

Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta
Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

VZTAH PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA A PSYCHOSOMATICKÝCH OBTÍŽÍ

Vedoucí práce: PsLic. Jan Vyhnálek

Autor práce: Bc. Alena Gregorová
Studijní obor: Etika v sociální práci
Ročník: 2

2014

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě. Diplomová práce je dostupná i v elektronické podobě ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací na odhalování plagiátů.

22.12.2014

.....
Bc. Alena Gregorová

Poděkování: Děkuji za vedení práce PsLic. Janu Vyhnálkovi, za jeho trpělivost, vstřícnost, cenné rady a připomínky. Děkuji také oběma respondentům, za poskytnutí osobních informací.

OBSAH

ÚVOD	6
1. Zdraví	9
1.1 Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly	9
1.2 Zdraví jako metafyzická síla.....	9
1.3 Salutogeneze, individuální zdroje zdraví.....	9
1.4 Zdraví jako schopnost adaptace	9
1.5 Zdraví jako schopnost dobrého fungování	9
1.6 Zdraví jako zboží	9
1.7 Zdraví jako ideál	9
2. Psychosomatika	10
2.1. Historický vývoj oboru psychosomatika	11
2.1.1 Počátky bio-psycho-sociálního přístupu	11
2.1.2 Rozvoj oboru od 17. stol.	12
2.1.3 Psychosomatické hnutí	13
2.1.4 Psychosomatická medicína	13
2.1.5 Psychosomatická medicína v pojetí J. Lipowského.....	14
3 Psychoneuroimunologie	15
3.1 Asociativní učení:	15
3.2 Vliv ztráty dominance a možnosti změny situace:	15
3.3 Vliv dlouhodobého chronického stresu na endokrinní a imunitní systém.....	16
3.4 Vliv výkonu práce pomáhající profese na výkon imunitního systému.....	16
3.5 Vliv rozvodu na imunitní systém, vliv úmrtí partnera na úmrtnost pozůstalých.....	16
3.6 Zvýšená inklinace k infekčním nemocem v důsledku působení stresu	16
4 Zdravotní obtíže respondentů a zkoumané psychosomatické symptomy	18
4.1 Zdravotní obtíže:.....	18
4.2 Psychosomatické symptomy:.....	18
4.2.1 Záněty prostaty	18
4.2.2 Bolesti hlavy.....	21
4.2.2.1 Primární bolest hlavy	21
4.2.2.2 Sekundární bolesti hlavy.....	23
4.2.3 Nevolnost	25

4.2.4	Onemocnění štítné žlázy	27
4.2.4.1	Štítná žláza z pohledu psychosomatiky.....	28
5	Metodologie	30
5.1	Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	30
5.2	Výzkumné otázky pro stanovené cíle jsou následující:	30
5.3	Typ výzkumu	30
5.4	Výzkumná metoda	31
5.5	Výzkumný soubor.....	32
5.6	Charakteristika výzkumného souboru	32
5.6.1	Igby.....	33
5.6.2	Coco	33
5.7	Etické aspekty výzkumu	34
6	Interpretace výsledků	35
6.1	Kazuistika I: Igby	35
6.1.1	Sociální faktory:.....	36
6.1.2	Biologické faktory:	37
6.1.3	Psychické faktory:.....	38
6.1.4	Souhrn a hypotézy:	38
6.2	Kazuistika II: Coco	40
6.2.1	Sociální faktory:.....	40
6.2.2	Biologické faktory:	42
6.2.3	Psychické faktory:.....	43
6.2.4	Souhrn, hypotézy:	45
6.3	Souhrnný závěr výsledků.....	47
6.3.1	Jaké jsou projevy zdravotních obtíží a psychosomatických symptomů respondenta?	47
6.3.1.1	Igby :	47
6.3.2	Co si respondent myslí, že zapříčiňuje jeho psychosomatické obtíže?	53
6.3.3	Myslí si respondent, že na vznik jeho psychosomatických obtíží měl klíčový vliv jeho osobní / rodinný život, nebo si myslí, že měl klíčový vliv výkon pomáhající profese?.....	65
7.	Diskuze	68
8.	Závěr	72
	Seznam zdrojů:	74
	Seznam příloh:	77
	Příloha č. 1	78
	ABSTRAKT	82
	ABSTRACT	83

ÚVOD

Ve své diplomové práci se zabývám psychosomatickými obtížemi dvou sociálních pracovníků.

Problematika psychosomatiky se stává čím dál tím aktuálnějším tématem. Se zvyšujícími se nároky na jedince ve společnosti se zvyšuje i míra stresu a tedy i pravděpodobnost vzniku psychosomatických obtíží. Zvýšený stres a psychosomatické obtíže spolu souvisejí. V zátěžových situacích máme tendence somatizovat.

Například já se s psychosomatickými obtížemi potýkám od dětství. Hraji na akordeon. Přestože se v této aktivitě realizuji a baví mě, před koncertem či soutěží jsem vždy byla velmi nervózní. Nervozita postupně přecházela v nevolnost. Při vícedenních soutěžích jsem trpěla úpornými bolestmi zad, hlavy a silnou nevolností. Psychosomatika je téma mě blízké. Bohužel až v posledních letech - hlavně v souvislosti s šetřením k mé bakalářské práci na téma syndromu vyhoření, jsem si uvědomila, do jaké míry mohou psychosomatické symptomy snižovat kvalitu našeho života. Šetření k bakalářské práci probíhalo mezi sociálními pracovníky. Tuto skupinu bych označila jako jednu z rizikových nejen z hlediska vyhoření, ale i z hlediska vzniku psychosomatických obtíží. Sociální pracovníci zpravidla pracují s lidmi, což je samo o sobě náročné. Jejich práce bývá finančně podhodnocena a vyžaduje osobní nasazení. Při výkonu práce s lidmi není vždy jednoduché zachovat si odstup od klientova problému. Jedná se o práci psychicky náročnou, kde pozitivní výsledek není nikdy zaručen. Do diplomové práce jsem respondenty nicméně vybrala i kvůli tomu, že spolu máme důvěrný vztah a komunikujeme otevřeně, což mi samotné šetření značně usnadní. Zvolila jsem kvalitativní výzkum. Nejprve provedu šetření, jehož cílem je sběr dostatečného množství dat, na jejichž základě budu následně vyhledávat pravidelnosti sledovaných jevů. Moji respondenti jsou sociální pracovníci, kteří se s psychosomatickými obtížemi dlouhodobě potýkají. Cílem práce je popsat symptomy psychosomatických obtíží, dále popsat jejich příčiny, jak je vidí sami respondenti a zjistit, jakou měrou se podle respondentů podílí na vzniku jejich symptomů rodinné prostředí/ osobní život a výkon pomáhající profese.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. První část označuji jako teoretickou. Zde nalezneme obecné informace – například si definujeme pojem zdraví, nahlédneme do historie psychosomatiky, řekneme si o vlivu psychiky na přirozenou obranyschopnost organismu a především zde nalezneme bližší informace vztahující se přímo ke sledovaným symptomům, jejichž příčina tkví (podle respondentů, popřípadě podle jejich ošetřujících lékařů) právě v psychice subjektu. Jedná se konkrétně o tyto tři symptomy: záněty předstojné žlázy, bolesti hlavy a nevolnosti, rakovina štítné žlázy. Respondenti v se mi v průběhu šetření svěřili i s dalšími zdravotními obtížemi, kterých se zde rovněž dotknu, pro můj výzkum jsou nicméně podstatné primárně tyto tři symptomy.

K teoretické části řadím i metodologickou část. V té se dočtete o typu použitého výzkumu, o výzkumné metodě, řekneme si i pár slov o mých respondentech a vymezíme si etická dilemata, které jsou bohužel nedílnou součástí obdobných výzkumů. Rovněž zde formuluji cíle své práce.

Druhou část označuji jako praktickou. Zde se blíže seznámíme s oběma subjekty, s jejich kazuistikami, symptomy, s příčinami jejich obtíží (jak je popisují a stanovují samotní respondenti) a zjistíme, jestli podle respondentů jejich obtíže zapříčinila spíše náročná pomáhající profese, nebo jejich rodinné vztahy a osobní život.

V diplomové práci popisuji nejen, jak subjekt vnímá své pracovní prostředí napříč jednotlivými pracovišti, ale právě i jeho osobní život a rodinnou situaci. Soukromému životu respondentů jsem věnovala velkou část případové studie, neboť jsem v průběhu rozhovoru pochopila, že dynamika jejich osobního a rodinného života má velký vliv na vznik a průběh psychosomatických symptomů. Stejně tak i moji dva respondenti věnovali velkou část svého vyprávění soukromému a rodinnému životu.

Součástí druhé části je i vyhodnocení výsledků. To porovnávám se stanovenými cíly (viz. metodologická část).

Má diplomová práce končí diskusí a závěrem, kde rekapituluji dosažené zjištění. Rovněž zde reflektuji osobní poznatky a skutečnosti, které mě zaujaly.

Věřím, že má diplomová práce bude přínosem pro odbornou veřejnost. Při svém šetření jsem čerpala i z poznatků z jiných případových studií. Zde jsem zjistila, že přestože jsou symptomy respondentů v oněch kazuistikách někdy podobné, jejich příčiny se mohou velmi lišit. Mnoho ze získaných informací mohu vztáhnout na vlastní život, další z nich jsem využila k porovnání. Doufám, že i má práce může být pro někoho přínosná- buď jako zdroj k porovnání pro jeho odborného šetření, nebo jako zdroj pro hledání odpovědí na jeho soukromé otázky. Musím nicméně podotknout, že veškeré případové studie na téma psychosomatiky jsou vysoce subjektivní a nelze je zobecňovat.

1. Zdraví

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako *stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné vady*.¹ Konceptí zdraví se zabývá i samostatný vědní obor – tzv. psychologie zdraví. Ta zkoumá psychologické vlivy, za kterých zůstává člověk zdravým a naopak, způsoby vzniku onemocnění, jak pacienti reagují na danou nemoc, možnosti prevence, léčby a samotný vznik zdraví, stejně jako vznik nemoci či dysfunkce.²

„Choroba je souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi organizmem a prostředím, narušení rovnováhy biologických a psychologických faktorů a jejich vzájemného působení ve fyzikálním a sociálním prostředí.“³

Pojem zdraví můžeme chápat v různých kontextech.

1.1 Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly-pomáhá nám zvládat těžkosti

1.2 Zdraví jako metafyzická síla- umožňuje nám dosahovat vyšších cílů, než je samo zdraví

1.3 Salutogeneze, individuální zdroje zdraví- smysluplnost, vidění zvládnutelnosti úkolů, schopnost chápat dění, v němž se člověk nachází

1.4 Zdraví jako schopnost adaptace- schopnost upravit prostředí nebo změnit vlastní způsob života

1.5 Zdraví jako schopnost dobrého fungování- stav optimálního fungování člověka vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl specializován

1.6 Zdraví jako zboží

1.7 Zdraví jako ideál- zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak i psychicky i sociálně, není to jen nepřítomnost nemoci a neúživosti⁴

¹ server <http://www.who.int/en/>, stránka: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

² Srov. Křivohlavý, J., *Psychologie zdraví*. Praha: Portál 2009, ISBN: 978-80-7367-568-4

³ HARTL, P., *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, str. 151,

ISBN 80-7178-803-1

⁴ KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, Praha: Portál, 2009, str. 33-37, ISBN: 978-80-7367-568-4

2. Psychosomatika

Pojem psychosomatika je složeninou dvou slov – řeckého psyché (duše) a soma (tělo). Mezi tělem a duší by měla vládnout souhra. V antice byla souhra těla a duše ideálem - tzv. kalokagatií. K psychosomatickým obtížím dochází právě při výskytu disharmonie mezi oběma sférami. Existují onemocnění, jejichž symptomy podmiňuje právě psychický stav jedince v dané životní situaci. Psychické a fyzické procesy jsou totiž propojeny.

Při vzniku psychosomatických onemocnění hraje velkou roli zvýšená míra stresu. Ve stresu selhávají adaptační mechanismy při reakci na zátěžovou situaci.

Dochází k nerovnováze mezi neúměrnými nároky na psychickou kapacitu a schopností jedince přizpůsobit se a zpracovat situaci tak aby k nerovnováze nedošlo.⁵ Možnou prevencí škodlivého působení přemíry stresu je například zdravý životní styl, pohybové aktivity a cvičení určené pro psychohygienu, relaxace, meditace, bodyterapie či absolvování kurzu zaměřujícího se na boj proti stresu.

Pojem psychosomatika pak můžeme chápat jako komplexní přístup ke člověku, přičemž zkoumáme bio-psycho-sociální situaci, ve které se pacient nachází. Lidské zdraví není jen měřitelnou proměnnou, jak je to v posledních desetiletích často prezentováno tzv. moderní medicínou. Ovlivňují nás vnitřní i vnější vlivy- tedy i vztahy, které navazujeme či udržujeme, prostředí, ve kterém žijeme či pracujeme, atd. Psychosomatický přístup k pacientovi předpokládá nejen kompetentnost lékaře, ale i vzájemně důvěrný vztah mezi pacientem a lékařem.

⁵ Srov. Poněšický, J., *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*, Praha: Triton 2004, ISBN: 80-7254-459-4

2.1. Historický vývoj oboru psychosomatika

2.1.1 Počátky bio-psycho-sociálního přístupu

Počátek psychosomatiky jakožto vědního oboru najdeme už u Hippokrata. Díky němu se z “léčitelské magie“ pomalu stává vědní obor. Dle Hippokrata je člověk obdařen čtyřmi tělesnými šťávami – krví, slizem, žlučí a černou žlučí, přičemž původce zdravotních potíží viděl právě ve žluči. Hippokrates řešil problémy jednotlivých pacientů, uplatňoval kazuistický přístup. Došel k závěru, že zvýšení či snížení množství jednotlivé tekutiny zapříčiňuje specifické obtíže.

Dalším významným představitelem antické medicíny je Platon. Podle něj zapříčiňuje hysterické poruchy žen špatná funkce dělohy. „*Děloha je zvíře, které touží po rození dětí. Je-li ponechána příliš dlouho ladem, je-li neobdělávána, znepokojí se a začne v těle putovat.*“⁶ Do historie oboru psychosomatiky se zapsal i lékař Marca Aurelia- Galenos. Ten bohužel v zájmu tehdejší Platonovské duality těla a duše falšoval výsledky svých výzkumů. Tvrdil, že nervy jsou trubičky, kterými se tělem šíří duch v plynové podobě.⁷

Zásadní vliv na středověké lékařství měl i arabský lékař a filosof Abú Alí al-Husejn ibn Síná (10 – 11. stol). Avicenna se do historie psychosomatiky nejvýrazněji zapsal svou kazuistikou muže, který upadl do bezvědomí a jehož život byl ohrožen.⁸ Lékař našel ve městě muže v bezvědomí. Sledoval, jak se mění tep pacienta při různých podnětech. *Nechal si povolát k lůžku jednoho z místních občanů a požádal ho, aby jmenoval všechny ulice; při jméně jedné z nich se mladíkův tep nápadně zrychlil. Poté nechal vyjmenovat všechny majitele domů v této ulici a opět jedno jméno vyvolalo zrychlení mladíkova tepu. Pak došlo na jména osob žijících v tomto domě a při jméně dcery majitele začal mladíkův „tep bít jako na poplach“ a to vedlo bystrého lékaře k nalezení terapeutického prostředku: když se dotyčná dostavila k lůžku, mladík se uzdravil. Avicennova diagnóza zněla: šílený láskou, my bychom asi dnes neváhali s diagnózou disociativní poruchy.*⁹

⁶ HONZÁK, R., *Komunikační pasti v medicíně*, 1. vydání. Praha: Galén, 1997, str. 159, ISBN 80-85824-60-4

⁷ Srov. HONZÁK, R., *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vydání. Praha: Galén, 1997, ISBN 80-85824-60-4

⁸ Srov. HONZÁK, R., *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vydání. Praha: Galén, 1997, ISBN 80-85824-60-4

⁹ CHROMÝ, K., HONZÁK, R. a kolektiv, *Somatizace a funkční poruchy*, Grada Publishing, 2005, str. 16, ISBN: 80-247-1473-6

2.1.2 Rozvoj oboru od 17. stol.

V 17. stol. se setkáváme s tzv. otcem nozeologie (nauka o třídění nemocí) Thomasem Sydenhamem. *Chtěl vytvořit stejně pečlivou klasifikaci, jako se vytvářela v jiných vědách (např. v botanice). Sledoval různé příznaky, které se objevovaly u různých pacientů v průběhu jejich onemocnění.*

Příznaky (symptomy) shlukoval do syndromů, které rozděloval na:

- patognomické – společné pro celou skupinu nemocných, charakteristické pro určitou chorobu (z řec. pathos cit, utrpení, nemoc a gnosis poznání);*
- idiosynkratické – významné pouze u jednotlivých pacientů, charakteristické pro ně (z řec. idios vlastní a synkrasis směs tekutin)¹⁰*

Poprvé se setkáváme s termínem psychosomatika až v roce 1818, a to ve tvorbě německého psychologa Johanna Christiana Augusta Heinrotha. Poukazuje na jednotu duše a těla. Zdůrazňuje nejen tuto jednotu, ale i individualitu každého jednotlivce. Dle Heinrotha je *podstatou lidské nemoci nesvoboda. Duševně nemocný je vlastně za svou nemoc zodpovědný.*¹¹ Původním významem psychosomatiky bylo najít viníka, který nemoc zapříčinil.

Ve 2. pol 20. stol rozšířil Sydenhamovu klasifikaci nemocí i pruský patologický anatom Rudolf Virchow. Jeho přínosem je nejen ustálení pojmu histopatologie (onemocnění tkání), o který obohatil onu Sydenhamovu klasifikaci, ale také biomedicínský přístup, který mohl být na základě validních a ověřitelných zjištění považován za správný. Tento přístup uplatňuje “moderní medicína“ dodnes. Je ovšem třeba podotknout, že v důsledku biomedicínského přístupu byl pacient jaksí upozaděn a předmětem zkoumání se primárně stala nemoc. Zdrojem pro stanovení diagnózy se stal objektivní nález.

Problematikou psychosomatiky se zabýval i Sigmund Freud, který věděl o významu duše při vzniku a vývoji fyzických onemocnění a poruch. Neformuloval nicméně žádné nové teorie. Zásadní vliv na moderní pojetí psychosomatiky měl německý psychoanalytik a internista Franz Alexander.

¹⁰ Server www.portal.cz stránka <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=2985>

¹¹ Hanzlíček, L., *Psychiatrická encyklopedie: Zprávy 1977*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1977, str. 28

Psychosomatický a biomedicínský přístup k nemoci a k pacientovi se liší. Zatímco v rámci biomedicínského přístupu léčíme na základě objektivních důkazů (nálezů) a zaměřujeme se především na somatickou stránku nemoci, soustřeďuje se psychosomatický přístup zpět na jedince a jeho psychiku. V současné době probíhá nová vlna obrody psychosomatiky jakožto vědního oboru právě jako reakce na jednostranný biomedicínský přístup k pacientovi / k nemoci.

Vývoj moderní psychosomatiky dělíme do čtyř fází: psychosomatické hnutí, psychosomatická medicína a její vývoj, psychosomatická medicína v pojetí J. Lipowskiho, behaviorální medicína

2.1.3 Psychosomatické hnutí

Hlavním představitelem tohoto hnutí je Franz Alexander. Vcházel z poznatků S. Freuda. Ten viděl spojitost mezi psychickými procesy – konflikty a somatikou člověka. Zde rozlišujeme dva druhy neuróz:

1. Aktuální neuróza – fyzická reakce na duševní stav, příčinou je emoční vychýlenost pacienta, ke které došlo v důsledku vnějších změn.
2. Psychoneuróza – zásadní vliv na vznik a průběh psychoneurózy má ego.

Psychoneuroza může vzniknout při potlačování vnitřních konfliktů.

Hlavní myšlenkou psychosomatického hnutí je poukázat a dokázat analogickou spojitost mezi vznikem psychoneuróz a orgánových neuróz.¹²

2.1.4 Psychosomatická medicína

Psychosomatická medicína hledá psychické příčiny nemocí. Hlavním představitelem tohoto období je znovu Franz Alexander a Frances Dunbarová.

Vědci hledaly specifické společné jmenovatele (osobnostní rysy, chováním vnitřní konflikty atd.), které vedou ke vzniku onemocnění.

Franz Alexander hledal specifické příčiny těchto sedmi nemocí (které známe pod pojmem „chicagská sedma“):

- průduškové astma
- revmatoidní artritida

¹² srov. CHROMÝ, K., HONZÁK, R. a kolektiv, *Somatizace a funkční poruchy*, Grada Publishing, 2005, ISBN: 80-247-1473-6

- ulcerózní kolitida
- esenciální hypertenze
- hypertyreóza
- žaludeční vřed
- neurodermitida

Podle Alexandera se nemoc utváří na základě souhry těchto tří faktorů:

- psychodynamická konfigurace (utváří se v dětství, určuje nám způsob zvládnání vnitřního konfliktu. Ten vzniká na základě našich závislých potřeb, které buď naplňujeme – závislost, či potlačujeme- zastíráme nevyřešený vnitřní konflikt předstíráním nezávislosti).
- životní psychosociální situace
- celkové tělesné podmínky

2.1.5 Psychosomatická medicína v pojetí J. Lipowského

Lipowsky zastává celostní bio-psycho-sociální přístup k pacientovi. V léčbě zdůrazňuje význam mezioborového přístupu. Lipowsky studuje vztahy mezi onemocněními a psychikou klienta. V léčbě fyzických onemocnění zdůrazňuje přínos behaviorálních metod.

2.1.6 Behaviorální medicína

Behaviorální medicína vzniká na přelomu 70. a 80. let 20.stol. V této době jsou hojně zakládány kliniky poskytující celostní medicínskou péči. V těchto klinikách se léčí především zdravotní obtíže, jejichž příčiny jsou lékařsky těžko vysvětlitelné a funkční omezení, ke kterým dochází bez poškození orgánů.

Behaviorální medicína chápe spojitost psychické i fyzické složky člověka. Nezkoumá primárně nemoci. Naopak hledí na člověka jako na zdravého, i když se zdravotními obtížemi.

3 Psychoneuroimunologie

V dnešní době již víme, že svou imunitu můžeme psychologicky formovat. Je nepopíratelné, že na naši imunitu má krom jiného vliv i stres. Stres je společným jmenovatelem životů obou mých respondentů, proto zde nastíním, jakým způsobem může ovlivňovat jejich imunitu.

3.1 Asociativní učení:

V roce 1975 provedli vědci R. Ader a N. Cohen pokus na krysách. V rámci pokusu dali krysám nejdříve napít vodního roztoku se sacharinem, následně jim podali látku snižující činnost imunitního systému. V další části pokusu podali krysám už jen vodní roztok se sacharinem a sledovali, že se snižuje činnost jejich imunitního systému již bez podání chemické látky, která by snížení aktivity vyvolala. Výsledek testu potvrdil, že činnost imunitního systému lze ovlivnit asociativním učením.¹³

3.2 Vliv ztráty dominance a možnosti změny situace:

Vědci Laudenslager, Ryan, Drugan, Hyson a Meier zkoumali reakce imunitního systému krys, zbaví-li je dominance. V situacích, kdy byly krysy uvedeny do situace, kde samy nemohly změnit svou situaci, byl skutečně zaznamenán pokles aktivity jejich imunitních systémů. Dále ovšem zjistili, že v případě, kdy krysou vystaví agresivnímu útoku, aktivita jejího imunitního systému se nezmění.

Aktivita imunitního systému krys se snížila v případech, kdy vědci degradovali dominantního samce na submisivního. Rovněž zjistili závislost aktivity imunitního systému na možnosti změnit svou situaci (v takovém případě je aktivita vyšší) nebo naopak na nemožnosti svou situaci změnit. V takovém případě zaznamenali sníženou aktivitu imunitního systému. Tuto skutečnost můžeme srovnat s klasickým psychologickým konceptem tzv. naučené nadějnosti a naučené beznaděje, respektive pocitem neschopnosti zvládnout situaci.¹⁴

¹³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, Portál, 2009, ISBN: 978-80-7367-568-4

¹⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, Portál, 2009, ISBN: 978-80-7367-568-4

3.3 Vliv dlouhodobého chronického stresu na endokrinní a imunitní systém

Vědci Pike, Smith, Hauger, Noccasio a Irwin sledovali na dvou výzkumných skupinách změny endokrinního a imunitního systému v důsledku stresu. V jedné skupině byli muži vystaveni chronickému stresu, v druhé skupině byli muži vystaveni krátkodobému nárazovému stresu. Výsledky mužů, kteří byli pod dlouhodobým chronickým stresem, byly horší.¹⁵

3.4 Vliv výkonu práce pomáhající profese na výkon imunitního systému

Výzkumy vědců Erstlinga, Kielcolt-Glasera, Bodnara, Glasera, Dura, Speichera, Traska, Marucha, Malarkeyho a Mercana ukázaly, že imunitní aktivita pečujících osob - v tomto případě sester u klientů s Alzheimerovou chorobou, je v důsledku výrazného zatížení značně snížena. Naopak – pečovatelky byly depresivní, negativnější a dokonce při zraněních se jejich rány hůře a déle hojily.¹⁶

3.5 Vliv rozvodu na imunitní systém, vliv úmrtí partnera na úmrtnost pozůstalých

Kielcolt-Glaser se svým týmem se zaměřili na působení dlouhodobého stresu na imunitní systém u žen v rozvodovém řízení. Výzkum prokázal, že déle působící stres má vliv na imunitní aktivitu.

Parkes v roce 1964 zjistil, že úmrtnost žen se zvyšuje po úmrtí jejich manžela.

Rovněž Schleiffer, Keller, Camerino, Thorton a Stein v roce 1983 prokázali zvýšenou mortalitu mužů potom, co jim zemřela žena.¹⁷

3.6 Zvýšená inklinace k infekčním nemocem v důsledku působení stresu

Bylo prokázáno, že působení stresu snižuje přirozenou obranyschopnost organismu. Stone se svým kolektivem sledovali skupinu lidí, kteří byli vystaveni vyšší míře stresu - například v důsledku zklamání. Zjistili, že do čtyř dnů po stresující události se u nich objevilo nachlazení či chřipka.

¹⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, Portál, 2009, ISBN: 978-80-7367-568-4

¹⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, Portál, 2009, ISBN: 978-80-7367-568-4

¹⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, Portál, 2009, ISBN: 978-80-7367-568-4

Stone dále infikoval skupinu sedmnácti pokusných subjektů. Ze sedmnácti infikovaných onemocnělo dvanáct. Při bližším zkoumání zjistil, že těchto dvanáct nakažených prošlo v porovnání s těmi, co ne onemocněli, více stresujícími událostmi.¹⁸

I další výzkum potvrdil souvislost stresu s náchylností k onemocněním. Cohen podával pokusným subjektům buď placebo, nebo je infikoval. Pokus provedl na čtyřech stech lidech, využil pěti různých druhů virů. Zjistil, zvýšený počet infekcí a následného nachlazení se vyskytl u lidí, kteří byli pod větším stresem. Došel ke zjištění, že nejlepším faktorem, podle kterého lze predikovat nachlazení či infekční onemocnění je právě psychologický stresový stav.¹⁹

¹⁸ Srov. STONE, G.C. et al, *Health psychology, a discipline and profession*, the University of Chicago Press, 1987, Chicago

¹⁹ Srov. COHEN, S et al, *Smoking, alkohol consumption and susceptibility to the common cold.*, American Journal of Public Health, 1993

4 Zdravotní obtíže respondentů a zkoumané psychosomatické symptomy

Ve svém výzkumu se zabývám především těmito zdravotními obtížemi a psychosomatickými symptomy:

4.1 Zdravotní obtíže:

Zánět močových cest

Mykoza

Angína a bakteriální onemocnění, nachlazení, kašel, teplota

Bolesti zad

Bolesti zubů

Zvracení, návaly tepla a zimy

Únava, nespavost, nechutenství

4.2 Psychosomatické symptomy:

Záněty prostaty

Bolesti hlavy a nevolnost

Onemocnění štítné žlázy - karcinom štítné žlázy

4.2.1 Záněty prostaty

Prostata je přídatná genitální žláza v okolí horní části močové trubice (pod močovým měchýřem). Hlavní funkcí prostaty je *tvorba sekretu, který se při ejakulaci mísí se spermiemi a tvoří 15–30 % ejakulátu.*²⁰

Příčinou zánětu prostaty je výskyt bakterií v močové trubici. U pohlavně žijících mužů může k přenosu bakterií dojít při během styku. Častým zdrojem bakterií v močové trubici je ale také zbytková moč, která v ní zůstává.

²⁰ Server www.cs.wikipedia.org, stránka: http://cs.wikipedia.org/wiki/P%C5%99edstojn%C3%A1_%C5%BE!%C3%A1za#Funkce_prostaty

Mezi základní projevy prostatitidy patří:

- *horečka a zimnice*
- *častější nutkání na toaletu, bolestivé močení*
- *výtok z močové trubice*
- *tupé bolesti v rozkroku*
- *bolesti v tříslech nebo podbřišku při pohlavním styku*
- *bolesti v tříslech nebo podbřišku při stolici*
- *krev v ejakulátu*
- *poruchy erekce, bolesti při orgasmu*²¹

V důsledku zánětu prostaty se můžeme setkat s urologickými obtížemi (potřeba častého močení, potíže s močením, palčivé bolesti při močení, atd), poruchy sexuální funkce nebo v souvislosti s bakteriální infekcí i zvýšená teplota a horkost střídající se se zimnicemi. Toto onemocnění se nejčastěji léčí antibiotiky. Psychosomatických příčin zánětu prostaty je ovšem nespočet. V rámci psychosomatické symboliky nicméně můžeme obecně říct, že tyto obtíže často souvisí s narušením psychosexuálního sebepojetí.

*Zánět prostaty je často i výrazem hněvu nebo frustrace v souvislosti s pohlavní kapacitou. Tuto frustraci mohou vyvolat nemístné poznámky týkající se výkonnosti nebo pocity viny z vědomí, že ona výkonnost není optimální.*²²

„Evropské zkušenosti dokládají, že potíže s prostatou mívají muži, kteří při souloži zadržují vyvrcholení, nebo je prožívají mimořádně intenzivně. Statisticky bylo potvrzeno, že problémy s prostatou mají zejména ti muži, kteří důrazně preferují tělesné aspekty sexu a podceňují emotivní či vztahový rozměr erotiky. V některých případech mají potíže s prostatou také muži bez dostatečně rozvinutých vztahů v širším sociálním okolí.

Zánět prostaty způsobují kolibakterie nebo koky z řitních či močových cest, což jsou mnoha symboly ověčené oblasti, jejichž úkolem je odvádění všeho starého, přežitého, škodlivého a nefunkčního. Postižený by sám sobě měl zodpovědět nemocí nastolenou otázku: Jak se zbavuje už nefunkčních hodnot z oblasti sexu, erotiky, ukojování, uspokojování, emocí, tvořivosti, nadvlády a kontroly mužského teritoria?“²³

²¹ Server www.urologie-th.cz, stránka: <http://www.urologie-th.cz/zanety-prostaty/>

²² server www.estelladaves.com , stránka: <http://www.estelledaves.com/pages/messages-du-symptome/p/prostatite.html>

²³ NOVOTNÝ, P., Dr, *Filosofie nemocí: uzdravování psychickými prostředky*, Praha, Dialog, 2009, str. 222, ISBN:978-80-86761-99-2

Dovolím si stručně popsat kazuistiku klienta psychosomatické kliniky v Praze. Vycházím z článku Mudr. Martina Konečného: Kazuistika úspěšné psychofarmakoterapie chronické prostatitidy a uretritidy u 32letého muže.

Klient dlouhodobě trpěl bolestmi v pánevní oblasti a v močové trubici. Přestože mu byla nasazována antibiotika, jeho obtíže neustupovaly. Z toho důvodu mu byla doporučena konzultace s psychologem.

Klientovy má dva starší sourozence. Jejich rodiče se rozvedli, když bylo klientovi 12let.

Klient se žíví jako spisovatel.

„Po rozvodu rodičů až do odchodu na VŠ žil nemocný s matkou a sestrou v rodinném domě, bratr žil již v té době odděleně. Po ukončení studia, během kterého měl první vážný dlouhodobý vztah, bydlel nemocný dále v Praze, kde se seznámil se současnou přítelkyní. Společně bydlí 6 let, o svatbě zatím neuvažují, nepřejí si mít děti.“²⁴

Klient absolvoval stáž v zahraničí. Zde se nastudil, z čehož v konečném důsledku vznikla právě prostatitida. Vrátil se do Čech a uvedl na trh svou úspěšnou knihu. V té době se potýkal s problémy s imunitou. Znovu odcestoval, tentokrát do zámoří. Tam se u něj bez zjevné příčiny prostatitida znovu projevila. Vrátil se do Čech. Zde mu byla znovu nasazena antibiotika. Léčba byla neefektivní. Klientovy bylo doporučeno, aby vyhledal pomoc psychologa.

„Nemocný po narození prodělal těžkou umbilikální sepsi se závažným průběhem a údajně infaustní prognózou. Uzdravil se a v dětství ani v dospělosti již vážněji nestonal až do problémů s prostatou, které začaly v r. 2004.“²⁵

Klient je pije jen společensky, s alkoholismem potíže nemá. Pro lepší spaní užívá tetrahydrokanabinoidy (čaj).

Klient přiznal, že po rozvodu rodičů měl kolísavé nálady, depresivní ani hypomanické stavy ho však netrápily. Přestože sám sebe označuje za líného a vyslovuje obavy z toho, aby obstál, aby například jeho knihy dostály netrpělivému očekávání čtenářů. I přes svůj úspěch o sobě pochybuje, úspěchu se podivuje, neboť si myslí, že na jeho dosažení nevynaložit potřebné úsilí. Chut' do sexu se u něj nesnížila, častost sexuální praxe se nicméně musela snížit kvůli silným bolestem.

²⁴KONEČNÝ, M., Mudr, *Kazuistika úspěšné psychofarmakoterapie u chronické prostatitidy a uretritidy u 32letého muže*, Psychosom, ročník V/2007, číslo 6,, ISSN:1214-6102

²⁵KONEČNÝ, M., Mudr, *Kazuistika úspěšné psychofarmakoterapie u chronické prostatitidy a uretritidy u 32letého muže*, Psychosom, ročník V/2007, číslo 6,, ISSN:1214-6102

Mudr. Konečný došel k závěru, že rozvod rodičů mohl u klienta vyvolat pocity viny a méněcennosti, které mohly vyústit k pozdější prezentaci sama sebe jako nedostatečného. Klient, přestože dosáhl velkého profesního úspěchu, pochybuje o svých kvalitách. Rovněž zjistit, že klient trpěl ve větší míře pocity nedostatečnosti právě v období, kdy v důsledku prochlazení onemocněl prostatitidou. Ty se postupem času chronifikovaly. Když odcestoval do zámoří, aby zde tvořil nový čtenáři nedočkavě očekávaný román, dostal se přirozeně do bodu, kdy mu došla slova. Právě v tomto momentu se u něj znovu objevily obtíže s prostatou.²⁶

Mudr. Konečný naznačuje spojitost mezi četností a intenzitou prostatitidy a tvůrčí krizí klienta. Rovněž vidí spojitost mezi pocity nedostatečnosti a prostatickými symptomy. Hlavní příčinu chronických obtíží vidí v afektivně emočním ladění klientovy CNS. V tomto smyslu vidím spojitost mezi výše uvedenou kazuistikou a příběhem jednoho z mých respondentů. Blíže oba příběhy srovnávám v závěru své práce.

4.2.2 Bolesti hlavy

Druhy bolesti hlavy nejčastěji dělíme na primární a sekundární. Při jejich rozlišování zohledňujeme, jsou-li ony obtíže stále stejné, vrací-li se bolest epizodicky, nebo jestli se bolest opakuje.

Primární bolesti hlavy nevznikají v důsledku například organického poškození mozku. Jejich příčiny jsou často těžko prokazatelné.

Sekundární bolesti hlavy charakterizuje nestandardní průběh bolesti, neopakuje se, sekundární bolesti hlavy nejsou epizodické. Mají prokazatelnou příčinu.

4.2.2.1 Primární bolest hlavy

4.2.2.1.1 tenzní bolest hlavy

Nástup bolesti je postupný, intenzita není vysoká, trvá hodiny až dny, ohnisko bolesti je v týlu nebo čelně, směr bolesti je z vnějšího prostředí dovnitř

4.2.2.1.2 migréna

Intenzita bolesti je střední až těžká, vyznačuje se púzovitostí a ostrostí, s fyzickou námahou se zhoršuje, má soubor doprovodných příznaků, které se ovšem nemusí vyskytovat najednou,

²⁶ KONEČNÝ, M., Mudr, *Kazuistika úspěšné psychofarmakoterapie u chronické prostatitidy a uretritidy u 32letého muže*, Psychosom, ročník V/2007, číslo 6,, ISSN:1214-6102

abychom mohli hovořit o migreně, musí se vyskytnout alespoň dva z nich - nevolnost, zvracení, nechutenství, fonofobie, fotofobie, osmofobie.²⁷

Migréna má 4 fáze :

- prodromální: začíná několik hodin před nástupem bolesti, je provázena změnami nálad a zvýšenou citlivostí na vnější podněty. Postižený může mít zvýšenou chuť na sladké. V prodromální fázi postižený může trpět průjmy nebo častým močením. Rovněž může mít problém s hledáním vhodných slov a vybavováním dříve memorovaných dat.
- aura: nemusí být provázena bolestí. Nejčastěji se vyskytuje vizuální aura, kdy postižený registruje zhoršené vidění. Vidí tmavé skvrny, může mít rozostřené vidění.
- fáze bolesti: bolest může přijít až po výše uvedených dvou fázích, nebo zcela náhle. Bolesti bývají často epizodické, vracejí se. Mohou přicházet v jakoukoliv denní dobu. Intenzita bolesti se u jednotlivých záchvatů liší. Postižený s migrénou může například pracovat, bolest se ale může vystupňovat až za hranici snesitelnosti.
- terminální fáze: vyznačuje se únavou, mnohdy i svalovými bolestmi. Postižený může registrovat zlepšení nálady.²⁸

Zvýšený výskyt zaznamenáváme u menstrujících žen. V takovém případě hovoříme o menstruační migréně, která sice přichází v tomto období, od standardní migrény se ovšem neliší.

4.2.2.1.3 cluster headache

Pro tento typ bolesti je charakteristické, že je pouze jednostranný. Jedná se o silnou palčivou bolest, při níž cítíme tlak kolem očníce. Často při ní slzí oči a dráždí nosní sliznici. Ataky jsou v porovnání s migrénou zpravidla silnější a kratší, opakují se vícekrát. Spolehlivým pouštěčem cluster headache, pokud na tento druh bolesti hlavy trpíte, je alkohol.

²⁷ Srov. Mastík J.: *Migréna: Nová mezinárodní klasifikace a moderní léčebné postupy*, Neurologie pro Praxi, rok 2004, číslo 2, str. 79-83

²⁸ Srov. server: www.czech-hs.cz, stránka: http://www.czech-hs.cz/detail_odbornike70e.html?id=1063

4.2.2.1.4 různé bolesti hlavy

4.2.2.2 Sekundární bolesti hlavy

- Bolest hlavy spojená s úrazem hlavy nebo krku
- Bolest hlavy spojená s kraniálním (lebečním) nebo cervikálním (krčním) cévním (žilním) onemocněním
- Bolest hlavy spojená s nevaskulárním intrakraniálním onemocněním (onemocnění uvnitř lebky, které se netýká žil), např. meningitis (zánět mozkových blan), intrakraniální Ca (nádor uvnitř lebky)
- Během nebo po ukončení užívání různých látek (alkohol, analgetika, abstinenční příznaky)
- V rámci celkových infekcí
- V rámci metabolických poruch (hypoxie (málo kyslíku), hyperkapnie (moc kysličníku uhličitého), hypoglykemie (málo cukru v krvi), dialýza
- Bolest hlavy nebo obličeje spojená s onemocněním lebky, krku, nosu, uší, vedlejších dutin, zubů, úst
- Kraniální neuralgie a centrální obličejová bolest (herpes zoster, neuralgie n. trigeminus, n.glossopharyngeus)
- Bolest hlavy při psychiatrických onemocněních²⁹

4.2.3.2.1 Bolest hlavy v důsledku nadužívání léků

Dále se můžeme setkat s bolestí hlavy v důsledku nadužívání léků. Bolest není ve své charakteristice nijak nápadná, zdá se být standardní bolestí hlavy, mnohdy bychom nehledali příčinu v nadužívání léčiv. Vyskytuje se zpravidla po dvou měsících, co klient léky již nebere. Bolest není pulsující ani záchvatovitá. Jedná se buď o bolest celé hlavy, nebo jen v okolí očí. Bývá silná a tupá.

Klient jí trpí denně nebo téměř denně, trvá velkou část dne. Tento druh bolesti hlavy je spojen i s nespavostí.

V důsledku předešlého nadužívání léčiv je pravděpodobné, že si klient zvýšil toleranci na tato léčiva. Může se jednat o fyzickou i psychickou závislost na léčivech, může docházet k abstinenčním příznakům.

²⁹ MASTÍK, J., Mudr, *Sekundární bolesti hlavy*, Neurologie pro praxi, 2004, číslo 5, str. 276-277

Jaké dávky vedou k bolestem hlavy, kdy bolest hlavy "dělají" léky, které jsou proti bolesti hlavy užívány?

Dávky léků proti bolestem hlavy, které se užívají akutně, a které vedou k bolestem hlavy z nadužívání léků:

lék – frekvence užití:

ergotamin – 0,5mg rektálně (do konečníku) nebo 1mg ústy 2 a více/ týden

kyselina acetylosalicylová (např. Aspirin, Acylpyrin) 1g více než 5dní/ týden

analgetika kombinovaná (taková, která mají více než jednu léčivou látku) – více než 3 tbl. denně, více než 3dny/ týden

opioidy – více než 1tbl. denně, více než 2dny/ týden

triptany – více než 3dny/ týden

Jako nadužívání léků se hodnotí stav, kdy pacient užívá akutní medikaci 10 a více dní v měsíci a obvykle 2 – 3dny v týdnu. Závislost vzniká po třech a více měsících, což je individuální záležitost.³⁰

Nejčastěji je zneužíván sumatriptan, ibuprofen, eletriptan, ergotaminové přípravky a kombinovaná analgetika (= léky proti bolesti hlavy, které mají více léčivých látek)

Ženy jsou postiženy 3,5x častěji než muži.

Pacient musí chtít zbavit se své závislosti, pokud má podstoupit odvykací léčbu!

Po úspěšné detoxikační léčbě dochází u 30-45% pacientů k opětovnému objevení se bolesti hlavy vyvolané nadužíváním medikace, častěji u osob s analgetiky a ergotaminem než na triptanech.³¹

4.2.3.2 Bolest hlavy v důsledku zvýšeného stresu

Spojitosť stresu a bolestí hlavy byla mnohokrát prokázána. Například v pokusu E. Amy Janke, Kenneth A. Holroyd, a Kathleen Romanek. Ty vystavili svou skupinu pokusných subjektů třem sezením během jednoho týdne, kde je podrobovali nejen testům, ale také zjišťovaly průběžný stav bolestí hlavy. Jednalo se o lidi, kteří obtíže s bolestmi hlavy již měli. Účastníci počítali aritmetické úlohy. Jejich náročnost se zvyšovala. Byli motivováni tvrzením, že příklady jsou z jednoduchých testů inteligence a že se hodnotí rychlost a správnost výsledků. Výsledkem pokusu bylo zjištění, že při zvýšení náročnosti úkonů a při vědomí

³⁰ NIEDERMEIEROVÁ, I., Mudr, *Chronické denní bolest hlavy, diagnostika a léčba*, Neurologie pro praxi, rok 2007, číslo 1, str. 35-38

³¹ NIEDERMEIEROVÁ, I., Mudr, *Chronické denní bolest hlavy, diagnostika a léčba*, Neurologie pro praxi, rok 2007, číslo 1, str. 35-38

omezeného času se stres zvyšuje. V důsledku zvýšeného stresu po pokusu respondenty bolela hlava. Tyto bolesti byly zpravidla silnější, čím stresovější bylo sezení. Současně s bolestmi hlavy respondenti trpěli i sníženou náladou a obecně byli negativně naladěni.³²

4.2.3 Nevolnost

4.2.3.1 Žaludek

Žaludek je orgán zažívacího traktu mezi jícnem a dvanácterníkem. Je to centrum trávení – nejen potravy, ale i emočního. V psychosomatické symbolice se můžeme setkat s termínem – někdo mi leží v žaludku nebo nemůžu to (nějakou skutečnost) strávit.

Reakce žaludku na nové či stávající situace symbolizují naši schopnost přizpůsobit se.

Znepokojení v žaludku tedy může znamenat, že jsme nějakou okolnost nezpracovali, že nám ještě leží v žaludku.³³

„Německý lékař D. Klinghart přisuzuje nemoci žaludku osobám s úspornějším způsobem distribuce lásky, dále lidem bezmocným, s nedostatkem vůle, s četnými názorovými averzemi a zavedenými životními stereotypy.“³⁴

Základní charakteristikou nevolnosti je právě pocit nestabilního žaludku, nevolnost bývá provázena i zvracením. Nezřídka kdy je doprovodným jevem i zvýšená tělesná teplota. Nevolnost a zvracení ovšem funguje nejen jako výstražný indikátor, že je v našem těle něco v nepořádku. Je také přirozenou obrannou reakcí organismu při požití například toxických látek

Nevolnost může mít řadu příčin. Běžná je například v těhotenství.

Trvalá nevysvětlitelná nevolnost může být průvodním jevem závažných onemocnění.

Dále doprovází i migrénu a bolesti hlavy.

Nevolnost je i vedlejším účinkem mnoha medikamentů a průvodním jevem například chemoterapie.

Další možnou příčinou může být přejídání, infekce, podráždění hrdla nebo sliznice žaludku.

Byly zaznamenány případy dlouhodobé nevolnosti v důsledku příliš velkého množství těžkých kovů v krvi.

Mnoha lidem je zle při jízdě vozidlem či při létání.

³² Srov. JANKE.E., HOLROYD K, ROMANEK, K., *Depression increases onset of tension-type headache following laboratory stress*, Pain, 2004, str. 230–238, manuscript

³³ Srov. server www.estelledaves.com, stránka: <http://www.estelledaves.com/pages/symbolique-du-corps/e-1/estomac.html>

³⁴ NOVOTNÝ, P., Dr, *Filosofie nemocí: uzdravování psychickými prostředky*, Dialog 2009, str. 208-209, ISBN:978-80-86761-99-2

Často je spojována i s užíváním drog, alkoholu a obecně s návykovými látkami- zvláště když jsou aplikovány v příliš velkém množství, nebo když jsou halucinace jimi vyvolané pro daného jedince nějakým způsobem eticky nepřijatelné či znechucující.

Rovněž je spojena s kulturními vlivy – například požívání hmyzu či vnitřností vzbudí v mnoha Evropanech nutkání na zvracení, zatímco v jiných lokalitách po celém světě jsou tyto pokrmy vítanou pochoutkou.

Další možnou příčinou nevolnosti je například požití zkažených potravin, nebo alergie na některé potraviny.

Nevolnost je velmi častým jevem, kdy nám tělo sděluje, že je něco v nepořádku. Příčiny nevolnosti mohou být zjevné (těhotenství, podráždění žaludeční sliznice, příliš rychlý přísun velkého množství potravy do žaludku, atd) i skryté (požití jídla, které je pro nás eticky nebo kulturně nepřijatelné, špatný psychický stav – např. úzkost, žaludeční neuróza, atd). Já se nicméně budu věnovat nevolnosti, jejíž příčiny nejsou zjevné. Pro potřeby mé práce budu pracovat s nevolností, která vzniká v důsledku zvýšené hladiny stresu.

4.2.3.2 Stres a nevolnost

*Psychická zátěž a emocionální faktory mohou vyvolat nevolnost a mimovolné zvracení.*³⁵

Příčiny těchto obtíží mohou být psychického původu. Nejčastějšími psychickými příčinami nevolnosti jsou:

- *Stres a psychosociální zátěž (nezpracované životní zážitky, chronický stres)*
- *Traumata*
- *Úzkost a deprese*
- *Nezpracovávání emocí*
- *Nedostatečné strategie zvládnání stresu*³⁶

Častou příčinou zdravotních obtíží je úzkost a frustrace, vznikající v důsledku stresu, když jsem například uveden do situace, kterou nedokážeme nebo nemůžeme změnit.

Existují přesvědčivé důkazy o tom, že i děti školního věku zažívají posttraumatický stres.

Posttraumatický stres může vznikat v důsledku opakovaných obav, strachu, pocitů viny a

³⁵ Srov. server: www.ludsketelo.sk, stránka: <http://www.ludsketelo.sk/ostatne/item/143-psychoomaticke-poruchy-v-gastroenterologii.html>

³⁶ Srov. server: www.ludsketelo.sk, stránka: <http://www.ludsketelo.sk/ostatne/item/143-psychoomaticke-poruchy-v-gastroenterologii.html>

studu, opakovaného neúspěchu, pocitů méněcennosti, nebo v reakci na prožité nepříznivé životní situace.³⁷

Mozek a žaludek jsou propojené nervy a navzájem se ovlivňují chemickými receptory. Pokud je mysl ve stresu, dostane se zpráva o možném ohrožení i do žaludku. Ten na to zareaguje změnou trávení. V návaznosti na tento signál reagují i střeva, která mění průběh vstřebávání a odvodu živin. V konečném důsledku tedy můžeme pocítit střevní potíže či žaludeční nevolnost.

4.2.4 Onemocnění štítné žlázy

4.2.4.1 Štítná žláza

Štítná žláza je funkční orgán produkující thyrodní hormony. Ty se podílejí na řízení metabolismu organismu. Řídí růst a vývoj organismu, spotřebu kyslíku a především rychlost látkové výměny. Mezi nejčastější onemocnění patří:

4.2.4.1.1 Hypertyreóza: nadměrná produkce hormonů štítné žlázy

Nejčastějšími příčinami nadměrné produkce hormonů štítné žlázy jsou tato onemocnění:

- autoimunitní Gravesova-Basedowova choroba
- polynodózní struma
- hyperfunkční adenom štítné žlázy

Specifickým příznakem hyperthyreózy je srdeční arytmie a zvýšení srdeční činnosti. Ta má mnoho doprovodných jevů. Postižený se potí, cítí tělesnou horkost, stěžuje si na bušení srdce. V důsledku zvýšené srdeční aktivity má i potíže se spánkem a je unavený. Je nervozní a pociťuje svalovou slabost. Dochází i k úbytku svalové hmoty. Postižený má často velký hlad. Dochází i k řídnutí a zhoršení kvality vlasů a k zeslabení kůže.

Velikost žlázy buď zůstává stejná, nebo se zvětšuje.³⁸

4.2.4.1.2 Hypotyreóza: snížená produkce hormonů štítné žlázy

Pro správnou funkci štítné žlázy je nezbytné dostatečné zásobování organismu jódem.

V minulosti vznikalo toto onemocnění právě v důsledku nedostatku jódu. V dnešní době tomu předcházíme jodizací soli. V současné době je tedy hypotyreóza nejčastěji zapříčiněna

³⁷Srov. PYNOOS, R.S., STEINBERG, A.M, PIACENTINI, J.C A *Developmental Psychopathology Model of Childhood Traumatic Stress and Intersection with Anxiety Disorders*, Biological psychiatry, Salmon, K.,Bryant. R.A., Clinical Psychology Review, 2002

³⁸Srov. server: www.endokrinologie-obezitologie.cz, stránka: <http://endokrinologie-obezitologie.cz/cs/clanky/tema1/zvysena-cinnost-stitne-zlazy-tyreotoxikoza-hypertyreoz/>

autoimunitním zánětem štítné žlázy. Kdy imunitní systém vyhodnotí buňky štítné žlázy jako cizorodé a bojuje proti nim.

Další příčinou nedostatečné produkce hormonů štítné žlázy je její odstranění. V takovém případě je ale přirozená produkce hormonů substituována léky.

Charakteristické příznaky tohoto onemocnění jsou: ospalost, únava, zimomřivost, zpomalení srdeční činnosti a nabývání na váze, nejčastěji v důsledku zadržování vody. Pacient má na dotyk chladnou a suchou kůži. Stejně jako u nadměrné produkce hormonů dochází ke svalové slabosti, k vypadávání vlasů a zhoršení jejich kvality, objevují se otoky.³⁹

4.2.4.1.3 Karcinom štítné žlázy

Zhoubný nádor (karcinom, méně častý lymfom nebo vzácně sarkom) štítné žlázy vzniká nekontrolovaným množением buněk ve štítné žláze. Růst vzniklého útvaru je v porovnání s ostatními karcinomy pomalejší.

Druhy karcinomu : papilární (výskyt v 44-48%)
: folikulární (výskyt v 18-40%)
: anaplastický (výskyt v 3-15%)
: medulární (výskyt v 3-12%)

Karcinom štítné žlázy se nejčastěji léčí operativním odstraněním štítné žlázy s následnou substitucí hormonů prostřednictvím medikace (dodávání tyreoidálních hormonů) a ozářením radiojódem.

4.2.4.1 Štítná žláza z pohledu psychosomatiky

Zde použiji výstižný citát Mudr. Jana Hnízдила:

Štítná žláza funguje jako emoční štít, pokud je žena senzitivní - emotivní, pod tlakem citových, partnerských, vztahových, sebevztahových problémů, objevuje se u ní emoční napětí, to oslabí činnost štítné žlázy, což snižuje odolnost ženy vůči negativním emocím a zvyšuje napětí. Je nutné zkoumat individuální citlivost pacientky a její životní situaci. Časté jsou případy, kdy emoční napětí matky se přenáší na děti, i u nich pak začne selhávat štítná žláza - v takových případech je nutné pracovat na relaxaci matky, pokud se neuvolní ona, neuzdraví se děti. Důležité je začít s terapií - relaxace pohybem, psychoterapie, řešení životní situace - včas, dříve než dojde u štítné žlázy k nevratným změnám. V případě autoimunitních onemocnění štítné žlázy jde o to, že imunita, místo toho aby ženu chránila, otočí se proti ní a začne ji

³⁹ Srov. server: www.endokrinologie-obezitologie.cz, stránka: <http://endokrinologie-obezitologie.cz/cs/clanky/tema1/snizena-cinnost-stitne-zlazy-hypotyreoza/>

*poškozovat. V souvislostech života pacientky to znamená, že žena se trápí, žije sobě na úkor, užírá se.*⁴⁰

⁴⁰ FRYŠTACKÁ, K., *Bakalářská diplomová práce: Souvislost regulace emocí s onemocněním štítné žlázy*, Olomouc, 2014, str. 10

5 Metodologie

5.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Ve své diplomové práci se zaměřím na psychosomatické obtíže dvou zkoumaných subjektů. Oba subjekty jsou sociálními pracovníky.

Zvolila jsem si tyto cíle:

- Popsat zdravotní obtíže a psychosomatické symptomy zkoumaných subjektů
- Popsat příčiny obtíží tak, jak je vidí sám subjekt
- Zjistit, jestli má podle respondentů na vznik jejich psychosomatických obtíží klíčový vliv osobní / rodinný život, nebo výkon pomáhající profese

5.2 Výzkumné otázky pro stanovené cíle jsou následující:

- Jaké jsou projevy zdravotních obtíží psychosomatických symptomů respondenta?
- Co si respondent myslí, že zapříčiňuje jeho psychosomatické obtíže?
- Myslí si respondent, že na vznik jeho psychosomatických obtíží měl klíčový vliv jeho osobní / rodinný život, nebo si myslí, že měl klíčový vliv výkon pomáhající profese?

5.3 Typ výzkumu

Pro svou diplomovou práci využiji kvalitativního výzkumu. Začnu tedy sběrem dat a až následně formuji jejich vztahy. Na základě poznání těchto vztahů vytvořím nové hypotézy. Oproti kvantitativnímu výzkumu se zaměřím na méně početné výzkumné celky, budu sledovat více aspektů a budu provádět výzkum v přirozeném prostředí respondenta. V mém případě se jedná o výzkum dvou osob (sociálních pracovníků), kteří mají společný problém – psychosomatické obtíže. V rámci kvalitativního výzkumu využiji kazuistik jednotlivých subjektů, kde blíže popíši nejen jejich psychosomatické obtíže, ale i životní situaci, ve které se nacházejí a jaké skutečnosti předcházely vzniku psychosomatických obtíží- respektive jak subjekty ony skutečnosti vnímají. Zdrojem informací pro kazuistiku byla série rozhovorů se zkoumanými.

Přestože mají subjekty rozdílné potíže, sepsala jsem si seznam otázek, které jsem kladla oběma respondentům. Jejich odpovědi byly samozřejmě rozdílné. Většina dalších otázek pak vyplynula z hovoru a byla u všech třech rozhovorů různá. Přesto je možné v odpovědích najít společné jmenovatele.

Tento druh výzkumu je časově náročný. Celkové kvantum získaných informací bude velmi rozsáhlé a členité, v rozhovorech zazní mnoho pro můj výzkum nepoužitelných informací, které budu nucena selektovat.

Kvalitativní výzkum je nicméně pro můj výzkum vhodnější, než kvantitativní. Jednak proto, že budu výzkum provádět pouze na dvou osobách – tento počet je pro kvalitativní výzkum příliš malý. A jednak proto, že se budu soustředit na subjektivní prožitky respondenta. Myslím si, že není žádoucí toto zobecňovat. Mohu je pouze popsat, jako jeden z možných způsobů prožívání.

Kvalitativní výzkum, při němž využiji rozhovorů a kazuistiky, je rovněž flexibilní. Toto vnímám jako pozitivum, neboť během rozhovoru se mohu respondenta přímo ptát na vše, co je pro sestavení komplexní kazuistiky potřeba. I když mám předem připravené otázky, které budu klást oběma respondentům, hovor bude plynout volně a přirozeně, budu tedy mít možnost přizpůsobit otázky adekvátně průběhu rozhovoru a budu moct pracovat s informacemi, které mi v jeho průběhu respondent poskytl.

5.4 Výzkumná metoda

Využila jsem polostrukturovaného rozhovoru. Jeho výsledky předložím obsahovou analýzou. Pro polostrukturovaný rozhovor jsem si zvolila určitý okruh otázek. Není ovšem nutné se jich vždy sveřepě držet. Naopak je žádoucí přizpůsobit pořadí otázek průběhu rozhovoru. Myslím si, že je i žádoucí využívat nově nabytých informací (které jsme zjistili v průběhu hovoru), na jejich základě tvořit nové otázky a pokud možno nehodnotit respondenta (ani neverbálně).

Pointou prezentování nově nabytých informací prostřednictvím obsahové analýzy je nalezení konkrétních pravidelností sledovaných jevů. Podle Hendla se jedná o *systematické a nenumerické organizování dat, jehož cílem je odhalit témata, pravidelnosti a datové konfigurace forem kvalit a vztahů*⁴¹.

Protože je ale kvantum získaných informací z rozhovorů primárně nestrukturované a značně rozsáhlé, je žádoucí si získaná data nejprve roztřídit- ideálně *metodou otevřeného kódování*.

⁴¹ Srov. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2012, ISBN: 978-80-262-0219-6

*Přepis rozhovoru rozeberu na jednotlivé tematické celky, jimž následně přiřadím čísla (kódy).*⁴² Na základě stanovených cílů a výzkumných otázek jsem si vytvořila tematické celky, do kterých budu získané poznatky třídit. Tento postup nejprve použiji na respondenty jednotlivě, poté výsledky obou subjektů srovnám. Spáruji stejné tematické celky. Pokud mi u jednoho z respondentů vzniknou jiné tematické celky než u druhého, v případě, že to bude pro kvalifikační práci přínosné, je rovněž uvedu ve vyhodnocení výzkumu – ovšem pouze okrajově.

5.5 Výzkumný soubor

Respondenti byli záměrně vybráni tak, aby splňovali dvě základní kritéria potřebná pro splnění stanovených cílů: aby se jednalo o sociální pracovníky a aby trpěli psychosomatickými obtížemi.

Původně jsem předpokládala, že výzkum provedu na vyšším počtu respondentů, než na dvou. Podařilo se mi kontaktovat sedm sociálních pracovníků, kteří trpí nebo trpěli psychosomatickými obtížemi. Bohužel dva z nich v sociální sféře již nepracují, u jednoho obtíže takřka vymizely, když změnil práci (je sociálním pracovníkem v jiné organizaci), u jedné potenciální respondentky se častost psychosomatických obtíží zásadně snížila potom, co změnila pracovní pozici v rámci její organizace, jeden potenciální respondent mi na poslední chvíli rozhovor odmítl. Zbyli mi tedy dva respondenti.

5.6 Charakteristika výzkumného souboru

Oba respondenty jsem ujistila, že jejich jména v mé diplomové práci nezazní a že výzkum bude anonymní. Pro tento účel tedy zvolím jména, o kterých si lze jen těžko myslet, že by je někdo v našich končinách skutečně mohl nosit. Jedná se o muže a ženu. Pro muže volím jméno Igby (podle hrdiny filmu *Igby goes down*, rok 2002), pro ženu Coco (podle návrhářky Coco Chanel, 1883 - 1971). Rovněž předpokládám, že budu jména respondentů v práci mnohokrát opakovat – proto volím krátká jména.

⁴² Srov. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, 1. vyd. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-313-0

5.6.1 Igby

Igbymu je 33 let. Po maturitě pracoval jako prodejce v kamenném obchodě, v další práci přijímal sázky na sportovní výsledky. Od 24 let pracuje jako sociální pracovník. Prošel třemi organizacemi, pracoval se zrakově postiženými, s lidmi s mentálním deficitem tělesným omezením, s pěstouny a s dětmi v pěstounské péči. Než se u něj objevily zdravotní komplikace, byl aktivním sportovcem. V současné době studuje vysokou školu, nedávno si koupil a odstěhoval se od matky, rodiče jsou rozvedení, má jednu vdanou sestru, dvě neteře a jednoho synovce.

Jeho nejčastějšími zdravotními obtížemi jsou záněty, bolesti zubů, zad a častá nachlazení. Za symptomy psychosomatického původu označuje záněty předstojné žlázy, bolesti hlavy a nevolnost. Jak sám tvrdí, má důsledku dlouhodobého užívání antibiotik oslabenou imunitu a zvýšenou kazivost zubů. Jeho psychické a zdravotní obtíže dosáhly vrcholu v zimě roku 2014, kdy už nedokázal zvládat pracovní požadavky, stejně jako rodinný a osobní život. Rozhodl se změnit práci a začít načisto v nové organizaci. Stejně zdravotní obtíže bohužel zakouší i v nové práci.

5.6.2 Coco

Coco je 53let. Po střední pedagogické škole pracovala jako učitelka v mateřské škole. Po 16-ti letech se stala ředitelkou mateřské školy. Tuto práci vykonávala 4 roky. Pak si našla současného partnera, za kterým se odstěhovala. Změnila bydliště, životní styl i práci.

Uplatnila jako vychovatelka ve speciální škole, kde strávila 7let. V roce 2007 se vdala, v roce 2009 jí byla diagnostikována rakovina štítné žlázy. Léčila se 2 roky. V roce 2011 se vrátila zpět do pracovního procesu. Pracovala jako učitelka v MŠ, v září téhož roku si ale našla jinou práci- vychovatelka v ZŠ. V současné době se krom práce věnuje péči o své rodiče. Matka má Alzheimerovu chorobu.

Coco žila velmi těžký osobní život. Lékaři jí nicméně rakovinu diagnostikovali v období, kdy měla nejtěžší osobní chvíle již za sebou a vyrovnávala se s dosud nejtěžší pracovní pozicí, jakou zastávala.

Dle výsledků pravidelných vyšetření se Coco rakovina nevrací. Coco si myslí, že za to může jednak léčba, kterou podstoupila a jednak kompletní změna životních postojů a způsobu života. Jedná se o dlouhodobou změnu, na které vědmě „pracovala“ mnoho let.

5.7 Etické aspekty výzkumu

Jak jsem již uvedla, oba respondenty jsem ujistila o anonymnosti výzkumu. Proto nepoužiji jejich skutečná jména ani neuvedu informace, jejichž prostřednictvím by se mohl čtenář dopátrat skutečné identity subjektů.

Hned v úvodu prvního rozhovoru jsem oba seznámila se způsobem, jakým bude výzkum probíhat. V průběhu rozhovorů jsem musela změnit cíle diplomové práce. Respondenty jsem obeznámila se svými původními i nově stanovenými cíly.

Rozhovory jsem nahrávala se souhlasem obou respondentů. Oba byli ujištěni, že se v prepisech rozhovorů neobjeví informace, která by vedla k jejich identifikaci. V případě Coco se mi dostalo velkého množství osobních informací, z nichž některé jsem chtěla použít. Z toho důvodu jsem Coco v průběhu tvorby diplomové práce seznámila s přesným zněním její kazuistiky a dohodly jsme se, které údaje uvedu a co ze zveřejněné části kazuistiky zmizí. Výsledky jsem nicméně stanovovala na základě výsledků z prepisu celého rozhovoru.

Oba respondenty jsem rovněž informovala o skutečnosti, že mají právo na některé z mých otázek neodpovídat, pokud to neuznají za vhodné nebo je jim to krajně nepříjemné.

Rovněž jsem jim sdělila, že mohou od výzkumu odstoupit a jejich výpovědi se v mé diplomové práci neobjeví. Toho nakonec jeden respondent skutečně využil.

Rozhovory neprobíhaly pod nátlakem. Probíhaly v prostředí, kde se oba respondenti cítili dobře.

Pro zachování anonymity obou respondentů, a protože se často jedná o velmi osobní sdělení, jsem se rozhodla, že kompletní prepisy rozhovorů ve své diplomové práci neuvedu. Uvedu pouze citace z rozhovorů, které se týkají tématu.

Nebudu ani dále rozvádět způsob, jakým jsem respondenty hledala. Rovněž jsem změnila jména osob, o kterých respondenti mluví.

6 Interpretace výsledků

6.1 Kazuistika I: Igby

Igby trpí záněty prostaty už od střední školy. Postupem času se u něj objevil bolesti hlavy, nevolnost a další zdravotní komplikace (záněty močových cest, mykoza, angína a bakteriální onemocnění, časté nachlazení, bolesti zad). V souvislosti se záněty prostaty trpí Igby i zimnicemi, nebo naopak návaly horka a zimy či teplotami.

Urologická vyšetření potvrdila přítomnost nežádoucích bakterií v močové trubici. Z toho důvodu Igbymu jeho ošetřující lékař předepisuje antibiotika.

Igbymu se ale prostatitida neustále vrací. Během dlouhodobého užívání antibiotik si již vytvořil rezistenci a léky mu nezabírají.

Igby podstoupil mnohá vyšetření, která vyvrátila další možná onemocnění. Jediným potvrzeným nálezem jsou ony bakterie v močové trubici.

Protože ani po dlouholeté standardní léčbě nebyly jeho záněty vyléčeny, uchýlil se k alternativní medicíně, bylinkám a léčitelům. Tuto léčbu kombinuje spolu s předepsanými léky. Záněty nicméně neustupují.

Igby trpí i úpornými bolestmi hlavy a nevolnostmi. Sám vidí příčinu v psychice. Vypozoroval pravidelnost ataků bolestí hlavy a nevolností v závislosti na kolísající míře stresu. Lékař Igbymu předepisuje pouze tlumící léky proti bolesti.

Igby v tomto případě rovněž užívá bylinné odvary. Oni kombinací obou léčebných metod nedosáhl úlevy.

Potom, co nenašel řešení svých obtíží ani v moderní medicíně, ani u léčitelů a bylinek, hledá příčinu ve vlastní psychice.

6.1.1 Sociální faktory:

Igby do svých 33 letech bydlel s matkou v jejím panelákovém bytě. Nedávno si koupil vlastní byt a odstěhoval se. Trápí ho ale vědomí, že si na byt musel vypůjčit. Uvažuje o návratu k matce.

Jeho rodiče jsou rozvedení, otec žije s novou partnerkou, matka si od rozvodu stálého partnera nenašla. Igby má sestru, dvě neteře a jednoho synovce.

Když bylo Igbymu sedm let, odešel jeho otec od rodiny k milence. Rodinu kontaktoval až po dvou měsících po svém odchodu. Rodiče se rozvedli, matka nebránila ve styku otce s dětmi. V Igbyho 14-ti letech se ale otec vrátil k rodině. Znovu je opustil po dvou letech. Oba rozchody rodičů nesl Igby špatně.

Po maturitě pracoval v kamenném obchodě. Pak si našel práci v sázkové kanceláři. O obou pracovních pozicích hovoří pozitivně. Práce ho příliš nestresovala. Potíže prý měl hlavně doma v soužití s matkou.

Od 24let pracoval s lidmi se zrakovým postižením. Ani tuto práci nevykresluje negativně. Nicméně napříč všemi dosavadními pracovními pozicemi ho provázely opakujícím záněty prostaty. Nebyly nicméně natolik závažné, že by nemohl plnit své každodenní povinnosti, snížily ale kvalitu Igbyho života.

Za zlom Igby označuje další pracovní pozici, kdy pečoval o klienty s mentálním deficitem a fyzickým handicapem. Tato práce pro něj byla náročná. Pracoval zde asi sedm let, po třech letech vyhořel. S pracovním kolektivem si nerozuměl, klienti ho vysilovali.

Právě v této práci omezovala prostatitida Igbyho do té míry, že to pro něj přestalo být únosné. Protože si Igby myslí, že za jeho obtížemi stojí extrémní stres a jeho nezvládání, rozhodl se, že si najde jinou práci.

Oslovil 5 organizací, byl přijat na dvě pracovní pozice. Měl dilema, kam nastoupit.

Toto Igby označuje za vůbec nejhorší dosavadní období. Nedokázal se rozhodnout, kam nastoupit. Přijal nejprve jednu práci a druhou odmítl. Pak se omluvil a přijal tu druhou a první odmítl. Pak se ale vrátil k prvnímu rozhodnutí a nastoupil do první organizace. V tomto období si Igby u lékaře vyžádal týden pracovní neschopnosti, neboť jeho zdravotní obtíže byly natolik rozsáhlé, že nemohl vůbec fungovat.

Po nástupu do nové práce se jeho symptomy a zdravotní obtíže umírnily, provází ho nicméně stále. S novým pracovním kolektivem nevychází podle svých představ. Kvůli svým obtížím si bere hodně volna, což kolegové neradi vidí.

V době, kdy se u něj prostatitida začala vyskytovat, inklinoval spolu s dvěma kamarády ke stylu DepecheMode. Nosil výrazné oblečení, účesy a poslouchal depresivní hudbu, která podle jeho slov vyjadřovala to, co cítil, aniž by to musel říkat. Jednalo se o období dospívání. Často s přáteli chodil ven, sám přiznává, že pil hodně alkoholu. Tehdy žil promiskuitním životem. Měl hodně sexuálních partnerek, k žádné ale citově nepřilnul.

Právě v tu dobu se u něj objevila prostatitida, která ho provází až do dneška. Igbyho trápil jeho vztah s matkou. Nerozuměli si, přestože spolu bydleli. S otcem měl ambivalentní vztah, sestra tehdy měla stálého partnera.

6.1.2 Biologické faktory:

V době prvního výskytu prostatitidy pil Igby alkohol v nadměrné míře, často si z večera pamatoval jen úryvky. Žil promiskuitním životem. Byl příležitostným kuřákem (asi 20cigaret za měsíc). Igby v dětství neprodělal žádnou vážnou chorobu, jeho prostatitida je prvním vážnějším onemocněním.

Igby neužívá a neužíval krom alkoholu a cigaret žádné návykové látky vyjma tetrahydrokanabinoidů. V době prvního výskytu prostatitidy byl příležitostným uživatelem marihuany. Tu přestal kouřit kolem 24roku.

V době výskytu bolestí hlavy a nevolností byl Igby pod stresem.

6.1.3 Psychické faktory:

Igby připouští, že rozvod rodičů, otcův návrat a opětovný rozchod měl na něj zásadní vliv. Po rozvodu měl kolísavé nálady. Po druhém otcově odchodu kolísání nálad zaznamenal, ne už ale tak zásadní.

V dětství trpěl pocity viny za to, že otec odešel, že nedokázal po rozchodu matce pomoci, když na tom byla psychicky špatně a obviňuje se i z toho, že nepomohl po otcově odchodu sestře, která byla touto skutečností bezprostředně zasažena asi nejvíce.

Dodnes trpí i pocity méněcennosti, nízkým sebevědomím a podceňuje se. Trpí pocity nedostatečnosti.

Igby má podle svého soudu v porovnání s vrstevníky více ženských vlastností. To přisuzuje skutečnosti, že vyrůstal hlavně s matkou a sestrou. . V dětství se tímto pocitem sužoval, nevěděl, co s tím dělat.

Ve vztazích je nedůvěřivý. Komunikuje hlavně s přáteli z dětství, nové přátele si netvoří. Navázal jeden dlouhodobější partnerský vztah. Ten již netrvá. S přítelkyní bydlel, po rozchodu se nastěhoval zpět k matce.

Ve svých rozhodnutích je velmi nestabilní, vyhýbá se velkým rozhodnutím a snaží se nečinit nic, co by nemohl vzít zpět. Když se přeci jen do takové situace dostane, nechává ji nevyřešenou.

Igby vynakládá obrovské psychické úsilí na aktivity, které jsou pro jeho vrstevníky přijatelné (ve škole, v práci, v rozhodování). Snadno podléhá stresu- nemá strategie na jeho zvládnutí. Je spíše melancholický.

6.1.4 Souhrn a hypotézy:

Igby je svobodný 33letý muž, který do nedávna bydlel u matky. Vychovávala ho především jeho matka, vyrůstal se sestrou, otec od rodiny odešel v jeho sedmi letech, v jeho čtrnácti letech se znovu vrátil, a když bylo Igbymu šestnáct let, znovu rodinu opustil.

Když otec rodinu poprvé opustil, Igbyho nálada začala kolísat. Dodnes je spíše melancholicky laděný. Trpí pocity méněcennosti, podceňuje se a necítí se „být dostatečným“.

Jeho partnerské vztahy nejsou uspokojivé, stejně jako jeho vztahy rodinné. Rozumí si pouze se sestrou, k otci má ambivalentní vztah a s matkou si nerozumí, přestože si je vědom přítomnosti oboustranné lásky.

Igby je nestálý a nerozhodný, nedůvěřivý. Bojuje se sebezpřijetím a je si vědom skutečnosti, že v porovnání s vrstevníky má mnoho ženských vlastností, což je v rozporu s jeho představou o jeho vlastní mužské roli.

Igby cíleně nevyhledává nové přátelské vztahy, pouze udržuje ty z dětství.

V minulosti si zvyšoval sebevědomí promiskuitním způsobem života, kdy mu lichotil značný zájem žen. Protože ale jeho vztahy nebyly dlouhodobé, cítí se být neskutečností sám.

Prostatitida se u Igbyho objevila poprvé v období dospívání, kdy vedl právě promiskuitní život. Sám chtěl s ženami navázat stabilní dlouhodobě uspokojivý vztah, což se mu nedařilo.

V kontextu s jeho melancholicky laděnou osobností, nestálostí, nerozhodností, nedůvěřivostí, vlastním očekáváním i očekáváním druhých lidí a jeho pocitům nedostatečnosti je pochopitelné, že tyto své negativní emoce, protože se v dospívání uzavřel a neventiloval je verbálně, začal ventilovat prostřednictvím těla – tedy prostatitidou. Rovněž skutečnost, že práce, která je pro jeho okolí přijatelná, ho tolik vysiluje, posiluje vědomí jeho nedostatečnosti.

Jeho zdravotní stav závisí na míře stresu, kterou aktuálně prožívá. Postupem času se v závislosti na míře stresu u Igbyho objevila i bolest hlavy a nevolnosti. Protože ale sám neaplikuje efektivní strategie zvládnání stresu, upevňuje své pocity nedostatečnosti, přičemž míra stresu neklesá.

Igbyho prostatitida vznikla v důsledku vědomí vlastní nedostatečnosti a objevuje se častěji a intenzivněji právě v situacích, které nezvládá, tedy kdy se o vlastní nedostatečnosti utvrzuje.

Tyto situace jsou provázeny kriticky zvýšenou mírou stresu, což u něj vyvolalo i další symptomy – bolesti hlavy a nevolnost.

6.2 Kazuistika II: Coco

Kazuistika:

Coco je 53 let. Po roce 2002 se u ní objevila častá intenzivní bolest hlavy a nevolnosti. Rovněž bojovala s únavou, která se stupňovala až do roku 2009. V roce 2009 byl Coco diagnostikován karcinom štítné žlázy. Štítná žláza jí byla operativně odstraněna, Coco byla ozařována a hormony štítné žlázy jí dnes substituují medikamenty.

Než byl Coco diagnostikován karcinom, nebyla nikdy vážněji fyzicky nemocná.

Coco se domnívá, že její rakovina vznikla v důsledku jednak nezdravého životního stylu a především dlouhodobé extrémní psychické zátěže. Z toho důvodu vyhledala odbornou pomoc.

V současné době navštěvuje psychiatricku a psychologa. Její psycholog potvrzuje možnost, že její onemocnění má skutečně příčinu v psychice.

Coco kombinuje předepsanou léčbu s alternativními prostředky (bylinné tinktury, bylinné odvary a koupele) pobyty v přírodě, duchovní život, meditace atd. Výsledky jejích krevních testů jsou od operace a od změny životního stylu dlouhodobě příznivé.

6.2.1 Sociální faktory:

Matka Coco byla pracovnící v administrativě, otec byl vojákem z povolání. Ve vztahu jejích rodičů docházelo k otevřené nevěře, rodiče Coco v mnoha případech znali druhého partnera svého protějšku. V některých případech jezdili i na společné dovolené.

Coco byla jedináček. Matka jí v dětství sdělila, že se neúspěšně pokoušela o potrat. Coco byla nechtěné dítě.

Coco se nevyhnula srovnávání s šarmantní matkou, která vypadala spíše jako její sestra, než matka. Coco se necítila být hezkou, proto časem přejala spíše mužskou roli.

Coco vystudovala střední pedagogickou školu, v letech 1982 – 1998 pracovala jako učitelka v mateřské škole, od roku 1998 do 2002 byla ředitelkou tohoto ústavu.

Coco žila promiskuitním způsobem života. V roce 1984 se ale vdala, manželství trvalo do roku 1990, vzešel z něho jeden syn. V průběhu manželství byl jejím jediným sexuálním partnerem manžel. Syn i Coco se stali oběťmi domácího násilí. Coco trápila synova depresivita, která se vlekla až do dospělosti.

Po rozvodu se syn s otcem ještě několik let spíše formálně vídali. Syn ale k otci nechtěl jezdit a otec o něj nejevill zájem. Po tomto se viděli až v roce 2002, zájem o kontakt byl ze strany otce.

Otec Coco měl mozkovou mrtvici, matce byla diagnostikovaná Alzheimerova choroba. Coco se začala o své rodiče více starat, poskytovala jim maximální možnou péči. Otec se delší dobu po mozkové mrtvici vrátil do běžného života a začal pečovat o svou ženu.

Coco se v roce 1992 se seznámila s Jéňou, se kterým žila do roku 1994. Coco se s Jéňou rozešla přes jeho i synovo naléhání. Jéňa Coco vydíral demonstrativními sebevraždami. I přesto se s ním rozešla.

Od roku 1994 do roku 1995 přestala vyhledávat mužskou společnost. Za tento rok měla jen málo sexuálních partnerů, vždy se jednalo o veskrze fyzickou aktivitu. K žádnému z těchto partnerů emocionálně nepřilnula.

V roce 1995 začala žít s panem Bendou. S tím se ale o tři roky později rovněž rozešla a vrátila se k promiskuitnímu způsobu života. Po letech se s panem Bendou opět viděla. Nedlouho po jejich rozhovoru uvázal svého psa ke stromu, umlátill ho a spáchal sebevraždu.

Coco se začala zajímat o duchovní cesty, přes různé peripetie se dostala k ezoterice, kde setrvává dodnes. Změnila okruh přátel- stýkala se s lidmi s podobným zájmem, jezdila na ezoterické semináře, kurzy, omezila alkohol a cigarety, přestala jíst maso a stravovala se zdravě, aby mohla duchovně růst (podle její víry je k duševnímu růstu vhodné čisté tělo).

Coco se dařilo- pro lepší orientaci uvádím, že po celou tuto dobu pracovala v mateřské škole, kde byla od roku 1998 ředitelkou.

Coco žila spokojeným duchovním životem, ale hledala si stálého partnera. Ozvala se na inzerát jednomu muži ze Švýcarska. Po dlouhodobější korespondenci ho jela navštívit. Její nový přítel ale nebyl psychicky vyrovnaný. Pokusil se jí utopit v jezeře.

Coco se vrátila domů a přestala si hledat partnery. Po delší době ale odpověděla na inzerát svému současnému manželovi.

V roce 2002 se za ním přestěhovala. Otec, matka i syn zůstali doma, jediný, kdo se stěhoval, byla Coco.

V roce 2002 si našla si novou práci v nové lokalitě – pracovala jako učitelka v mateřské školce. Nebyla ale s prací spokojena, proto si ještě tentýž rok našla práci novou. Stala se vychovatelkou v centru sociálních služeb. Jejími klienty byli lidé s fyzickým handicapem a mentálním deficitem. V práci nebyla spokojená, byla pro ní těžká, pracovní doba jí nevyhovovala a finančně si pohoršila.

V roce 2007 se vdala. Její rodiče prodali jejich starý byt a přistěhovali se do stejného města za Coco.

V roce 2009 jí lékaři diagnostikovali karcinom štítné žlázy. Coco se s tímto onemocněním léčila do roku 2011. V průběhu léčby se její rodiče přistěhovali k jejímu manželovi. Syn si našel přítelkyni ze stejného kraje. Přistěhoval se za ní a stal se otcem.

Po ukončení léčby začala Coco pracovat jako vychovatelka na základní škole. Tuto práci vykonává dodnes.

6.2.2 Biologické faktory:

Coco v dětství neprodělala žádnou vážnou chorobu. Její prvním vážným onemocněním byl až karcinom štítné žlázy. V rodině její matky ani otce se rakovina nevyskytuje.

Coco od puberty kouřila cigarety a pila alkohol. Míra obou substancí se v průběhu času samozřejmě měnila. Coco si myslí, že kouřila méně, než průměrný kuřák. Kouřila také nárazově. Více kouřila o víkendech, v týdnu k tomu většinou nebyla příležitost. Coco kouřila převážně u posezení s přáteli. Coco uvádí průměrnou spotřebu 20 cigaret na týden s tím, že někdy vykouřila 20cigaret za jeden večer a zbytek týdne nekouřila.

Coco si myslí, že její spotřeba alkoholu byla lehce nadprůměrná. Rovněž pila nárazově – především o víkendech.

Důležitým biologickým faktorem myslím je skutečnost, že je Coco matkou.

Coco v minulosti nepožádala vyjma tabáku, alkoholu a tetrahydrocannabinoidů žádné návykové látky. Z marihuany si vyráběla masti a odvary.

Coco vždy inklinovala k bylinným léčebným kúráám. Pokud užívala léky, bylo to v případech, kde už bylinná léčba nebyla efektivní a jednalo se v drtivé většině o volně prodejné léky.

Léky na předpis (vyjma několika málo případů, kdy navštívila lékaře s běžnými obtížemi) začala brát až následně po diagnostikování karcinomu. Coco opakovaně odstoupila ozařování radiojódem, užívá substituční hormony a pomocné léky, ale i o antidepresiva.

V souvislosti s objevením její rakoviny totiž začala docházet k psychiatrice, která jí předepisovala léky se sedativními účinky. Coco si vybavila Quetiapin mylan a Lexaurin. Rovněž brala léky na podporu spánku – Stilnox a Dormicum.

Sama ale v případech, kdy to bylo možné, upřednostňovala bylinné odvary (šalvěj), tinktury (třezalka) a alkohol, po kterém se jí lépe spalo (ve větším množství, především pivo, průměrně 3x 0,5litru piva).

V minulosti i kombinovala byliny a alkohol, nikdy nekombinovala medikamenty a alkohol.

6.2.3 Psychické faktory:

Vdaná 53letá Coco vyrůstala v harmonické rodině, kde docházelo k otevřené nevěře rodičů. Dokonce jeli rodiče – každý se svým partnerem a s Coco na společnou dovolenou. To muselo malou Coco zmást.

Dalším silným momentem v dětství Coco bylo matčino sdělení, že je nechtěná a že se matka pokoušela o potrat. Coco se od dětství fixovala spíše na otce, s matkou měly veskrze přátelský, ale ne typicky rodičovský vztah. Coco trpěla pocity méněcennosti, které mohly přerůst až v neschopnost sebezpřijetí či žádoucí sebeúcty. Identifikovala se spíše s otcem, v otázce sociálních rolí mohla být zmatená. Coco se rodičům příliš neshovávala, emoce držela v sobě. Dávala jim ale najevo, že je má ráda. Cítila ale velký přetlak.

Coco inklinovala k promiskuitnímu způsobu života. K tomu mohlo dojít jednak v důsledku zmatení z otevřené nevěry jejích rodičů a jednak z pocitů méněcennosti, které pramenily z vědomí, že je nechtěná a že je v porovnání s matkou ta nehezka.

Protože se Coco necítila dobře jako dívka, začala se chovat spíše jako chlapec. Inklinovala ke kamarádům (ne kamarádkám) a snažila se „*být nejsilnějším z nich*“. Chlapci jí brali jako kamaráda, ne jako kamarádku. V důsledku toho mohlo vést i ke zmatení rolí. Coco se v budoucnu ve snaze zastat veškerou práci velmi přetěžovala.

V dospělosti si hledala problémové partnery. Její první muž týral jí i jejích syna. Ponižoval jí, urážel, byl příliš kritický a nezřídka kdy docházelo k násilí jak na Coco, tak i na jejích synovi. Coco trápilo, že otec mlátil a ponižoval i jejích syna a že syn byl depresivní (v dospívání i v dospělosti). To, že Coco setrvala v tomto vztahu tak dlouho vidím jako možný projev nesebeúcty, která může pramenit právě z informace, že je vlastně nechtěná.

To, že Coco tak dlouho nemohla najít uspokojivý partnerský vztah, bylo jistě frustrující. Několikrát ze strachu, že další vztah bude rovněž nefunkční, se stáhla do sebe a vyhýbala se vážným známostem. Ovšem i v těchto chvílích hledala alespoň sexuální partnery.

Její další partneři jí buď vydírali, vyhrožovali, nebo se jí skutečně snažili zabít (utopit). Coco se v partnerských vztazích často cítila jako ten, kdo všechno zajišťuje a s kým rodina stojí a padá. Přejímala často dominantní roli, stejně jako zodpovědnost za zajišťování veškerých zdrojů.

Coco byla depresivní a často myslela na smrt. To může souviset s opakovanou frustrací z jejích nepovedených vztahů potažmo s nedostatkem sebeúcty.

Coco byla v práci v mateřské škole spokojená. Strávila zde 20let. Potom, co si našla současného partnera, přestěhovala se za ním a našla si novou práci začala být unavená a přestávala zvládat enormní množství práce, kterou na ní směřovala jak vedoucí v práci, tak její kolegyně, rodiče, o které se starala, i manžel. Tehdy mněla ještě starosti s depresivním synem. Došlo k přetížení. Sedm let potom, co se za manželem přistěhovala, jí byla diagnostikována rakovina štítné žlázy.

Coco se snaží se o změnu, vědomě pracuje na své psychice. Potom, co jí byla diagnostikována rakovina štítné žlázy, účelově mění paradigmat – snaží se myslet i na uspokojování svých potřeb.

6.2.4 Souhrn, hypotézy:

Coco je 53let, má jednoho syna, je vdaná. Vyrůstala v rodině, kde si byli rodiče otevřeně nevěrní.

Matka jí sdělila, že se neúspěšně pokoušela o potrat a že je Coco nechtěná.

Coco měla s matkou spíše přátelský vztah, inklinovala k otci. Srovnávala se s matkou, které se podle vlastního soudu nemohla jako žena vyrovnat. Začínala přejímat mužskou roli.

Coco navazovala neúspěšné partnerské vztahy. Partneři na ní uplatňovali fyzickou sílu, ponižovali jí, vydírali, vyhrožovali. To samé činil jeden z nich i jejímu synovi (byl to jeho otec). Coco trápilo, že je její syn depresivní, sama se ale neubráníla myšlenkám na smrt. Coco byla v souvislosti s partnerskými vztahy frustrovaná.

Inklinovala k promiskuitnímu způsobu života. Ke svým sexuálním partnerům emočně nepřilnula.

Východisko hledala v ezoterice. To jí na krátkou dobu poskytlo útočiště, nicméně i ve chvíli, kdy si myslela, že už má vše zpracováno, se zklamala. Našla si muže, který s jí pokoušel utopit. Coco ale na muže nezanevřela. Vdala se, změnila bydliště i práci. Dva roky po sňatku jí lékaři diagnostikovali karcinom štítné žlázy.

Coco byla v dětství zmatená v důsledku otevřené nevěry jejích rodičů.

Trpěla pocity méněcennosti kvůli tomu, že se matce narodila jako nechtěné dítě a že se matka pokoušela o potrat. Ve světle této skutečnosti se zdeformovala její schopnost sebeúcty a sebepřijetí.

Protože měla s matkou spíše přátelský vztah a protože se jí podle svého úsudku nemohla jako žena rovnat, inklinovala jednak k otci jako ke svému vzoru a jednak k chlapeckému vystupování. Zde může být v kombinaci s pocity méněcennosti příčina pozdějšího přetěžování se a snaze vyhovět za každou cenu. Coco měla v budoucnu problém s přejímáním dominantní role v rodině i s přejímáním příliš velké zodpovědnosti. V konečném důsledku byla přetížená

Coco se snažila projevovat rodičům lásku. Negativní emoce držela uvnitř sebe. To muselo vyvolat velký přetlak.

V kontextu neschopnosti ventilovat své emoce, méněcennosti, nesebeúcty, nízkého sebevědomí, zmatení rolí, přejímání příliš velké zodpovědnosti, frustrace z nefungujících vztahů, pocitů viny za to, že je její syn otcem týrán, je pochopitelné, že hledala odpovědi v nové životní a duchovní cestě.

Karcinom štítné žlázy jí byl diagnostikován v roce 2009, pravděpodobně ale rostl už předtím. Coco se odstěhovala od rodičů a od syna za nejistou budoucností už v roce 2002. Našla si neuspokojivou a náročnou práci, kde nebyla spokojená a jejíž vykonávání jí stálo mnoho energie. Rodiče potřebovali čím dál tím vyšší míru péče. V důsledku zvyšujícího se stresu se u ní projevovaly i bolesti hlavy a nevolnosti. Je možné, že bolesti hlavy a nevolnosti (období, kdy se vyskytovaly, tomu nasvědčuje) souvisí s vysokou mírou stresu.

Je možné, že v důsledku dlouhodobého chronického stresu, dlouhodobě udržovanému strachu, úzkosti, přetížení jak pracovnímu tak emočnímu, dlouholeté frustraci i v důsledku zásadních životních změn (změna práce, bydliště, opuštění rodičů a syna) v pozdějším věku respondentky, se její organismus začal bránit právě nekontrolovatelným bujením rakovinných buněk.

6.3 Souhrnný závěr výsledků

Ve shodě se třemi stanovenými výzkumnými otázkami byla empirická zjištění rozčleněna to tři podkapitol, aby informace v nich obsažené odpovídaly přímo výzkumným otázkám.

S ohledem na odlišnost a rozmanitost příběhů představených v kazuistikách, bude na každou z výzkumných otázek zodpovězeno vždy zvlášť pro Igbyho a zvlášť pro Coco.

6.3.1 Jaké jsou projevy zdravotních obtíží a psychosomatických symptomů respondenta?

6.3.1.1 Igby :

Zánět předstojné žlázy

Zpočátku Igby hovořil o „přistydávání“. Přestože v dobách, kdy hrál fotbal, běhal třeba dvě hodiny v zimě po hřišti, při začátku obtíží s předstojnou žlázou mu stačilo sednout na například na obrubník a podle svých slov přistydl. Zvýšila se jeho citlivost na chlad, stačilo velmi málo, aby se mu zánět vrátil. V současné době Igby nemusí už ani sedat na nic chladného, aby se mu zánět vrátil.

„Byl to fakt děs. Jakmile jsem si někam sednul – na obrubník nebo na studenou lavičku, hned jsem přistydnul a ten zánět se mi vrátil. Kolikrát jsem si pořádně nemohl ani dojít na záchod. Hrozně to bolí. Je to fakt nepříjemný. Přestal jsem s klukama chodit na fotbal. Ležel jsem doma, s teplotou, chodil jsem do hodiny dvakrát na záchod a bylo mi děsně.“

„Ty příznaky jsou pořád stejný, jen se stupňují a přibýly bolesti břicha. Prostě chodíš často na záchod, moc to nejde, řeže to, pálí to, bolí tě břicho, máš teplotu, jsi slabej, pak tě přepadně zimnice... nic moc příjemnýho.“

Dle slov jeho ošetřujícího lékaře se po letech opakujících se zánětů prostaty toto onemocnění stalo chronickým.

„To se lišilo napříč časem. Nejdřív jsem párkrát přistydnul, měl jsem ten zánět a ten se mi pořád vrací. Podle doktora je to už chronický. Ani se nedivím.“

Igbyho záněty prostaty omezovaly v běžném životě asi nejvíce ze všech popsaných symptomů. Měl kvůli nim křeče v břiše a potíže s močením a sužovalo ho velmi časté močení (i vícekrát do jedné hodiny), řezání, pálení, teploty, slabost a střídání horka a zimnice. V posledních letech ho několikrát potkaly potíže i v intimním životě (osobní sdělení) Igby se domnívá, že jeho záněť prostaty jsou psychosomatickými symptomy.

Bolesti hlavy, nevolnost

Igby se domnívá, že v jeho případě je příčina jeho nevolností a bolesti hlavy ukryta rovněž v psychice. Tento symptom ho trápil především ve vypjatých situacích nebo při očekávání něčeho negativního. Nejvíce ho ale hlava bolela, když se rozhodoval do jaké ze dvou prací, kam ho přijali, nastoupí. Igby popisoval silný tlak v hlavě.

Nevolnost ho provázela v situacích, kdy byl velmi nervózní. Cítil nucení na zvracení.

V extrémních situacích docházelo ke kombinaci psychosomatických symptomů a doprovodných obtíží.

„Bylo mi pořád na zvracení. Třeštila mi hlava. Do toho ty zuby. Prostě příšerný. Nemohl jsem si ani dojít na záchod, ani se najíst. Chvilí jsem měl zimnici, chvíli mi bylo horko. Mohl jsem jenom ležet v posteli.“

(bolesti hlavy)

Často mě bolí hlava. Třeba třikrát do týdne mám úpornou bolest hlavy. Třeba tři hodiny a pak to povolí. Někdy zvracím, třesu se... To jsem dlouho tlumil Paralenem. Pak jsem na to něco dostal, ale moc to nezabíralo. Takže když je potřeba, tak to tlumím Ibalginem nebo Paralenem proti bolesti.“

(nevolnost)

„To jsou takoví ty klasický motýlci v břiše. Když víš, že tě čeká něco, na čem záleží a co nesmíš zkazit. Jenže mnohonásobně umocněný. Není to úplně na zvracení. Ani to nebolí. Je ti prostě blbě od žaludku. Vůbec nemáš na nic chuť.“

Záněť močových cest

Že se jednalo právě o záněť močových cest, potvrdila lékařská vyšetření (nemám k dispozici lékařská vyšetření, jediným mým zdrojem jsou rozhovory s Igbym). Lékař Igbymu předepisoval antibiotika. Záněty močových cest se opakovaly. Bylo tedy nutné měnit léčiva, protože s opakujícími se záněty močových cest si na původní léky Igby vypěstoval toleranci.

V důsledku zánětu močových cest Igby pociťoval pálení až řezání při močení, mnohokrát měl zvýšenou teplotu. Omezoval tekutiny na minimum, aby nemusel chodit močit tak často.

Igby si myslí, že jeho záněty močových cest nejsou psychosomatickými symptomy.

Mykoza

Podstatně častější výskyt mykozy pozorujeme u žen. Přesto Igby trpěl i tímto symptomem.

Nejčastěji se projevovala zarudnutím a vyrážkou.

Lékař Igbymu předepisoval především masti.

Igby si vzpomíná, že jednou už k lékaři nechtěl, proto mykozu neřešil. Důsledkem zanedbání péče byl puchýř na přirození o průměru přibližně jednoho cm.

Mykoza Igbyho omezovala ve společenském i v soukromém životě. Projevovala se svěděním, pálením a viditelnými změnami pokožky v intimních partiích.

Igby se pohlavnímu styku nevyhýbal, pokud zevní mykotické projevy nebyly jasně viditelné (puchýře, nežádoucí zbledání). Používal prezervativ.

Igby nepovažuje mykozu za psychosomatický symptom.

Angína a bakteriální onemocnění

Igby sám uvádí, že od doby, co začal pracovat jako sociální pracovník, si nevzpomíná, že by byl déle než tři měsíce zdravý. Když neměl potíže s prostatou, skolila ho viróza, nachlazení, chřipka, nebo nejčastěji angína.

Měl teploty, zanícené mandle (později si je nechal chirurgicky odstranit), kašel.

Igby si nemyslí, že jsou jeho angíny a bakteriální onemocnění psychosomatickými symptomy.

Nachlazení, kašel, teplota

Igby často podléhal i těmto onemocněním. Dostatečně se oblékal, nezůstával dlouho v nepříznivém počasí, když zmoknul, rychle se převlékl a zahřál. Igby si myslí, že časté užívání medikamentů a především antibiotik zničilo jeho původní imunitu, proto tak snadno onemocněl.

Protože byl ale nemocný velmi často, snažil se nachlazení a kašel přecházet a pouze tlumil (nejčastěji Coldrexem a Paralenem) projevy onemocnění. Marodit šel až ve chvíli, kdy měl více dní zvýšenou teplotu.

„Jednu dobu jsem byl pořád nastydlej. Půl roku jsem si stříkal Nasivin, až jsem si rozleptal sliznici.“

Igby si nemyslí, že jsou nachlazení, kašel a s nimi spojená teplota jsou psychosomatickými symptomy.

Bolesti zad

Igby byl jakožto bývalý sportovec přesvědčen, že bolesti kloubů ani zad se ho netýkají. Bolesti zad se mu vracely, někdy byly tak úporné, že těžko vstával z postele, snažil se hýbat co nejméně a musel vyhledat lékařskou pomoc. Lékař mu na bolesti zad předepsal Mydocalm. Igby jako řidič užíval tento lék jen v situacích, kdy věděl, že nebude za volantem. Mydocalm ho prý velmi utlumoval.

Igby nenašel psychickou příčinu svých bolestí zad. Nemyslí si, že se jedná o psychosomatický symptom.

„Nebo záda – někdy mě tak bolely, že jsem fakt nemohl z postele. Jako když se ti skřípne nerv. Pak jsem to rozháněl Mydocalmem.“

Bolesti hlavy, třas, zvracení, návaly tepla a zimy, únava, nespavost, nechutenství

Tyto obtíže se u Igbyho spolu s bolestí zad projevovaly ve chvílích zvýšené míry stresu. Igby o nich sám tvrdí, že je většinou způsobilo psychické vypětí, stres, strach, nebo když se dostal do nových situací či dilemat, o kterých nevěděl, jak je řešit.

Igby si myslí, že jeho bolesti hlavy a nevolnosti jsou psychického původu. Ostatní obtíže nevnímá jako psychosomatické, ale spíše jako doprovodný jev.

Při třasu cítil návaly, kdy jen stěží ovládal svalstvo. Tyto návaly trvaly obecně méně, než 10 sekund, vracely se i třikrát do minuty. Pokud Igby nekontrolovatelným třasem trpěl, bylo to doprovázeno silnou tupou bolestí hlavy.

Zvracení nejčastěji doprovázely nevolnosti a často i bolesti hlavy. Igby po vyzvracení cítil úlevu, měl ale problém se zastavením dáivého reflexu. Pokud ke zvracení došlo, nezvracel zpravidla jen jednou.

Návaly tepla a zimy doprovázely silné záněty prostaty a třas. Jednalo se o návaly horkosti, kdy Igby nepocíťoval chlad, přestože měl v mrazu dlouho otevřené okno, naopak při návalech zimy se nemohl zahřát ani ve vaně s teplou vodou.

Igby měl problém s usínáním. Usínal dlouho a pozdě, i když si šel lehnout časně. V noci se budil a ráno se cítil unavený. V důsledku únavy se pak hůře soustředil, déle zpracovával informace a cítil se podrážděný.

Coco:

Ptala jsem se Coco, jestli jí některý z ošetřujících lékařů řekl, že byla její rakovina psychosomatického původu. Sdělila mi, že dochází k psychiatričce, která jí zpočátku předepisovala tlumící léky (Stilnox a Dormicum na spaní, Lexaurin, Quetiapin Mylan a další antipsychotika). Coco se snažila brát tyto léky minimálně, po čase je vysadila zcela. Chtěla je nahradit bylinnou léčbou, která ale příliš nezabírala. Informovala o tom svou psychiatričku. Ta jí doporučila psychologa, ke kterému Coco dodnes dochází. Potom, co mu na prvních sezeních převyprávěla peripetie, kterými prošla, jí on sám nastínil problematiku psychosomatiky s tím, že je možné, že její rakovina je psychosomatického původu. Psycholog Coco podporuje v jejím alternativním způsobu života a kvituje její snahu nahrazovat psychofarmaka přírodními léčivy. Ne vždy je to ale možné. Proto Coco tyto dvě léčby po dohodě s psychologem střídá. Co je však pro můj výzkum podstatnější, je skutečnost, že její psycholog (stejně jako Coco) dodnes hovoří o její rakovině jako o jevu, který má původ v její psyché.

Proto si ve své diplomové práci dovoluji s tímto symptomem pracovat jako s psychosomatickým jevem. Dále budeme hovořit o únavě, nespavosti, nechutenství a bolestech hlavy, kterými Coco trpěla a které rovněž považuje (nejen na základě tvrzení jejího psychologa, který to přímo potvrzuje) za psychosomatické. Bohužel jsem v průběhu šetření neměla k dispozici zdravotní kartu Coco. Jediným mým zdrojem je její výpověď.

Rakovina štítné žlázy

Coco o své rakovině dlouho nevěděla. Lékaři jí odhalili až náhodně potom, co Coco vyvinula tlak na svou ošetřující lékařku a požádala jí o provedení krevního rozboru. V případě, že by tyto testy neobjasnily její obtíže, byla Coco připravená si nové detailnější krevní testy hradit sama. Nicméně i prvotní krevní testy hrazené pojišťovnou odhalily nerovnováhu hormonů a dysfunkci štítné žlázy. Na základě tohoto vyšetření podstoupila Coco mnoho dalších, které potvrdili přítomnost zhoubného nádoru v pokročilém stádiu.

Jevem, který Coco přivedl k lékaři, nebyla rakovina (o které ani nevěděla), ale dlouhodobá silná únava.

Coco si myslí, že její rakovina je psychosomatického původu.

Únava

Díky tomuto příznaku šla Coco na krevní vyšetření, které vedlo k odhalení její rakoviny. Únava vznikala v důsledku špatné funkce štítné žlázy. Tento orgán produkuje hormony, potřebné ke správné funkci metabolismu (tyroxin, trijodtyronin, kalcitonin). Coco byla extrémně unavená právě v důsledku velmi nízké produkce těchto hormonů. Z toho důvodu neměla ani plně funkční metabolismus.

Coco si nemyslí, že je její únava psychosomatického původu, i když vidí spojitost mezi únavou a rakovinou štítné žlázy. Podle Coco se jedná jen o průvodní jev špatné funkce štítné žlázy v důsledku karcinomu.

Nespavost

Rovněž nespavost má nepopiratelný podíl na její únavě. Coco mi během hovoru sdělila, že sice byla velmi unavená, ale potom, co si lehnula do postele, nemohla dlouho usnout. Mnohokrát prý měnila i polohu, často vstávala (na záchod, napít se). Nezřídka kdy odešla z ložnice do obývacího pokoje, kde si četla. Pak šla zpět do ložnice, kde buď usnula, nebo bděla až do rána.

„Tehdy se u mě objevila únava. Nemohla jsem ani moc spát. Lehla jsem do postele a koukala do zdi. Třeba jsem šla do obýváku, chvílku si tam četla a pak zase do postele. Po každé jsem ale neusnula. Myslela jsem si, že ta únava je z toho.“

Během týdne, kdy byla sama v garsonce, své obtíže řešila požitím většího množství alkoholu, po kterém se jí dobře usínalo. Bohužel ani Coco se nevyhnula dopolední kocovina. Proto alkohol kombinovala s bylinkovými odvary a tinkturami (například s tinkturou ze třezalky a silným odvarem ze šalvěje).

Bolesti hlavy

Coco bolela hlava hlavně ráno. Cítila tupou bolest, někdy se jí zhoršilo vidění a byla dezorientovaná. Přesto usedala za volant a odjela do práce. Bolesti hlavy neměla spojené s žaludeční nevolností. Jednalo se skutečně čistě jen o bolest hlavy.

„Vzpomínám si na úporné bolesti hlavy. Brnělo mě celé tělo, viděla jsem rozmazaně a byla jsem celá tak trochu dezorientovaná.“

Coco si myslí, že její bolesti hlavy mají původ v psychice.

„V minulosti jsem bolestmi hlavy netrpěla. Občas mě bolela, ale myslím, že to je normální. Až potom, co jsem se přestěhovala. Hlavně zezачátku. Dlouho jsem nevěděla, jestli jsem udělala dobře. Nejdřív jsem do toho šla nadšeně a věřila jsem, že to má smysl. Jak jsem ale Tonda poznávala víc, nebyla jsem si až tak jistá. Přemýšlela jsem, co všechno jsem kvůli němu opustila. Byla jsem ředitelka MŠ. Přišla jsem hodně peněz, co jsem se přestěhovala. V práci mi nebylo vůbec dobře. Přišla jsem o svoje teplý místočko, a kvůli čemu?“

„Opustila jsem syna a rodiče. Syn byl v depresi, rodiče si beze mě nevěděli rady. Pořád jsem na ně myslela a vyčítala jsem si, že jsme je tam nechala“

„Měla jsem z toho přetlak v hlavě.“

Nechutenství

Coco neměla chuť na jídlo. Když i přes nechut' něco pozřela, nebylo jí z toho dobře. Proto již nic jiného nejedla. Zvracela jen výjimečně. Nechutenství jí přepadalo hlavně po změně bydliště. Coco vyzorovala, že jí nebyvalo dobře po telefonátech se synem. Po čase (asi po dvou letech, co pracovala a žila v jižních Čechách) tyto obtíže ustaly. Až potud bych považovala nechutenství za psychosomatický jev.

„Byla jsem pak otrávená, neměla jsem na nic chuť. Měla jsem problém s jídlem (nejedla). Neměla jsem chuť, a když už jsem něco málo snědla, bylo mi z toho zle celý den. Takže pak už jsem zase nic nejedla.“

Projevily se znovu až v období, kdy byla velmi unavená a po ozařování. Po ozařování je ale nechutenství pochopitelné. Coco si myslí, že nechutenství spojené s dlouhodobou únavou již souviselo s rakovinou štítné žlázy a nemůžeme ho již považovat za psychosomatický jev.

6.3.2 Co si respondent myslí, že zapříčiňuje jeho psychosomatické obtíže?

Igby:

Igby své hypotézy v průběhu hovorů měnil. Když jsem mu připomněla, jakou příčinu konkrétního symptomu mi popisoval minule, nevyločil jí, ale vyslovil novou hypotézu.

V souvislosti s příčinami zánětu předstojné žlázy používá podobná slova. Rozdělila jsem je do skupin dle významu. Při řazení slov jsem vždy brala ohled na užití slov v kontextu a na vnitřní podobnost jejich významu s významem názvu skupiny, do které jsem je nakonec zařadila. Proto mám například ve skupině méněcennost slovo méněcenný zastoupeno méněkrát, než je celkový počet slov v této skupině. Stejně je tomu tak i ve zbývajících dvou skupinách.

Tímto způsobem jsem nakonec získala tři skupiny, kam jsem zařadila nejčastěji použitá slova a slovní spojení a do kterých jsem sloučila skupiny s podobným významem. Zbylé skupiny, které jsem do finálních tří nezařadila, ve svém výzkumu pomímám. Počet slov zařazených do všech nepoužitých skupin je v porovnání s počtem slov nebo slovních spojení ze tří konečných skupin velmi malý.

1. Skupina: Méněcennost a vina
2. Skupina: Nestabilita, nedůvěra
3. Skupina: Identifikace

Méněcennost a vina:

Igby trpěl méněcenností a viny v důsledku rozchodu a především rozvodu jeho rodičů. Měl obavu, aby ho jeho spolužáci a přátelé z fotbalu brali pořád stejně. Záleželo mu na tom, aby před ostatními obstál. Ve sportu se ale prohrám nemohl vyhnout- zákonitě k nim muselo docházet. Igby si bral prohry osobně.

„Měl jsem obavu, aby mě kluci brali pořád stejně, jako předtím. Snažil jsem se, aby na mě nic neviděli, ale moc mi to asi nešlo.“

„Tehdy mi hodně záleželo na tom, abych před ostatními obstál. Třeba ve fotbale jsem ty prohry bral hodně osobně. Ale bylo to tak třeba i ve škole. Měl jsem pocit, že všichni vidí, co se stalo a že jsem pod nějakým drobnohledem. Snažil jsem se, aby ty moje nedostatky prostě nebyly vidět.“

„Nedařilo se mi. Ani doma, ani ve škole. Na co jsem sáhnul, to prostě nevyšlo. Byla to prohra za prohrou. A já se pořád tak nějak snažil aspoň si udržet tvář. Bylo mi trapně.“

Provázeli ho i povíčky viny jednak za to, že ho „otec nechtěl“ a jednak za to, že nedokázal pomoci matce těsně po rozchodu. Rozchod rodičů nebezprostředněji dopadl na Igbyho sestru, která byla podle jeho slov „mimo“. Igby ale nevěděl, jak s ní o tom komunikovat. Sestra se sama o problému musela začít bavit sama.

„Říkal jsem si, jestli to není moje vina, že nás táta nechce. Byl jsem malej... taky mě trápilo, že máma měla po rozchodu depku. Snažila se nás zajistit a tak, ale sama na tom nebyla psychicky dobře. A vlastně čím déle bylo od jeho odchodu, tím horší ty depky měla. A já jí s tím nemohl pomoci. Nepomohl jsem ani ségře. Ta by to tehdy potřebovala asi nejvíc. Nakonec ale sama přišla, a začala o tom mluvit. Docela jí to trvalo.“

Pocity méněcennosti změnily jeho schopnost evaluace. Igby si myslí, že má sníženou schopnost sebeúcty. Podceňuje se a nové situace vnímá a priori negativně. Ještě než začne novou situaci řešit, už ví, že jí nezvládne. Mnohdy tomu tak skutečně bylo (osobní sdělení).

Potom, co se jeho otec vrátil k rodině a znovu je opustil, se Igby stáhl do sebe. Mnoho emocí prožíval sám a nikomu je nesdělával. S druhými příliš nekomunikoval. Protože své prožitky nekonzultoval, mohl porovnávat jen se svou představou o reálném světě, nikoliv se skutečností. Vnitřní tenze uvolňoval při poslechu depresivní elektro hudby a pravidelně se opíjel. Jeho promiskuitní život také naznačuje, že cítil potřebu zvyšovat si sebevědomí.

„Máma si chtěla povídat. Jenže já když jsem přišel domů, šel jsem se natáhnout, nebo jsem si pustil muziku. Máma mi pořád chodila do pokoje a snažila se navazovat. Ale já jsem moc nechtěl. Chtěl jsem hlavně klid.“

„Na jednu stranu jsem nechtěl být sám. To je jasný. Ale na tu druhou jsem si k sobě neuměl nikoho pustit. Asi jsem se i bál, že bych jí měl rád a ona mě opustila a já zůstal zase sám. Ale byl jsem mladej a holky na mě docela šly i samy. Tak jsem to nechal plynout. Vyzní to hnusně, ale měl jsem dobrej pocit, že o mě tolik holek stojí. Trochu jsem si tím asi i zvyšoval sebevědomí. Nikomu jsem nic nesliboval- věděly, do čeho jsou. A stejně šly. To by udělalo dobře přece každému chlapovi. Nedělal jsem to s tím úmyslem, ale nakonec to prostě tak vyšlo. Časem mi ale došlo, že to tak není správný. Sice jsem občas s někým byl. To, že to ale netrvalo, jen prohlubovalo tu moji samotu“

V dospělosti Igbyho trápilo srovnání s partnerkou, která vykonávala stejnou práci bez problémů, zatímco Igby měl s touto prací čím dál tím větší problémy.

„Docela se divím, že jsem jí to neznechutil (výkon práce). Protože vždycky když jsem o tom mluvil, tak to nebylo v dobrém. Ona to ale zvládala. Nerozuměl jsem tomu.“

A nevyhnul se ani dalším srovnáváním. V době, kdy měla jeho sestra děti a bydlela s manželem, Igby bydlel stále u matky a neměl stálý funkční vztah. Jeho vrstevníci postupně zakládali rodiny a osamostatňovali se, zatímco Igby byl závislý na matce a neměl stálou partnerku. Ani finančně nebyl Igby samostatný. Přestože vydělával, byla částka tak malá, že z ní mohl jen těžko našetřit, přestože bydlel u matky. Zde je další prostor pro srovnání s vrstevníky kolem 30-ti let.

„Ségra už byla vdaná, měla dítě a já neměl nikoho a bydlel jsem u mámy.“

„Z těch peněz jsem si našetřil na to nejnnutnější. Moc mi nezbývalo“

Igby se výrazně podceňuje. Také v životě neriskuje. Podle svého úsudku není tak dobrý jako ostatní, nechce prohrávat a hlavně u proher nechce být viděn. Proto se do mnoha věcí ani nepouští. Když se do nich pustí, nedodělá je, když je dodělá, jen po mnoha odkladech a na pokraji sil. Do nových situací se pouští už s tou myšlenkou, že je nezvládne. Přitom se často jedná o aktivity, které jsou pro ostatní přirozené a nestresují je. Tato „neschopnost“ jen upevňuje jeho nízké sebevědomí s pocity méněcennosti, přestože z nich vlastně pramení. Podle Igbyho jeho pocity méněcennosti pramení v rozvodu jeho rodičů. (osobní sdělení)

Nestabilita, nedůvěra:

Po prvním otcově odchodu je pochopitelné, že Igby pociťoval značnou nestabilitu. A to nejen kvůli tomu, že se mu počet záchytných bodů (rodičů) snížil ze dvou na jeden, ale také proto, že důvěřoval někomu, kdo ho zradil. Pro Igbyho je dodnes složité někomu důvěřovat. Navíc – když Igby přijal fakt, že otec žije jinde a s někým jiným, znovu se s matkou dali dohromady a následně se znovu rozešli. To ještě posílilo jeho neukotvenost.

„No já jsem byl teď hlava rodiny. Pamatuju si, že jsem si říkal, že jsem teď jedinej chlap v rodině a že budu mámě pomáhat, než se táta vrátí. Ale postupem času to ve mně začalo hrozně kysnout. Byla to od něj hrozná zrada. Vůbec o nás neměl zájem. Já jsem ho měl za hroznej vzor.“

Igby byl v dospívání nestabilní ve svém jednání. Do jisté míry ho dříve limitovala jeho rezistence- nechtěl jednat, jako jeho rodiče. Často nejednal tak, jak by sám chtěl. Snažil se věci dělat přesně naopak, než rodiče. Přestože by v mnoha případech bylo rozumné přejmout model chování jednoho z rodičů a Igby to věděl, vědomě nejednal správně a narazil. Časem své jednání musel přehodnotit.

„To je ale asi přirozený, ne? Snažil jsem se věci dělat naopak. Když nade mnou máma stála, že se špatně učím, tak jsem si řekl, že se najust na to vykašlu a nechal jsem si dát pětku. Jenže na konci roku se mi to samozřejmě hodně nevyplatilo a prostě jsem musel zabrat. Ale to už jsem věděl, když jsem to bojkotoval, že na to dojedu. Ale prostě jsem hrozně nechtěl dělat, co říkali.“

Igby je ve vztazích nedůvěřivý. Těžko si hledá nové přátele. Udržuje kontakt s kamarády z fotbalu, s novými lidmi navazuje spíše známosti. Igby přiznal, že nemá nikoho, komu by skutečně důvěřoval. Ví, že partnerské i přátelské vztahy jsou relativní a že mohou skončit, bez ohledu na to, jak moc se je bude snažit udržet. (osobní sdělení)

„Byl jsem hodně nedůvěřivej. Nikoho jsem si k sobě nepustil“

Do této skupiny slov jsem zařadila často užívaný termín nejistota. Igby přiznává, že teď, v dospělosti, je velmi nerozhodný a myslí si, že jeho nerozhodnost pramení právě z období otcova prvního odchodu. Igby nemá nikoho, komu by skutečně důvěřoval. Přestože mu matka i otec v nouzi nejednou pomohli, on jejich pomoc nepovažuje za něco, co v nouzi automaticky přijde, ale spíš za něco, co může, ale nemusí přijít. (osobní sdělení)

Igby se bojí velkých rozhodnutí. Často mění svá stanoviska. Faktor determinace (udělám něco, co nemohu vzít zpět), je pro něj natolik děsivý, že se v běžném životě závazkům vyhýbá. Kloní se spíš k polovičatým řešením, které situaci neřeší, ale jen tlumí. To, že je jeho řešení neefektivní jen upevňuje pocity méněcennosti. Jako příklad uvádím jeho dilema při výběru ze dvou pracovních pozic, na které byl přijat.

„Vzal jsem si u obou zaměstnavatelů týden na rozmyšlenou. V té první práci bych dělal s přistěhovalci. V podstatě takové poradenství pro přistěhovalce. V té druhé šlo o práci s pěstouny a s dětmi v pěstounské péči. V neděli večer (v pondělí měl obvolat oba

zaměstnavatele a informovat je, jestli u nich nastoupí, nebo ne) *jsem vůbec netušil, co si vybrat.* “

„Připadal jsem si fakt jako blázen. Nemohl jsem se rozhodnout. Jak jsem volal, že беру ty přestoupy tak se mi ulevilo. Zánět mě sice nepřesel (zánět prostaty), ale zuby povolily. Jenže pak to ve mně začlo hlodat. Já si přehrával ty nejhorší scénáře, co by se mi tam mohlo stát a tak. Vůbec jsem si nebyl jistý, že jsem udělal dobře. Tak jsem vzal to druhý. Jenže tam byl ten nástup tak brzy... musel jsem z toho vycouvat. Tak jsem se nakonec vrátil k původnímu rozhodnutí.“

Identifikace:

Igby na dlouhou dobu ztratil vzor (otce), se kterým se mohl jako chlapec identifikovat. S otcem se sice vídali, ten již bohužel neplnil spolehlivě a bezvýhradně funkci otce. Od jeho prvního odchodu se Igbyho vztah změnil, stal se nevyjasněným, ambivalentním. Igby k ideálu o otci utíkal, když se například neshodl s matkou, na druhou stranu věděl, že nekoresponduje se skutečností a že ho otec zradil. (částečně osobní sdělení)

„To bylo hrozně fajn, když jsme byli s tátou. Bral nás na výlety. Jezdili jsme i s mámou na zahradu a dělali jsme burty. Já jsem se na něj těšil. Ale ten vztah už byl takovej ambivalentní. Na jednu stranu jsem ho měl rád a věřil jsem mu, ale na druhou už tam byl takovej odstup. On už žil s jinou ženskou a nás měl jen tak na sobotu, na neděli.“

Igby se chtěl identifikovat s dědečkem (z matčiny strany). To byl jeho jediný mužský vzor. Igby přiznává, že spolu trávili příliš málo času na to, aby mohl dědeček plně zastoupit otce a připouští, že ani kdyby spolu trávili celé dny si není jistý, jestli by otce někdy zastoupit mohl.

„Táta mi chyběl. Jsou prostě některý věci jen mezi tátou a synem. Sblížil jsem se s dědou. Ten mi tátu do jistý míry nahrazoval.“

Igby měl prý v porovnání s vrstevníky více dívčích vlastností. To vedlo ke zmatení. Cítil, že je něco v nepořádku, ale nevěděl si s tím rady. Igby si myslí, že je to tím, že ho vychovávala hlavně matka. V dospívání se Igby matky ale spíše stranil. Igby se nechtěl identifikovat s matkou. Protože s ní trávil většinu dětství a dospívání, naučil se krom jiného i ženskou pečovatelskou roli. Igby si myslí, že to, že vykonává práci sociálního pracovníka, souvisí

právě s tím, že ho vychovávala hlavně matka. Igby připouští, že má dodnes v porovnání s vrstevníky více typicky ženských vlastností, nemyslí si ale, že by to bylo na úkor těch mužských. Přisuzuje to matčině výchově.

„Ve škole mě učitelky chválily za úpravu sešitu. Psal jsem úhledně a podtrhával pastelkama to důležité. Štvalo mě to. Byl jsem trochu holčičkoidní. Kluci se mi pošklebovali. Ale nevěděl jsem, co s tím. Asi jak jsem vyrůstal s mámou, podědil jsem hodně jejich vlastností. To mi asi trochu zůstalo do dneška. Ale nemyslím si, že by to bylo na škodu nebo na úkor... (dále se jedná o osobní sdělení).

Igby v dospívání uvolňoval vnitřní tenze při poslechu depresivní hudby. Našel si dva kamarády, se kterými stylem oblékání napodobovali Depeche Mode. Zmiňuje inklinaci k této skupině, protože jejich hudba vyjadřovala jeho pocity- při poslechu jako by je vyjadřoval, a jejich styl byl líbivý. Odlišoval se. Igby se také cítil být odlišným. Přejal způsob jejich oblékání a vystupování, protože to nejlépe vystihovalo jeho samotného. Mohl tím vyjádřit, co nechtěl říct. Uvědomoval si ale, že toto není vztah, ze kterého by mohl přijmout nějaké hodnoty či životní postoje. Jednalo se prý jen o napodobování a jakýsi ventil emocí. Tato inklinace protínala prakticky celé jeho dospívání.

„S klukama....(uvádí jména) jsme šli hodně do Depeche Mode. Nosili jsme černý věci, okovaný nákrčníky, výrazný vlasy a tak.“

„Bavilo mě to. Byl to takovej ventil. Ta hudba vyjadřovala přesně, jak jsem se cítil, aniž bych to musel někomu říkat.“

„Připadal jsem si jinej. Chtěl jsem vypadat jinak.“

„Nesnažil jsem se být jako David Gahan (zpěvák Depeche Mode). Snažil jsem se tak jenom vypadat.“

Igby se ve vztazích cítí být tím dominantním. V partnerském vztahu se utvrzuje o své mužské roli a chce, aby partnerka zastávala roli ženskou. Sám ale připouští, že hranice mužských a ženských rolí může mít posunuté, právě proto, že nevyrůstal s oběma rodiči, ale jen s matkou.

Igby si myslí, že jeho obtíže s předstojnou žlázou jsou psychosomatického původu. Záněty mu komplikují běžný i intimní život, týkají se jeho mužství. Igby si myslí, že příčinou je nejasné pojetí jeho mužské role v kombinaci s nízkým sebevědomím a zvýšeným stresem. Dalším faktorem je podle Igbyho i nízká míra sebezpřijetí. Příčinu zmatení rolí vidí v odchodu otce. Nízkého sebevědomí a nízká míra sebezpřijetí pramení z jeho domnělých neúspěchů, které ale rovněž přímo souvisí s rozvodem rodičů. Stres je pak důsledkem vykonávání náročné práce, kterou nezvládá.

Psychickou příčinu vidí i u nevolnosti a bolestí hlavy. Podle Igbyho se jedná o reakce na stres. Vypozoroval totiž, že ho oba symptomy provázejí ve stresových situacích. Vidí souvislost mezi stresem, bolestmi hlavy a nevolnostmi. To dokazuje i graf v příloze č.1.

Igby vidí příčinu dalších zdravotních obtíží – angíny, bakteriálních onemocnění, častých nachlazení, kašle či teploty především jako důsledek dlouhodobého užívání široké škály léčiv, které mu – podle jeho slov, „*zlikvidovaly imunitu*“. Kvůli tomu se jeho organismus nedokáže adekvátně bránit a Igby snadno onemocní. Psychosomatické příčiny v tomto případě nehledal.

Igby si myslí, že u zrodu jeho psychosomatických symptomů i zdravotních obtíží stála kombinace více negativních faktorů. Totiž osobnostní předpoklady (zdeformované rozvodem rodičů) a dlouhodobý stres, který postupem času eskaloval až za hranici únosnosti. Igby se zamýšlí nad skutečnými příčinami tak extrémního stresu.

6.3.1.2 Coco:

Jak jsem již uvedla, Coco si myslí (a její psycholog to nerozporuje), že skutečnou příčinou její rakoviny je dlouholetá psychická nepohoda, přemíra stresu související s neuspokojivým osobním životem, přetížením a absencí příležitosti k odpočinku.

Coco nepopírá, že pije a pila alkohol a kouřila tabák. Myslí si, že příčina potřeby kouřit a pít nicméně rovněž spočívá v dlouhodobé psychické nepohodě a uznává, že i tyto faktory mohly mít na vznik onemocnění vliv. Coco si myslí, že se jedná o souhru nezdravého životního stylu a dlouhodobé psychické nepohody, přičemž podíl psychiky na rakovině je podstatně vyšší než nezdravého životního stylu.

Stejně jako v předchozí případové studii jsem si i u Coco vytvořila skupiny, kam jsem slučovala slova a slovní spojení s podobnými významy, které se v rozhovoru objevovaly. Dále

jsem sloučila skupiny s obdobnými významy. Zbylá klíčová slova a sdružující skupiny, které nebylo možné smysluplně přiřadit, nebudu zohledňovat. Počet slov v nezařazených skupinách je v porovnání s počtem klíčových slov a slovních spojení s následujícími skupinami podstatně nižší.

Výsledek bych rozdělila do následujících skupin:

- a) Predispozice z dosavadního života
- b) Dopad změny prostředí na psychiku
- c) Dopady soužití s novým partnerem
- d) Změna vztahu se synem v důsledku změny dříve společného prostředí
- e) Změna vztahu s rodiči v důsledku změny dříve společného prostředí
- f) Změna psychického stavu v důsledku změny pracoviště
- g) Přetížení a vyčerpání

Predispozice z dosavadního života

Dle četnosti použitých slov a slovních spojení s podobným významem Coco nejvíce trápily následující skutečnosti:

- matka nechtěla děti, Coco byla nechtěná (pocity méněcennosti, pocity viny, nízká sebeúcta, neschopnost sebezpřijetí, snaha obstát za všech okolností)

„Já se nedivím, že máma nechtěla děti. Ale jak mi to začla vyprávět... Dlouho to ve mně leželo. Vlastně dodneška. Jsem nechtěná. Máma mě nechtěla. To je přece strašný, když zjistíš, že tě tvoje vlastní máma nechce! Narušilo to celý náš vztah. Já se na ní za to nezlobím. Ale dlouho jsem nevěděla, komu vlastně patřím, když mojí mámě ne, protože mě nechce.“

- inklinace k mužnému chování

„Styděla jsem se, že jsem holka. Jako ženská jsem nestála za nic.“

„Měla jsem spíš kamarády, než kamarádky. Kluci mě brali jako jednoho z nich.“

„Chtěla jsem být tím nejsilnějším z nich.“

- vztah s prvním manželem (fyzické i psychické týrání, ponižování, vydírání, výhrůžky, násilí na synovi ze strany otce)

„Pak jsem otěhotněla, narodil se malý Pišta. To si nedovedeš představit, jak ho terorizoval. Vyhazoval mě z postele, ať si jdu kojít jinam, že Pišta mlaská. Když večer plakal, přikryl ho vaničkou, že ho nebude poslouchat. Říkala jsem mu, že se tam udusí. A on na to, ať se klidně udusí, jen ať je zticha.“

„Mě nadával, ponižoval, nic jsem neudělala dobře. To byl konstantní teror.“

„Ted' když to tak vezmu, tak mi to přijde úplně neuvěřitelný, co jsem všechno vydržela. Do mě se toho vejde hrozně moc. On do mě pořád šel a já mu skoro ještě poděkovala! Jednou jsme se zhádali kvůli Pištovi. Šel na mě. Měli jsme skříň odtaženou kousek od zdi, tak jsem se schovala do té díry. Vzal si krabici s foťákem a začal do mě tlouct stativem. Až si zlomil ruku. To mě zachránilo. Nemohla jsem vylézt. On by mě tam normálně umlátil.“

- depresivní syn (dávala si to za vinu, měla o něj strach)

„Jednou za mnou Pišta přišel, to mu mohlo být tak 12 let a říká mi: Mami, já bych se zabil, kdybych neměl tebe. Já nechci žít. Kdybych neměl tebe, tak bych se zabil. To mě zlomilo.“

- neúspěch v hledání nových partnerů (frustrace, strach z dalších vztahů)

„Já už jsem ani nikoho nechtěla. Bylo mi sice smutno, ale už jsem nechtěla riskovat, že si najdu zase nějakýho magora.“

- pocity viny (nezajistila synovi dobré dětství, její matka jí původně vůbec nechtěla)

„Zařídila jsem Pištovi moc pěkný dětství.“ (ironie)

- snaží se zvládat příliš mnoho věcí, přetěžuje se

Dopad změny prostředí na psychiku

Svobodomyšlná Coco odjela z velkého města na maloměsto. Těžko se sžívá se zákonitostmi života na maloměstě. Chybí jí anonymita. Byla zvyklá chovat se na veřejnosti přirozeně a nepřetvařovat se. To na maloměstě bohužel není možné (podle jejího názoru). Změnu prostředí hodnotí zpočátku negativně.

Dopady soužití s novým partnerem

Coco dlouho pronásledovaly vize, že se Tondo bude chovat stejně, jako předešní partneři. Dlouho se s ním necítila bezpečně, byla ostražitá, čekala útok. Potom, co se k Tondovi

nastěhovala, zjišťovala, že jsou v mnoha věcech rozdílní a že se jeden druhému musí přizpůsobit. To pro ní bylo přijatelné, ale nebylo to snadné.

Coco špatně nesla, jak Tonto smýšlel o své bývalé ženě. Byla pro něj stále příliš důležitá a Tondo se od ní nedokázal odpoutat. Coco si nebyla jistá, jestli udělala dobře, že se přestěhovala, když Tondo myšlenkami stále směřoval k bývalé ženě.

Změna vztahu se synem v důsledku změny dříve společného prostředí

Syn brzy po jejím odjezdu zhubnul asi 10kg. Přestal o sebe pečovat, chtěl se zabít. S matkou si pouze volali, dlouho se neviděli. Pišta se dlouhé roky dostával z deprese. Pronásledovala ho touha se zabít. Coco o něj měla strach, často na něj myslela. Kontrolovala ho alespoň častými telefonáty. Mrzelo jí, že zajistila synovi traumatizující dětství, kvůli kterému má potíže i v dospělosti. Rovněž jí zneklidňovala skutečnost, že Pišta neměl partnerku. Potom, co se přestěhovala, měla o Pištu skutečně strach.

Změna vztahu s rodiči v důsledku změny dříve společného prostředí

Rodiče dceru velmi postrádali. Matce byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Otec se o ní staral, ale všichni tři věděli, že časem bude mít s péčí problémy. Otec byl po mrtvici, matka měla Alzheimerovu chorobu. Otec byl na Coco silně fixovaný. Často jí často volal a stěžoval si, jak se jim těžko žije a že si není jist, jak dlouho bude péči o matku zvládat. Rodiče se nakonec Coco dohodli, že prodají současný byt a koupí si nový v jižních Čechách, aby si byli nablízku. Coco měla s rodiči starosti.

Změna psychického stavu v důsledku změny pracoviště

Změna práce nebyla pro Coco příznivá ani v otázce peněz, v klientele ani v kolektivu.

„Byla jsem zvyklá z předchozí práce, že si navzájem pomáháme, že mám v práci přátele a ne, že si tam budeme dělat naschvály. V MŠ to pro mě bylo místo, kam jsem chodila ráda. A Chtěla jsem si takové vytvořit i tady. Ono to může hodně pomoci, když má člověk nějakou osobní krizi a přijde si do práce vlastně odpočinout. Ale tedy bych si neodpočinula ani na minutu.“

Finančně si výrazně pohoršila. Dostala problémové klienty s výrazným mentálním deficitem. Trvalo jí dlouho, než zjistila, jak s konkrétními klienty jednat. Učila se metodou pokus omyl. S novým pracovník kolektivem si vůbec nerozuměla. Aby v něm mohla vůbec existovat, přetvařovala se, snažila se vytvořit iluzi, že je někdo jiný. Rovněž pracovní doba byla nová a pro Coco bylo těžké, si zvyknout. Měla denní i noční směny. Sloužila 8, ale i 12 hodin.

Coco se potýkala i s malou motivací, neboť pokroky klientů byly velmi pozvolné. Brzy po nástupu ztratila motivaci ke kvalitnímu výkonu práce. Výsledky byly i při největším úsilí stále mizivé. Krom toho v práci vydávala mnoho energie. Klienti vyžadovali permanentní péči a maximální ostražitost. Také vedoucí brala svým negativismem a tolik energie, že pro vlastní život nezbylo už vůbec nic.

Přetížení a vyčerpání

Coco prožila mnoho krizí. Vždy je však překonala. Tentokrát se ovšem dostala do situace, kdy nebyl únosný stav ani v jedné z oblastí jejího života a ona netušila, jak dlouho bude muset ještě vydržet. Byla bezradná a vyčerpaná.

„Pořád jsem jenom hasila ohně. Když jsem se pověnovala jednomu, musela jsem ubrat tomu druhému. Všichni ze mě pořád jenom brali. Já ale taky neunesu všechno. Vydržela jsem to sedm let a pak mi tělo dalo stopku. Rakovina“

„Já už jsem byla tak vyčerpaná, že se mi nechtělo žít. Věděla jsem, že takhle to nemůže jít dál. Že se musí něco stát. Pro normálního člověka to bylo nepředstavitelné. Rodiče na mě viseli. Pišta na mě visel. V práci to byla hrůza! Klienti mi brali tolik energie. A nemohla jsem se před nimi schovat. To bylo tak, že odejdeš na minutu na záchod a když tam s nimi nikdo jiný nebyl, našla jsi je pomazaný všim možným, jak se válí na zemi a lížou si podrážky. Vedoucí ze mě vysála tu poslední kapku. Od rána do večera – všechno je špatně. Takovýho pesimistu jsem v životě nepotkala. Tondo měl svůj duševní život a bývalku. Ten mi zpočátku oporou nebyl. Nikdo mi s ničím nepomohl, Všichni jenom brali.“

„Lehla jsem si servaná do postele a začla jsem brečet. Byla jsem nešťastná. Úplně vyčerpaná. Zní to jako nesmysl, ale já jsem ani nemohla usnout! Přitom jsem byla úplně hotová. Neměla jsem na nic chuť. Nic mě nebavilo. Nespala jsem. To trvalo třeba půl roku. Měla jsem úplně černý kruhy pod očima. A nikoho to nezajímalo.“

„Já jsem za tu rakovinu ráda. Fakt. Jsem ráda, že jsem se vyléčila. Ale jsem taky ráda, že se mi to stalo. Protože já bych jinak ten svůj život neuměla změnit. Pořád bych to odkládala, až bych padla. Takhle jsem si řekla dost, žádný umírání nebude. Jak jsem se dozvěděla, že asi umřu, chvíli mi to trvalo, ale hodně věcí jsem přehodnotila. Ted' jsem si udělala čas jenom já

pro sebe. Ted' jsem já potřebovala pomoci. Už jsem nemohla dávat. Ted' jsem já potřebovala, aby se o mě druzí starali. Musela jsem si to tak zařídit.“

6.3.3 Myslí si respondent, že na vznik jeho psychosomatických obtíží měl klíčový vliv jeho osobní / rodinný život, nebo si myslí, že měl klíčový vliv výkon pomáhající profese?

6.3.3.1 Igby:

Igby vnímá souvislost svých obtíží se změnami na pracovišti. V rozhovoru mi tuto skutečnost mnohokrát potvrdil. Dle Igbyho slov jsou jeho obtíže způsobeny jednak nevyjasněnými rodinnými záležitostmi, jeho osobnostními dispozicemi a také vysokou mírou stresu v rodině i v práci, ke které přispívají i nežádoucí změny na pracovišti. O práci s lidmi s fyzickým omezením a mentálním deficitem mi řekl:

„Vedoucí si sestavila kolektiv z lidí, kteří s ní souhlasili. Kdyby nás tam bylo víc, co jsme jí řekli občas něco proti, tak bych asi nebyl tak ve stresu. Ta její nevraživost by se i rozdělila mezi víc lidí. Prostě si sestavila tým ze svých přívrženců a pro mě tam najednou nebylo místo. Což mi taky nezapomněly dávat vědět.“

Napadlo mě, že když byl Igby nespokojen v tolika oblastech svého života, jestli by mu vůbec ještě pomohlo, kdyby byla situace v práci v souladu s jeho představami.

„Ta práce byla takovej katalyzátor. Tak v práci trávíš minimálně 8hodin svého času, což není málo. Kdyby to bylo v pohodě aspoň tam, asi bych se dostal do toho stavu (v jakém byl po odchodu ze stacionáře) později. Nebo vůbec. Ale na mě je ten tlak odevšud. Já nemám chvíli oddechu. Ale jestli se ptáš, jestli by mi pomohlo, kdyby to bylo v práci v pohodě, tak jo, pomohlo, ale spíš by mi to všechno oddálilo. Mě by hlavně pomohlo, kdybych tehdy nebydlel u mámy a měl třeba přítelkyni, nebo aspoň kámoše, se kterým bych si rozuměl“

Pro dokončení Igbyho případu uvádím, že se nakonec od matky odstěhoval. Koupil si byt, na který si vzal půjčku. Jeho zdravotní stav se však zlepšil jen na chvíli. Igby byl od stěhování asi dva měsíce zdravý, pak se mu symptomy vrátily. Igby se sužuje myšlenkou, že si na byt musel půjčit od banky. Má z tohoto závazku velké obavy. Kvůli svým obtížím, respektive kvůli častému zdravotnímu volnu si zneprátelil kolegy v nové práci. Jeho nové pracoviště se pro něj znovu stává místem, kde nechce trávit svůj čas. Uvažuje o tom, že se znovu nastěhuje k matce.

6.3.3.2 Coco:

Coco vidí souvislost mezi svou prací a onemocněním. Dále ovšem uvádí, že hlavní příčinou jsou ony predispozice z dětství a z neúspěšných vztahů. Podle Coco by k onemocnění došlo i kdyby byla v práci spokojená. Její způsob života byl totiž příliš náročný a dlouhodobě neudržitelný. Bez ohledu na práci by se prý stejně dostala do situace, kdy jí tělo zkolabuje a ona bude muset zastavit. Nepříznivá situace v práci tento kolaps pouze urychlila.

„Podstatnější byly ty změny v posledních letech před onemocněním. Bylo jich hodně a byly to zásadní životní změny. Já už jsem toho měla dost z minulosti. S mnoha věcmi jsem se nevyrovnala. A pořád jsem na sebe nakládala nové a nové věci, které jsem ale taky všechny neuzavřela. Nebylo to snadné se od všech odštíhnout a začít žít jinde, s někým jiným. I když jsem ho měla ráda. Ono by mě to stejně doběhlo.“

„Kdybych se mohla schovat alespoň v práci, bylo by to fajn. Asi by trvalo déle, než by to propuklo. Ale myslím, že hlavní příčinou nebyla práce. I když tam to byl taky extrém.“

„Kdybych měla vyřešený osobní život a hroznou práci, tak bych to ustála. Ale to, co jsem si táhla z minulosti, jsem nemohla ustát, ani kdybych měla slunečkovou práci. No a já na tom psychicky nebyla dobře a ještě jsem to měla špatné v práci. To nemohlo dopadnout jinak.“

Zeptala jsem se Coco, jestli to chápu správně, že podle ní byla hlavní příčinou jejího onemocnění špatná minulost a nepříznivá situace v práci se na vzniku onemocnění podílela jen dílčí měrou. To mi Coco potvrdila.

Zeptala jsem se, jestli si i její psycholog myslí, že za rakovinou stojí špatné vztahy z minulosti. I to mi potvrdila. Diskuse na toto téma je prý hlavní náplní jejich hovorů.

Zeptala jsem se, co si myslí její psycholog o vlivu její poslední práce na vznik nádoru. Coco mi řekla, že její práce není ústředním motivem jejich hovorů a že pokud by mi z jejich sezení měla udělat nějaký výstup, pak mi musí zopakovat původní tvrzení – tedy že špatná situace v práci se na vzniku její rakoviny podílela jen dílčí měrou a že hlavní příčinou je špatná psychika v důsledku dlouhodobě špatných vztahů, které udržovala- až už s partnery, nebo sama se sebou.

Pro dokončení příběhu- v roce 2007 se provdala za Tonda. Našli si chalupu na vesnici, kterou opravili. Dnes na ní žijí spolu s rodiči Coco. Od roku 2011 pracuje jako vychovatelka v ZŠ.

Coco je v týdnu ve své městské garsonce. Na chalupu se za rodiči a manželem vrací jen na víkend a o prázdninách.

Syn Pišta si našel partnerku, se kterou má syna. Jeho partnerka byla z Vysočiny. Přestěhoval se za ní.

Coco je v současné práci spokojená. Má sice roztržitou pracovní dobu, bydlí ale velmi blízko škole. Proto jí to nevadí. Má prázdniny, finančně si nestojí špatně, někteří žáci jsou problémoví, ale s většinou si rozumí. Opět pracuje s dětmi, což jí vyhovuje. Tuto práci vykonávala většinu svého života, těší jí a ví, že jí dělá dobře. S kolegy v práci vychází vesměs dobře.

Aby si Coco udržela práci vychovatelky v ZŠ, vystudovala vysokou školu. Studium jí uspokojovalo, proto zvažuje možnost dalšího studia.

Stále se schází jak se svými esoterickými přáteli. Tráví s nimi víkendy v přírodě, provozují své rituály. Přes léto staví na zahradě jurtu, kde se scházejí, kde spí, jí, hrají hry, meditují a kde společně tráví volný čas způsobem jim nejpříjemnějším.

Coco se naučila stanovit si hranice a nepřekračovat je. Práce, péče o rodiče a soužití s manželem jí zaměstnává maximálně, jak dokáže zvládat. Naučila se říkat lidem ne. Žádné další závazky si nenechává přiřknout.

7. Diskuze

Snahou při vedení empirického šetření bylo získat deskripci toho, jaké psychosomatické symptomy a zdravotní obtíže trápí dvojici respondentů – pracovníků v sociálních službách, v čem si respondenti myslí a že spočívá psychická příčina jejich symptomů. Zároveň mě zajímalo, zda probandi spatřují klíčový vliv na vznik symptomů v důsledku výkonu pomáhající profese, nebo jestli si myslí, že klíčovým faktorem pro vznik jejich obtíží byla rodinná situace a jejich osobní život.

Jelikož je výzkumné šetření uchopeno kvalitativně, a rovněž i s ohledem na počet respondentů nelze zjištěné výsledky v žádném případě chápat jako zobecnitelné na širší populaci. Smyslem výzkumu a také mou snahou bylo poukázat na dva konkrétní případy, pracovat komplexně s jejich životy a získat tak skutečný vhled do osobní historie a zkoumané problematiky s ní spojené. Také proto byla velká část mého empirického výzkumu věnována jejich osobnímu životu a nástinu toho jak oni samy chápou a prezentují svůj život v jednotlivých obdobích.

Při širším zájmu o téma psychosomatiky pro mne byla překvapivá zjištění, že i mimo můj vlastní výzkum, byly i v jiných šetřeních věnujících se problematice, popsané stejné symptomy.

Například Konečný (jeho kazuistiku uvádím v teoretické části) ve své kazuistice o psychosomatických obtížích zmiňuje urologické problémy a pánevní bolesti, jejich příčinu spatřuje v psychické oblasti podobně jako můj respondent. V Kratochvílově studii nechybí ani další z témat probíraných i v mém výzkumu – tedy rozvod rodičů a s ním spojované o psychické obtíže. Kratochvíl rovněž definoval u klienta pocity viny a nedostatečnosti spojené s rozpadem rodiny a skutečnost, že klient sám sebe vidí jako nedostatečného a pochybuje o svých kvalitách.⁴³

⁴³ KONEČNÝ, M., Mudr, *Kazuistika úspěšné psychofarmakoterapie u chronické prostatitidy a uretritidy u 32letého muže*, Psychosom, ročník V/2007, číslo 6,, ISSN:1214-6102

Diskuzi vnímán jako vhodný prostor pro reflektování výzkumných zjištění. Oba respondenti měli nesnadné dětství a komplikovaný vztah s rodiči, což je ale pro mne osobně překvapivé, že právě tyto skutečnosti vnímali oba jako možnou příčinu svých současných potíží. Osobně si nicméně nemyslím, že každý, kdo nemá urovnané vztahy k rodičům somatizoval. Lze tedy nezpracovaná traumata z dětství a neurovnané vztahy chápat jako příčinu psychosomatiky? Jak je patrné z mých kazuistik, jistě má svůj podíl právě subjektivní pohled.

Další zajímavá shoda u obou probandů, kterou bych zde chtěla vyzdvihnout, je skutečnost že oba vnímali práci s mentálně a fyzicky postiženými jako tu nejnáročnější, kterou za celou svou pracovní kariéru vykonávali. Jistě není překvapením, že jde o práci náročnou. Na druhou stranu oba probandi vnímali tuto zkušenost jako katalyzátor, který umocnil a případně rozběhl další psychosomatické obtíže. Lze tedy práce v pomáhajících profesích, konkrétně tak zátěžovou jako je práce s výše zmíněnou klientelou, vnímat jako rizikový faktor nejenom například pro syndrom vyhoření, ale právě i pro rozpoutání psychosomatických onemocnění?

Protože mé šetření bylo kvalitativního charakteru, věřím, že by zde neměla chybět ani vlastní reflexe vztažená zejména k průběhu sběru dat.

Často jsem se potýkala s dilematem, jestli daný úryvek rozhovoru uvést, nebo ne. V obou případech se jednalo často o osobní intimní sdělení. Protože jsem nechtěla ani jednoho z respondentů kompromitovat, velkou část rozhovorů jsem ve své práci nakonec neuvedla. V těchto případech v textu v závorce uvádím poznámku: osobní sdělení.

Mnoho zmínek se totiž týká i členů rodin respondentů, kteří by zveřejněním dat mohli být právem znepokojeni. Proto, přestože jsem měla povolení od obou probandů, jsem se snažila uvádět jen ty části, které byly pro mou práci nezbytně nutné a které nebyly tolik osobní.

V mnoha případech jsem ale nemohla jednat jinak, než tato data uvést.

Dostala jsem se do situace, kdy mnoho závěrů tvořím na základě dat, které jsem v zájmu obou probandů, jejich rodin i bývalých pracovních kolektivů neuvedla. Přiznávám, že jsem zprvu, pro transparentnost vyhodnocení i pro čtivost celé práce chtěla uvést naprosto zdrcující fakta a mnohá niterní přiznání. Často jsem volila mezi zájmy diplomové práce a zájmy probandů a jejich blízkých. Doufám však, že jsem v práci uvedla přesně to minimum, které bylo nezbytné k vyhodnocení výsledků, a zároveň jsem nepoškodila nikoho z blízkých mých probandů.

Možnou kritikou celého výzkumného šetření je prostor, který jsem věnovala osobnímu životu obou respondentů na možný úkor těch etap, které se přímo dotýkají vykonávání profese v sociálních sférách. Tento možný nedostatek si uvědomuji. Na druhou stranu považuji za nezbytné poskytnout komplexní pohled na životy probandů.

Zajímavé zjištění pro mne, že mimo nelehké podmínky pracovního života, byli respondenti vystaveni i nepříznivému klimatu v osobním životě (mnohdy se jednalo o skutečně extrémní situace). Lze se tedy ptát, je možné skutečně spojovat somatizování s působením v sociálních sférách? Vyhnuli by se respondenti svým obtížím, kdyby byl jejich osobní život subjektivně vnímán jako únosný a spíše pozitivní? Podobným otázkám jsem se nedokázala ubránit v momentech, kdy oba probandi přisuzovali příčiny somatizování právě nesnadnému zaměstnání v sociální sféře.

Tyto úvahy podkládá i skutečnost, že oba respondenti měli tendence při určování možných příčin svého somatizování „odbíhat“ zpět k rodinným problémům a nedořešeným vztahům a to i v momentech, kdy jsme se již bavili právě o možných souvislostech mezi jejich zaměstnání v sociální oblasti a příčinami uvedených psychosomatických symptomů. Možná je tedy důležitější determinantou nynějších obtíží právě oblast sociální a rodinná, nežli profesionální?

V průběhu získávání dat jsem také nabyla dojmu, že jedním možných faktorů, proč je pro respondenty jejich osobní život o tolik důležitější než jejich profesní kariéra (a to v kontextu určování příčin somatizování), může být skutečnost, že před osobním / rodinným životem nemohou utéct na rozdíl od profese, kterou změnit lze. Zde bych viděla možnou souvislost mezi určitou přebíhavostí probandky Coco, co se jejich vztahů týče, a stejně u Igbyho, který měnil svá zaměstnání.

Tak jako v každém kvalitativním výzkumu jsem se ani já neubránila možnému bilancování a srovnání s vlastním životem. Navzdory snaze zachovat si objektivitu a odstup, musela jsem uznat, že přesto že můj vlastní život mnohdy vnímám negativně, v porovnání s životními situacemi mých probandů se necítím oprávněná si stěžovat. Obdobné myšlenky mne bohužel napadaly i během získávání dat. Doufám ale, že jsem si udržela profesionalitu natolik, aby tímto nebylo ovlivněno vedení obou rozhovorů. Asi nejtěžším bodem celého sběru dat a celé

tvorby diplomové práce byl neustálý boj s vlastním egem. Bylo velmi těžké nevyrovnávat se s vlastními neúspěchy a subjektivními závěry na úkor výsledků výzkumu.

Na druhou stranu určitá osobní angažovanost byla při sběru dat žádoucí. U obou případů jsem nabyla dojmu, že respondenti začali být více sdílní právě v momentě, kdy vycítili, že se mne jejich příběhy dotýkají (metodologicky možná více než by měly). Na druhou stranu právě tento moment byl při nejmenším v jednom z případů klíčový pro opravdové rozprouštění rozhovoru.

8. Závěr

Interpretace představených kazuistik dokázaly zodpovědět stanovené výzkumné otázky. Tím došlo k naplnění cílů vytyčených v rámci empirické části práce.

Prostor byl věnován obtížím, které sami respondenti vnímají jako psychosomatické. Zatímco jeden z dotazovaných vnímal jako důsledek psychických obtíží zánět prostaty, druhá kazuistika hovořila rakovině štítné žlázy, jako o zásadním psychosomatickém důsledku vlastních potíží.

Oba respondenti měli na výčtu svých psychosomatických komplikací také bolesti hlavy a nevolnost.

Jako příčiny svých psychosomatických potíží vnímal jeden respondent rozvod rodičů, pocity méněcennosti, vinu, sníženou schopnost sebezpřijetí a snahu vyrovnat se druhým. Dále matčinu výchovu, nejasnosti při vývoji a vymezení psychosexuální identity. Pro druhou respondentku byla jedna z příčin rovněž spatřována ve specifickém vztahu k matce, konkrétně v chybění autority a spíše v přátelských nežli v rodičovských interakcích. Dále neúspěchy v navazování stabilních vztahů s protějšky a zjištění, že jako dítě byla nechtěná. V neposlední řadě pak promiskuitním způsobem života, jakým si snažila navýšit sebevědomí.

Oba respondenti jsou toho názoru, že klíčový podíl na jejich psychosomatických symptomech měl jejich osobní a rodinný život, nikoliv výkon pomáhající profese. Pro oba byla práce pouhým katalyzátorem psychosomatických obtíží. Oba respondenti s ohledem na individuální životní historii předpokládali výskyt svých psychosomatických obtíží jako nevyhnutelný, bez ohledu na jejich profesionální působení v sociální sféře. Profesi sociálního pracovníka nicméně oba vnímají jako zkušenost, která jejich psychosomatické obtíže urychlila a umocnila.

Oba respondenti se rovněž shodli v přístupu k hypotézám, které jsem uvedla v závěru jejich kazuistiky. Oba je ani nepotvrdili, ani nevyvrátili. Nechtěli se k nim vyjádřit, což respektuji.

Napříč bohatými profesními zkušenostmi vnímají oba respondenti jako nejvíce zátěžové prostředí při práci s klienty s fyzickým, mentálním či kombinovaným deficitem.

Z pohledu autorky mohu říci, že obeznámení s životními příběhy obou respondentů mi přineslo hlubší vhled do problematiky psychosomatických obtíží a jejich možných příčin. Upřímně doufám, že se mi v empirické části práce podařilo zachytit podstatu a že práce jako celek může být přínosem pro zájemce, kteří, by se o tématu, chtěli něco dozvědět.

Seznam zdrojů:

LITERATURA:

FRYŠTACKÁ, K., *Bakalářská diplomová práce: Souvislost regulace emocí s onemocněním štítné žlázy*, Olomouc, 2014

Srov. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2012, ISBN: 978-80-262-0219-6

CHROMÝ, K., HONZÁK, R. a kolektiv, *Somatizace a funkční poruchy*, Grada Publishing, 2005, ISBN: 80-247-1473-6

JANKE.E., HOLROYD K, ROMANEK, K., *Depression increases onset of tension-type headache following laboratory stress*, Pain, 2004, manuskript

KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, Portál, 2009, ISBN: 978-80-7367-568-4

NOVOTNÝ, P., Dr, *Filosofie nemoci: uzdravování psychickými prostředky*, Praha, Dialog, 2009, ISBN:978-80-86761-99-2

PYNOOS, R.S., STEINBERG, A.M, PIACENTINI, J.C *A Developmental Psychopathology Model of Childhood Traumatic Stress and Intersection with Anxiety Disorders*, Biological psychiatry , Salmon, K.,Bryant. R.A., Clinical Psychology Review, 2002

Srov. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, 1. vyd. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-313-0

INTERNETOVÉ ZDROJE:

server: www.czech-hs.cz,

stránka: http://www.czech-hs.cz/detail_odbornike70e.html?id=1063

server: www.endokrinologie-obezitologie.cz

stránka: <http://endokrinologie-obezitologie.cz/cs/clanky/tema1/zvysena-cinnost-stitne-zlazy-tyreotoxikoza-hypertyreoza/>

stránka: <http://endokrinologie-obezitologie.cz/cs/clanky/tema1/snizena-cinnost-stitne-zlazy-hypotyreoza/>

server www.estelladaves.com

stránka: <http://www.estelledaves.com/pages/messages-du-symptome/p/prostatite.html>

stránka: <http://www.estelledaves.com/pages/symbolique-du-corps/e-1/estomac.htm>

server: www.ludsketelo.sk,

stránka: <http://www.ludsketelo.sk/ostatne/item/143-psychosomaticke-poruchy-v-gastroenterologii.html>

stránka: <http://www.ludsketelo.sk/ostatne/item/143-psychosomaticke-poruchy-v-gastroenterologii.html>

Server www.portal.cz

stránka <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=2985>

Server www.urologie-th.cz

stránka: <http://www.urologie-th.cz/zanety-prostaty/>

Server www.cs.wikipedia.org

stránka: http://cs.wikipedia.org/wiki/P%C5%99edstojn%C3%A1_%C5%BE1%C3%A1za#Funkce_prostaty

PERIODIKA:

COHEN, S et al, *Smoking, alcohol consumption and susceptibility to the common cold.*, American Journal of Public Health, 1993

Hanzlíček, L., *Psychiatrická encyklopedie: Zprávy 1977*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1977

KONEČNÝ, M., Mudr, *Kazuistika úspěšné psychofarmakoterapie u chronické prostatitidy a uretritidy u 32letého muže*, Psychosom, ročník V/2007, číslo 6, ISSN:1214-6102

Mastík J.: *Migréna: Nová mezinárodní klasifikace a moderní léčebné postupy*, Neurologie pro Praxi, rok 2004, číslo 2

MASTÍK, J., Mudr, *Sekundární bolesti hlavy*, Neurologie pro praxi, 2004, číslo 5

NIEDERMEIEROVÁ, I., Mudr, *Chronické denní bolest hlavy, diagnostika a léčba*, Neurologie pro praxi, rok 2007, číslo 1

STONE, G.C. et al, *Health psychology, a discipline and profession*, the University of Chicago Press, 1987, Chicago

Seznam příloh:

příloha č. 1 – grafy závislosti stresu a psychosomatických symptomů respondenta
Igbyho

Příloha č. 1

MÍRA STRESU NA JEDNOTLIVÝCH PRACOVÍŠTÍCH

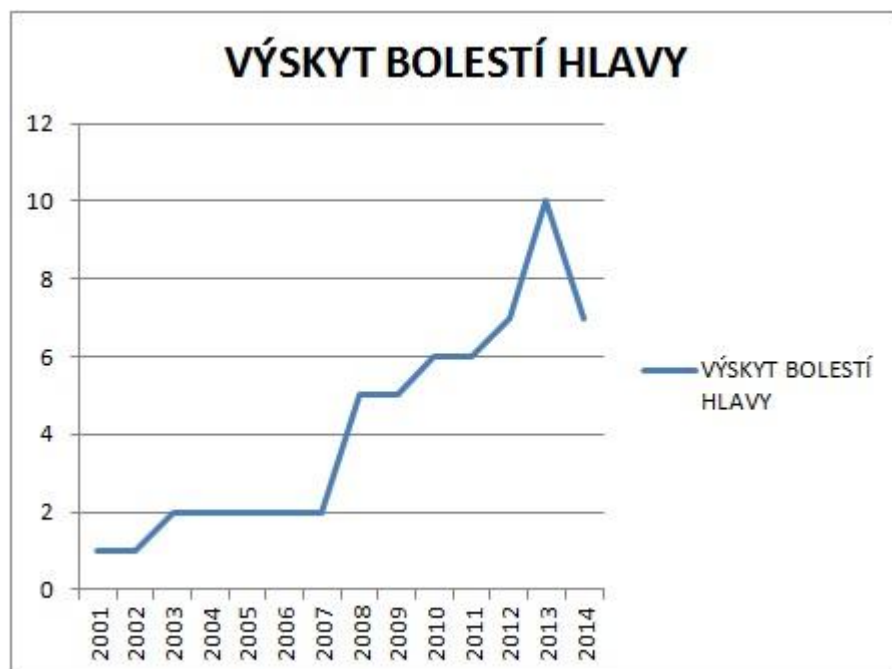
ROK	PROFESE	INTENZITA STRESU
2001	prodejce v kamenném obchodě	2
2002		3
2003	přijímání sázek v sázkové kanceláři	3
2004		3
2005		3
2006	práce s lidmi se zrakovým postižením	5
2007		5
2008	práce s klienty s mentálním deficitem a fyzickým handicapem	7
2009		8
2010		9
2011		10
2012		10
2013		10
2014	práce s pěstouny a s dětmi v pěstounské péči	8



ROK	PROFESE	VÝSKYT ZÁNĚTU PŘEDSTOJNÉ ŽLÁZY
2001	prodejce v kamenném obchodě	2
2002		2
2003	přijímání sázek v sázkové kanceláři	3
2004		4
2005		4
2006	práce s lidmi se zrakovým postižením	6
2007		7
2008	práce s klienty s mentálním deficitem a fyzickým handicapem	7
2009		8
2010		10
2011		10
2012		10
2013		10
2014	práce s pěstouny a s dětmi v pěstounské péči	10



ROK	PROFESE	VÝSKYT BOLESTÍ HLAVY
2001	prodejce v kamenném obchodě	1
2002		1
2003	přijímání sázek v sázkové kanceláři	2
2004		2
2005		2
2006	práce s lidmi se zrakovým postižením	2
2007		2
2008	práce s klienty s mentálním deficitem a fyzickým handicapem	5
2009		5
2010		6
2011		6
2012		7
2013		10
2014	práce s pěstouny a s dětmi v pěstounské péči	7



ROK	PROFESE	VÝSKYT NEVOLNOSTÍ
2001	prodejce v kamenném obchodě	2
2002		3
2003	přijímání sázek v sázkové kanceláři	3
2004		3
2005		3
2006	práce s lidmi se zrakovým postižením	5
2007		5
2008	práce s klienty s mentálním deficitem a fyzickým handicapem	7
2009		8
2010		9
2011		10
2012		10
2013		10
2014	práce s pěstouny a s dětmi v pěstounské péči	8



ABSTRAKT

Gregorová, A., Vztah práce sociálního pracovníka a psychosomatických obtíží, České Budějovice 2015. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce: PsLic. Jan Vyhnálek

Klíčová slova: psychosomatika, psychosomatické symptomy, zdravotní obtíže, výkon sociální práce

Diplomová práce se ve svém výzkumném šetření zaměřuje na psychosomatické symptomy dvou vybraných respondentů.

Zvolila jsem respondenty, kteří aktivně vykonávají práci v sociální oblasti a kteří dlouhodobě trpí psychosomatickými symptomy a zdravotními obtížemi.

Jednalo se o kvalitativní výzkum. Provedla jsem dvě případové studie. Použila jsem výzkumnou metodu obsahové analýzy.

Teoretické kapitoly jsem sestavila tak, aby se vztahovaly k tématu a aby čtenáři poskytly teoretické zázemí pro obtíže a symptomy uvedené v samotných případových studiích.

Prvním cílem mé diplomové práce bylo popsat psychosomatické symptomy a zdravotní obtíže mých respondentů.

Druhým cílem bylo popsat příčiny psychosomatických symptomů, jak je vidí sám respondent.

Třetím a posledním cílem bylo zjistit, jestli si respondenti myslí, že klíčový vliv na vznik a rozvoj jejich psychosomatických symptomů měl jeho osobní a rodinný život, nebo výkon práce sociálního pracovníka.

ABSTRACT

Gregorová, A., Relation between worker's performance and psychosomatic difficulties, České Budějovice 2015, Thesis, University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Theology. Department of Practical Theology, Supervisor PsLic. Jan Vyhnálek

Keywords: psychosomatics, psychosomatic symptoms, health problems, social work's performance

The thesis focuses on psychosomatic symptoms of two chosen respondents in its research.

I choose two respondents, who work in social sector and who suffer by psychosomatic symptoms for a long time.

It was a qualitative research. I performed two case works. I used content analysis as a research method.

I created theoretical chapters in a reference to the theme and also to provide theoretical basis for symptoms mentioned in my case works to the reader.

First target of my thesis was to describe psychosomatic symptoms and health problems of my respondents.

The second target was to describe causes of psychosomatic symptoms how respondents see it according to themselves.

The third and last target was to find out, if respondents think, that the main source of their psychosomatic symptoms was their private and family life, or if it was the social work's performance.