
Počet otázek (max/průměr):	59 / 55.8
Použité ochrany:	žádné
Zobrazení otázek:	celý dotazník najednou
Návratnost dotazníků:	66 %

Návratnost dotazníků je dána poměrem vyplněných a zobrazených dotazníků. Jedná se o orientační údaj, který nebere v potaz ty oslovené respondenty, kteří ani nezobrazili úvodní text (neklikli na odkaz na dotazník).

Průměrná doba vyplňování:	00.12:11
----------------------------------	----------

7.2 Úvodní informace zveřejněné respondentům

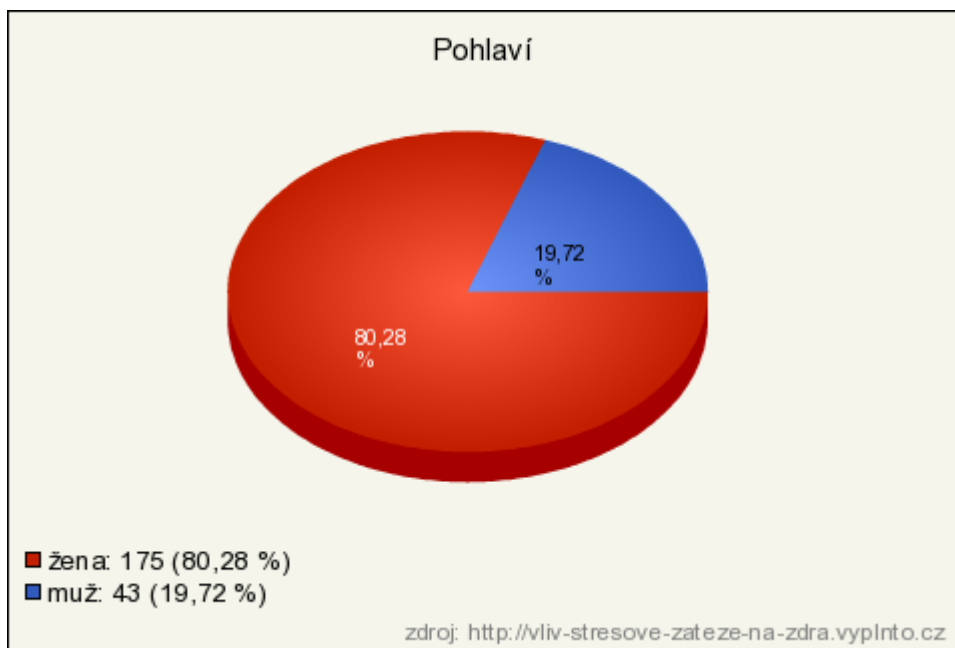
Prosím Vás o vyplnění dotazníku pro mou diplomovou práci.

Práce se zabývá výzkumem vlivu stresové zátěže na lidské zdraví a také tím, jakým způsobem můžeme tuto zátěž zvládat tak, aby k psychosomatickým problémům nedocházelo.

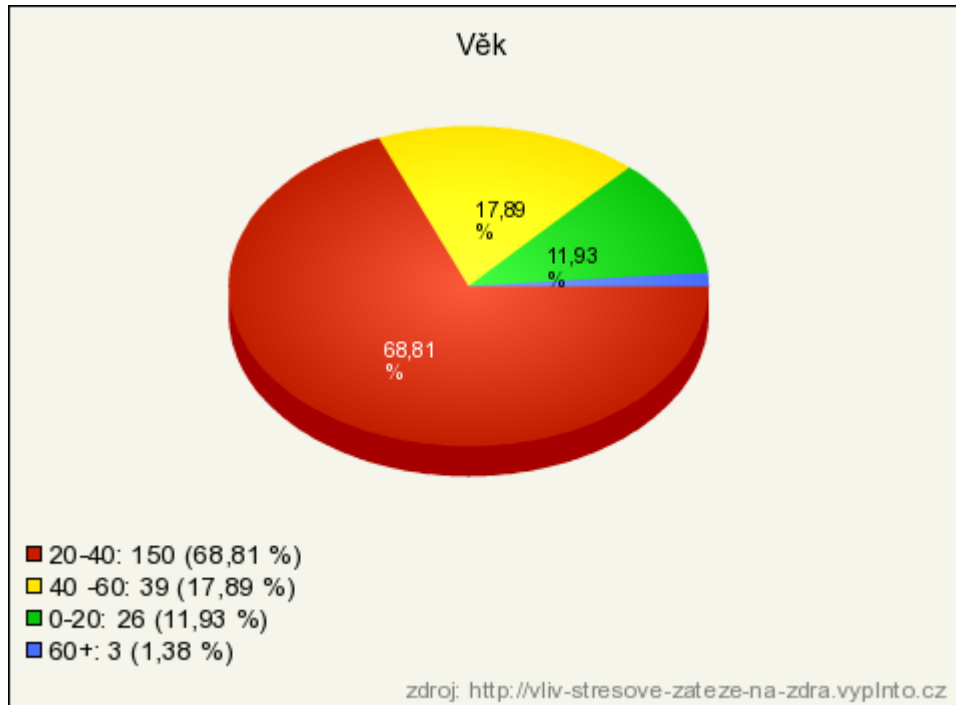
Štědronský, J. – *Vliv stresové zátěže na lidské zdraví (výsledky průzkumu)*, 2014. Dostupné online na <http://vliv-stresove-zateze-na-zdra.vyplnto.cz>.

Výsledky průzkumu podléhají licenci [Creative Commons Uved'te autora 3.0 Česko](https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)

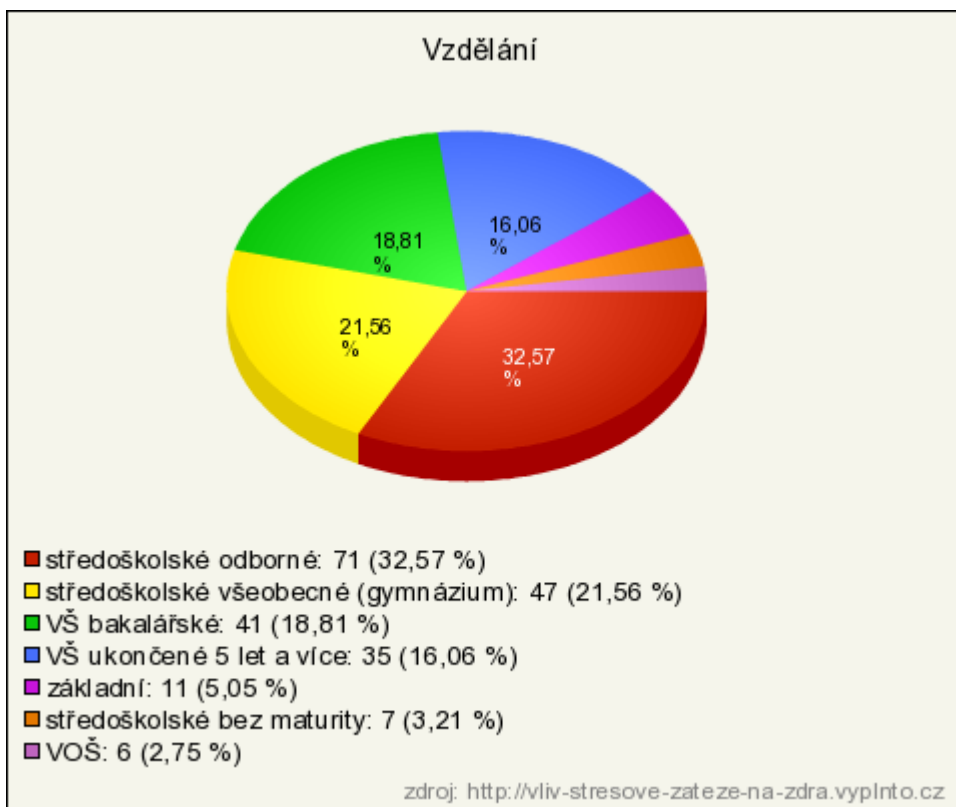
7.3 Grafy a popis výsledků jednotlivých otázek



Je patrné, že našeho výzkumu se zúčastnila drtivá převaha žen. Důvodem pravděpodobně je způsob získávání respondentů. Pokusíme se tedy ve vyhodnocení výsledků porovnat ženy i muže, díky velikosti vzorku to bude možné.



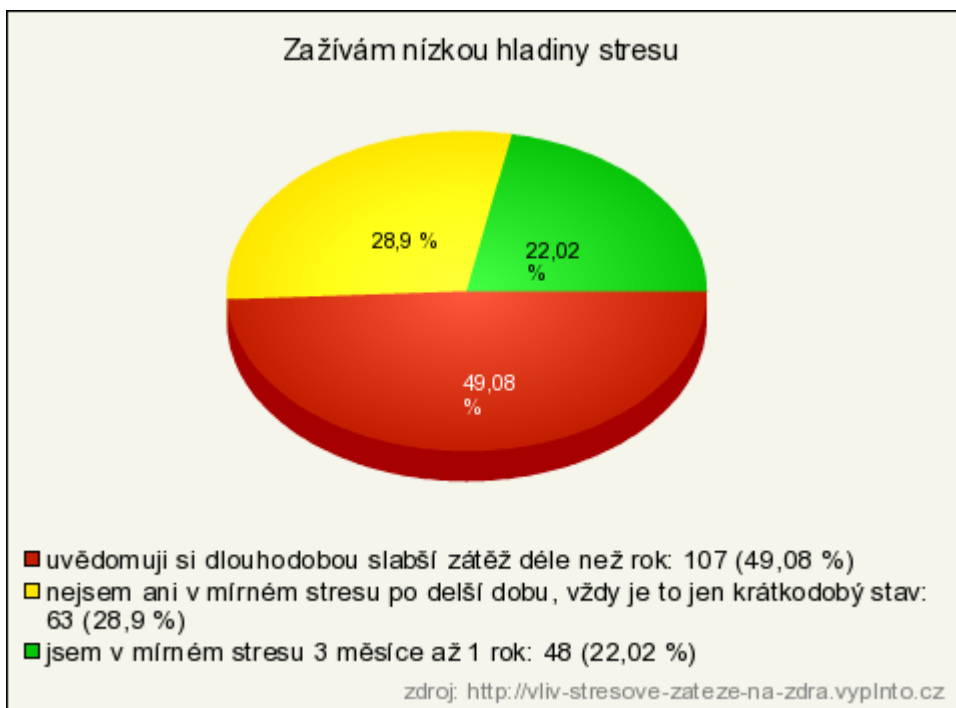
Věkové složení taktéž naznačuje, že v prostředí internetu převažují lidé 20-40 let, nicméně i další dvě kategorie jsou dostatečně četné, abychom s nimi mohli pracovat.



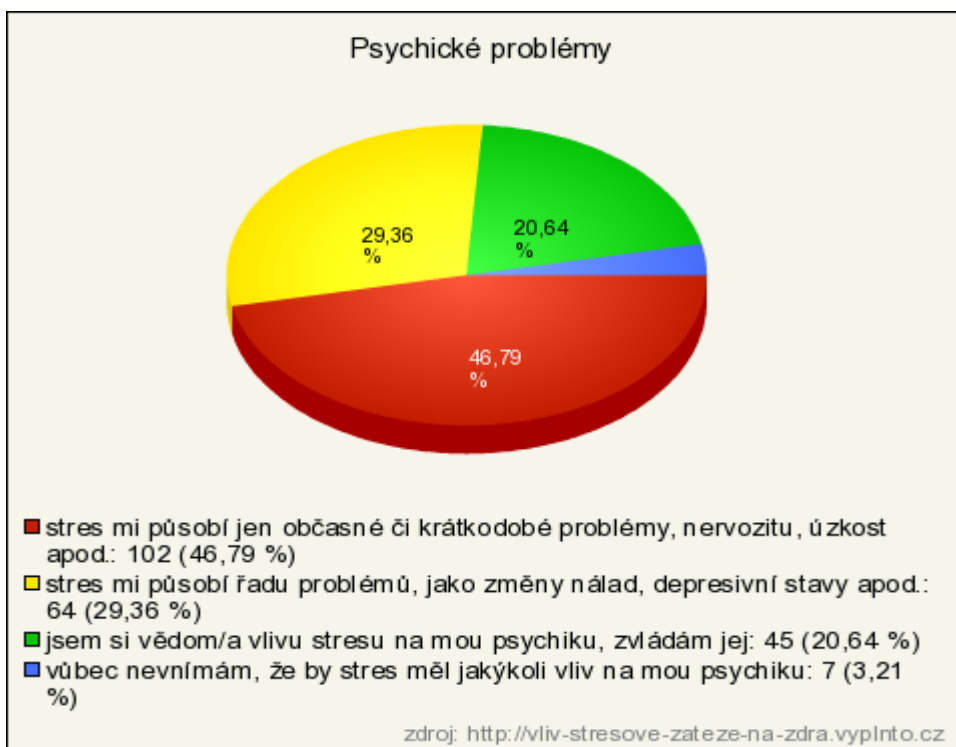
Portfolio dosaženého vzdělání je celkem pestré tudíž i z tohoto aspektu můžeme vzorek respondentů hodnotit jako vyhovující.



Na tomto grafu již si můžeme povšimnout prvního výsledku, a to vlastního hodnocení respondentů ohledně subjektivně si uvědomované hladiny stresu. V podstatě jen 7% respondentů odpovídá, že stres vnímá jen ojediněle nebo vůbec, 33% občasně. Tedy již tento první výsledek je celkem zajímavý a cosi o našem životním stylu vypovídá.

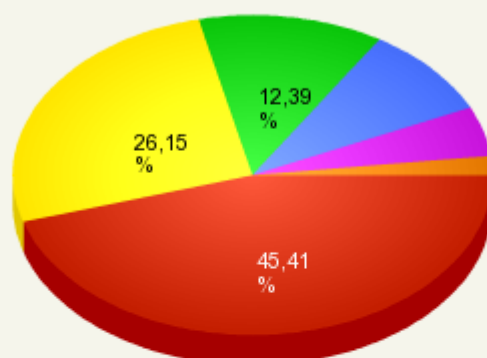


Tato otázka byla zaměřena na dlouhodobý stres s nízkou hladinou – hypostres, který je z hlediska psychosomatických problémů zcela zásadním faktorem. Výsledek je celkem alarmující, neboť polovina respondentů uvádí zátěž déle než rok a další téměř čtvrtina 3 měsíce až rok. Obě tyto skupiny můžeme již považovat za rizikové pro psychiatrické onemocnění v budoucnosti.



Na tomto grafu vidíme subjektivní hodnocení respondentů, jakým způsobem stres ovlivňuje jejich psychiku. Tento výsledek je taktéž celkem znepokojivý. Téměř 30% respondentů uvádí závažné problémy a téměř polovina občasné. Dá se tedy říci, že stres již přesáhl neškodnou „dávku“ a začíná v organizmu působit změny.

Psychosomatické problémy (vliv psychiky na fyzické zdraví)

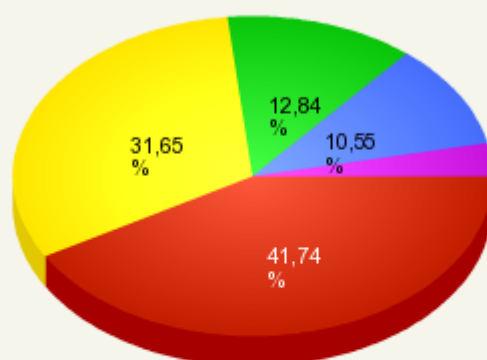


- ano, již na sobě sledávám některé příznaky: 99 (45,41 %)
- ano, jsem si vědom/a těchto rizik, ale zatím žádné takové problémy nemám: 57 (26,15 %)
- ano, mám již celou řadu těchto (psychosomatických) problémů: 27 (12,39 %)
- vím, o co se jedná, ale domnívám se, že se mě to netýká: 20 (9,17 %)
- nevím, co to znamená: 11 (5,05 %)
- vím, o co se jedná, ale nevěřím tomu: 4 (1,83 %)

zdroj: <http://vliv-stresove-zateze-na-zdra.vyplnto.cz>

Tato otázka je velmi zajímavá a předpokládali jsme, že většina respondentů si nebude ochotna připustit dopad psychiky na své fyzické zdraví. Kupodivu téměř polovina respondentů si je vědoma alespoň nějakých příznaků, a dalších 12% si jich subjektivně sledává na sobě více.

Považujete se spíše za



- něco mezi, snad realistu: 91 (41,74 %)
- spíše optimistu: 69 (31,65 %)
- spíše pesimistu: 28 (12,84 %)
- rozhodně optimistu: 23 (10,55 %)
- rozhodně pesimistu: 7 (3,21 %)

zdroj: <http://vliv-stresove-zateze-na-zdra.vyplnto.cz>

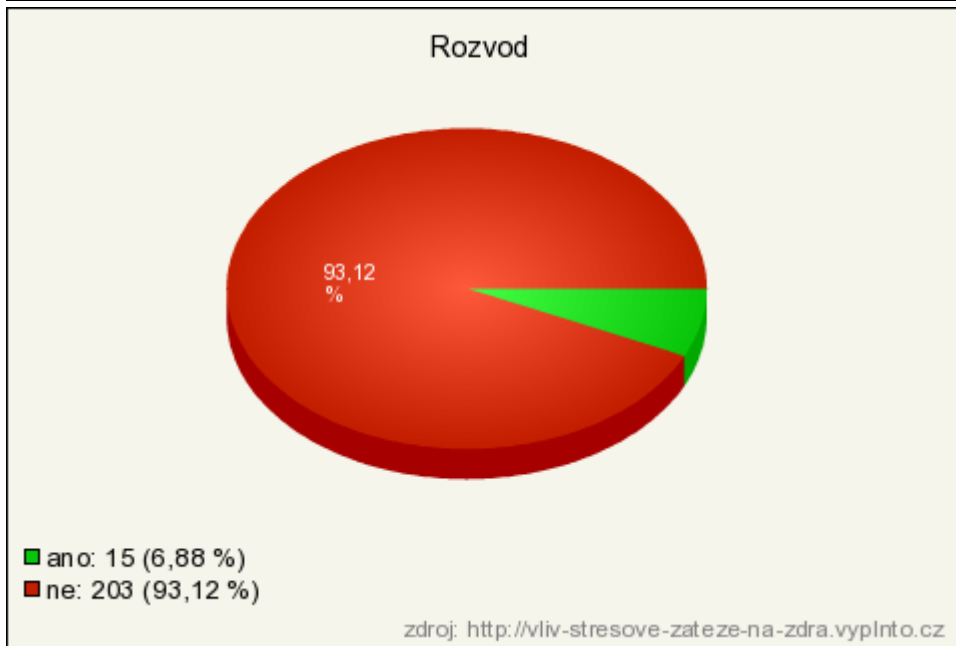
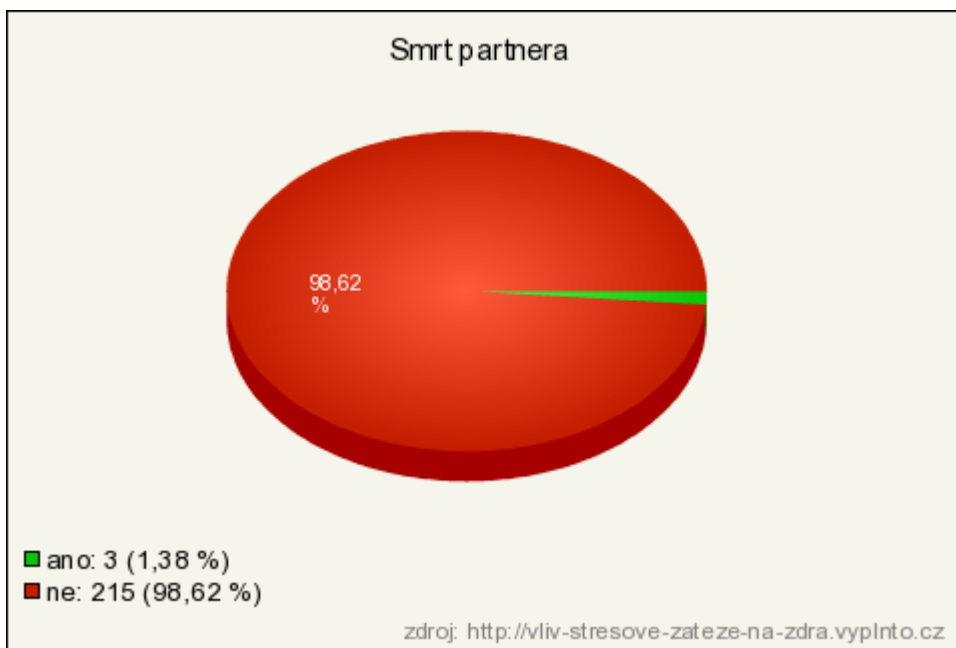


Tato otázka se zaměřuje na způsob hodnocení vlivu vlastní osoby nebo okolních vlivů na události v našem životě. Je zajímavé jak vysoký podíl jsou odpovědi kladné. Je otázka z čeho toto hodnocení vychází. U mladých respondentů bez negativních zkušeností by se jistě dalo očekávat, nicméně takto vysoké procento by mohlo být do značné míry ovlivněno i obrovským přílivem různých esoterických a spirituálních směrů jako New Age, které v podstatě razí názor, že každý člověk si sám tvoří svůj svět a každý je schopen dosáhnout čehokoli co sám chce.

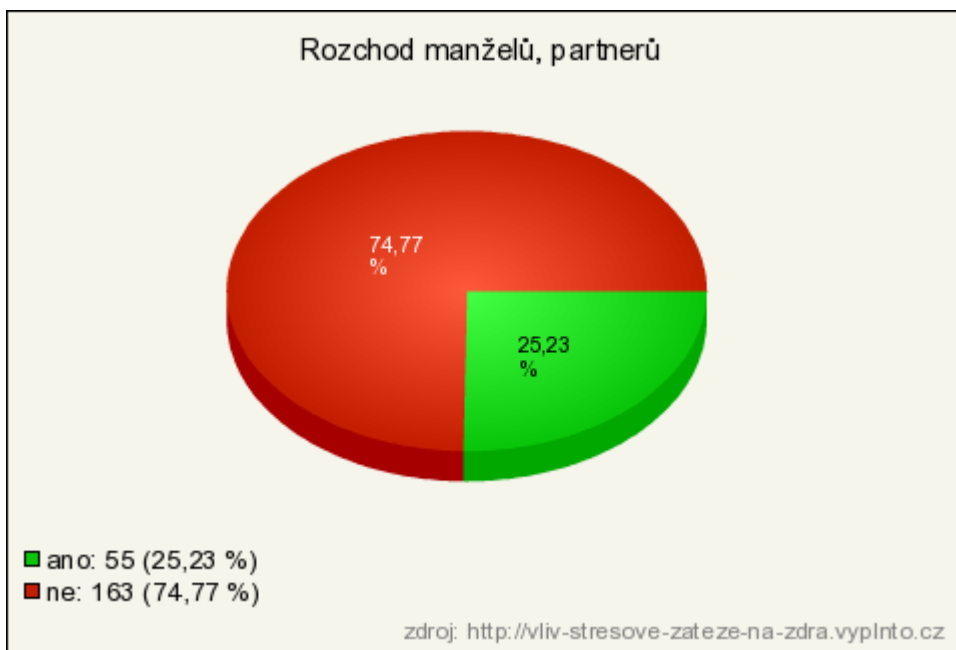


Tato otázka je vlastně komplementárním dvojníkem otázky předchozí. I zde je výsledek zajímavý, neboť na rozdíl od pozitiv, za negativa už si až tak sami nemůžeme a občas se prostě jen tak přihodí. I když je nutno poznamenat, že tato logika je poněkud pochybná, pro zdraví je to rozhodně výhodný adaptační mechanismus.

Další sada otázek zkoumá skutečnou – objektivní zátěž respondentů za uplynulý rok



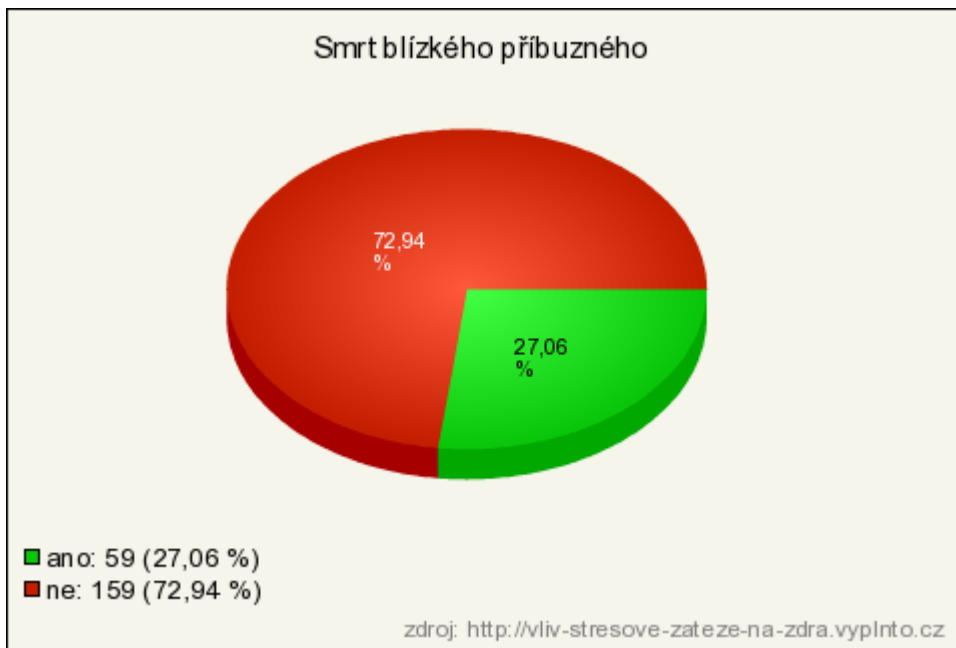
Zajímavé by se mohlo zdát malé procento rozvodů, ale pozor, respondenti uvádějí jen, co se stalo v uplynulém jediném roce!



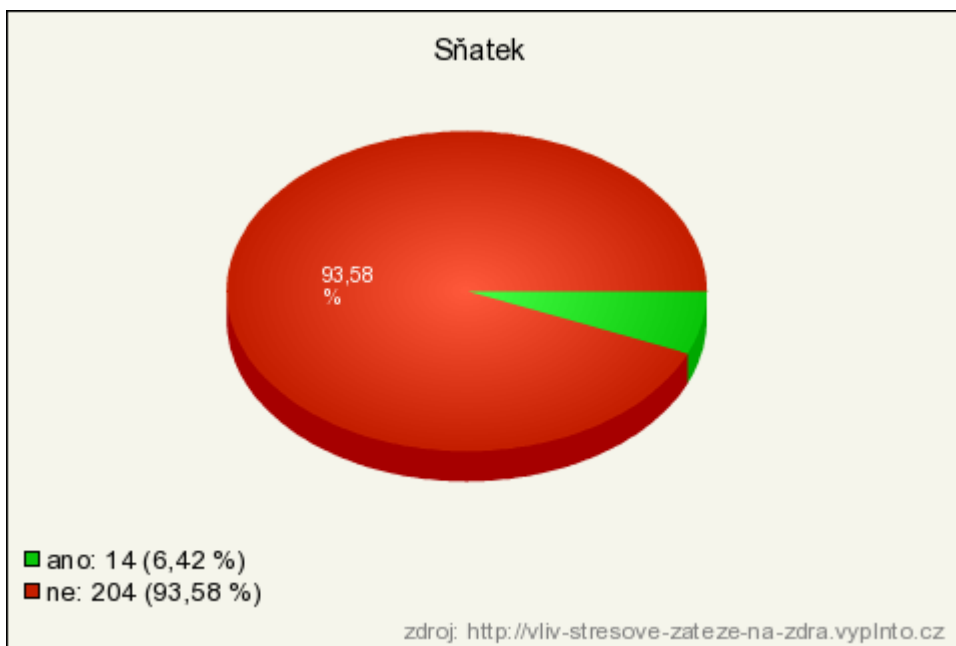
Tato otázka již zahrnuje širší pohled na partnerské vztahy. Znovu je třeba si uvědomit, že čtvrtina respondentů zažila rozchod v průběhu uplynulého roku! To lze pravděpodobně hodnotit jako celkem vysoké číslo.



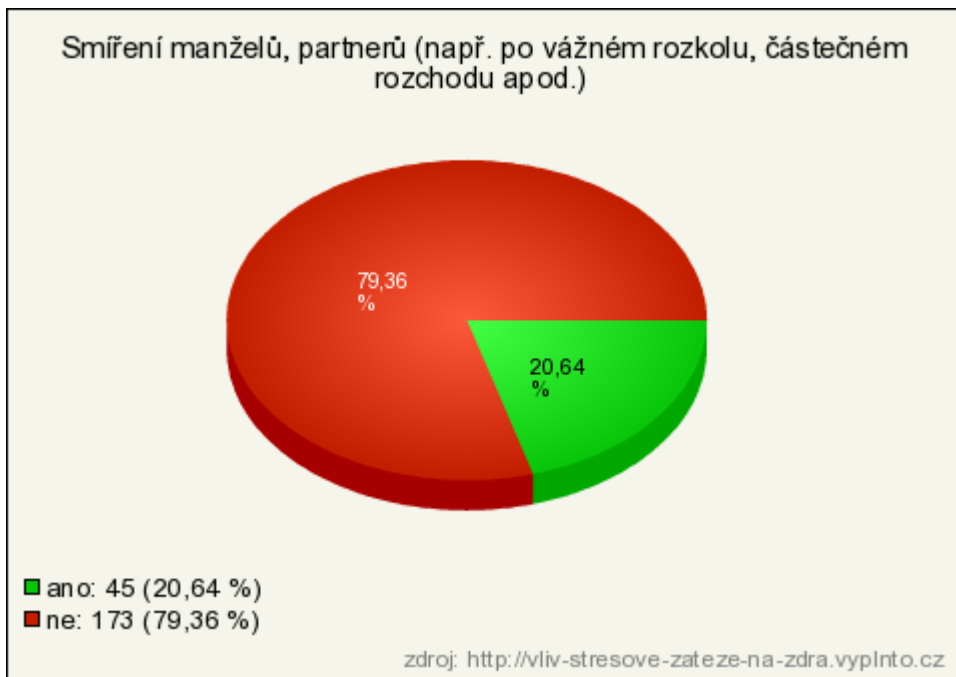
Výkon trestu zažili jen tři respondenti, je tedy pod rozlišovací schopností našeho výzkumu jakkoli se tímto zabývat.



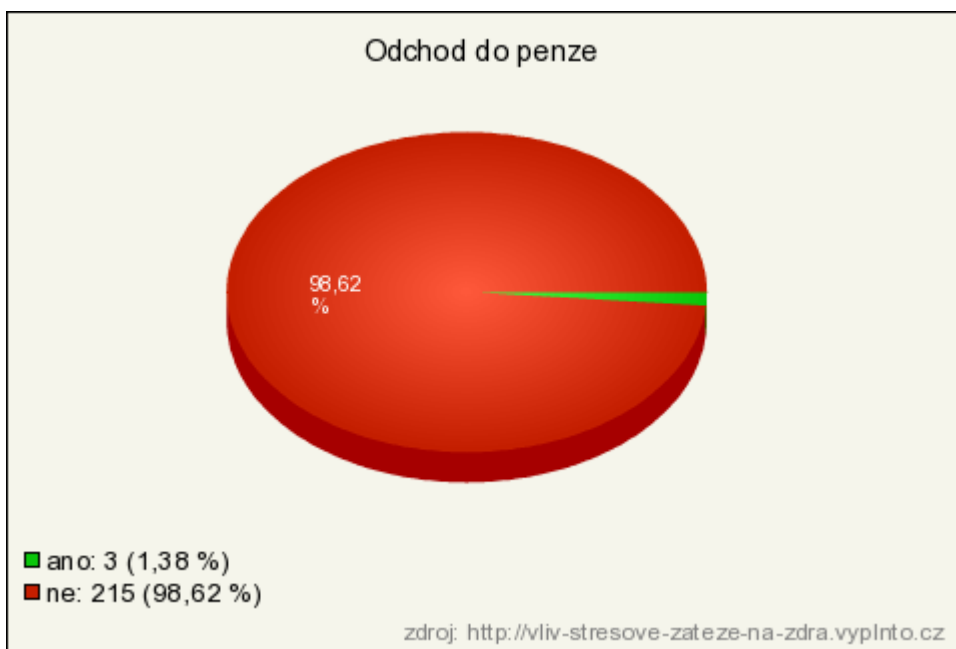
Na tomto grafu vidíme, že 27% respondentů uvádí smrt blízkého příbuzného. Tato položka jistě bude mít vliv na prožívání respondentů i na výsledky našeho výzkumu.



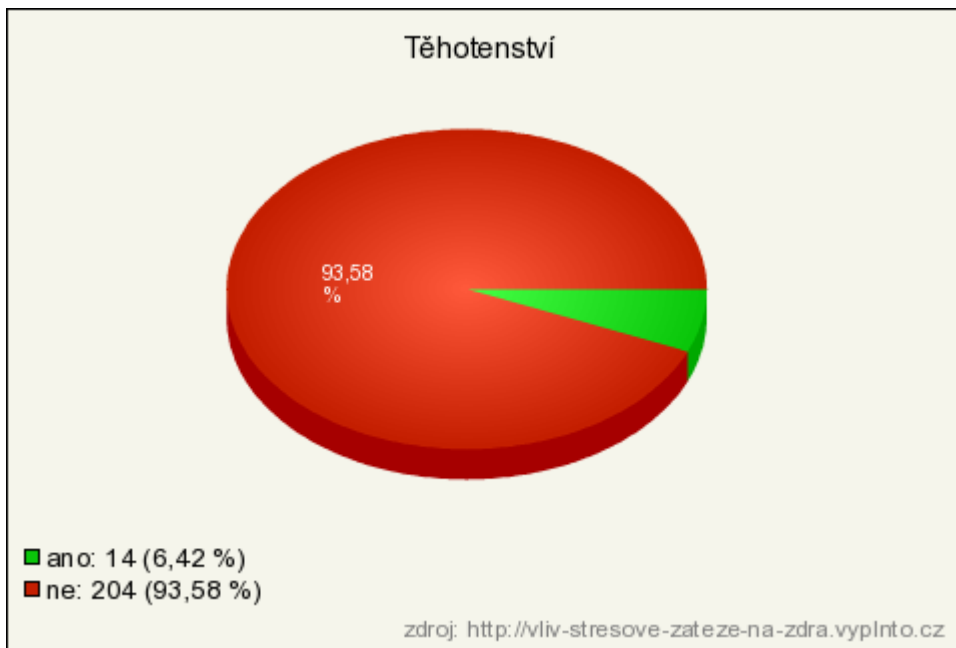
I sňatek může být zásadní faktor v oblasti stresové zátěže. Pro někoho eustres, pro jiného distres.



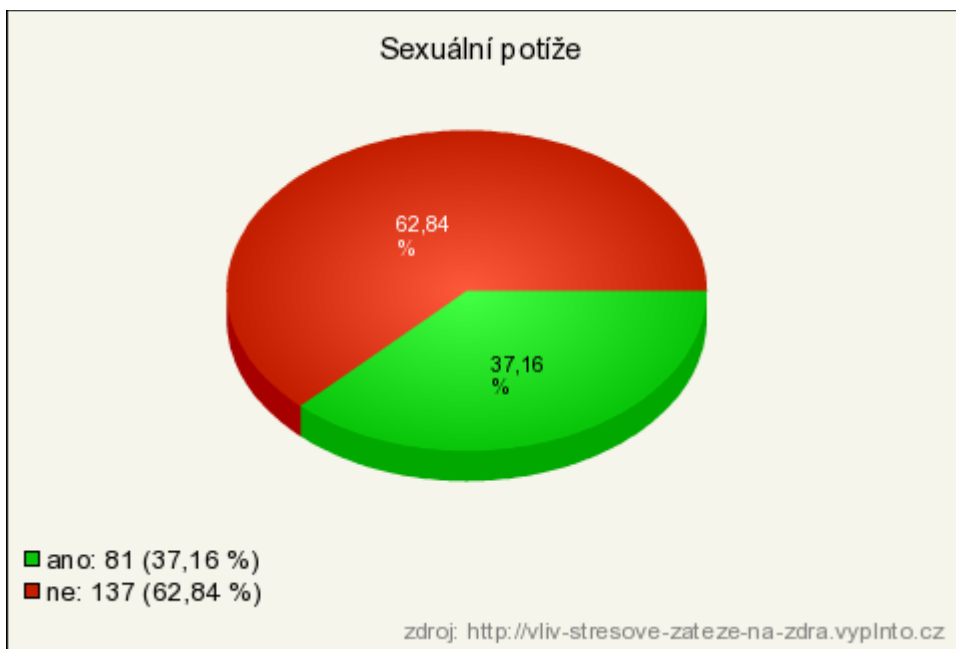
Zde vidíme graf usmíření ve vztahu po závažném rozkolu, i zde je procento nezanedbatelné.



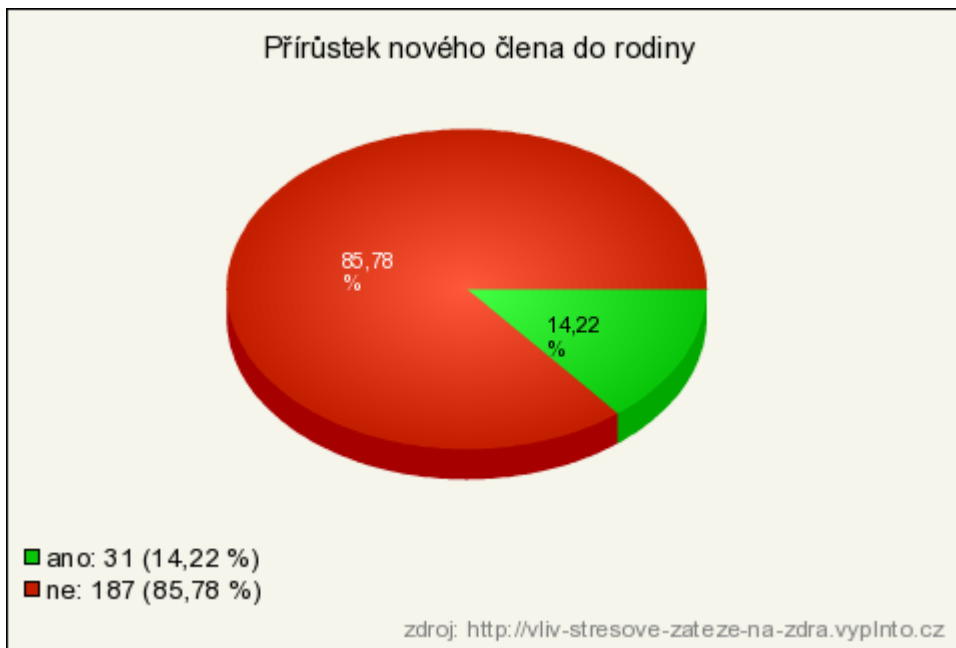
Odchod do penze uvedli jen tři respondenti, tudíž příliš neovlivní naše výsledky.



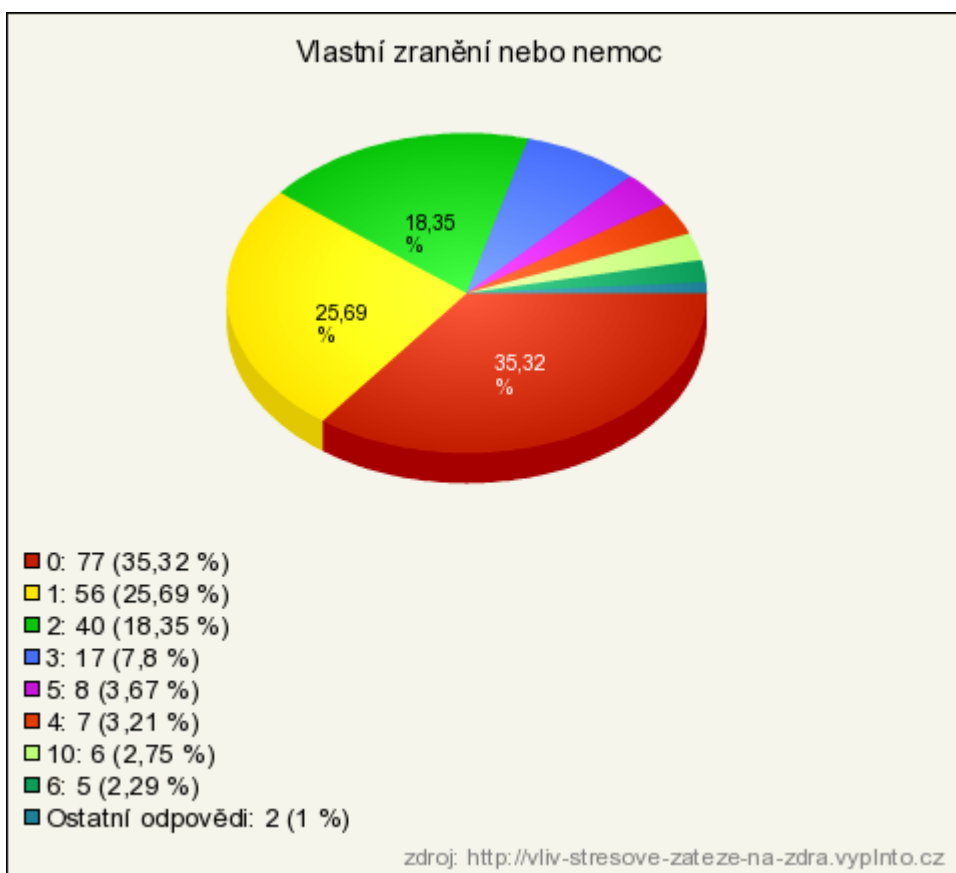
Těhotenství také může být velkou zátěží, ne vždy je toužebně očekávané.



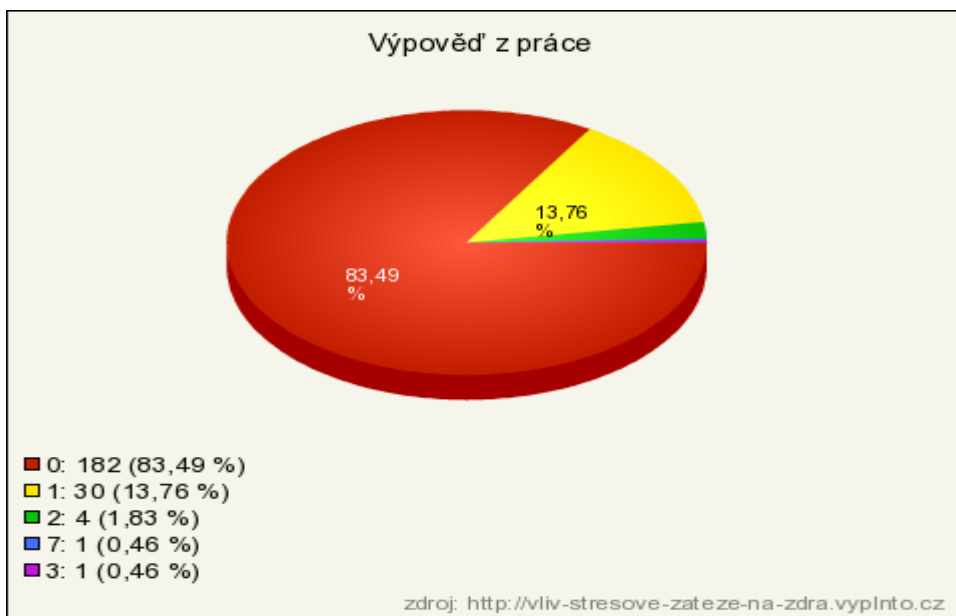
Sexuální obtíže u 40% respondentů je skutečně vysoké číslo. Zde již bychom se mohli zamyslet nad filosofickou otázkou, zda „dříve bylo vejce, nebo slepice“, tedy zda u těchto respondentů sexuální obtíže přispívají ke vzniku stresu, nebo stres přispěl ke vzniku obtíží, či je to již známý „začarovaný kruh“, kdy jeden problém saturuje druhý a již nepotřebuje žádnou vnější dotaci ke svému chodu.



Jistě radostná událost může někdy zcela zásadně ovlivnit životní styl, a tedy i psychickou zátěž.



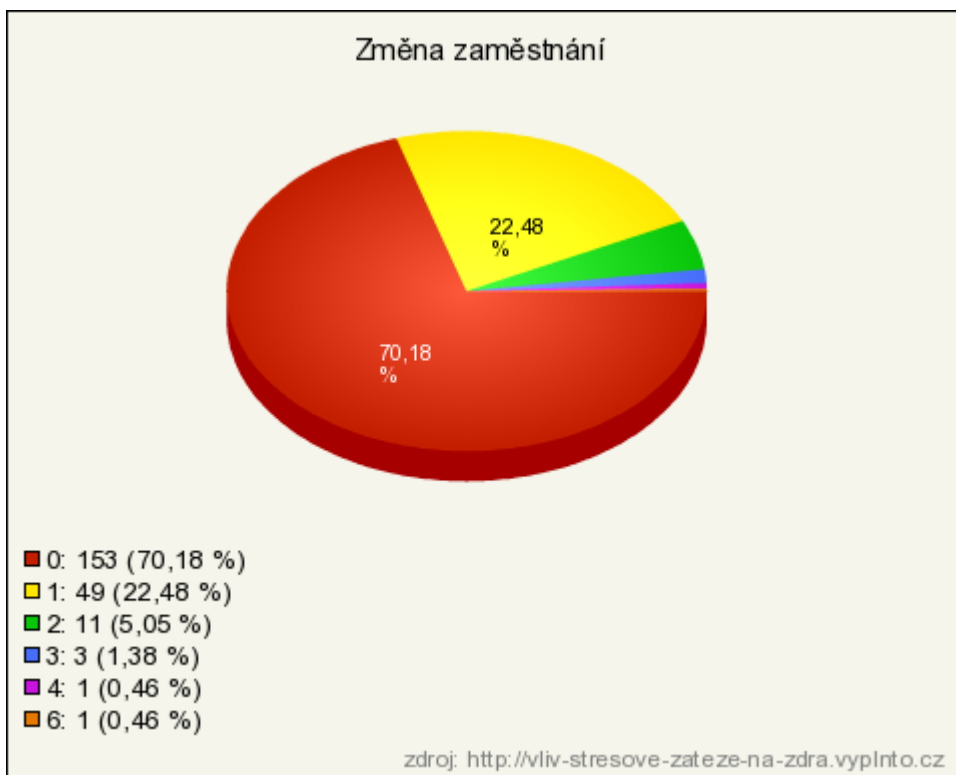
Tento graf nám ukazuje počet událostí jako je nemoc či zranění v uplynulém roce. Ve výsledcích se jistě sumace těchto vlivů projeví.



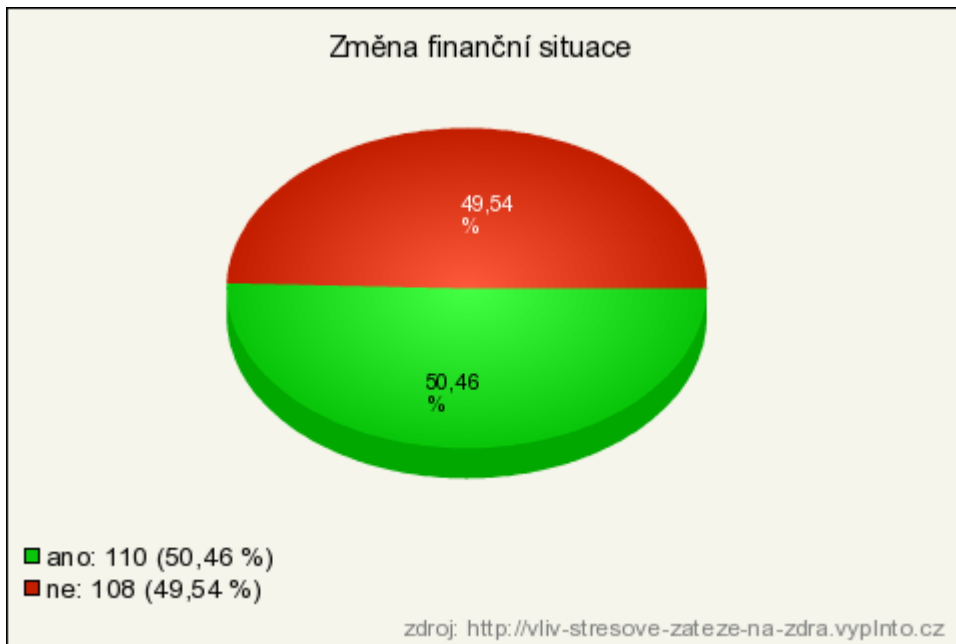
Výpověď je asi v současné společnosti častější než kdykoli jindy. Nicméně tento faktor lze vnímat z různých pohledů. Pro člověka, který někde pracoval celý život a pár let před důchodem je propuštěn to může být rána osudová. Na druhé straně mladý člověk, který zkouší své možnosti a za sebou má záchranou síť rodiny to nemusí ani vnímat a může práci bez stresu měnit i několikrát do roka. Tedy vypovídací schopnost této otázky je poněkud diskutabilní.



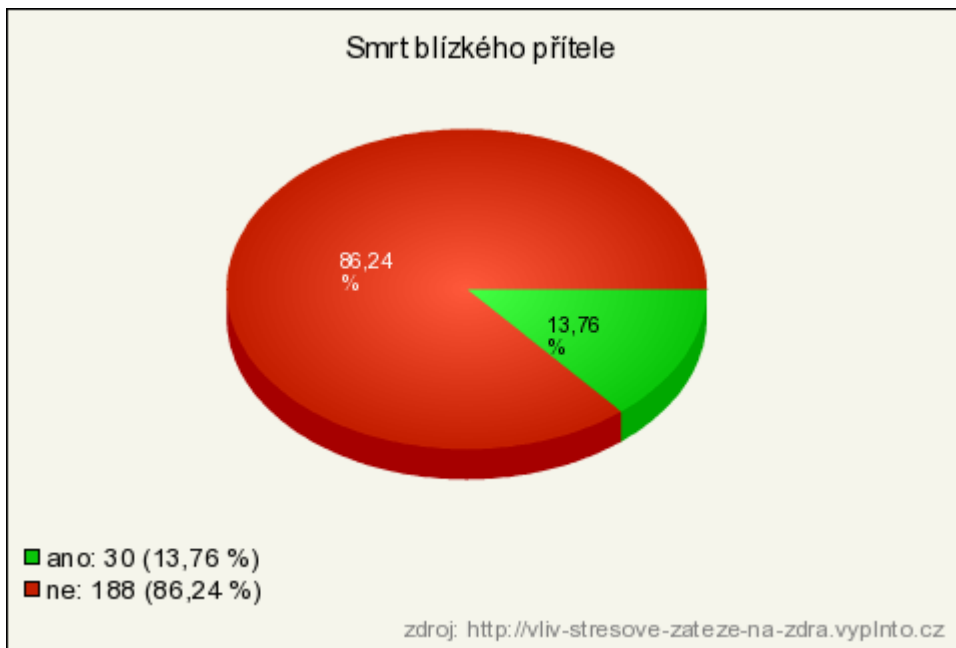
Tato otázka odkazuje na onemocnění rodinného příslušníka a stejně jako otázka předchozí má poněkud sníženou vypovídací schopnost, neboť neřeší kvalitu, ale jen kvantitu. Tedy nepostihuje závažnost onemocnění, která je vzhledem ke stresová zátěži nejdůležitější.



Otázka ohledně změny zaměstnání, tentokrát změny dobrovolné. Vzhledem k tomu, že je výsledek opět za uplynulý rok, to, že čtvrtina respondentů změnila své zaměstnání, také naznačuje určité parametry dnešní společnosti. Jistě i tento faktor se ve výsledcích projeví.

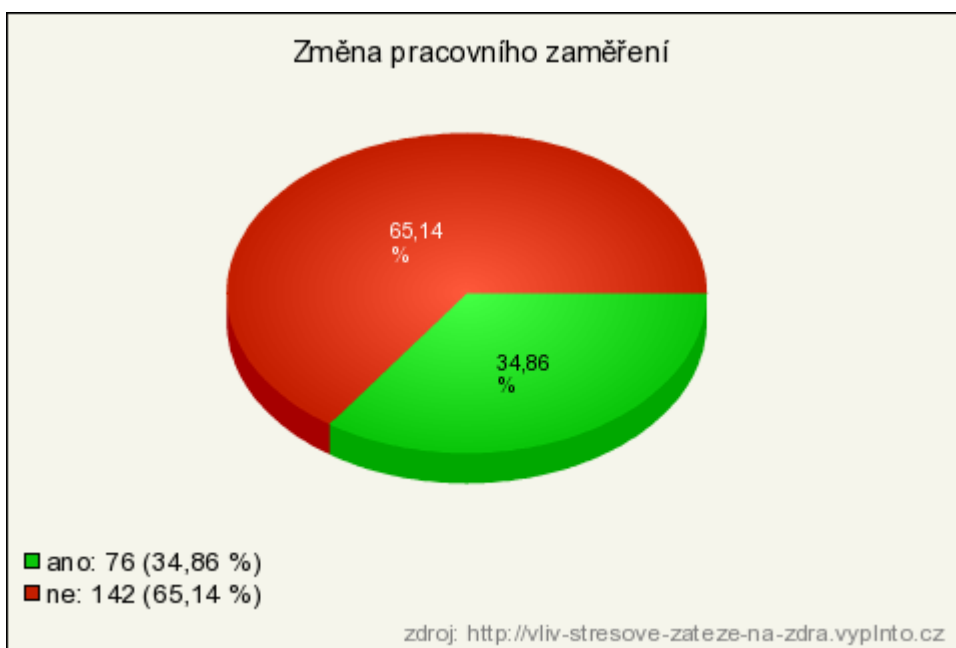


Polovině respondentů se za uplynulý rok změnila finanční situace. Tato otázka je dosti obecná, nicméně jistě relevantní. Pokud bychom chtěli zkoumat více do hloubky, museli bychom se zabývat mnoha faktory, například směrem změny, velikostí změny, absolutní hodnotou finančního stavu před změnou, relativní hodnotou vzhledem k nákladům a také vzhledem k ostatním ve společnosti.

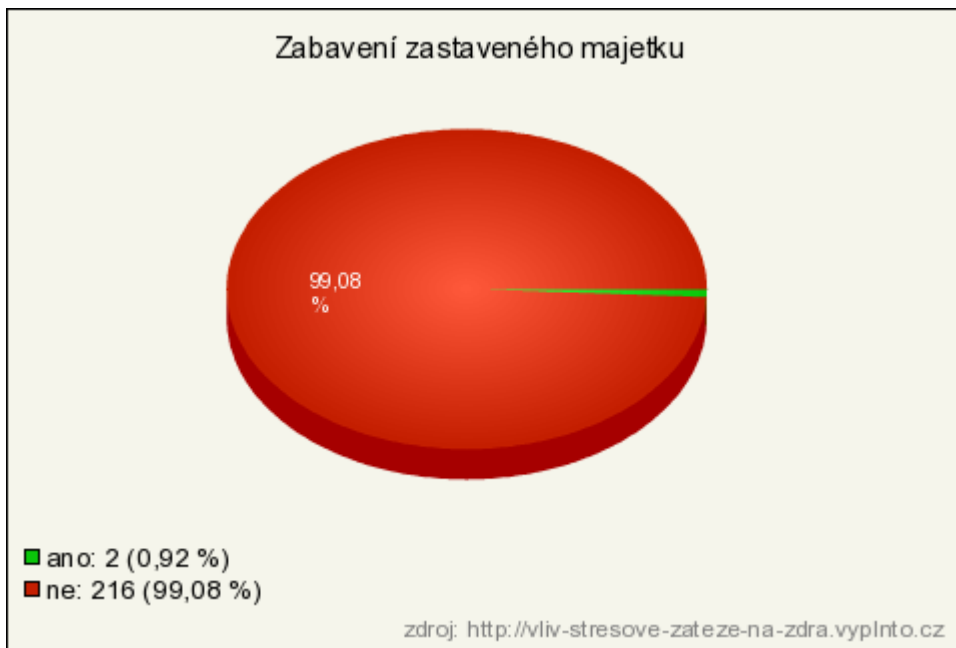


Smrt blízkého přítele je jeden z velmi zásadních a silných vlivů na lidskou psychiku.

Samozřejmě zase v mnoha případech záleží na tom, jak blízký vztah byl, ale také na způsobu úmrtí, věku zemřelého apod.



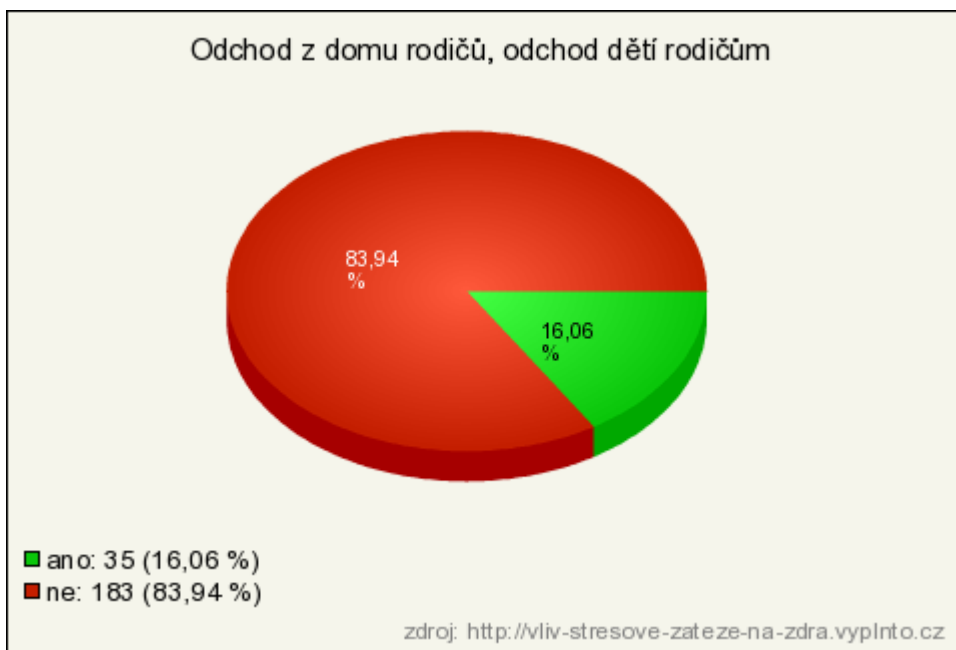
Tento graf nám ukazuje velkou dynamiku změn v pracovním procesu. Tyto změny mohou mít někdy i příznivý vliv a opět záleží na mnoha faktorech. Často člověk získává postupem doby pocit, že každá změna je změna k horšímu, což může působit velmi silně na psychiku, neboť vyvolává děsivé očekávání, viz některé pokusy na zvířatech popsané v teoretické části.



Zabavení majetku je jistě jedna z náročných životních situací, vzhledem k malému počtu respondentů zaživiších tento stav nelze nijak dále zkoumat.



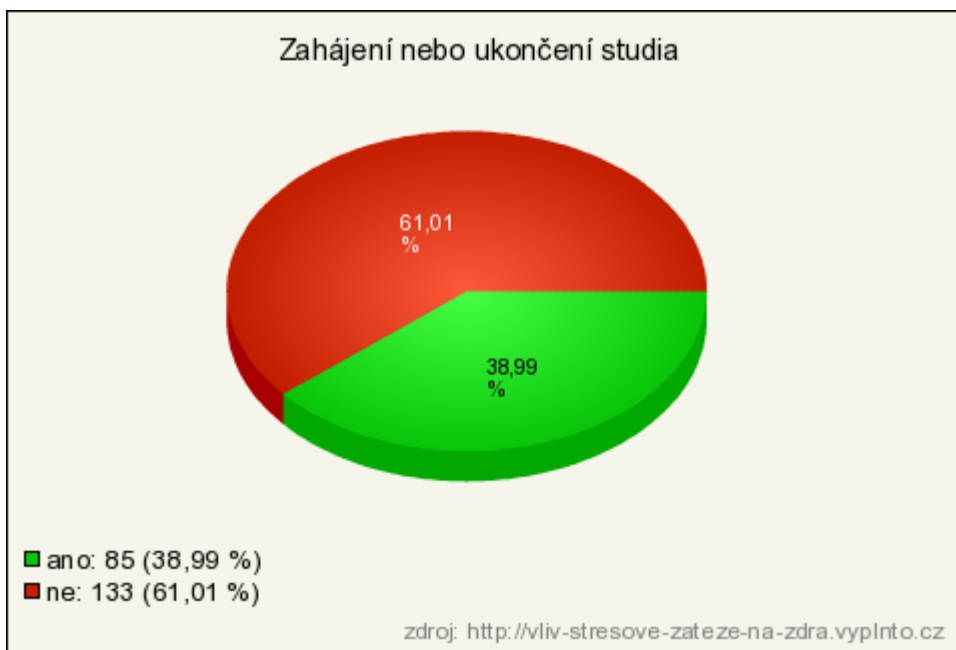
Změna odpovědnosti je další z pracovních změn mající vliv, 35% představuje znovu celkem vysoké procento.



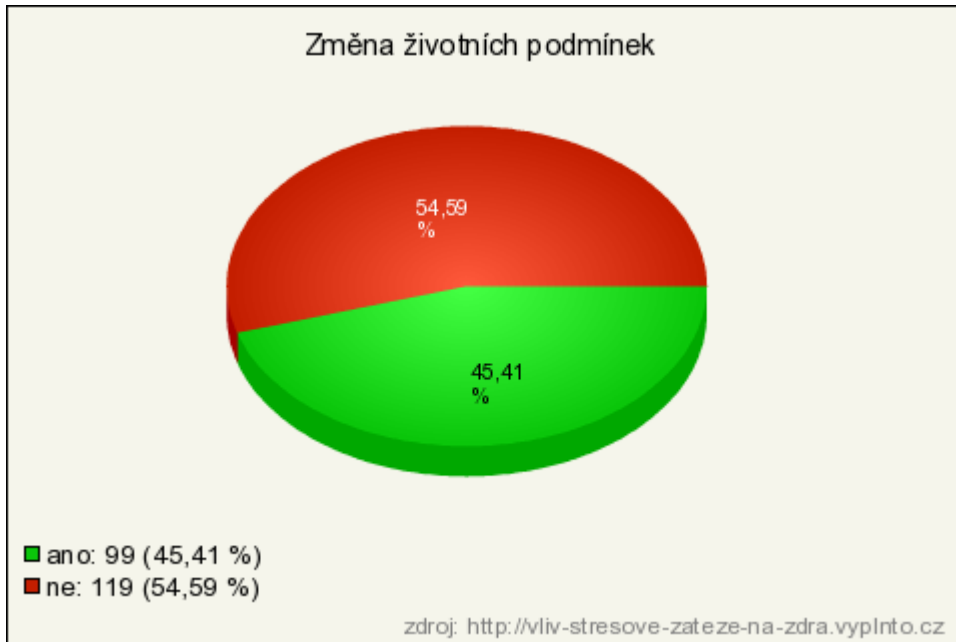
Tyto odchody z primární rodiny mohou být vnímány různým způsobem. Mladí někdy opouštějí rodiče s nadšením, aby se k nim leckdy zakrátko plačky vrátili. Někdy i rodiče si oddechnou, když se jim konečně povede čtyřicetiletou ratolest udat.



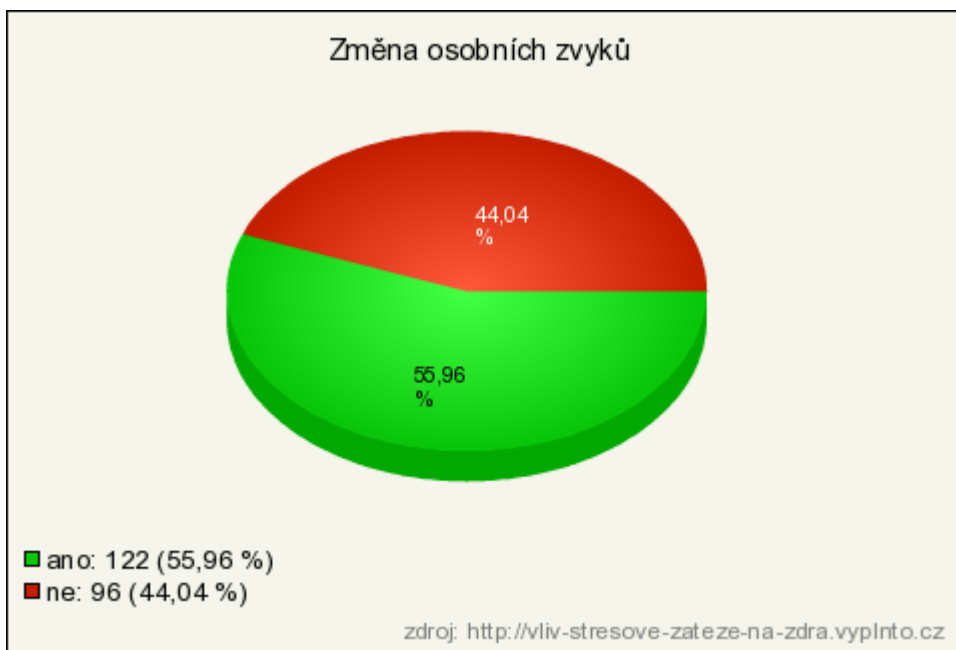
Se vstupem do manželství, či jak je dnes častější jen do partnerství, bohužel člověk získá i mnoho nových příbuzných. Jak i graf ukazuje, ne vždy to musí jedinec považovat za své obohacení. Problémy s tchány a tchyněmi jsou naprosto standardní záležitostí, a krom psychologů v manželských poradnách s nimi s velkou oblibou pracují i autoři literárních děl či filmové produkce. Vliv těchto vztahů na lidskou psychiku pak lze považovat za celkem zásadní.



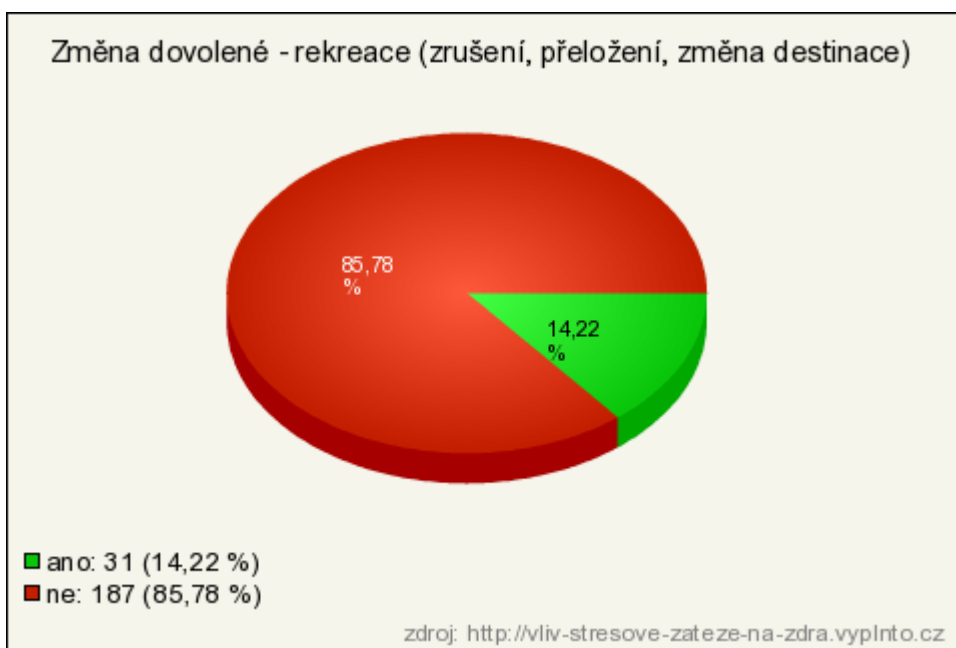
Zahájení studia například VŠ může být stresujícím faktorem, neboť se jedná o zásadní změnu. Kupodivu ukončení studia vnímají dnešní studenti často pozitivně a očekávají, že po ukončení nudné školy je konečně čeká skvělý život dospělého. Po pár měsících na úřadu práce nebo na pokladně v hypermarketu někteří postupně ztrácejí ideály a upadají do skepse.



Tento graf ukazuje celkem obecně pojatou otázku změny životních podmínek. Někteří respondenti měli problém pochopit tuto otázku.



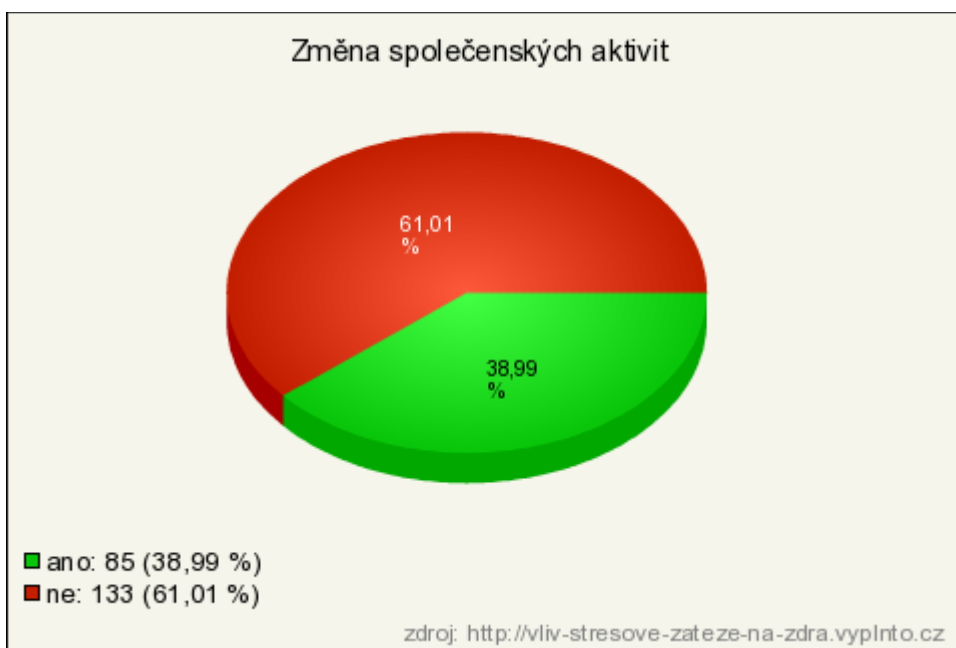
Změna osobních zvyků ukazuje nakolik jsme či nejsme rigidní. Vzhledem k věku respondentů asi výsledek této otázky ničím nepřekvapí.

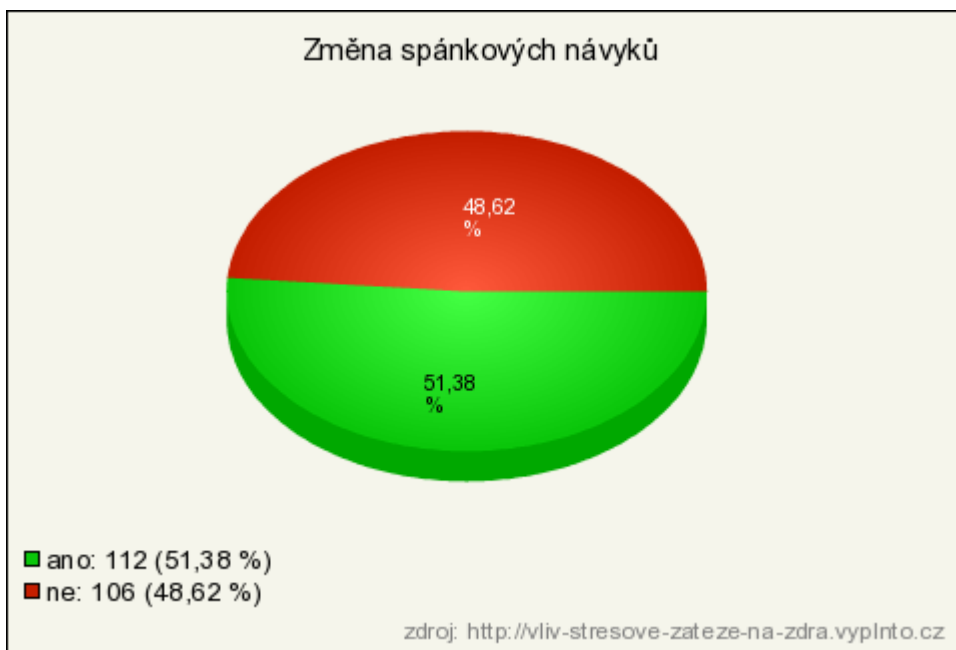


Tato otázka pravděpodobně nemá nějaký zásadnější vliv, snad by měla mít doplňující otázku, zda vůbec nějaká dovolená byla a jak byla prožita.



Tento graf nám ukazuje zajímavý výsledek. Bohužel jen těžko můžeme spekulovat, co se pod 8 procenty kladné odpovědi skrývá.

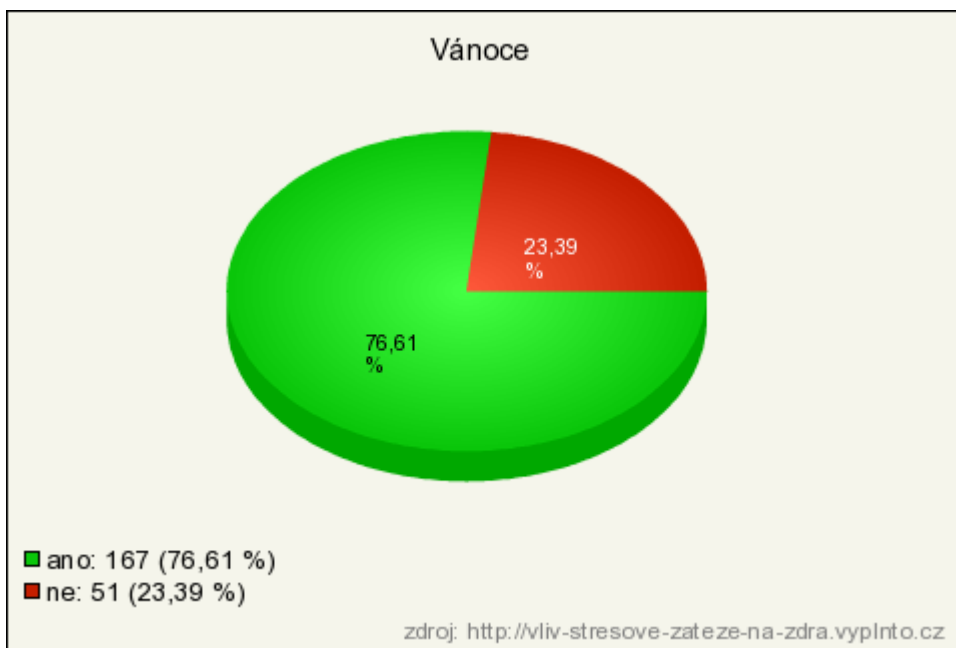




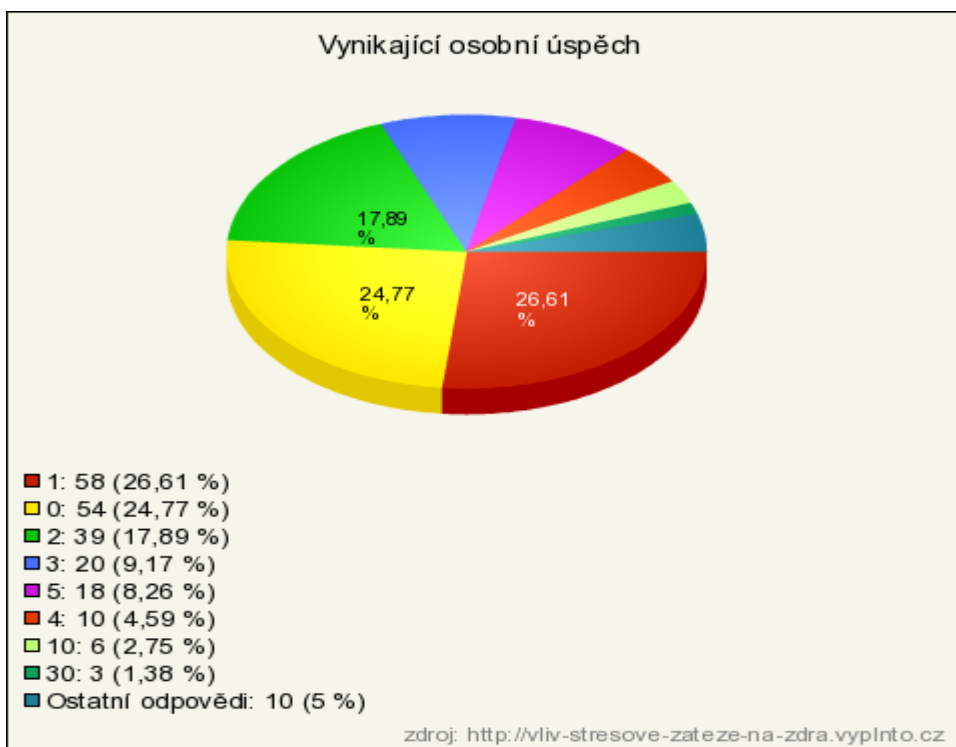
Velice zajímavý výsledek - 51% respondentů změnilo za uplynulý rok spánkové návyky. Bylo by jistě velmi zajímavé vědět jak a proč, ale to nám bohužel zůstane utajeno.



Výsledek odpovědí na tuto otázku je taktéž zajímavý. Tlaků na změny životosprávy sice vnímáme napříč společností mnoho, počínaje reklamou a konče někdy až fanatickými výstupy některých radikálů, nicméně 60% respondentů za poslední rok je výsledek nečekaný.



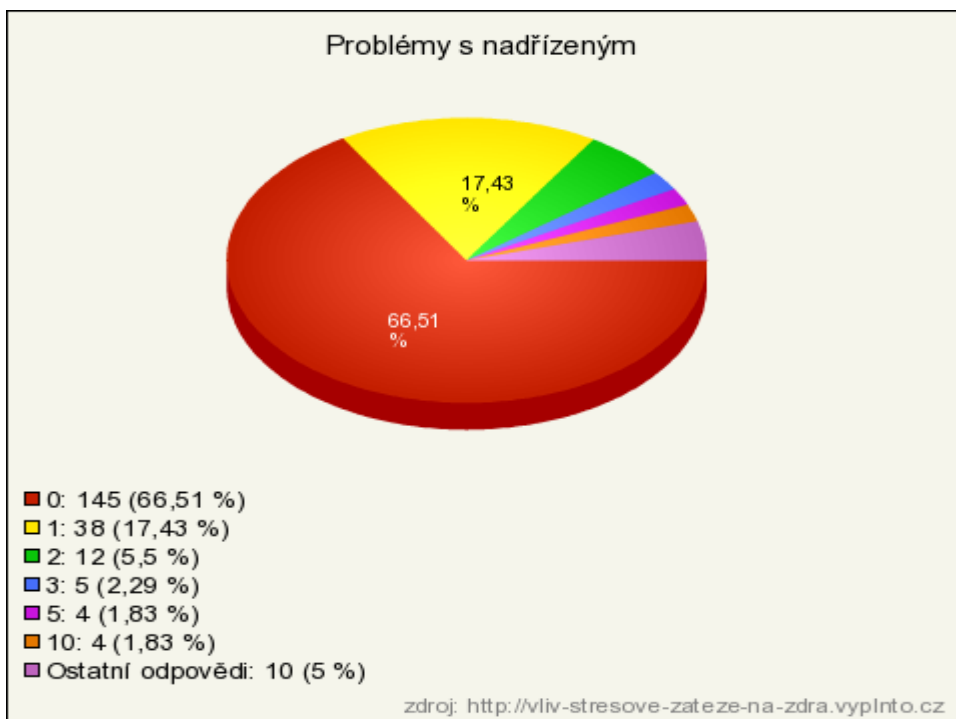
Vánoce – v podtitulu této otázky bylo doplněno, zda se respondent aktivně zúčastnil někdy hektických příprav na „klidné“ prožití svátků vánočních. Nepochybně v dnešní době může být tento předvánoční maraton až vražedný. Je to skvělá doba pro vytváření dluhů u bank a pochybných společností, také pro partnerské a manželské hádky je toto období jedno z neplodnějších.



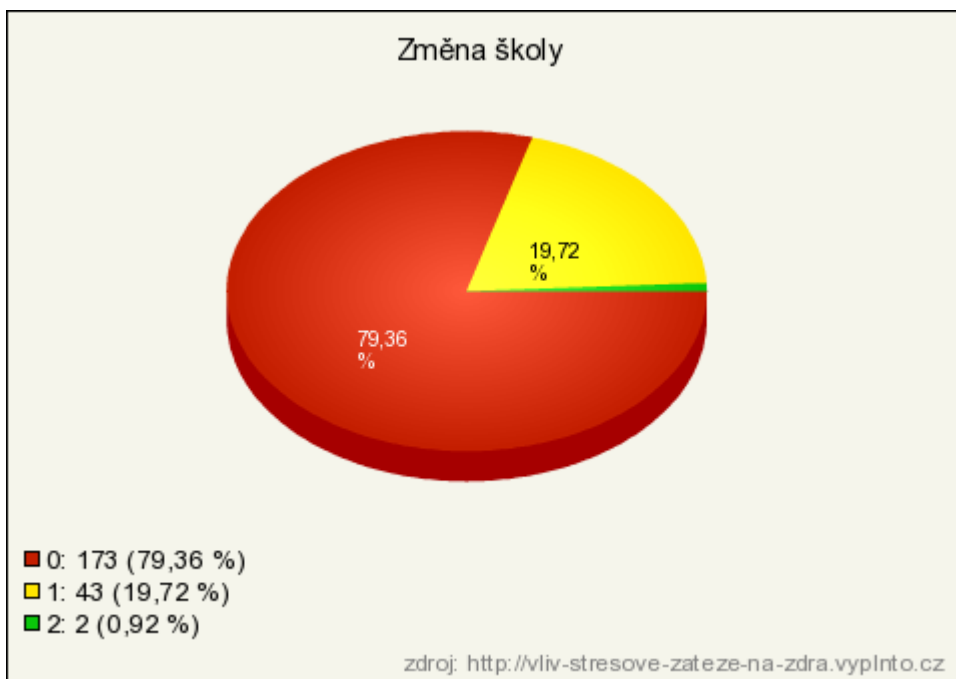
Tato otázka a její výsledky by nám mohly dát podnět k úvaze, jak hodnotíme své úspěchy. Samozřejmě extrémní čísla můžeme pominout jako zlou vůli některých respondentů, nicméně 18 respondentů nám uvádí 5 vynikajících úspěchů za rok, 10 respondentů 4 úspěchy ročně apod. Dalo by se očekávat, že tyto respondenti označují za vynikající úspěch to, co jiní možná považují za banální záležitost.



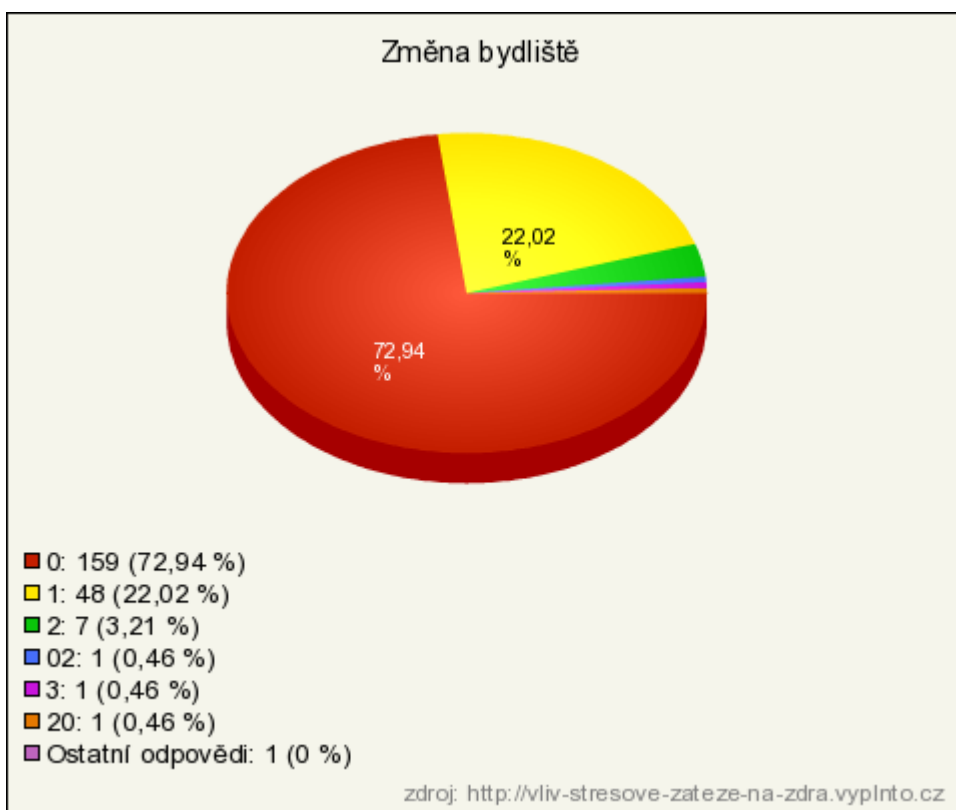
Velmi malé procento respondentů odpovědělo kladně, avšak i tato událost může významně ovlivnit chod celé rodiny, a mít tudíž značný dopad na psychickou zátěž člověka.



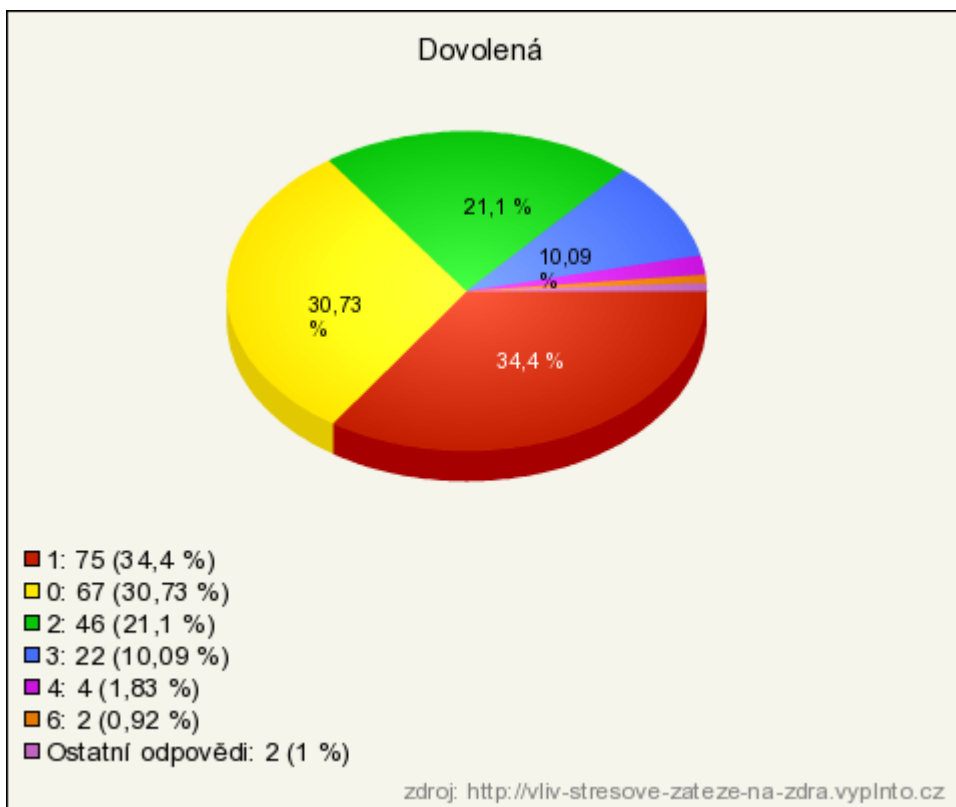
Pohled na tento graf nás opravdu překvapil. Očekávali bychom daleko větší počet respondentů, kteří budou mít problémy s nadřízenými. Výsledek 67% bez problémů je jen těžko uvěřitelný.



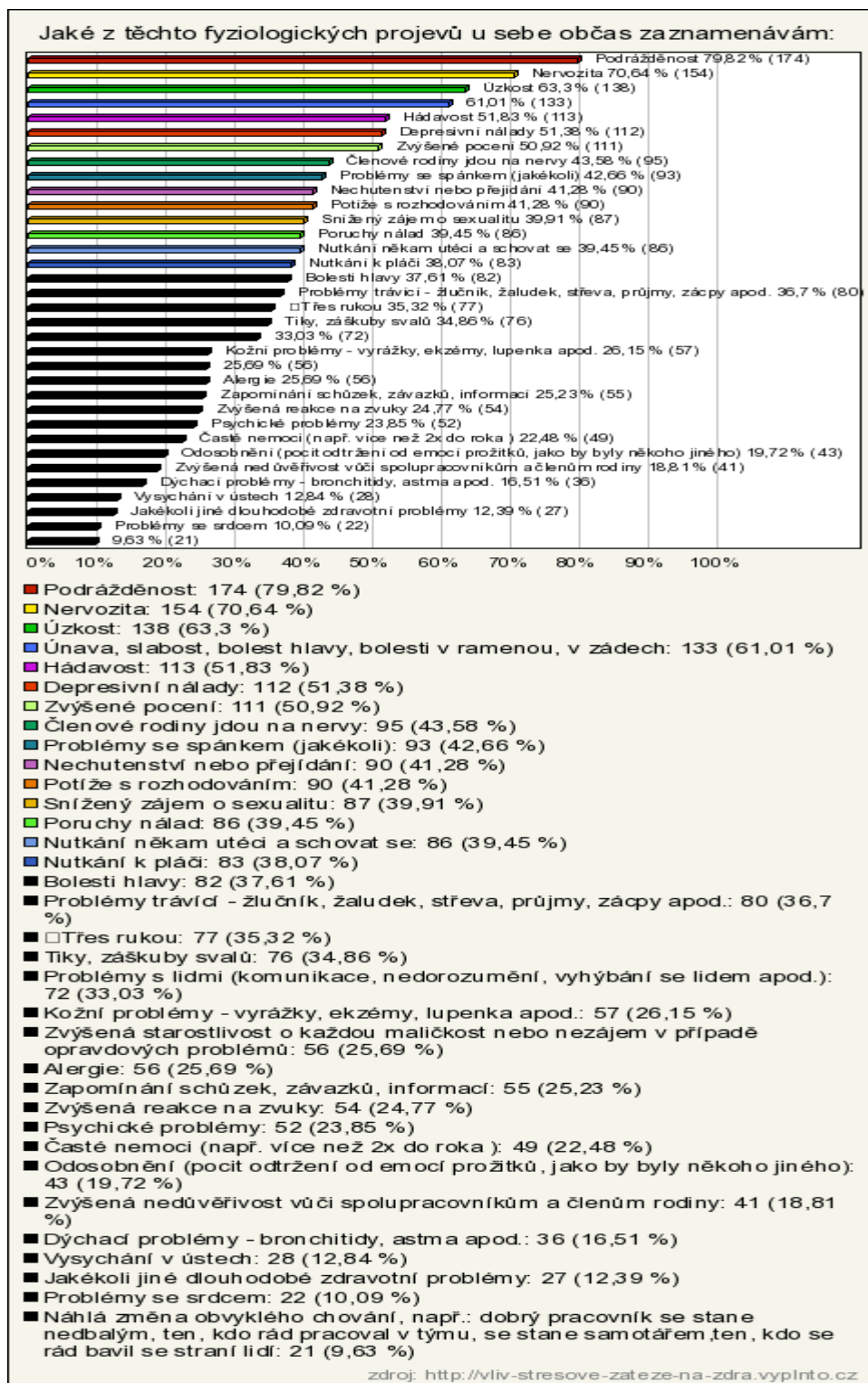
Změna školy může být náročná zejména v průběhu studia na střední škole, kde vznikají často pevné vazby. Nicméně často se dá vysledovat, že studenti si již osvojili jistou epizodičnost jejich života a nemají problém s kompletní změnou kolektivu, města, možná i země, kde studují.



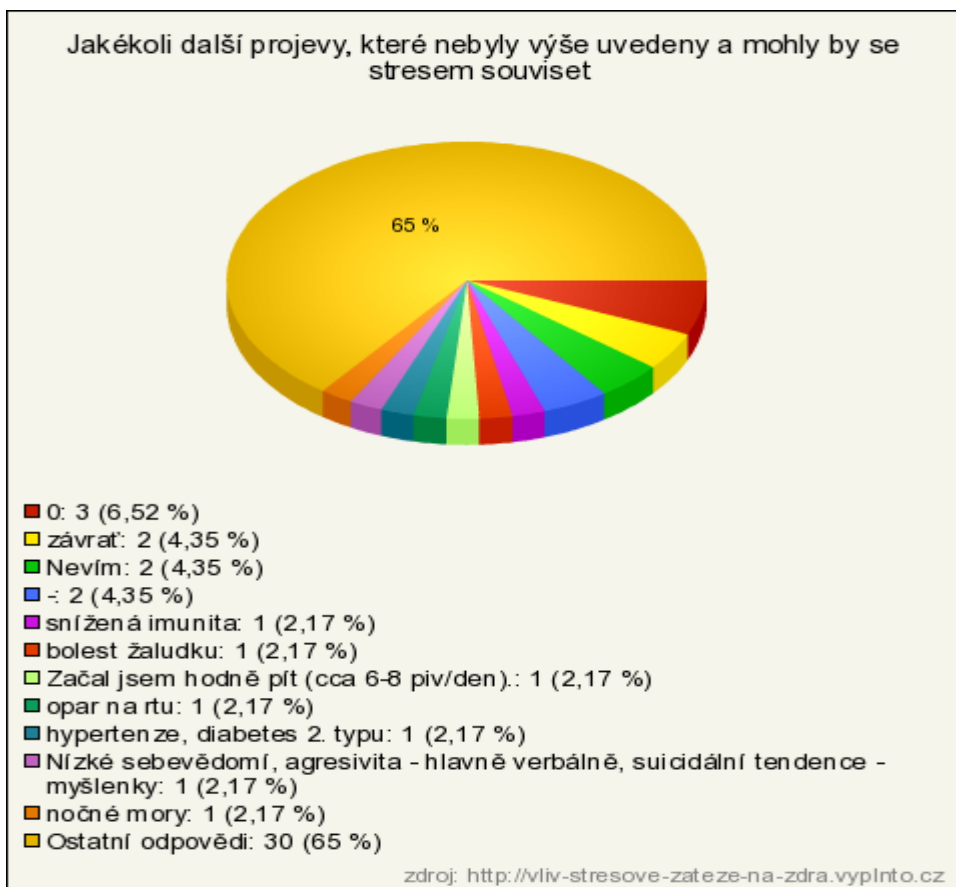
Změna bydliště dnes celkem běžná, zvláště pro ty, kdož žijí v nájemních bytech.



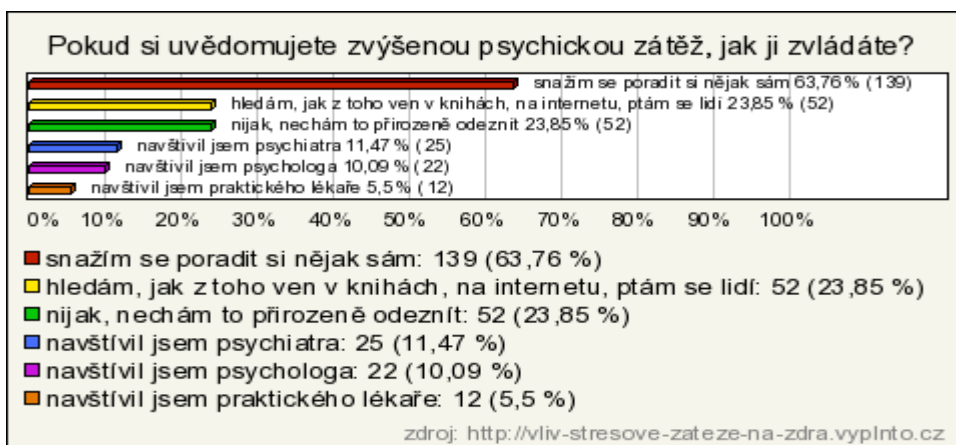
Otázka na počet dovolených za uplynulý rok. Výsledek asi odpovídá předpokladům. Význam dovolených se může někdy velmi lišit. Zpočátku jsou mladí lidé poznáváním nadšeni, později mohou záporné faktory dohánět ty kladné. Pokud jedeme podesáté na Lanzarote, pravděpodobně již nadšení z exotického prostředí dávno pominulo. Takže například cena, dvě hodiny na letišti v Praze, doprava tam, 6 hodin letu, další dvě hodiny doprava do hotelu, kde jsou mravenci, neteče voda a chybí ložní prádlo, mohou být natolik silné stresory, že zcela překryjí pozitiva takové akce.



Tento graf nám zobrazuje, jak si respondenti uvědomují fyziologické koreláty stresové zátěže. Výsledky jsou rozhodně zajímavé, někdy až varující. Dá se říci, že řadu příznaků má téměř polovina respondentů. Samozřejmě s těmito fyziologickými příznaky je již psychosomatické onemocnění pravděpodobně jen otázkou času, pokud již respondent nějakým netrpí, je pravděpodobné, že jej právě vytváří.

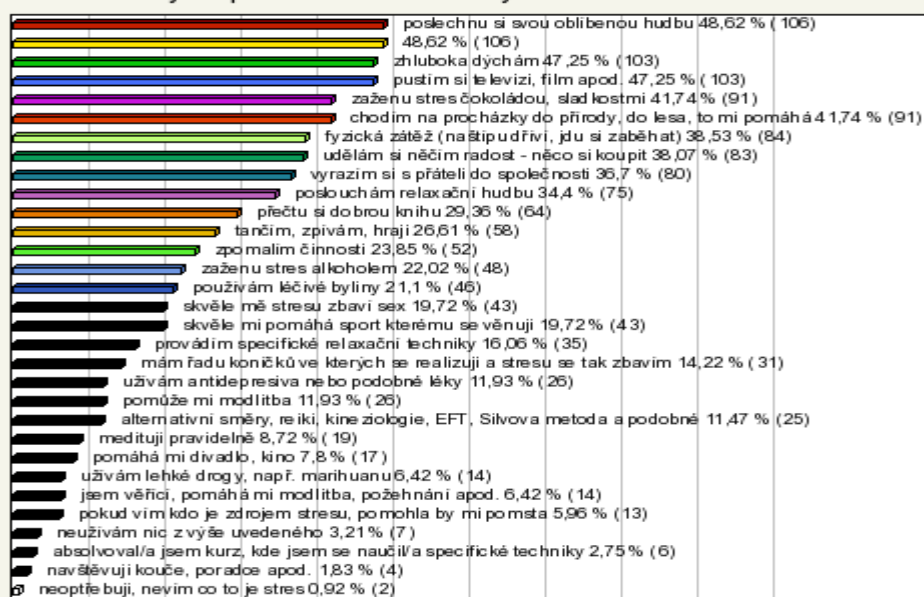


Z dalšího grafu již vidíme, že někteří respondenti již přímo ukazují na psychosomatické problémy, sníženou imunitu, bolesti, hypertenze, diabetes, ale také psychické koreláty jako konzumace alkoholu, agresivita, suicidální tendence, noční můry, konzumace alkoholu. Tato otázka byla doplněna jako kvalitativní, abychom případně objevili atypické projevy, což se tedy nestalo.



Z dalšího grafu vidíme, jakým způsobem respondenti nakládají se svým stavem, jak se snaží si pomoci. Jak vidíme, 64 % se snaží pomoci si sami. Není divu, je však otázka, jak efektivně se jim to daří. K těmto svépomocným bychom mohli zařadit i druhou kategorii 24% těch, kteří vyvinou větší úsilí, ale taktéž nevyhledají odborníka. To, že nám součet procent nedává celek, je zapříčiněno tím, že respondenti mohli zaškrtnout více možností. Z konce tabulky vidíme, že tedy specialisty mnoho lidí nevyhledává.

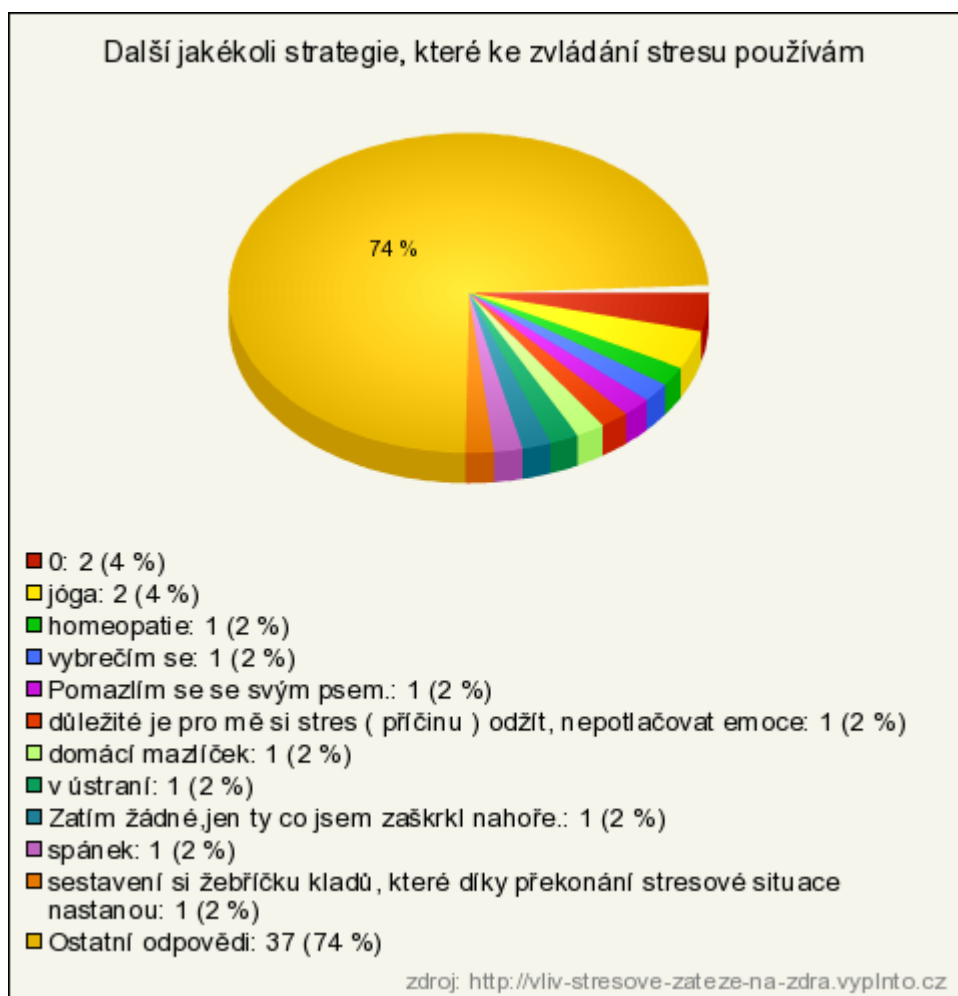
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem:



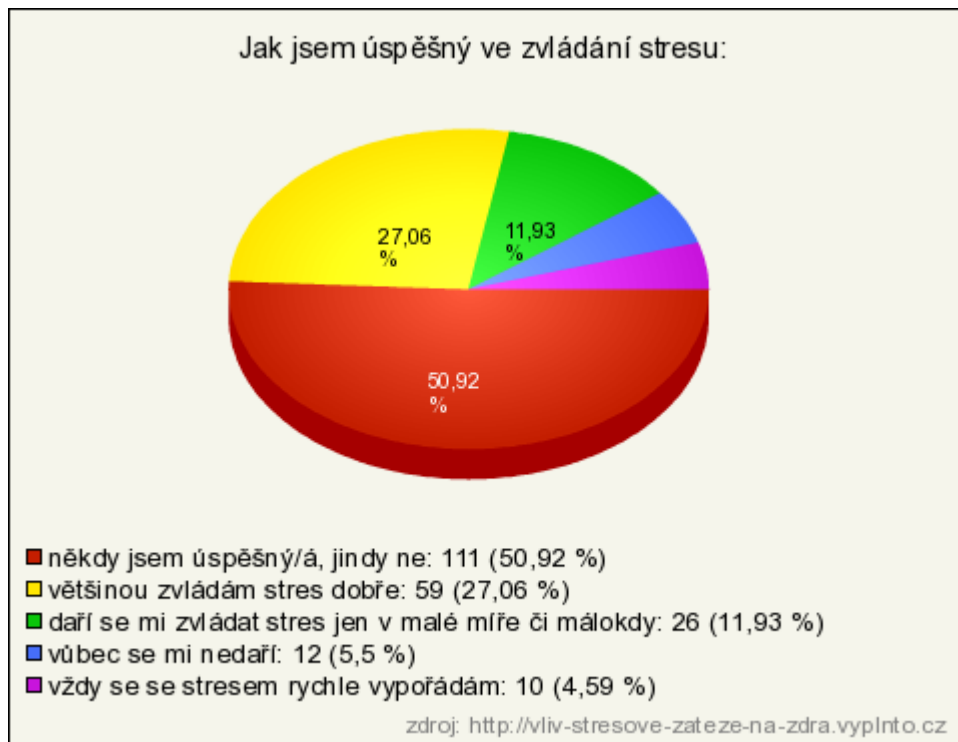
- poslechnu si svou oblíbenou hudbu: 106 (48,62 %)
- vypovídám se partnerovi, kamarádovi, kamarádce, rodičům, dětem: 106 (48,62 %)
- zhluboka dýchám: 103 (47,25 %)
- pustím si televizi, film apod.: 103 (47,25 %)
- zaženu stres čokoládou, sladkostmi: 91 (41,74 %)
- chodím na procházky do přírody, do lesa, to mi pomáhá: 91 (41,74 %)
- fyzická zátěž (naštipu dříví, jdu si zaběhat): 84 (38,53 %)
- udělám si něčím radost - něco si koupit: 83 (38,07 %)
- vyrazím si s přáteli do společnosti: 80 (36,7 %)
- poslouchám relaxační hudbu: 75 (34,4 %)
- přečtu si dobrou knihu: 64 (29,36 %)
- tančím, zpívám, hraji: 58 (26,61 %)
- zpomalím činnosti: 52 (23,85 %)
- zaženu stres alkoholem: 48 (22,02 %)
- používám léčivé byliny: 46 (21,1 %)
- skvěle mě stresu zbaví sex: 43 (19,72 %)
- skvěle mi pomáhá sport kterému se věnuji: 43 (19,72 %)
- provádím specifické relaxační techniky: 35 (16,06 %)
- mám řadu koníčků ve kterých se realizuji a stresu se tak zbavím: 31 (14,22 %)
- užívám antidepresiva nebo podobné léky: 26 (11,93 %)
- pomůže mi modlitba: 26 (11,93 %)
- alternativní směry, reiki, kineziologie, EFT, Silvova metoda a podobné: 25 (11,47 %)
- medituji pravidelně: 19 (8,72 %)
- pomáhá mi divadlo, kino: 17 (7,8 %)
- užívám lehké drogy, např. marihuanu: 14 (6,42 %)
- jsem věřící, pomáhá mi modlitba, požehnání apod.: 14 (6,42 %)
- pokud vím kdo je zdrojem stresu, pomohla by mi pomsta: 13 (5,96 %)
- neužívám nic z výše uvedeného: 7 (3,21 %)
- absolvoval/a jsem kurz, kde jsem se naučil/a specifické techniky: 6 (2,75 %)
- navštěvuji kouče, poradce apod.: 4 (1,83 %)
- neoptřebuji, nevím co to je stres: 2 (0,92 %)

zdroj: <http://viv-stresove-zateze-na-zdra.vyplnto.cz>

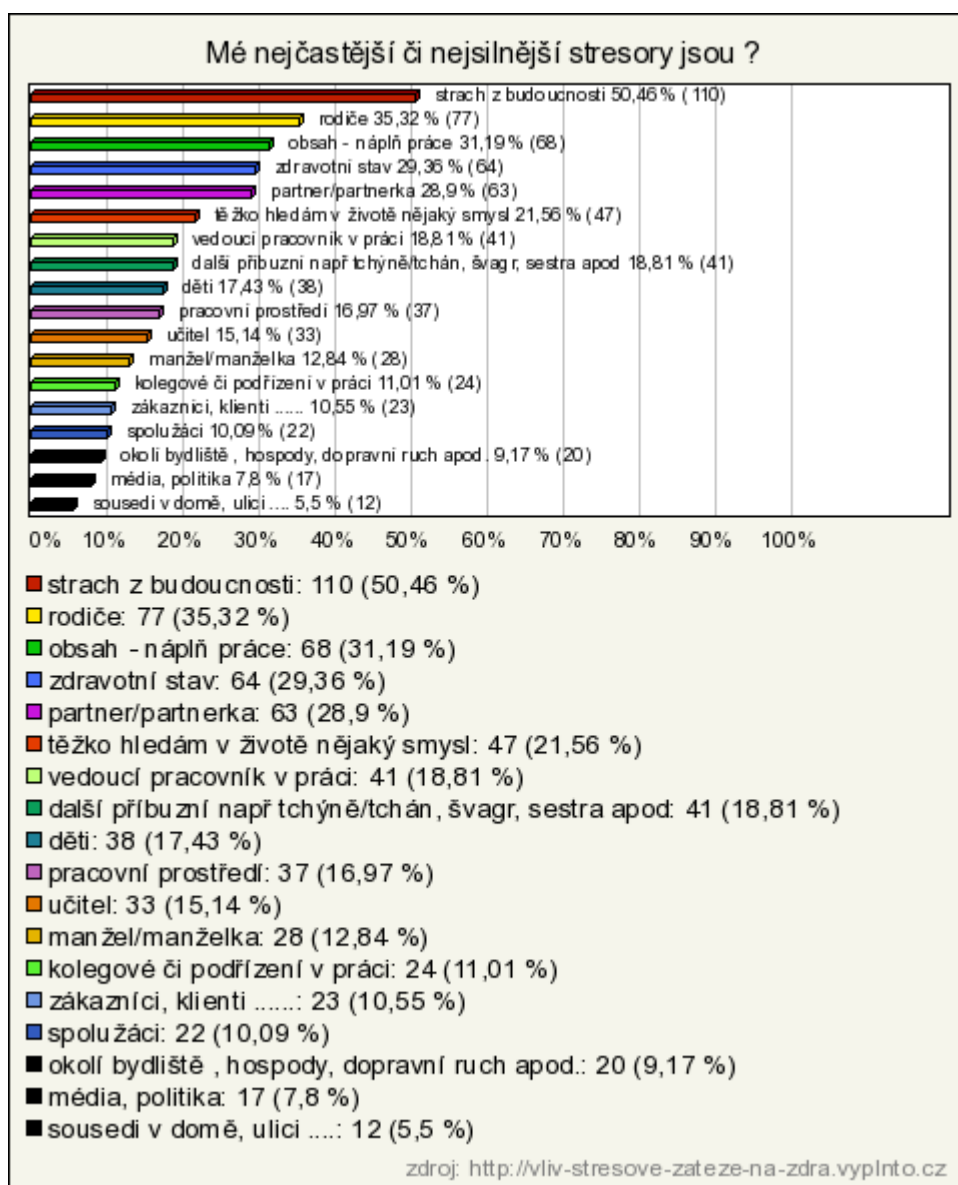
Tento graf a tabulka nám ukazují, jakým způsobem si lidé od stresu pomáhají. Ne všechny metody jsou stejně dobré či efektivní. Například použití televize (čtvrté místo) jako prostředku ke zvládnání stresu nemusí být zrovna šťastná volba. Ani čokoláda na místě pátém nemusí být z dlouhodobého hlediska řešením s kýženým efektem. Kupodivu alkohol se propadl až na místo 14, přestože by svádělo jej favorizovat. Poněkud smutné je, že meditace a divadlo skončily vedle lehkých drog a modlitby. Nicméně na místě posledním se nachází odpověď „nepotřebuji, nevím co to je stres“.



Další otevřená otázka byla doplňující, jistě zajímavé jsou jóga, vybrečení se, ale i domácí mazlíček.



Tento graf je také zajímavý. Tři čtvrtiny respondentů tvrdí, že stres zvládají vždy, nebo alespoň někdy. Nabízí se otázka, nakolik by tohle subjektivní hodnocení uspělo v případě, že bychom například experimentálně měřili fyziologické koreláty stresu.



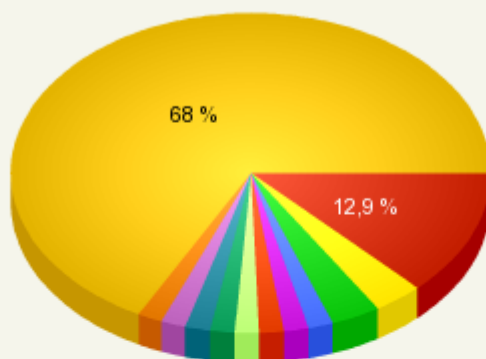
Výsledky této otázky jsou velmi cenné. Snad nejzajímavější a možná i nejsmutnější je „favorit“ mezi strachy, a to strach z budoucnosti. Tento sloupec možná vypovídá nejvíc o tom, kam naše společnost po pádu socialismu dospěla. Je celkem pravděpodobné, že v dnešní době lidé žijí v daleko větších obavách a nejistotě, než žila většina z nich v době minulé.

Zajímavé je i druhé místo, rodiče. Že by výsledek ukazoval na mezigenerační rozdíly? Nebo je spíše obrazem rozvedených, rozvrácených, problémových, dysfunkčních a afunkčních rodin? Tuhle odpověď nám náš výzkum dát neumí, ale uvádí-li skoro 35% jako největší stresor rodiče, pak je něco ve společnosti pravděpodobně špatně. Neměli by to být právě rodiče, které nade vše milujeme a nějaké ty nevyžádané dobré rady do života jim odpustíme? Tento výsledek by rozhodně stál za další prozkoumání.

Třetí místo s 31% obsadila náplň práce jako stresor. Na tom asi není nic ohromujícího. V době rozvinutého kapitalismu a vysoké nezaměstnanosti je většina lidí ráda za to, že má vůbec nějakou práci, a nemá ambice na to pokoušet se sehnat práci, která by je naplňovala či bavila.

Podobnou četnost mají další tři stresory: zdravotní stav, partner/partnerka a smysl života. Zde je možná zajímavé relativně vysoké procento lidí, jež mají jako stresor svůj zdravotní stav.

Další výše neuvedené zásadní stresory v mém životě:



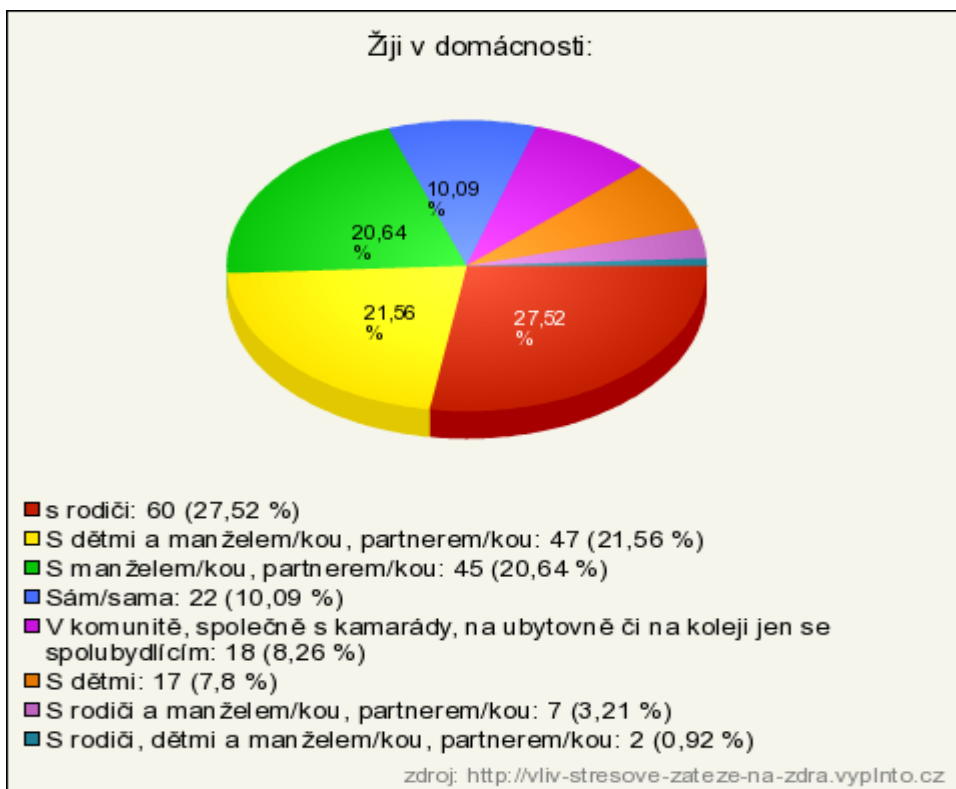
- škola: 8 (12,9 %)
- nuda: 2 (3,23 %)
- 0: 2 (3,23 %)
- chování přátel: 1 (1,61 %)
- Peníze, resp. jejich trvalý nedostatek (klesající životní úroveň vlivem neustálého zdražování): 1 (1,61 %)
- Státnice škola : 1 (1,61 %)
- Zkoušky a testy.: 1 (1,61 %)
- neúspěch na VŠ: 1 (1,61 %)
- nečekané změny situace, které nemohu ovlivnit, čas - organizace práce, vlastní neschopnost, lenost, odkládání povinností: 1 (1,61 %)
- bezmoc... ve spoustě situací, kdy nemohu zasahovat do rozhodnutí úředníků, zdravotníků: 1 (1,61 %)
- nepáči sa mi kam táto doba smeruje: 1 (1,61 %)
- Ostatní odpovědi: 42 (68 %)

zdroj: <http://viv-stresove-zateze-na-zdra.vypinto.cz>

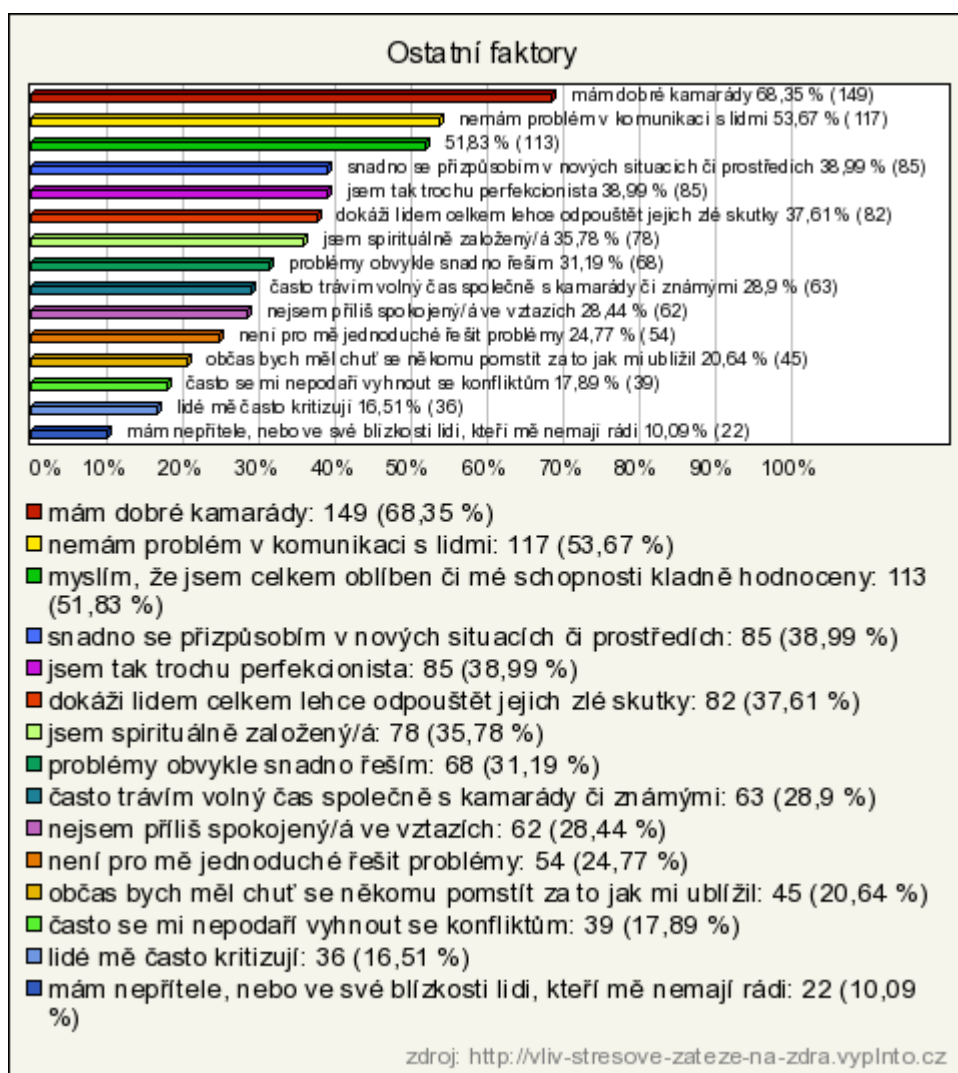
V této tabulce vidíme jaké další stresory byly našimi respondenty přidány ke dříve jmenovaným. Jistě i tyto odpovědi jsou zajímavé, velmi často se vyskytuje škola, což je celkem smutné, na druhou stranu nelze udělat školu tak, aby vyhovovala všem, vždy to bude určitý kompromis, a vnímání školy je do značné míry i ovlivněno samotným žákem, studentem.



Tento graf nám ukazuje celkem pozitivní pohled respondentů na rodinné zázemí, i když i zde vidíme, že problémy jsou.

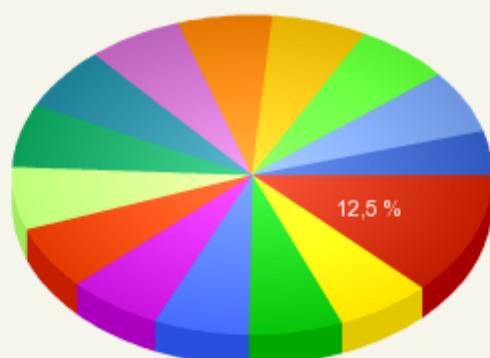


Na tomto grafu vidíme složení našeho vzorku z pohledu rodiny, ve které žijí. I zde je tedy vidět, že vzorek je celkem pestrý a obsahuje všechny možnosti.



Otázka ostatních faktorů v sobě obsahuje rizikové i protektivní faktory. Ve zpracování budou jednotlivým faktorům přiděleny váhy a provedena sumace, výsledkem pak bude jedno číslo zahrnující výsledek všech zaškrtnutých faktorů u každého jedince.

Jakékoli další připomínky nebo podněty k tématu



- 0: 2 (12,5 %)
- Budou-li výsledky průzkumu k dispozici, ráda bych do nich nahlédla :-)
Možno poslat na mail: vlad.lukesova@seznam.cz Díky :-): 1 (6,25 %)
- nedaří se mi v partnerských vztazích (dlouhodobě sama): 1 (6,25 %)
- bydlím se sourozencem v byte. A take je velký stres například priznani nebo zjisteni minoritni sex. orientace. Jinak pekny dotaznik. : 1 (6,25 %)
- Příroda, příroda, příroda!!): 1 (6,25 %)
- Docela jsem zjistila, díky dotazniku, že hledám problémy kde nejsou.:-) A že si stres občas vytvarim sama.:-)Dotaznik je zajimave sepsan, prijemne me donutil se na sebe podivat z jine stranky. Dekuji: 1 (6,25 %)
- jsem trdlo, před problémy se stavím negativně i když moc dobře vím, že je zvládnou ani nebudu vědět jak: 1 (6,25 %)
- Moje motto: Jaký si to uděláš, takový to máš.
Nikdy nedělej to, co nechceš, aby ti dělali druzí.
Vše co se děje, má vždy nějaký, byť skrytý, význam - náhody neexistují.: 1 (6,25 %)
- Můj stres hlavně plyne z toho ,že nemám práci , protože jsem hodně nemocná tak ani nemám šanci jí najít , že mi snížejí ID a budu mít pak finanční potíže: 1 (6,25 %)
- Chuť na pomstu mám jen k jedinému člověku, který mi opravdu hrozným způsobem ublížil v době, kdy jsem mu nejvíce důvěřovala, ublížil mi jak psychicky, tak fyzicky, majetkově i finančně. Ublížil i mému synovi. Tomuto člověku bych se opravdu ráda pomstila (a můj čas jednou přijde).: 1 (6,25 %)
- jsem silný introvert: 1 (6,25 %)
- je krásné, že se o pocity ostatních lidí někdo zajímá(v dnešní době je to zázrak, a jelikož jsem autistka, jsem ráda, když se mohu takhle vyvzpovídat a žádný cizí člověk mě u toho nestresuje.): 1 (6,25 %)
- Velmi zajímavý dotazník: 1 (6,25 %)
- Žádné : 1 (6,25 %)
- Zajímavý dotazník. Pomohl mi zas o kousek srovnat myšlenky, díky:) : 1 (6,25 %)

zdroj: <http://viv-stresove-zateze-na-zdra.vyplnto.cz>

V poslední otázce mohli respondenti vznést jakoukoli připomínku. Těší nás, že dotazník byl přijat a nebyly žádné negativní ohlasy. Pozitivní ohlasy nás samozřejmě potěšily.

7.4 Analýza zajímavých souvislostí a závislostí (DZD)

Následují „zajímavé závislosti“ zjištěné při automatickém zpracování dat na serveru vyplnto.cz.

V další kapitole se budeme zabývat detailnějším rozbořem, tyto výsledky uvádíme pro zajímavost, aby bylo vidět, jak některé závislosti dokáže odhalit technika bez znalosti zkoumané problematiky.

Byly nalezeny zajímavé souvislosti u 7 otázek.

6. Psychické problémy

• odpověď stres mi působí řadu problémů, jako změny nálad, depresivní stavy apod.:

- 3.1x větší pravděpodobnost při odpovědi vůbec se mi nedaří na otázku 53. Jak jsem úspěšný ve zvládnání stresu:

33. Zahájení nebo ukončení studia

• odpověď ano:

- 2.6x větší pravděpodobnost při odpovědi 1 na otázku 45. Změna školy

35. Změna osobních zvyků

• odpověď ano:

- 1.7x větší pravděpodobnost při odpovědi Mám špatné rodinné zázemí, nemohu se na rodinu spolehnout na otázku 56. Rodinné zázemí

42. Vynikající osobní úspěch

• odpověď < 0 - 1 >:

- 1.9x větší pravděpodobnost při odpovědi vůbec se mi nedaří na otázku 53. Jak jsem úspěšný ve zvládnání stresu:

47. Dovolená

• odpověď < 0 - 1 >:

- 1.5x větší pravděpodobnost při odpovědi vůbec se mi nedaří na otázku 53. Jak jsem úspěšný ve zvládnání stresu:

48. Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám:

• odpověď Depresivní nálady:

- 1.8x větší pravděpodobnost při odpovědi převažují vnější vlivy, je těžké se prosadit na otázku 9. Domníváte se, že každý je svého štěstí strůjce a může dosáhnout vyplnění svých přání?

• odpověď Únava, slabost, bolest hlavy, bolesti v ramenou, v zádech:

- 1.5x větší pravděpodobnost při odpovědi ano, mám již celou řadu těchto (psychosomatických) problémů na otázku 7. Psychosomatické problémy (vliv psychiky na fyzické zdraví)

• 1.5x větší pravděpodobnost při odpovědi Psychické problémy na otázku 48. Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám:

• 1.5x větší pravděpodobnost při odpovědi navštívil jsem praktického lékaře na otázku 50. Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte?

• 1.5x větší pravděpodobnost při odpovědi vůbec se mi nedaří na otázku 53. Jak jsem úspěšný ve zvládnání stresu:

• odpověď Úzkost:

• 1.6x větší pravděpodobnost při odpovědi navštívil jsem praktického lékaře na otázku 50. Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte?

•odpověď Zvýšené pocení:

- 1.8x větší pravděpodobnost při odpovědi Náhlá změna obvyklého chování, např.: dobrý pracovník se stane nedbalým, ten, kdo rád pracoval v týmu, se stane samotářem, ten, kdo se rád bavil se straní lidí na otázku 48. Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám:

58. Ostatní faktory

•odpověď problémy obvykle snadno řeším:

- 3.2x větší pravděpodobnost při odpovědi vždy se se stresem rychle vypořádám na otázku 53. Jak jsem úspěšný ve zvládnání stresu:

Štědronský, J. – Vliv stresové zátěže na lidské zdraví (výsledky průzkumu), 2014.

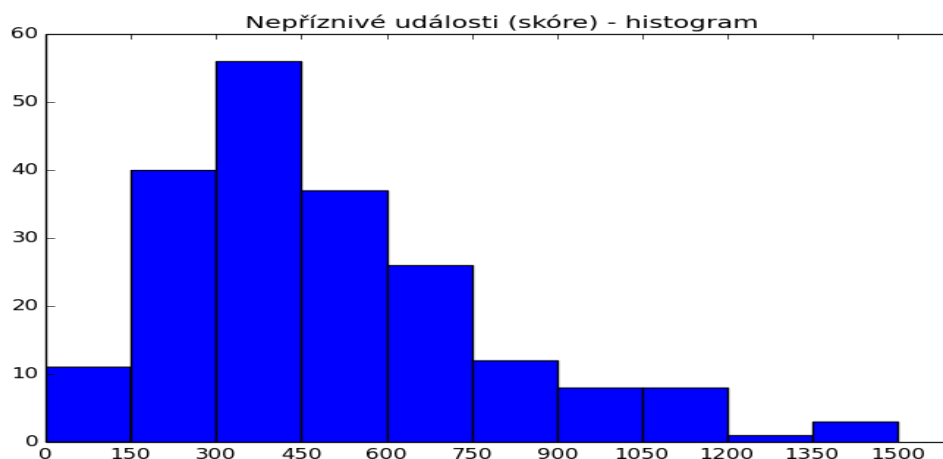
Dostupné online na <http://vliv-stresove-zateze-na-zdra.vyplnto.cz>.

Výsledky průzkumu podléhají licenci [Creative Commons Uveďte autora 3.0 Česko](#)

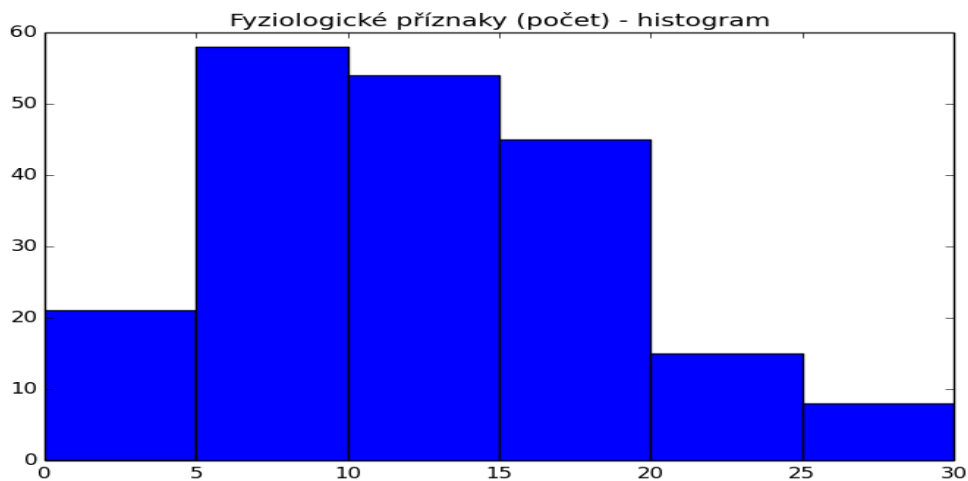
7.5 Histogramy četností

Doplňme pro zajímavost histogramy četností nepříznivých životních událostí, fyziologických a behaviorálních symptomů a copingových strategií:

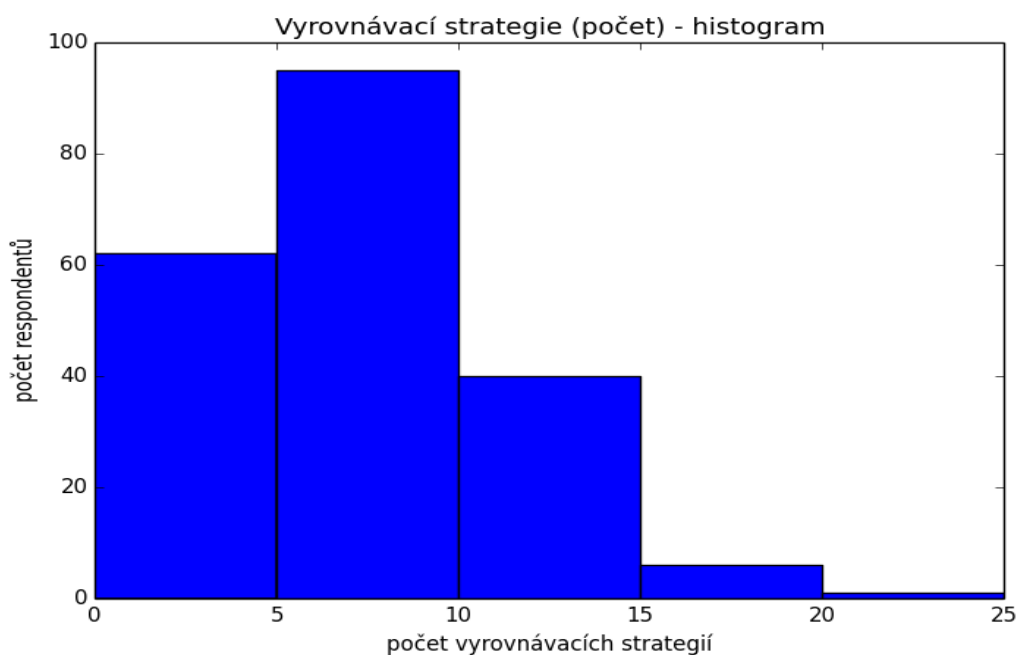
Na tomto diagramu vidíme skóre sumace nepříznivých událostí. Dá se říci, že vnější, nebo



jak jsme ji nazvali, „objektivní“ zátěž respondentů není rozhodně zanedbatelná, nicméně jak uvidíme dále, nezjistili jsme žádnou signifikantní vazbu s dalšími atributy.



Tento histogram nám zobrazuje sumaci počtu fyziologických a behaviorálních příznaků stresu u respondentů. Tedy 0-5 příznaků uvádí 20 respondentů, 5-10 příznaků 57 respondentů atd. Vidíme tedy rozhodně nezanedbatelné projevy stresu ve zkoumané populaci.

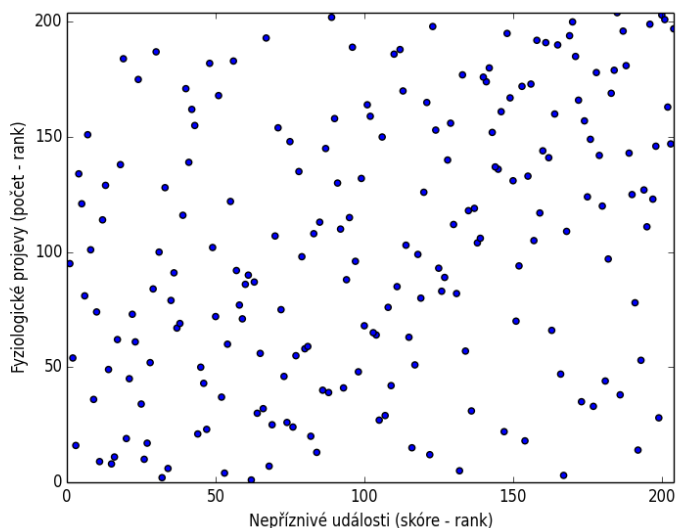


Na tomto histogramu vidíme počet copingových strategií využívaných respondenty. Tedy 0-5 strategií využívá 60 respondentů, 5-10 cca 95 respondentů. Jak jsme již zmínili, informace z těchto tří histogramů nevykázaly žádné další výrazné závislosti, tudíž jsou jen informativní.

7.6 Souvislost nepříznivých událostí a subjektivní stresové zátěže

Jednou ze zkoumaných závislostí byla korelace mezi nepříznivými životními událostmi (měřenými na stupnici společenského přizpůsobení od Holmesa a Raheho) a fyziologickými příznaky, které by mohly se stresem souviset (měřenými jejich počtem). Výraznější korelace mezi těmito veličinami se najít nepodařila, Spearmanův koeficient je 0.35.

Malá míra závislosti mezi těmito veličinami je vidět i na následujícím XY-bodovém



grafu:

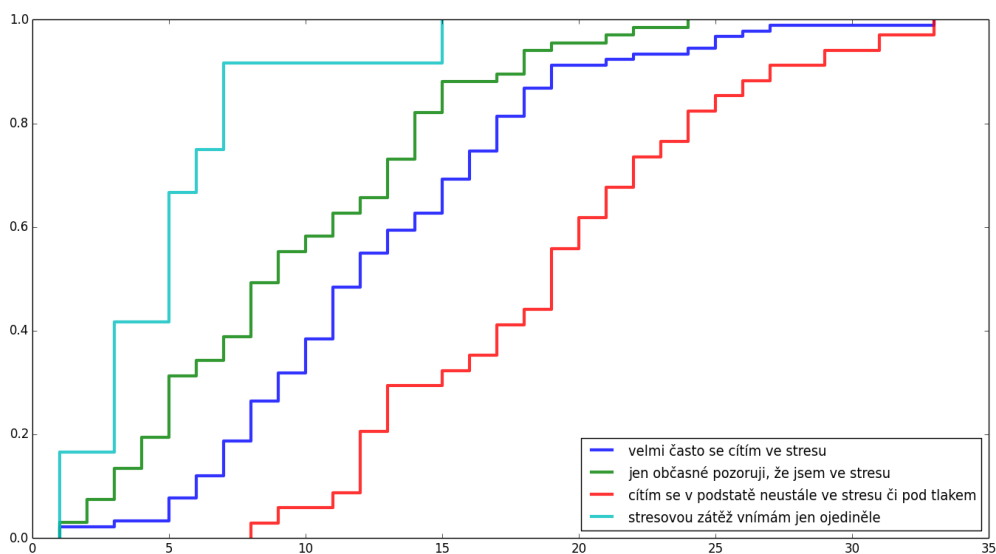
Z tohoto výsledku tedy vidíme, že to, co jsme nazvali pro účely této práce „objektivní stresovou zátěží“, tedy výsledek na stupnici společenského přizpůsobení od Holmesa a Raheho, nevykazuje téměř žádný vztah k dalším zkoumaným hodnotám, tedy fyziologickým a behaviorálním symptomům stresu, které bychom mohli označit i víceméně jako symptomy psychosomatické, ale ani k subjektivně vnímané stresové zátěži. Pro další výzkum byla tedy zvolena právě subjektivně vnímaná zátěž, neboť ta naopak vykazuje těsné vazby na ostatní zkoumané hodnoty. Je také v oblasti našeho zásadního zájmu, neboť to byla jedna z primárních otázek tohoto výzkumu. Pro další zkoumání tedy jako výchozí dělení použijeme dělení subjektivního vnímání stresu, které rozdělíme jen na dvě části, a to s menší subjektivní zátěží a s větší zátěží.

7.7 Souvislost subjektivní stresové zátěže a fyziologických příznaků

Silná souvislost se objevila mezi subjektivně vnímanou stresovou zátěží (otázka 4. *Mám zkušenosti se stresovou zátěží*) a fyziologickými příznaky. Podívejme se na střední hodnoty a směrodatné odchylky počtu příznaků ve skupinách dle odpovědi na tuto otázku:

Odpověď	Počet příznaků
cítím se v podstatě neustále ve stresu či pod tlakem	5.1 ± 3.6
velmi často se cítím ve stresu	9.6 ± 5.5
jen občasné pozoruji, že jsem ve stresu	12.7 ± 5.9
stresovou zátěž vnímám jen ojediněle	18.9 ± 6.2

Např. první a poslední skupina jsou statisticky téměř disjunktní! Obdobné závěry můžeme vysledovat nejen z průměrů, ale i z celkové distribuce. To ukazuje např. následující graf distribučních funkcí počtu příznaků v jednotlivých skupinách:



Na svislé ose máme uvedeny pravděpodobnosti, že člověk má tolik nebo méně příznaků než odpovídá počtu příznaků na ose vodorovné.

7.8 Vzájemné souvislosti dalších faktorů a stresové zátěže

7.8.1 Lidé splňující [...] jsou s vyšší pravděpodobností ve stresu

Následující tabulky uvádí takzvaná relativní rizika. Vyjadřují, kolikrát se zvýší (resp. v dalších sekcích sníží) pravděpodobnost, že člověk patří do více zatížené skupiny, když odpoví na danou otázku, jak je uvedeno v tabulce, oproti tomu, kdyby odpověděl jinak. Matematicky:

$$RR = \frac{\text{procento více zatížených mezi těmi, již uvedli danou odpověď}}{\text{procento více zatížených mezi těmi, již odpověděli jinak}}$$

Čím větší hodnota RR , tím větší souvislost. Relativní riziko blízké jedné odpovídá zcela nezávislým vlastnostem.

Uvažme například čtvrtý řádek velké tabulky níže a určíme počty respondentů spadající do jednotlivých kategorií:

	Snadno řeším problémy = ano	Snadno řeším problémy = ne
Více zatížení	28	97
Méně zatížení	32	47
Celkem	60	144
Procento více zatížených	$28/60 = 46.7\%$	$97/144 = 67.4\%$

Relativní riziko je pak: $RR = \frac{67.4}{46.7} = 1.44$.

Jinými slovy, pokud vezmeme náhodného člověka, který neumí snadno řešit problémy, pravděpodobnost, že bude patřit mezi stresem více zatížené, je téměř 1.5x větší, než kdybychom vybrali náhodnou osobu problémy řešit schopnou.

Takto vysoké číslo naznačuje, že by mezi těmito dvěma vlastnostmi (schopnost řešit problémy a subjektivní stresová zátěž) nejspíš bude nějaká souvislost. Leč vůbec není jasné jaká! Možná lidé, kteří neumí řešit problémy, jsou více náchylní ke stresu. Možná naopak stres omezuje jejich schopnost řešit problémy. Možná je pravda obojí, a tyto dvě vlastnosti se tak nějak podporují navzájem a těžko říct, kde koření. Také je možné, že nějaká úplně jiná třetí vlastnost (např. některá osobnostní charakteristika) je příčinou obojího.

Uvedená čísla popisují statistické korelace, ne kauzální souvislosti. Ty se bez řízeného experimentu pravděpodobně ani spolehlivě zjistit nedají, a každopádně to nebylo účelem této práce. Přinejmenším však naznačují, jaké spojitosti by mohlo být zajímavé dále zkoumat.

Spolehlivost výsledku dosti závisí na velikosti čtyřech skupin v tabulce výše. Pro jednoduchost používáme jako měřítko spolehlivosti nejmenší z těchto velikostí, která je v tabulkách uvedena ve sloupci *Nejmenší vzorek*. V našem ukázkovém případě jsou nejmenší podskupinou více zatížení snadno řešící problémy, s 28 respondenty. Uváděny jsou pouze výsledky, u nichž je velikost nejmenšího vzorku větší než 10, ostatní nemají příliš reprezentativní význam.

Tab. 1

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - provádím specifické relaxační techniky	ne	1.91	10
Zažívám nízkou hladinu stresu	uvědomuji si dlouhodobou slabší zátěž déle než rok	1.84	21
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - obsah - náplň práce	ano	1.46	15
Ostatní faktory - problémy obvykle snadno řeším	ne	1.44	28
Ostatní faktory - není pro mě jednoduché řešit problémy	ano	1.43	11
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - strach z budoucnosti	ano	1.37	31
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - těžko hledám v životě nějaký smysl	ano	1.35	11
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - manžel/manželka	ne	1.32	12
Ostatní faktory - jsem spirituálně založený/á	ne	1.29	34
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - partner/partnerka	ano	1.29	17
Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte? - hledám, jak z toho ven v knihách, na internetu, ptám se lidí	ano	1.26	13
Věk	20-40	1.25	31
Jak jsem úspěšný ve zvládnání stresu:	někdy jsem úspěšný/á, jindy ne	1.25	35
Pohlaví	žena	1.25	20
Ostatní faktory - občas bych měl chuť se někomu pomstít za to jak mi ublížil	ano	1.23	12
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - zdravotní stav	ano	1.23	18
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - chodím na procházky do přírody, do lesa, to mi pomáhá	ne	1.23	39
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zaženu stres čokoládou, sladkostmi	ano	1.23	27
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - pustím si televizi, film apod.	ano	1.22	31
Považujete se spíše za	něco mezi, snad realistu	1.19	28
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - další	ano	1.18	12

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
příbuzní např tchyně/tchán, švagr, sestra apod			
Ostatní faktory - jsem tak trochu perfekcionista	ano	1.18	26
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zaženu stres alkoholem	ano	1.17	14
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - pomůže mi modlitba	ne	1.15	11
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - vyrazím si s přáteli do společnosti	ano	1.14	24
Ostatní faktory - nejsem příliš spokojený/á ve vztazích	ano	1.14	19
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - skvěle mě stresu zbaví sex	ano	1.13	13
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - mám řadu koníčků ve kterých se realizuji a stresu se tak zbavím	ne	1.12	12
Ostatní faktory - snadno se přizpůsobím v nových situacích či prostředích	ne	1.09	32
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - udělám si něčím radost - něco si koupit	ano	1.09	28
Žiji v domácnosti:	S manželem/kou, partnerem/kou	1.08	15
Vzdělání	VŠ bakalářské	1.08	14
Ostatní faktory - dokáži lidem celkem lehce odpouštět jejich zlé skutky	ne	1.07	31
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - používám léčivé byliny	ne	1.07	18
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zhluboka dýchám	ne	1.06	39
Ostatní faktory - nemám problém v komunikaci s lidmi	ano	1.06	39
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - přečtu si dobrou knihu	ano	1.06	21
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - fyzická zátěž (naštípu dříví, jdu si zaběhat)	ano	1.05	29
Domníváte se, že každý je svého štěstí strůjce a může dosáhnout vyplnění svých přání?	ano, ale je poněkud limitován dalšími faktory	1.05	36
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - vypovídám se partnerovi, kamarádovi, kamarádce, rodičům, dětem	ano	1.05	38

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - rodiče	ano	1.04	27
Žiji v domácnosti:	s rodiči	1.04	21
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - vedoucí pracovník v práci	ano	1.04	14
Zažívám nízkou hladinu stresu	jsem v mírném stresu 3 měsíce až 1 rok	1.04	17
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - děti	ano	1.03	13
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - učitel	ano	1.02	12
Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte? - nijak, nechám to přirozeně odeznít	ne	1.02	19
Ostatní faktory - často trávím volný čas společně s kamarády či známými	ano	1.02	22
Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte? - snažím se poradit si nějak sám	ne	1.02	27
Ostatní faktory - mám dobré kamarády	ano	1.02	26
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - poslechnu si svou oblíbenou hudbu	ne	1.01	38
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - tančím, zpívám, hraji	ne	1.01	22
Ostatní faktory - myslím, že jsem celkem oblíben či mé schopnosti kladně hodnoceny	ne	1.01	38
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - skvěle mi pomáhá sport kterému se věnuji	ano	1.01	15
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - poslouchám relaxační hudbu	ano	1.00	27
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zpomalím činnosti	ne	1.00	19

7.8.2 Lidé splňující [...] jsou s nižší pravděpodobností ve stresu

V této sekci jsou uvedeny faktory, které **snížují** pravděpodobnost stresové zátěže (tedy relativní riziko je menší než 1). Pro přehlednost je uvedena jeho převrácená hodnota, tedy číslo udávající, kolikrát se *sníží* pravděpodobnost stresové zátěže.

Tab. 2

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
Zažívám nízkou hladinu stresu	nejsem ani v mírném stresu po delší dobu, vždy je to jen krátkodobý stav	2.77	15
Jak jsem úspěšný ve zvládnání stresu:	většinou zvládám stres dobře	2.23	17
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - provádím specifické relaxační techniky	ano	1.91	10
Věk	40 -60	1.51	16
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - obsah - náplň práce	ne	1.46	15
Vzdělání	středoškolské odborné	1.45	31
Ostatní faktory - problémy obvykle snadno řeším	ano	1.44	28
Ostatní faktory - není pro mě jednoduché řešit problémy	ne	1.43	11
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - strach z budoucnosti	ne	1.37	31
Domníváte se, že každý je svého štěstí strůjce a může dosáhnout vyplnění svých přání?	rozhodně ano	1.36	32
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - těžko hledám v životě nějaký smysl	ne	1.35	11
Žiji v domácnosti:	S dětmi a manželem/kou, partnerem/kou	1.32	21
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - manžel/manželka	ano	1.32	12
Ostatní faktory - jsem spirituálně založený/á	ano	1.29	34
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - partner/partnerka	ne	1.29	17
Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte? - hledám, jak z toho ven v knihách, na internetu, ptám se lidí	ne	1.26	13
Pohlaví	muž	1.25	20

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
Ostatní faktory - občas bych měl chuť se někomu pomstít za to jak mi ublížil	ne	1.23	12
Považujete se spíše za	spíše optimistu	1.23	31
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - zdravotní stav	ne	1.23	18
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - chodím na procházky do přírody, do lesa, to mi pomáhá	ano	1.23	39
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zaženu stres čokoládou, sladkostmi	ne	1.23	27
Rodinné zázemí	Mám průměrné rodinné zázemí, nemohu se vždy a ve všem na rodinu spolehnout	1.22	15
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - pustím si televizi, film apod.	ne	1.22	31
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - další příbuzní např tchyně/tchán, švagr, sestra apod	ne	1.18	12
Ostatní faktory - jsem tak trochu perfekcionista	ne	1.18	26
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zaženu stres alkoholem	ne	1.17	14
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - pomůže mi modlitba	ano	1.15	11
Rodinné zázemí	Mám skvělé rodinné zázemí, vždy se mohu na rodinu spolehnout	1.15	35
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - vyrazím si s přáteli do společnosti	ne	1.14	24
Ostatní faktory - nejsem příliš spokojený/á ve vztazích	ne	1.14	19
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - skvěle mě stresu zbaví sex	ne	1.13	13
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - mám řadu koníčků ve kterých se realizuji a stresu se tak zbavím	ano	1.12	12
Ostatní faktory - snadno se přizpůsobím v nových situacích či prostředích	ano	1.09	32
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - udělám si něčím radost - něco si	ne	1.09	28

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
koupit			
Vzdělání	středoškolské všeobecné (gymnázium)	1.08	19
Ostatní faktory - dokáží lidem celkem lehce odpouštět jejich zlé skutky	ano	1.07	31
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - používám léčivé byliny	ano	1.07	18
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zhluboka dýchám	ano	1.06	39
Ostatní faktory - nemám problém v komunikaci s lidmi	ne	1.06	39
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - přečtu si dobrou knihu	ne	1.06	21
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - fyzická zátěž (naštípů dříví, jdu si zaběhat)	ne	1.05	29
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - vypovídám se partnerovi, kamarádovi, kamarádce, rodičům, dětem	ne	1.05	38
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - rodiče	ne	1.04	27
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - vedoucí pracovník v práci	ne	1.04	14
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - děti	ne	1.03	13
Mé nejčastější či nejsilnější stresory jsou ? - učitel	ne	1.02	12
Rodinné zázemí	Mám dobré rodinné zázemí, většinou se mohu na rod. spolehnout	1.02	25
Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte? - nijak, nechám to přirozeně odeznít	ano	1.02	19
Ostatní faktory - často trávím volný čas společně s kamarády či známými	ne	1.02	22
Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte? - snažím se poradit si nějak sám	ano	1.02	27
Ostatní faktory - mám dobré kamarády	ne	1.02	26
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - poslechnu si svou oblíbenou hudbu	ano	1.01	38
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - tančím, zpívám, hraji	ano	1.01	22

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
Ostatní faktory - myslím, že jsem celkem oblíben či mé schopnosti kladně hodnoceny	ano	1.01	38
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - skvěle mi pomáhá sport kterému se věnuji	ne	1.01	15
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - poslouchám relaxační hudbu	ne	1.00	27
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zpomalím činnosti	ano	1.00	19

7.8.3 Lidé ve stresu jsou s vyšší pravděpodobností...

Statistiky v následujících dvou tabulkách zkoumají opačné závislosti. Tentokrát nás zajímá, kolikrát se zvýší pravděpodobnost nějaké vlastnosti, pokud víme, že člověk patří k více zatížené skupině. Zatímco předchozí skupina by se dala považovat za jakési „příčiny“ (s velkými uvozovkami, jak již bylo upozorněno výše) stresové zátěže, toto je něco na způsob „následků“.

Tab. 3

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
Psychické problémy	stres mi působí řadu problémů, jako změny nálad, depresivní stavy apod.	2.17	14
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Poruchy nálad	ano	2.13	19
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Nutkání někam utéci a schovat se	ano	2.13	19
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Bolesti hlavy	ano	2.00	19
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Úzkost	ano	1.79	26
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Zapomínání schůzek, závazků, informací	ano	1.75	13
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Odosobnění (pocit odtržení od emocí prožitků, jako by byly někoho jiného)	ano	1.72	11
Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte? - hledám, jak z toho ven	ano	1.70	13

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
v knihách, na internetu, ptám se lidí			
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Tíky, záškuby svalů	ano	1.67	20
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Nutkání k pláči	ano	1.67	22
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Potíže s rozhodováním	ano	1.65	23
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Dýchací problémy - bronchitidy, astma apod.	ano	1.64	10
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Problémy s lidmi (komunikace, nedorozumění, vyhýbání se lidem apod.)	ano	1.63	19
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Časté nemoci (např. více než 2x do roka)	ano	1.60	13
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Problémy se spánkem (jakékoli)	ano	1.59	25
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Zvýšená nedůvěřivost vůči spolupracovníkům a členům rodiny	ano	1.55	11
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Snížený zájem o sexualitu	ano	1.53	24
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Hádavost	ano	1.52	32
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Zvýšená reakce na zvuky	ano	1.52	15
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Problémy trávicí - žlučník, žaludek, střeva, průjmy, zácpy apod.	ano	1.51	23
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Depresivní nálady	ano	1.50	32
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Nervozita	ano	1.48	24
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Ďřes rukou	ano	1.47	22
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe	ano	1.45	17

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
občas zaznamenávám: - Kožní problémy - vyrážky, ekzémy, lupenka apod.			
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Nechutenství nebo přejídání	ano	1.40	27
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zaženu stres alkoholem	ano	1.40	14
Psychosomatické problémy (vliv psychiky na fyzické zdraví)	ano, již na sobě shledávám některé příznaky	1.39	29
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Únava, slabost, bolest hlavy, bolesti v ramenou, v zádech	ano	1.39	37
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zaženu stres čokoládou, sladkostmi	ano	1.38	27
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Alergie	ano	1.38	17
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Členové rodiny jdou na nervy	ano	1.37	29
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - pustím si televizi, film apod.	ano	1.33	31
Jak jsem úspěšný ve zvládnání stresu:	někdy jsem úspěšný/á, jindy ne	1.32	35
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - skvěle mě stresu zbaví sex	ano	1.31	13
Považujete se spíše za	něco mezi, snad realistu	1.31	28
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - vyrazím si s přáteli do společnosti	ano	1.26	24
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - chodím na procházky do přírody, do lesa, to mi pomáhá	ne	1.25	39
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Zvýšené pocení	ano	1.25	34
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - provádím specifické relaxační techniky	ne	1.21	10
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Podrážděnost	ano	1.19	18
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - udělám si něčím radost - něco si koupit	ano	1.15	28
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - přečtu si dobrou knihu	ano	1.11	21

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - fyzická zátěž (naštípů dříví, jdu si zaběhat)	ano	1.09	29
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zhluboka dýchám	ne	1.07	39
Domníváte se, že každý je svého štěstí strůjce a může dosáhnout vyplnění svých přání?	ano, ale je poněkud limitován dalšími faktory	1.07	36
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - vypovídám se partnerovi, kamarádovi, kamarádce, rodičům, dětem	ano	1.06	38
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - pomůže mi modlitba	ne	1.04	11
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - mám řadu koníčků ve kterých se realizuji a stresu se tak zbavím	ne	1.04	12
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - používám léčivé byliny	ne	1.04	18
Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte? - snažím se poradit si nějak sám	ne	1.03	27
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - poslechnu si svou oblíbenou hudbu	ne	1.02	38
Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte? - nijak, nechám to přirozeně odeznít	ne	1.01	19
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - skvěle mi pomáhá sport kterému se věnuji	ano	1.01	15
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - tančím, zpívám, hraji	ne	1.01	22
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - poslouchám relaxační hudbu	ano	1.01	27
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zpomalím činnosti	ne	1.00	19

7.8.4 Lidé ve stresu jsou (dělají) s nižší pravděpodobností...

Tab. 4

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
Jak jsem úspěšný ve zvládnání stresu:	většinou zvládám stres dobře	3.35	17
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - provádím specifické relaxační techniky	ano	3.01	10
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Úzkost	ne	2.68	26
Psychosomatické problémy (vliv psychiky na fyzické zdraví)	ano, jsem si vědom/a těchto rizik, ale zatím žádné takové problémy nemám	2.41	21
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Nervozita	ne	2.37	24
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Podrážděnost	ne	1.93	18
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Únava, slabost, bolest hlavy, bolesti v ramenou, v zádech	ne	1.67	37
Domníváte se, že každý je svého štěstí strůjce a může dosáhnout vyplnění svých přání?	rozhodně ano	1.63	32
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Poruchy nálad	ne	1.56	19
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Nutkání někam utéci a schovat se	ne	1.56	19
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Hádavost	ne	1.55	32
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Depresivní nálady	ne	1.52	32
Psychické problémy	jsem si vědom/a vlivu stresu na mou psychiku, zvládám jej	1.50	19
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Bolesti hlavy	ne	1.46	19
Považujete se spíše za	spíše optimistu	1.40	31
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Problémy se spánkem (jakékoli)	ne	1.38	25

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Potíže s rozhodováním	ne	1.36	23
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Nutkání k pláči	ne	1.35	22
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - chodím na procházky do přírody, do lesa, to mi pomáhá	ano	1.34	39
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - pomůže mi modlitba	ano	1.34	11
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Snížený zájem o sexualitu	ne	1.30	24
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Tíky, záškuby svalů	ne	1.30	20
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Členové rodiny jdou na nervy	ne	1.28	29
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - pustím si televizi, film apod.	ne	1.27	31
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - mám řadu koníčků ve kterých se realizuji a stresu se tak zbavím	ano	1.27	12
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Nechutenství nebo přejídání	ne	1.27	27
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Problémy trávicí - žlučník, žaludek, střeva, průjmy, zácpy apod.	ne	1.27	23
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Problémy s lidmi (komunikace, nedorozumění, vyhýbání se lidem apod.)	ne	1.25	19
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zaženu stres čokoládou, sladkostmi	ne	1.25	27
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Zvýšené pocení	ne	1.23	34
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Ďřes rukou	ne	1.22	22
Psychické problémy	stres mi působí jen občasné či krátkodobé problémy, nervozitu,	1.19	37

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
	úzkost apod.		
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Zapomínání schůzek, závazků, informací	ne	1.17	13
Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte? - hledám, jak z toho ven v knihách, na internetu, ptám se lidí	ne	1.16	13
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Kožní problémy - vyrážky, ekzémy, lupenka apod.	ne	1.14	17
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - používám léčivé byliny	ano	1.14	18
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Zvýšená reakce na zvuky	ne	1.14	15
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Časté nemoci (např. více než 2x do roka)	ne	1.14	13
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Odosobnění (pocit odtržení od emocí prožitků, jako by byly někoho jiného)	ne	1.13	11
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - vyrazím si s přáteli do společnosti	ne	1.13	24
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Alergie	ne	1.11	17
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Dýchací problémy - bronchitidy, astma apod.	ne	1.10	10
Jaké z těchto fyziologických projevů u sebe občas zaznamenávám: - Zvýšená nedůvěřivost vůči spolupracovníkům a členům rodiny	ne	1.10	11
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zaženu stres alkoholem	ne	1.09	14
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - udělám si něčím radost - něco si koupit	ne	1.09	28
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - zhluboka dýchám	ano	1.08	39
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - skvěle mě stresu zbaví sex	ne	1.07	13
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se	ne	1.06	38

Otázka	Odpověď	Relativní riziko	Nejmenší vzorek
stresem: - vypovídám se partnerovi, kamarádovi, kamarádce, rodičům, dětem			
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - fyzická zátěž (naštipu dříví, jdu si zaběhat)	ne	1.05	29
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - přečtu si dobrou knihu	ne	1.04	21
Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte? - nijak, nechám to přirozeně odeznít	ano	1.04	19
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - tančím, zpívám, hraji	ano	1.02	22
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - poslechnu si svou oblíbenou hudbu	ano	1.02	38
Pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak ji zvládáte? - snažím se poradit si nějak sám	ano	1.02	27
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - poslouchám relaxační hudbu	ne	1.00	27
Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - skvěle mi pomáhá sport kterému se věnuji	ne	1.00	15

Tabulky záměrně uvádíme celé pro kompletní pohled do problematiky, i když zajímavý je samozřejmě hlavně začátek tabulek s nejvyššími čísly relativních rizik.

Co se nám tedy ukazuje jako rizikové faktory? Na prvním místě máme v **tab. 1** otázku **Jakým způsobem se cíleně vyrovnávám se stresem: - provádím specifické relaxační techniky = odpověď ne**. Dá se tedy v tomto případě usuzovat, že lidé s větší stresovou zátěží „nepoužívají“, tedy používají méně relaxační techniky, ať již je důvod jakýkoli. V **tab. 4** vidíme tutéž otázku z opačného pohledu také v podstatě na prvním místě. Jak již jsme dříve uvedli, z výsledků nepoznáme kauzalitu, ale můžeme vidět, že významně více provádí relaxační techniky část populace s nižší stresovou zátěží. Tedy by se dalo usoudit, že tyto techniky mohou být efektivní.

V **tab.1** dále vidíme, že na dalších pozicích, které by mohly být považovány za příčiny stresu, se umístily z baterie **nejčastější či nejsilnější stresor práce – ano**, což nám ukazuje, že stres z práce je nejvýznamnějším prvkem v celé šíři možných stresorů, následována **nejčastější či nejsilnější stresor těžko hledám v životě nějaký smysl – ano**, **nejčastější či nejsilnější stresor partner/partnerka – ano**, tedy dalším stresorem je marné hledání smyslu života, a i problémy partnerské jsou významným zdrojem stresu. Zajímavý výsledek je **nejčastější či nejsilnější stresor manžel/manželka – ne**, který bychom mohli přeložit tak, že nestresuje-li nás manžel/manželka, paradoxně to stres zvyšuje. Pochopitelně tento výsledek se jeví poněkud podivný, ale jistě by se dalo

spekulovat o důvodech a najít mnoho hypotéz, proč by tomu tak mohlo být. Jedním z nich může být malý počet respondentů aktuálně majících manžela či manželku, ale i náhoda.

Další zajímavé číslo je otázka **jsem spirituálně založený/á – ne** tedy bychom mohli usuzovat, že absence spirituality může být rizikovým faktorem.

Podíváme-li se na začátek **tab. 2** vidíme zde že největší „riziko“ což v této tabulce, tedy největší ochranný faktor, vykazovala skupina, která v sekci dlouhodobé mírné zátěže uváděla: **nejsem ani v mírném stresu po delší dobu, vždy je to jen krátkodobý stav**. Z tohoto výsledku je patrné, že absence dlouhodobého stresu je významným faktorem pro celkovou pohodu, taktéž na druhém místě **většinou zvládám stres dobře** můžeme předpokládat, že právě zvládací, copingové strategie jsou důležitým protektivním faktorem, a hned na dalším místě se nám objevují opět **specifické relaxační techniky**, tedy alespoň dle těchto výsledků se jeví jako nejefektivnější nástroj. Věk se kupodivu ukazuje jako nejbezpečnější 40-60 let. Působí to na nás celkem nečekaně, neboť v této kategorii bychom očekávali nejvíce zklamaných lidí novodobým vývojem společnosti, nicméně zdá se, že působí i další faktory, které tuto skupinu favorizují mezi „nestresované“. Další místo obsadila absence stresoru **obsah a náplň práce**, tedy jak už bylo výše zmíněno, jde o významný stresor. Další v pořadí – **problémy obvykle řeším snadno**, v kombinaci s absencí – **není pro mě jednoduché řešit problémy**, jednoznačně ukazuje, že máme-li svůj svět pod kontrolou, je to taktéž významný protektivní faktor, s nímž pravděpodobně souvisí i další – absence stresoru **strach z budoucnosti**. Tyto faktory jsou následovány faktorem **domnívám se, že každý je svého štěstí strůjce**, v tomto faktoru můžeme spatřovat Seligmannův optimismus a vnímání světa jako světa, nad kterým mám kontrolu. Dalšími v pořadí je opak absence **smyslu života**, tedy pokud známe nebo dáváme svému životu smysl, pak je to taktéž významný protektivní faktor. Další protektivní faktor v řadě je **žiji v domácnosti s dětmi, manželem/kou, partnerem/kou**, což se nám jeví jako pochopitelné, funkční rodina s dětmi, i když jistě přináší mnoho stresu na straně jedné, je na straně druhé určitou oázou jistoty v jinak těžce nejistém světě, určitou záchrannou sociální sítí. Další faktor je již dříve zmíněné – **nejčastější stresor manžel/manželka** – mimo jiné by mohlo naznačovat například, že lepší je být manželkou stresován (což je asi celkem standardní stav v manželství, ale také třeba mezi rodiči a dětmi), nežli nemít manželku žádnou. A znovu se nám zde objevuje již výše zmíněná spiritualita. U faktorů, kde je odpověď jen ano/ne, je samozřejmé, že se objeví v obou tabulkách, jen s opačnou polaritou, nicméně pořadí je samozřejmě ovlivněno mnoha dalšími faktory, které jej změní, neboť mají vyšší či nižší relativní riziko.

Tabulka 3 nám ukazuje, jaké faktory by mohly býti naopak důsledkem stresu. Zde je výsledek jednoznačný. Na prvním místě se objevuje otázka psychické problémy – **stres mi působí řadu problémů, jako změny nálad, depresivní stavy apod.** Další pozice tabulky obsadily fyziologické symptomy, postupně – 1. **poruchy nálad**, 2. **nutkání někam utéci, schovat se**, 3. **bolesti hlavy**, 4. **úzkost**, 5. **zapomínání schůzek**, 6. **odosobnění (pocit odtržení od emocí, prožitků, jako by byly někoho jiného)**, 7. **tiky, záškuby svalů**, 8. **nutkání k pláči**, 9. **potíže s rozhodováním**, 10. **dýchací problémy - bronchitidy, astma apod.**, 11. **Problémy s lidmi (komunikace, nedorozumění, vyhýbám se lidem)**, 12. **časté nemoci** a řada dalších příznaků, viz **tab 3**. Zde tedy vidíme asi nejtěsnější vazbu, skutečně lidé uvědomující si stres na sobě shledávají mnoho dalších symptomů, které stres v psychosomatické oblasti působí. Výsledek této tabulky působí až „čítankově“, neboť skutečně ukazuje velmi zajímavý, až ideální vztah. V podstatě jako symptomy stresovaných lidí nacházíme téměř všechny fyziologické či behaviorální problémy, které byly dotazníkem zjišťovány.

Další faktor, který se dostal mezi tyto symptomy – **pokud si uvědomujete zvýšenou psychickou zátěž, jak jí zvládáte? - hledám jak z toho ven v knihách, na internetu**,

ptám se lidí – nám pravděpodobně naznačuje, že pokud jsme ve stresu, snažíme si nějak svépomocně poradit a nevyhledáváme například pomoc specialisty.

Poslední **tabulka 4.** nám ukazuje, jaké symptomy či vlastnosti s menší pravděpodobností vykazují lidé se stresovou zátěží. Tedy ty, které u nich spíše nacházet nebudeme.

První místo zaujala otázka na zvládnání stresu – **většinou zvládám stres dobře** – není zde samozřejmě možné určit, o jakou hladinu, kvantitu stresu se jedná, nicméně číslo relativního rizika je veliké, tj. se lze domnívat, že zahrnuje i ty jedince, kteří jsou stresu vystaveni a dokáží se s ním vyrovnávat, což by odpovídalo i minimální korelaci objektivní zátěže (Holmes -Rahe) a subjektivního vnímání i somatických symptomů. Velmi vysoké číslo zde má druhé místo – **provádím specifické relaxační techniky.** Tato otázka se objevuje na špičce všech 4 tabulek a pokud se zamyslíme nad pozicí v této tabulce, pak se jeví, že lidé ve stresu ve výrazně menším měřítku používají relaxační techniky než lidé, kteří stresovaní nejsou. Další pořadí zaujímá otázka symptomu úzkosti s odpovědí ne. Z tohoto výsledku lze usoudit, že absence úzkosti je projevem nestresovanosti, či u stresovaných lidí úzkost tak často nechybí, nicméně -v tomto případě to může být i naopak, nebo tak i onak. Je zde však patrná těsná vazba mezi těmito dvěma fenomény. Další důležitý výsledek v otázce – psychosomatické problémy (vliv psychiky na fyzické zdraví) – **ano, jsem si vědom/a těchto rizik, ale zatím žádné takové problémy nemám** – nám naznačuje znovu vazbu mezi psychosomatickými problémy a stresem. Je tedy menší pravděpodobnost, že u jedinců stresovaných budou chybět psychosomatické problémy. Dále se nám tabulka plní negacemi jednotlivých psychosomatických symptomů, které byly ve svém pozitivním výskytu popsány u tabulky 3., tj. nemá význam se jimi dále zabývat. Další znak, který u stresovaných jedinců najdeme s menší pravděpodobností je – **jsem si vědom/a vlivu stresu na mou psychiku** – tedy jako by chyběl náhled problému. Taktéž u stresovaných jedinců můžeme spíše očekávat absenci optimismu, méně očekávají pomoc rodiny, méně chodí na procházky a mají méně koníčků. Samozřejmě, že tyto výsledky nelze bagatelizovat, podílí se na nich řada faktorů, možných chyb a dalších vlivů. Vzorek populace je taktéž relativně malý, a mohl být tedy nereprezentativní. Nicméně mnoho výsledků jaksí koreluje s očekáváním, dá se tedy předpokládat, že v hrubých rysech by i tyto výsledky mohly být realitě blízké.

Závěr

Výsledky naší práce se ukázaly v řadě aspektů zajímavé, ať již očekávání naplnily, nebo naopak byly zcela neočekávané. Asi nejzajímavější a nejpřekvapivější byl výsledek souvislosti nepříznivých událostí a subjektivního vnímání stresové zátěže. Z tohoto výsledku lze usuzovat, že zdaleka ne tak významně jak bychom očekávali, nás ovlivňují skutečné náročné životní situace v našem životě, které jsme zjišťovali na stupnici společenského přizpůsobení od Holmese a Raheho a pro účely této práce je nazvali „objektivní zátěží“. Zdá se tedy, že daleko důležitější je, jakým způsobem si skutečné životní situace interpretujeme a jak se s nimi vypořádáváme. Tento poznatek je nejen zajímavý, ale taktéž pozitivní, neboť nám dává šanci bojovat nejen se stresem, ale i s jeho psychosomatickými dopady. Jak bylo velmi dobře viditelné z odpovědí na jednotlivé otázky, stres je všudypřítomným faktem a jen málokdo je ho ušetřen. O to důležitější je tedy umět se s ním jakkoli vypořádat, redukovat či eliminovat jej. Dalším překvapením byla naopak těsná vazba subjektivně vnímané zátěže a fyziologických a behaviorálních příznaků. Z této vazby vyplývá, že lidé uvědomující si stres mají zpravidla již i nějaké příznaky v oblasti fyzického těla nebo chování. Sice by bylo jistě lepší mít nějaké objektivnější základní dělení, ale vzhledem k tomu, že stupnice Holmes-Rahe se ukázala jako zcela nepoužitelná, musela by to být jediné data například získaná rozbory krve, měření tlaku, tepové frekvence a podobně. Musíme se tedy spokojit se subjektivním hodnocením respondentů, což není u takového výzkumu ničím ojedinělým. Vycházejíce ze subjektivního hodnocení psychické zátěže jsme pak vyhodnocovali možné závislosti a to tak, že jsme hledali faktory rizikové a protektivní pro skupinu více stresovaných a dále pak naopak, jaké faktory by se mohly objevit jako symptomy s vyšší a nižší pravděpodobností právě jen ve skupině s vyšší zátěží v porovnání se skupinou s nižší zátěží. V každém vyhodnocení nám tedy vystupují podobné páry atributů, leč v jiném vztahu, protože se vyskytují na různých příčkách pomyslného žebříčku. Asi nejzajímavější faktor, který se objevil, je užívání specifických relaxačních technik jako protistresové strategie, ať již jako primární prevence, nebo jako terapie. Tento faktor byl na předních místech všech tabulek a jeví se, že lidé trpící stresem méně používají relaxační techniky více. Jak jsme již několikrát zmínili, nelze přesně rozpoznat kauzalitu, nicméně tento prvek by rozhodně stál za další hlubší průzkum. Další výsledek, který se jeví napříč tabulkami je ten, že pocit, že máme situaci pod kontrolou, jsme schopni ji zvládnout či jen považování sama sebe za optimistu je taktéž skupina faktorů řadící jedince do skupiny s nižší stresovou zátěží. Další zajímavá závislost je již výše zmíněná vazba mezi vnímáním stresu a výskytem reálných fyziologických či behaviorálních symptomů, která se objevila i zde znovu. Nejzajímavější z pohledu našeho výzkumu by mohly být tzv. „protektivní faktory“, tedy faktory, které snižují pravděpodobnost, že budeme patřit do skupiny více stresovaných. Pokud bychom měli tyto faktory na závěr jednoduše shrnout pak bychom asi mohli říci, že je dobré: nezažívat byť slabý dlouhodobý stres, snažit se stres úspěšně zvládat, využívat relaxační techniky, nemít stresující práci, mít problémy pod kontrolou a umět je řešit, nemít strach z budoucnosti, ale naopak věřit, že je v naší režii, a mít rodinu a děti. Co se týče cílů práce, domníváme se, že byly naplněny. Získané výsledky nám prozradily mnohé často i nečekané informace. Získali jsme náhled do vztahů mezi mnoha různými faktory, které se stresovou zátěží souvisí, a to jak v oblasti faktorů determinujících, tak v oblasti symptomů psychické zátěže na straně druhé. Zásadní otázka, zda si lidé uvědomují dopad psychické zátěže na vlastní zdraví, byla kladně zodpovězena. Co se týče druhé otázky, zda tito lidé umí zátěž zvládat, nebylo možno ze získaných dat jednoznačně odvodit, neboť užívání různých strategií nebylo nijak signifikantně přikloněno k určité části populace. Jediná strategie, která se ukázala jako zásadní, byla strategie

užívání specifických relaxačních technik, kde jsme zjistili významný rozdíl v obou skupinách a zdá se, že lidé se subjektivně nižší zátěží používají tyto techniky častěji. Jelikož se obecně v populaci ukázala celkem vysoká stresová zátěž, dává nám tato práce informaci, že jak v oblasti prevence, tak v oblasti terapie, je pravděpodobně ještě velký prostor pro osvětu, případně edukaci obyvatelstva.

Resume

Tato práce se zabývá výzkumem dopadu psychické zátěže na lidské zdraví a mapováním toho, nakolik si člověk je tyto dopady schopen uvědomit a pokud ano, jakým způsobem je případně dokáže zvládat. Práce je zaměřena na primární prozkoumání této problematiky. Nezaměřuje se tudíž na nějaký konkrétní jednotlivý problém, ale pokouší se zmapovat všechny zajímavé souvislosti, které byly výzkumem získány, aby mohly být případně využity jako inspirace pro konkrétněji zaměřené pokračování výzkumů specifickým směrem. Prvotní otázkou je, zda si vůbec člověk dnes uvědomuje dopad psychické zátěže a stresu na vznik psychosomatických onemocnění. V části teoretické se práce zabývá historií zkoumání psychické zátěže, pokusy na zvířatech a jednotlivými teoriemi stresu, ale také teoriemi, jak se tomuto stresu vyhnout. Následuje rozsáhlá část zabývající se psychosomatickými onemocněními a jejich možnou souvislostí s lidskou psychikou. Další část se věnuje tomu, jak by měla vypadat diagnostika v oblasti psychosomatického přístupu a co všechno je důležité u člověka s psychosomatickými problémy zkoumat. Další část se věnuje popisu různých teorií a strategií zvládání stresu od Sigmunda Freuda až po současnost. V praktické části se snažíme zamýšlet nad významem odpovědí na jednotlivé otázky dotazníku. Následuje statistické zpracování výsledků, vyhodnocení závislostí a interpretace zajímavých zjištění, které výzkum poskytl.

Summary

This thesis concerns itself with investigating the effects of psychological stress on human health, our awareness of such effects and our ability to deal with them. Its main goal is a primary exploration of the field. Thus rather than researching a specific problem, it tries to map all the interesting relationships found by the survey so that they can be used to inspire further more specialized research. Our first question is whether people today realize the effects of stress on the genesis of psychosomatic illnesses at all. The theoretical part summarizes the history of the research on psychological stress, experiments on animals and the individual theories of stress and coping with it. Following it there is an extensive section on the individual psychosomatic illnesses and their possible relationships to human psychology. Another part with the problem of diagnostics in the psychosomatic field and all the factors that need to be investigated on people with psychosomatic problems. The following chapter is about various theories and strategies of coping with stress -- from Sigmund Freud to the present. In the practical part we contemplate the meaning of the results of our survey. A statistical analysis of the results follows with an attempted interpretation of the various interesting findings that the survey offers.

Literatura

- BANDLER, Richard, Steve ANDREAS a Connirae ANDREAS. *Using your brain--for a change*. Moab, Utah: Real People Press, c1985, 172 p. ISBN 09-112-2627-3.
- BULKOVÁ, Věra. *Nauka o požívatinách*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, 204 s. ISBN 80-701-3293-0.
- CASARJIAN, Robin. *Odpuštění: odvážná volba k dosažení klidu v srdci*. 1. čes. vyd. Překlad Milena Špíková. Praha: Petra, 1994, 229 s. ISBN 80-856-1263-1.
- ČERNOUŠEK, Michal. *Sigmund Freud, dobyvatel nevědomí*. Vyd. 1. Litomyšl: Paseka, 1996, 181 p. ISBN 80-718-5082-9.
- CIMICKÝ, Jan. *Sám sobě psychiatrem: jak se bránit stresu a udržet duševní pohodu*. Vyd. 1. Praha: Formát, 2001, 196 s. ISBN 80-861-5582-X.
- FALEIDE, Asbjørn O, Lilleba B LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4728-643.
- FAVA, Giovanni A, N SONINO a Thomas N WISE. *The psychosomatic assessment: strategies to improve clinical practice*. Basel: Karger, 2012, p. Advances in psychosomatic medicine, v. 32. ISBN 9783805598545-.
- FRANKL, Viktor E. *Teorie a terapie neuróz*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 171 s. ISBN 80-716-9779-6.
- FRANKL, Viktor Emil. *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*. Vyd. 1. Překlad Z Trlík. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994, 88 s. Psychoterapie (Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek), sv. 5. ISBN 80-901-6014-X.
- FRANKL, Viktor Emil. *Co v mých knihách není: autobiografie*. Překlad Lea Švancarová, Josef Švancara. Brno: Cesta, 1997, 117 s. ISBN 80-853-1966-7.
- FROMM, Erich. *Člověk a psychoanalýza*. 2. dopl. vyd. Překlad Irena Petřinová, Marta Hubscherová. Praha: Aurora, 1997, 200 s. ISBN 80-859-7418-5.
- FROMM, Erich. *Mít, nebo být?*. 1. vyd. Praha: Aurora, 2001, 242 s. ISBN 80-729-9036-5.
- FROMM, Erich. *Cesty z nemocné společnosti: sociálně psychologická studie*. Vyd. 1. Překlad Jindra Hubková. Praha: EarthSave, 2009, 342 s. ISBN 978-808-6916-101.
- FROMM, Erich. *Umění naslouchat*. Vyd. 1. Překlad Jan Lusk. Praha: Aurora, 2000, 206 s. ISBN 80-859-7485-1.
- FROMM, Erich. *Anatomie lidské destruktivity: můžeme ovlivnit její podstatu a následky?*. Praha: Aurora, 2007, 514 s. ISBN 978-807-2990-894.
- GROF, Christina a Stanislav GROF. *Nesnadné hledání vlastního já: růst osobnosti pomocí transformační krize*. 1. vyd. Překlad Jana Veselá. Praha: Chvojko nakladatelství, 1999, 270 s. ISBN 80-861-8310-6.
- GROF, Stanislav. *Dobrodružství sebeobjevování*. 1. vyd. Praha: GEMMA, 1993, 257 s. ISBN 80-852-0615-3.
- HANZELÍNOVÁ, Lada. *NLP v komunikační teorii a praxi*. 1. vyd. Ilustrace Pavel Kalina. V Plzni: Západočeská univerzita, 2005, 49 s. Edice prací studentů a pedagogů katedry filozofie FF ZČU. ISBN 80-704-3437-6.
- HNÍZDIL, Jan. *Mým marodům: jak vyrobit pacienta*. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2010, 230 s. ISBN 978-807-4220-678.
- HONZÁK, Radkin. *Základy lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatického přístupu*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1992, 86 s. ISBN 80-706-6576-9.
- HORNEY, Karen. *Ženská psychologie*. Vyd. 1. Překlad Lenka Němečková. Praha: Triton, 2004, 291 s. ISBN 80-725-4501-9.
- CHOMSKY, Noam, Michel FOUCAULT a Fons ELDERS. *Člověk, moc a spravedlnost*. Překlad Ondřej Slaáček. Praha: Intu, 2005, 110 s. Tři tečky. ISBN 80-903-3553-5.
- CHRPOVÁ, Diana. *S výživou zdravě po celý rok*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 133s. Zdraví. ISBN 978-802-4725-123.
- JÍŘINCOVÁ, Božena, Václav HOLEČEK a Jana MIŇHOVÁ. *Výbrané kapitoly z psychologie zdraví*. Vyd. 1. Plzeň: Vydavatelství ZČU, 1996, 102 s. ISBN 80-708-2308-9.
- JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 156 s. ISBN 978-80-7367-211-9.
- JUNG, Carl Gustav. *Archetypy a nevědomí*. Vyd. 1. Editor Helmut Barz. Překlad Eva Bosáková, Kristina Černá, Jan Černý. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1997, 437 s. ISBN 80-858-8011-3.
- JUNG, Carl Gustav. *Slova duše*. Vyd. v tomto uspořádání 1. Překlad Blanka Kirsteinová. Praha: Vyšehrad, 2001, 141 s. Moudrost světa. ISBN 80-702-1490-2.
- KAHNEMAN, Daniel. *Myšlení - rychlé a pomalé*. Vyd. 1. Překlad Eva Nevrlá. V Brně: Jan Melvil, 2012, 542 s. Pod povrchem. ISBN 978-808-7270-424.
- KAST, Verena. *Imaginace jako prostor setkání s nevědomím*. Vyd. 2. Překlad Kristina Černá, Jan Černý. Praha: Portál, 2010, 167 s. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-702-2.
- KASTOVÁ, Verena. *Dynamika symbolů: základy jungovské psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 206 s. ISBN 80-717-8371-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-717-8551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 138 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4723-624.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada - Avicenum, 1994, 190 s. ISBN 80-716-9121-6.
- LEBENHART, Tomáš. *Svlékl jsem bílý plášť*. 1. vyd. Plzeň: Grafia, 2010, 146 s. ISBN 978-80-87046-28-9.
- MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologické teorie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 213 s. ISBN 80-718-4926-X.
- MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. 3. rozš. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006, 134 s. Právnícké učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 80-868-9870-9.
- MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. 1. vyd. Dobrá Voda u Pelhřimova: Aleš Čeněk, 1999, 107 s. Právnícké

- učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 80-902-6272-4.
- NOVÁK, Tomáš. *Manželství jako trvalý stres*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 165 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2799-8.
- PALOUČEK, Jan. *Cesta k uzdravení: o daru léčení*. 1. vyd. Brno: Integrál, 2011, 155 s. ISBN 978-80-87176-13-9.
- PAULÍK, Karel. *Asertivita v jednání s lidmi: studijní opora pro distanční vzdělávání*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005, 56 s. ISBN 80-736-8127-7.
- PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, 120 s. Psychologická setkávání, sv. 1. ISBN 80-725-4216-8.
- ROGERS, Carl R. *Způsob bytí. Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 292 s. ISBN 80-717-8233-5.
- SEIFERT, Ang Lee, Theodor SEIFERT a Paul SCHMIDT. *Aktivní imaginace: práce s fantazijními obrazy a jejich vnitřní energií*. Vyd. 1. Překlad Markéta Laňová. Praha: Portál, 2004, 204 s. Spektrum (Portál). ISBN 80-717-8845-7.
- SELIGMAN, Martin E. *Naučený optimismus: jak změnit své myšlení a život*. Vyd. 1. Překlad Adéla Bartlová. Praha: Dobrovský, 2013, 508 s. ISBN 978-807-3065-348.
- SIEGEL, Bernie S. *Mír, láska a uzdravení*. Praha: Pragma, c2012, 310 s. ISBN 978-80-7349-304-2.
- SIEGEL, Bernie S. *Láska, medicína a zázraky*. 1. vyd. Překlad Jiří Hrubý. Praha: Radost, 1994, 216 s. Radost žít, Sv. 5. ISBN 80-851-8922-4.
- SILVA, José a Robert B STONE. *Člověk léčitel*. Vyd. 2. Praha: Pragma, 1996, 259 s. ISBN 80-720-5055-9.
- SIMÉON, Michel a Robert ARIEL. *Freud: dobrodružství psychoanalýzy*. Vyd. 1. Praha: Garamond, 2008, [50] s. Komiks (Garamond). ISBN 978-80-7407-020-4.
- SIMONTON, O, Stephanie SIMONTON a James L CREIGHTON. *Návrat ke zdraví: léčebná metoda pro pacienty s karcinomem a jejich rodinu: Můžete překonat rakovinu nebo jinou životu nebezpečnou nemoc*. 1. čes. vyd. Překlad Alena Amchová, Ivana Kasíková. Praha: Radost, 1994, 178 s. Radost žít. ISBN 80-851-8924-0.
- SOUĐKOVÁ, Šárka a František BARTOŠ. *Narcismus: skrytá dimenze soudobé společnosti*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2012, 99 s. Studie (Národohospodářský ústav Josefa Hlávky), 7/2012. ISBN 978-808-6729-770.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 195 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.
- TALEB, Nassim. *Černá labuť: následky vysoce nepravděpodobných událostí*. Vyd. 1. Praha: Paseka, 2011, 478 s. ISBN 978-80-7432-128-3.
- WRIGHT, Robert. *Morální zvíře: proč jsme to, co jsme*. Praha: Lidové noviny, 1995, 478 s. Psychologie P, sv. 4. ISBN 80-710-6127-1.
- ZVOLSKÝ, Petr a Jiří RABOCH. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, xxvii, 622 s. ISBN 80-246-0390-X.
- Autogenní trénink: cesty k vyrovnanosti a uvolnění*. České vyd. 1. Praha: Svojtka, 2008, 96 s. ISBN 978-80-7352-818-8.

Internetové zdroje

- <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=2985> (3.11.2013, 20:30)
- <http://staryweb.fmed.uniba.sk/patfyz/STRESAADAPTACIA/appendixA.pdf> (21.12.2013, 8:20)
- http://www.natural-bb.de/phpBB_CMS/index.php?cat=3&topic=1866&post=17207 (20.12.2013, 19:30)
- <http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/3/238.full> (20.12.2013, 20:30)
- <http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/3/238.full> (20.12.2013, 20:55)
- <http://www.salutogenesis-shamanism.com/2.php> (21.12.2013, 10:40)
- <http://www.apa.org/monitor/dec01/anewtake.aspx> (1.3.2014, 10:30)
- <http://simontoncenter.com/> (5.1.2014, 10:20)
- http://etext.czu.cz/img/skripta/64/pef_233-1.pdf (10.1.2014, 12:30)
- http://etext.czu.cz/img/skripta/64/pef_233-1.pdf (10.1.2014, 12:30)
- http://www.karger.com/ProdukteDB/katalogteile/isbn3_8055/_98/_53/suppmat/p64-Table-2.pdf (20.2.2014, 22:30)
- <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Spoergeskemaer/copsoq/english-copsoq-2-ed-2003-pdf.pdf> (10.2.2014, 12:20)
- <http://www.workhealth.org/UCI%202007/practicum%2006%20JCQ%202007.pdf> (10.2.2014, 12:02)
- <http://www.drahe.com/>
- <http://www.workhealth.org/>
- <http://depts.washington.edu/hprc/rapa> (10.2.2014, 20:10)
- http://www.who.int/substance_abuse/activities/gad/en/ (10.2.2014, 20:30)
- <http://psychology-tools.com/cage-alcohol-questionnaire/> (10.2.2014, 20:30)
- http://www.magellanproviderfocus.com/media/379891/aod_cage_cage-aid_screening.pdf (15.3.2014, 15:30)
- http://www.drtepp.com/pdf/substance_abuse.pdf (15.3.2014, 15:30)
- http://www.saadshakirmd.com/uploads/documents/Arizona_Sexual_Experiences_Scale.pdf (15.3.2014, 16:30)
- http://www.obgynalliance.com/files/fsd/FSDS-R_Pocketcard.pdf (15.3.2014, 16:30)
- <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/osobnost-typu-c> (18.3.2014, 16:30)

<http://www.alexinfo.com/test.html> (18.3.2014, 16:35)
http://www.researchgate.net/publication/10602039_The_20-Item_Toronto_Alexithymia_Scale_III_Reliability_and_factorial_validity_in_a_community_population/file/79e41509071626464d.pdf (18.3.2014, 16:40)
<http://www.temperament.wladik.net/> (18.3.2014, 16:50)
<http://personality-testing.info/tests/BIG5.php> (18.3.2014, 16:50)
http://www.myskillsprofile.com/Reports/b5fq_sample_report.pdf (18.3.2014, 16:50)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2978482/> (2.4.2014, 10:00)
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470479216.corpsy0970/abstract> (2.4.2014, 10:10)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3597327> (18.3.2014, 17:00)
<http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/46/6/904.full> (18.3.2014, 17:30)
http://www.karger.com/ProdukteDB/katalogteile/isbn3_8055/_98/_53/suppmat/p184-KSQ.pdf
<http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1751-0759-2-4-S1.doc> (19.3.2014, 10:30)
<http://jakubamartin.blogspot.cz/p/varia.html>
<http://www.vasedeti.cz/vychova/vyvoj-a-vychova-predskolaka/jak-vychovat-sebevedome-dite/> (15.5.2014, 15:20)
<http://www.psychoweb.cz/psychologie/maslow-a-h---teorie-motivace--d-a-b-potreby/>
<http://vliv-stresove-zateze-na-zdra.vyplnto.cz>