

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Stres v životě moderního člověka a jeho zvládnání

Vendula Janská

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2011

Prague college of psychosocial studies



Stress in life of a modern man and its management

Vendula Janská

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Praze

Vendula Janská

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji MUDr. Olze Dostálové, CSc. za odborné vedení při vypracování mé diplomové práce.

Děkuji respondentkám za důvěru, otevřenost a spolupráci při tvorbě praktické části diplomové práce.

V Praze

Vendula Janská

Anotace diplomové práce:

STRES V ŽIVOTĚ MODERNÍHO ČLOVĚKA A JEHO ZVLÁDÁNÍ

Klíčová slova: stres, stresogenní faktory, psychologické stresogenní situace, frustrační tolerance, zvládání stresu - coping, zdravý životní styl, psychoterapie.

Diplomová práce se zabývá stresem především v souvislosti s moderním způsobem života. Sleduje jeho příčiny, reakce organismu na zátěž i projevy a následky organismem nezvládnuté stresové zátěže.

Teoretická část práce popisuje vztah mezi stresem, reakcí lidského organismu na zátěž a mechanismy zvládání stresu. Za vhodný způsob zvyšování odolnosti organismu vůči nadměrnému působení stresu autorka považuje zdravý životní styl. Léčebnou metodou, která podporuje člověka ve svépomoci zvládnout nadměrnou stresovou zátěž je psychoterapie.

Cílem této diplomové práce je tedy především upozornit na zdravý životní styl jako účinný a prokázaný způsob předcházení stresu. Při jeho nezvládnání se autorka zamýšlí nad možnostmi psychoterapie jako vhodného procesu, který vede k posílení obran a zavedení změn do dosavadního způsobu života člověka žijícího v současném světě.

V praktické části se prezentují metodou analýzy jednotlivých případů čtyři případové studie, na kterých se demonstrují vztahy mezi termíny uvedenými v teoretické části a dává se nahlédnout do malé části terapeutického působení.

An abstract of the graduation thesis:

STRESS IN LIFE OF A MODERN MAN AND ITS MANAGEMENT

Key words: stress, stress-inducing factors, psychological stress-inducing situations, frustration tolerance, stress management - coping, healthy life style, psychotherapy.

This graduation thesis pertains primarily to stress in relation to a modern lifestyle. It observes its causes, the organism's reactions to stress as well as manifestations and implications of stress management failure.

The theoretic part of the thesis describes relations between stress, the reaction of the human organism to stress and mechanisms of stress management. According to the author, healthy life style is considered as an adequate method for increasing of an excessive stress tolerance. Psychotherapy is presented as a treatment method that supports the excessive stress self-help management.

The aim of this graduation thesis is highlighting of advisability of healthy lifestyle as an effective and proved prevention of stress. In case of stress management failure, the author considers ways and means of psychotherapy as an appropriate process which leads to reinforcement of defence reactions and to implementation of the changes into the actual lifestyle of a man living in contemporary world.

By analysis method, the practical part presents four case studies which demonstrate relations between the terms that are forecited in the theoretic part. It also gives insight into a small portion of the therapeutic activity.

OBSAH

ÚVOD.....	4
1 FILOSOFICKÝ POHLED NA SOUČASNÝ ŽIVOTNÍ STYL.....	5
2 STRES.....	10
2.1 Vymezení pojmu stres.....	10
2.2 Stresogenní faktory a jejich působení na organismus.....	12
2.3 Psychologické stresogenní situace.....	17
2.3.1 Konflikt.....	17
2.3.2 Frustrace.....	18
2.3.3 Deprivace.....	19
2.3.4 Krize.....	20
2.3.5 Akutní stres - trauma.....	22
2.3.5.1 Reakce na akutní stresovou událost.....	23
2.3.5.2 Posttraumatická stresová reakce.....	25
3 ZVLÁDÁNÍ STRESU.....	27
3.1 Zvládání stresové zátěže lidským organismem.....	27
3.1.1 Adaptační syndrom.....	28
3.1.2 Kognitivně transakční model zvládání stresu.....	30
3.2 Strategie zvládání stresu.....	31
4 OBTÍŽNÉ ZVLÁDÁNÍ STRESOVÉ ZÁTĚŽE.....	34
4.1 Psychosomatika.....	35
4.2 Jaké poruchy a nemoci patří do psychosomatiky.....	36
4.3 Co ovlivňuje vznik psychosomatických onemocnění.....	37
4.4 Psychogeneze somatických onemocnění.....	37
5 MOŽNOSTI A METODY ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE.....	41
5.1 Jak žijeme - každodenní stres.....	41
5.2 Metody vhodné ke zvládání nadměrného stresu.....	43
5.2.1 Plánování času.....	43
5.2.2 Zachování přirozených biorytmů.....	44
5.2.3 Racionální strava.....	45

5.2.4	Spánek.....	47
5.2.5	Návrat k příjemným aktivitám.....	48
5.2.6	Odpočinkové aktivity.....	49
5.2.7	Sport – péče o tělo	49
5.2.8	Asertivní jednání – optimální komunikace.....	50
5.2.9	Relaxační metody	50
5.2.10	Akupresura	55
	Závěr k metodám umožňujícím zvládnání stresu	56
5.2.11	Psychoterapie.....	57
5.2.11.1	Krizová intervence u klientů v distresu	59
5.2.12	Farmakoterapie	62
6	PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	64
6.1	Případová studie č. 1	65
6.1.1	Základní údaje o klientce.....	65
6.1.2	Osobní anamnéza.....	65
6.1.3	Objektivní zhodnocení.....	66
6.1.4	Sociální anamnéza	67
6.1.5	Terapeutický plán	68
6.1.6	Průběh léčby	68
6.1.7	Zhodnocení případové studie č. 1	72
6.2	Případová studie č. 2	75
6.2.1	Základní údaje o klientce.....	75
6.2.2	Osobní anamnéza.....	75
6.2.3	Sociální anamnéza	76
6.2.4	Objektivní zhodnocení.....	76
6.2.5	Terapeutický plán	76
6.2.6	Průběh terapie	77
6.2.7	Zhodnocení případové studie č. 2.....	81
6.3	Případová studie č. 3	83
6.3.1	Základní údaje o klientce.....	83
6.3.2	Osobní anamnéza.....	83
6.3.3	Sociální anamnéza	83
6.3.4	Objektivní nález.....	83

6.3.5	Terapeutický plán	84
6.3.6	Průběh terapie	84
6.3.7	Zhodnocení případové studie č. 3	88
6.4	Případová studie č. 4	90
6.4.1	Základní údaje o klientce.....	90
6.4.2	Osobní anamnéza.....	90
6.4.3	Sociální anamnéza	90
6.4.4	Objektivní nález.....	91
6.4.5	Terapeutický plán	91
6.4.6	Průběh terapie	91
6.4.7	Zhodnocení případové studie č. 4.....	96
	Závěrečné zhodnocení výzkumné části	97
	ZÁVĚR	99
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	100

ÚVOD

Téma „Stres v životě moderního člověka a jeho zvládní“ jsem zvolila s ohledem na vlastní praktické zkušenosti s problematikou obtížného zvládní náročných stresových situací, se kterou se při své práci setkávám. Pracuji jako terapeutka krizového centra, kde vedu denní stacionář.

První kapitola diplomové práce je věnována filosofickému pohledu na současný moderní způsob života. Zamýšlím se nad tématem hodnot v dnešní době u výkonově zaměřené společnosti. Věnuji se zde i pohledu na to, jak tyto hodnoty ovlivňují život člověka.

Druhá kapitola se zabývá stresem. V jednotlivých podkapitolách popisuji, co rozumíme pod termínem stres, jak vzniká - co, jak a za jakých podmínek a nakolik působí na člověka (stresory a proti tomu dispozice - výchozí nastavení, vlivy výchovy, dále osobnostní struktura člověka). Pojednávám o tom, co to jsou stresory, jak se stres projevuje u člověka v oblasti fyzické, psychické, sociální a jak člověk na stres reaguje, co se s ním při stresu děje.

Třetí kapitola je věnována zvládní stresové zátěže lidským organismem.

Ve čtvrté kapitole píší o komplikacích, ke kterým dochází, pokud se člověku nedaří stres zvládnout.

Pátá kapitola je věnována zdravému způsobu života, který posiluje schopnost organismu lépe se se stresem vyrovnávat.

Šestá kapitola se zabývá praktickou částí diplomové práce, kvalitativním výzkumem, kde metodou analýzy jednotlivých případů zpracovávám čtyři případové studie. Tato část současně ukazuje na praktickou aplikaci psychoterapie jako vhodné metody pro podporu člověka při nadměrném stresu a umožňuje jeho zvládní.

1 FILOSOFICKÝ POHLED NA SOUČASNÝ ŽIVOTNÍ STYL

Způsob života člověka moderní doby je ovlivňován současným hodnotovým systémem. Žebříček hodnot preferuje více mít než kvalitně být/spokojeně žít.

Žijeme v době, kdy se ze života vytrácí klid a harmonie. Člověk dnešní doby je ve společnosti posuzován podle dosažených výkonů. Tento výtěžek doby u mnohých lidí překrývá skutečnou vlastní hodnotu a její posuzování, vytrácí se sebevnímání, sebecítění. Dřívější hodnotový systém a normy (hranice potřebné pro spokojený život člověka) vystřídala v současném světě svoboda, demokracie, relativizace hodnot. Opomíjejí se tradice, lidé ztrácejí své kořeny, vlivem čehož dochází nakonec i ke ztrátě sebe sama. Člověk chce stále více a více, přestává znát pocit nasycení, objevuje se únava a prázdnota. Životní jistotu nahrazuje člověk snahou o hromadění majetku. Tak dochází ke stupňující se únavě a teprve tehdy, když se začne lidský organismus bouřit a přestane spolupracovat, přinutí to člověka k zastavení.

Takový uspěchaný život přeplněný stresem z tlaku nesplněných úkolů, bývá provázen úzkostí ze ztráty sebe sama, z nebytí, ze smrti, kterou se člověk snaží zaplašit opět dalším obstaráváním a pohybem (prací). Tak se dostává do začarovaného kruhu, ze kterého neumí vystoupit. K tomu, aby vnímal, že je živý, potřebuje extrémní zážitek. Za tím účelem provozuje adrenalinové víkendy. Snaží se něco najít, často neví co. Kdyby se zamyslel, mohl by zjistit, že hledá sebe sama, jenže současný člověk před sebou často paradoxně utíká, bojí se zklidnění, neboť v takovém stavu je ohrožen nudou, prázdnotou.

Naučit se žít vlastní život tak, aby byl pro člověka dobrý, může být pro někoho těžké. Prvním krokem může být odhodlání začít žít zdravě, tedy najít si a integrovat do života zdravý životní styl. Pokud se to člověku nedaří a jeho obtíže spojené se stresem neustupují, může mu pomoci psychoterapie zaměřená na hledání příčiny vyvolávající obtíže a umožňující integrovat do jeho způsobu života změnu. V rámci terapeutických konzultací poznává klient s podporou psychoterapeuta sám sebe a učí se se sebou vhodně zacházet. Často se objevuje potřeba sebezpřijetí, pochopení, vytvoření si hranic a vztahování se. Bývá to zajímavá a objevná cesta.

Při hledání sebe sama, při snaze získání vhledu do celku jde o hledání smyslu života, kde hledající člověk potkává bytostné otázky: „*Kdo jsem? Odkud pocházím? Kam směřuji?*“ (GAARDER, 1996, s. 18), na které hledají filozofové odpověď již více než dva tisíce let.

K filozofickému pohledu na hodnotový systém dnešního postmoderního člověka poukazuje PONĚŠICKÝ (2006) na uznávané autory, Ericha Fromma, Heideggera, Patočku a Sokola, kteří vidí člověka jako jedince odcizeného přírodě a vlastní přirozenosti, i když se stal svobodným a nezávislým, tak nemá spojení se světem i se sebou. Odvrácenou stránkou této svobody je možnost libovolného chování a tím i ztráty hranic jednání a zakořeněnosti. S tím úzce souvisí pocit osamělosti a uvědomění si odlišnosti a cizosti ostatních. Člověk si je vědom omezené doby svého života a nevyhnutelnosti smrti a pociťuje úzkost i nejistotu z toho, co bude následovat.

S čím se potýká člověk dnešního světa nazývaný jako člověk postmoderní? Typickým problémem postmoderního člověka není tolik vydanost zevním a vnitřním podmínkám jeho života, ale jejich konfliktnost. „*Dnes je, zjednodušeně řečeno, dovoleno vše. A právě to (tento extrém), se stává novým problémem: je to ztráta řádu, ztracenost a bezradnost v globálním světě, ve kterém člověk spatřuje z daleko větší blízkosti, než jak tomu bylo dříve, nejrůznější alternativní způsoby života*“ (PONĚŠICKÝ, 2006, s. 19).

Fenomenologický pohled přibližuje život člověka pohybu po cestě (HOGENOVÁ, 2008). Porozumět člověku podle Heideggera znamená porozumět jeho „*dasein*“ (bytí), porozumět mu z jeho pobytu tady a teď. Životní pohyb vychází z počátku pohybovosti „*arché*“ a míří k cíli označovanému jako „*telos*“ (účel pohybu) smyslu lidského života. V tomto pohybu se člověk dostává do situací, ve kterých se setkává s problémy (úkoly běžného dne, vývojové úkoly, zátěžové – mimořádné (krizové), které musí řešit. Protože tyto situace bývají otevřené, bývá v každé situaci obsažena nejistota. Abychom mohli v těch situacích žít, musíme si zvyknout na tu nejistotu. Zde se objevuje neuralgický boj dnešní doby. Současný člověk si tuto nejistotu nechce připustit, má z ní strach. Proto před ní utíká způsobem, jako je např. worholismus.

Život člověka je tedy cestou, na které se člověk prostřednictvím svých skutků (ergonů) rozkrývá. Heidegger uvádí mezi základními znaky našeho „*bytí ve světě*“ rozpoložení a rozumění. „*Pobyt je vždy tím, čím může být a tak, jak je v jeho*

možnostech“ (HEIDEGGER, 2008, s. 175). Rozumění pobytu je buď vlastní, autentické, nebo nevlastní, neautentické.

Hogenová (2008) hovoří o charakteristikách neautentického bytí, jak jej uvádí Heidegger (2008, s. 200 – 208).

Neautentické bytí má tři vlastnosti:

1) Žvaní - nerozezná podstatné od nepodstatného.

Řečené se omílá a šíří.

„Ta věc se má tak a tak, poněvadž se to o ní říká“ (HEIDEGGER, 2008, s. 201). Takovýto způsob řeči umožňuje jakoby *„všemu rozumět,“* aniž by předem došlo k osvojení podstaty věci.

„Řeči, které uvedeným způsobem pobyt charakterizují, představují způsob bytí vykořeněného porozumění pobytu“ (HEIDEGGER, 2008, s. 203).

2) Je zvědavé.

Nejde ale do hloubky, vystupuje jako vševědoucí. Říká se, že má „placaté“ myšlení (je povrchní). Jeho vědomosti jsou rychle míjející.

„Starosti tohoto vidění nejde o to, aby věci chápala vědouc o pravdě, nýbrž o možnost oddat (přizpůsobit) se světu“ (HEIDEGGER, 2008, s. 205).

3) Je dvojznačné (hovoří v dvojsmyslech).

Má pocit, že všemu rozumí, všeho se chápe pravým způsobem a přece tomu tak není.

„Každý znale promlouvá nejen o tom, co máme právě před sebou, nýbrž je s to mluvit i o tom, co se má teprve stát, co tu ještě není, co by se „vlastně“ mělo udělat“ (HEIDEGGER, 2008, s. 207).

„Řeči“, zvědavost, dvojznačnost charakterizují „upadání“ pobytu. Pobyt odpadl od „moci být sebou“ a propadl „světu“. K propadnutí světu dochází rozptýleností „v bytí spolu“, ovládaném „řečmi“ (žvaněním), zvědavostí, dvojznačností. Nevlastní neautentický modus bytí, představuje určité význačné bytí ve světě, které je v neurčitém „ono se“ pohlceno „světem“ a spolupobytem druhých.“(HEIDEGGER, 2008, s. 209)

Neautentické bytí, kde člověk „není sám sebou“ je jsoucnem, které je bytostně jsoucnem obstarávajícím. Člověku, který žije pro věci nacházející se na jeho „cestě“, nebo kolem této cesty, říkáme konzumní bytost. On to své „existují“, zakládá na věcech, které spotřebovává.

Podstatu bytí ve jsoucnech nachází i karteziánské myšlení. Podstatou jsoucen je nietscheovská vůle k moci. Říká se, že Nietzsche je otcem postmoderního nihilismu a marasmu. Protože Nietzsche odmítá transcendenci, nemůže podle něho být ani transcendentní Bůh. Nietzscheův svět si můžeme představit jako uzavřenou jeskyni, ve které jsou jenom lidé a věci. Mimo tuto jeskyni není nic jiného. Lidem v této jeskyni zbývá jen dění, pohyb. Tento pohyb způsobený jejich vůlí k moci je podstatou existence člověka, je jeho uskutečňováním. Toto uskutečňování se je projevem moci jakožto síly. A síla se ukazuje jen tehdy, pokud se stupňuje. Pokud se síla nezvyšuje, stává se bezmocí, současný člověk zde ztrácí pocit vlastní existence. Sice žije, ale pouze biologicky, protože se nemůže realizovat, nedochází k jeho uskutečňování se. Podstata bytí se proměnila na věčné dění. „*Tento věčný pohyb nemá cíl, proto zde nenajdeme předem platné hodnoty*“ (HOGENOVÁ, 2006, s. 181).

Normální člověk má strach, který nedokáže pojmenovat, proto propadá depresím. V této prázdné bezhraniční době je potřeba se porozhlédnout, co by mohlo pomoci člověku zastavit se a pokusit nalézt sám sebe, aby nepadl pod tlakem požadavků okolního světa. Cestou může být např. Patočkova „Epimeleia“ - péče o duši, což není nic jiného, než najít pramen našeho osobního autentického života. Péče o duši spočívá v bytostném, opravdovém rozhovoru sama se sebou nebo s jinými, jediné tak je možné poznávat svoji duši (HOGENOVÁ, 2006, s. 8).

„*Péče o duši stupňuje bytí člověka, protože jej prohlubuje v jeho bytostném poznávání sama sebe, polis i kosmu. Lidský život jako celek je propojením lidského těla a jeho duše s celkem světa,*“ (HOGENOVÁ, 2006, s. 53).

Někdy je ale těžké mít vůli k takovému zastavení, stává se, že zastavení způsobí až nemoc, což je stav, kdy člověk přestává být mocný k sebeuskutečňování ve skutečích, v práci. V nemoci člověk přestává existovat, přestává být mocný, objevuje se prázdnota a nicota. Práce dává člověku jistotu o jeho existenci. Proto současný člověk pracuje stále a neumí přestat. Zastavuje se jen v extázi: alkoholové, drogami, vertigonálními hrami, raušem. Důležitá je jen budoucnost, minulost je zapomenuta. Proč se člověk tak žene dopředu? Protože podstata bytí jsoucen je v nepodmíněné

subjektivitě, konkrétně v její vůli k moci. Tato moc je poháněná lidskou vůlí jako motorem životního pohybu. Potřebujeme být v neustálém dění, ovšem toto dění nezná/nevidí svůj účel (smysl). Došlo k nadvládě skutečnosti nad transcendencí, tj. „*obrácený platonismus*“ (HOGENOVÁ, 2006, s. 184).

Tato situace vznikla dějinně. „*Subjektivismus novověku je založený na středověkém myšlení a to je založeno na starověkém. To, co dnes objevíme jako nové, bylo již dávno předurčeno,*“ (HOGENOVÁ, 2006, s. 180). Postmoderní svět je vrcholem novověké metafyziky, tj. filozofie hledající podstatu jsoucen v celku, hledající podstatu bytí.

Heidegger často píše, že podstatou člověka je rozumění. Toto „roz-umění“ je uměním zahlédnout celek, vědět o přesažném (HEIDEGGER, 2008). Člověku, který žije v současné postmoderní době myšlení a vhléd do celku chybí.

2 STRES

Stres a jeho zvládání je téma, které se dotýká každého člověka. Žijeme v době moderních technologií, které nám umožňují rychlejší životní tempo, než jak tomu bylo v minulosti. Nárokům na životní tempo, které s sebou moderní technologie přinášejí, se lidský organismus téměř nestíhá přizpůsobit. Reaguje na zvýšenou zátěž stejně, jako tomu bylo v pravěku. Tehdy byl ovšem člověk ve větší harmonii, více respektoval požadavky svého těla i duše a po zvýšené zátěži – stresu si udělal čas potřebný na odpočinek, aby zregeneroval síly a tak byl připravený na další boj i běžné životní úkoly. Moderní člověk přestal být vnímavý k signálům svého těla, nechává se tlačit požadavky současné společnosti zaměřené na výkon. Když očekávané požadavky dokáže splnit, nebo se mu je dokonce podaří překonat, dostává se mu hodnocení od okolí, které má významný vliv jeho kladné sebehodnocení. Proto na odpočinek vůbec nepomyslí, nemá na to čas. Kdyby nesplnil očekávání a nebyl kladně ohodnocen okolím, cítil by se znehodnocen.

2.1 Vymezení pojmu stres

Termín „stres“ k nám pronikl z anglického slova „stress“. To vzniklo z latinského slovesa „stringo, stringere“ překládáno jako „utahovati, stahovati.“ V technickém výkladu se slovo stres blíží významu „pres, lis“, zde jde ovšem o působení lisu ze všech stran najednou. „*Tedy v přeneseném slova smyslu „ býti ve stresu“ je možné rozumět jako „býti vystaven nejružnějším tlakům“, „být v tísní“.* (KŘIVOHLAVÝ, 1994, s. 7)

Baštecký uvádí, že jako stres se označuje situace, která vyvolává úzkost a napětí. Ve fyzice je to tlak působící deformaci tělesa, v biologii jev, který znamená skutečné či domnělé ohrožení organismu. Ve fyziologii to je jednak činitel působící nepříznivě na organismus (horko, chlad, apod.), dále stav organismu, který je vystaven takové zátěži. Reakce fyziologické zátěže jsou provázeny úzkostí, napětím, obrannými mechanismy. V publicistice je stres uváděn jako průvodní jev moderního způsobu života (BAŠTECKÝ aj., 1993, s. 41).

VÁGNEROVÁ (2004) definuje stres jako souhrn fyzických a duševních reakcí na nepříjemný poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi a očekáváními.

NAKONEČNÝ (1995, s. 32) uvádí, že ke stresu dochází tehdy, působí-li na člověka nadměrně silný podnět dlouhou dobu, nebo ocitne-li se člověk v nucené nesnesitelné situaci, z níž není vyhnutí, a setrvá-li v ní.

Lazarus (cit. dle BAUMGARTNERA, 2001, s. 191) objevil v literatuře pojem stres ve významu strádání již ve 14. století, podrobněji však není téma autorem zpracováno. Později v 17. století se tento termín objevuje ve fyzice v souvislosti s tolerancí struktury a konstrukce staveb vůči zátěži, tedy zkoumání kapacity namáhání materiálu. Ve 20. století se termín stres používá ve fyziologii a později v psychologii a sociologii. V době obou světových válek se dává do souvislosti s výzkumem tzv. „válečných neuróz“. V sedmdesátých letech po návratu amerických vojáků z války ve Vietnamu se objevuje ve spojitosti s příznaky veteránů termín posttraumatický stresový syndrom. I v poválečném období je zjevné, že se lidé dostávají do situací srovnatelných s bojovými. Tato skutečnost podnítila zájem o zkoumání stresu a jeho působení na zdraví člověka (BAUMGARTNER, 2001, s. 191).

Výzkumu stresu se věnoval kanadský lékař maďarského původu Hans Seley. Na základě svých studií formuloval „všeobecný adaptační syndrom,“ v rámci kterého rozdělil reakci na stres do tří fází: poplachová reakce, adaptační fáze, která – pokud je neúspěšná - přechází ve vyčerpání (cit. dle NAKONEČNÉHO, 1995).

Definice stresu podle H. Seleyho zní: „*Stres je výsledkem interakce - vzájemné činnosti mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku*“ (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1994, s. 10).

Tentýž autor přibližuje stres jako vnitřní stav člověka aktuálně něčím ohrožovaného, nebo ohrožení očekávajícího a současně se domnívajícího, že nemá dostatek sil na obranu.

Lazarus (cit. dle BAUMGARTNERA, 2001, s. 193) formuloval transakční definici stresu založenou na studiu interakcí mezi osobou a okolním prostředím. Autor klade důraz na subjektivní hodnocení ohrožení vyplývající ze situace, ale zohledňuje též osobní zvládací zdroje jedince.

U všech citovaných autorů je stres definován jako nepříjemný vjem, který působí na organismus člověka. Jeho působení se projevuje ve všech třech oblastech

lidského života. Má tedy vliv bio-psycho-sociální. Tento stav nepohody způsobují jak vnější, tak i vnitřní činitele - stresory, které se člověk snaží pro dosažení optimálního stavu organismu zvládnout.

2.2 Stresogenní faktory a jejich působení na organismus

Vlivy působící ve stresových situacích se nazývají **stresory** neboli **stresogenní faktory**. Stresogenní faktory mohou mít fyzickou, psychickou nebo sociální povahu. Současná civilizace a kultura jsou zdrojem řady stresorů (život v přeplněných velkoměstech, v betonových panelácích a sídlištích, jsme v neustálém shonu a časové tísní, obklopuje nás hluk, dehumanizované vztahy mezi lidmi).

Ačkoliv má člověk velkou schopnost adaptace, vystavení účinku nejrůznějších stresorů může způsobit vyčerpání zásob adaptační energie. Následně se mohou začít objevovat patologické, fyziologické i psychické změny, které se projevují například jako psychosomatická onemocnění.

Stresogenní faktor - stresor je to, co na nás působí, **stresová reakce** je pak způsob, jakým na zátěž reagujeme. To, jak je člověk ke stresoru vnímavý, je u člověka velmi individuální. Záleží zde na struktuře osobnosti, na genetické výbavě, jak ho na zvládnání stresu připravila výchova, vlivy vnějšího světa, jak je zvyklý reagovat v běžných, nebo zátěžových situacích, ale také jaké jsou jeho cíle, motivy, potřeby.

PRAŠKO (2001, s. 14) uvádí, že stresorem je navozen pocit ohrožení. Máme strach, že se něco stane, objevuje se pocit, že ztrácíme kontrolu.

Stresory můžeme rozdělit na:

- 1) **Fyzikální faktory:** prudké světlo, nadměrný hluk, nízká nebo vysoká teplota, vibrace, extrémní polohy při práci.
- 2) **Psychické faktory:** zodpovědnost (nezaplacené účty, nedostatek peněz, dlouhodobé dluhy), práce nebo škola (zkoušky, dopravní špička, termíny úkolů), frustrace, nesplněná očekávání, věk.
- 3) **Sociální faktory:** osobní vztahy (chybná komunikace, opožděné reagování, konflikt, nevěra, týrání), životní styl (přejídání, nezdravé složení stravy, kouření, nadměrné pití alkoholu, nedostatek spánku).

- 4) **Traumatické faktory:** zatěžující události (narození dítěte, úmrtí, únos, znásilnění, válka, setkání, sňatek, rozvod, stěhování, chronické onemocnění, ztráta zaměstnání, ztráta životní role)
(Wikipedia, 2010).

Seley (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1994, s. 12) rozděluje stresory na fyzikální a emocionální. Mezi fyzikální stresory řadí vnější vlivy (změny počasí, úrazy, genetické vlivy, radiaci, infračervené a ultrafialové záření, katastrofy). Do skupiny emocionálních stresových faktorů zařazuje vnitřní pocitová hnutí člověka (zármutek, úzkost, obavy, zlobu, senzoricou deprivaci).

Přehledně uvádí každodenní stresory PRAŠKO (2001, s. 35), rozděluje je:

1) **Vztahové stresory**

- souvisejí často s problémy v soukromém životě,
- neshody s rodiči,
- závislost na rodičích nebo partnerovi - materiální, či citová,
- ztížený kontakt s rodiči (např. vzdálenost),
- neshody v partnerském vztahu,
- narození dítěte a vliv této události na celou rodinu,
- výchovné problémy s dětmi,
- odchod dítěte z rodiny.

2) **Pracovní a výkonové stresory**

- nízký příjem, který nestačí na uživení rodiny,
- ztráta práce nebo její hrozba,
- dluhy a s nimi související splátky,
- konfliktní situace na pracovišti, vztahy s nadřízenými, podřízenými, kolegy,
- nedostatečná, nebo špatná organizace práce,
- práce v těžkých podmínkách (hluk, horko, špatné osvětlení, chemické látky, prach, vlhko),
- vlastní workoholismus, nebo workoholismus u partnera.

3) Stresory související se životním stylem

- nevyhovující bydlení,
- monotónní a stereotypní životní styl,
- nedostatek přátel, izolace,
- nedostatek příjemných aktivit,
- nemoci, závislosti a handicapy,
- závislost (osobní, u partnera, nebo dětí) na alkoholu, drogách či lécích, hazardní hráčství.

Podle kvality působení stresu na člověka rozlišujeme dva druhy stresu:

1) **Eustres** je „*pozitivně působící (motivující, stimulující) stres. Umožňuje zvýšit výkonnost, soustředění apod.*“ (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 115). Tedy jde o pozitivní zátěž, která v přiměřené míře stimuluje jedince k vyšším nebo lepším výkonům, povzbuzuje ho k hledání účelného řešení situace a tím zároveň rozvíjí jeho kompetence. Určitá úroveň stresu je žádoucí v situacích, kdy je třeba reagovat na nezvyklou nebo překvapivou situaci a mobilizovat síly. Vyhledávání stresových situací je někdy dokonce úmyslné, protože navozuje pro někoho příjemné pocity způsobené vyplavením endorfinů v mozku. Tato tendence se projevuje ve zvýšené popularitě extrémních sportů, při přetěžování nadměrnými výkony apod.

2) **Distres** je způsobený nadměrnou zátěží, která může svým vlivem jedince poškodit, případně vyvolat onemocnění, kdy může dojít až ke smrti. Jde o působení stresu, které trvá příliš dlouho, nebo přesáhne určitou mez, může vést k dekompenzaci osobnosti, jejímž důsledkem může být úzkostné, depresivní (únik), nebo agresivní (útok) chování.

HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 117) o distresu píše, že „*je vždy vědomý ...subjektivně je vnímán jako neschopnost vyrovnat se s kladenými nároky ...subjekt sám nad sebou ztrácí kontrolu ... navozuje úzkost, depresi a někdy i beznaděj ...*“

Další možné dělení stresu je podle intenzity stresové reakce (KŘIVOHLAVÝ, 1994, s.11):

- 1) Hyperstres je stresová reakce, která překračuje hranici adaptability, tj. schopnosti organismu vyrovnat se se stresovou situací.
- 2) Hypostres je popisován jako plíživý stres přicházející formou ministresorů, ke kterým dochází při frustraci, nudě, sensorické deprivaci. Takto působící stres se kumuluje, až dosáhne hranice stresu. Člověk se pak ocitá ve stavu vnitřní tísně.

Někteří autoři rozlišují používání termínů stres a zátěž podle intenzity stresu, např. J. Daniel doporučuje vysokou úroveň psychické zátěže nazývat stresem a střední a nízkou úroveň jako zátěž (cit. dle BAUMGARTNERA, 2001, s. 192).

Z hlediska působení stresorů v čase rozlišujeme:

1) **Chronický stres**

Konflikty, stres i frustrace patří k našemu životu. Ve výzkumné studii Maye a Sprague – se ukázalo, že víc jak 50 % populace žije v podmínkách chronického stresu. (cit.dle KŘIVOHLAVÉHO, 1994, s. 13). V běžných životních situacích vzniká stres sčítáním stresového efektu drobných každodenních duševních úrazů a selhání. Ke chronickému stresu dochází tedy díky schopnosti našeho organismu, sčítat citově negativní napětí jedné situace s napětím dalších zcela odlišných stresových situací. Z hlediska tří fází vyrovnávání se se stresem (mobilizace, vyrovnávání se stresem, obnovení klidového stavu), nedojde po emočním výkyvu k fázi obnovení klidového stavu (MACHAČ aj., 1985, s. 75). Organismus se sice se zátěží vyrovná, ale zůstává v napětí.

Pokud tento dlouhotrvající, vleklý, přetrvávající stres dosáhne hranice stresové reakce, pak se začne projevovat ve fyzické, psychické i sociální oblasti člověka. Objevují se úzkosti, deprese, chronický únavový syndrom, kognitivní potíže, psychosomatické nemoci (*Slovník cizích slov online*, 2010).

2) Anticipační stres

je způsoben strachem z možného ponížení, neúspěchu, zesměšnění, nebo zranění v budoucnosti (*Slovník cizích slov online*, 2010). Projevuje se úzkostí, známkami děsu až hrůzy, dezorganizací a pocitu bezmoci. Anticipační negativní napětí bývá také někdy připojeno k situaci chronického stresu. V takovém případě člověk ve stresové situaci přemýšlí o tom, co by se ještě mohlo stát. Jeho myšlenky zpomalují návratný proces organismu do klidového stavu (MACHAČ aj., 1985, s.77).

3) Akutní stres

Trauma, frustrace, konflikt, krize - viz dále.

Hlubší psychologický pohled na vznik stresu

Seley zjistil, že nejde jen o působení stresorů, ale významnou je i subjektivní interpretace zátěžové situace, jak ji postižená osoba vnímá. Epstein píše o tom, že „*stresor je pro člověka tím těžší, čím více ohrožuje jeho vlastní „já“*“, tj. *jádro jeho osobnosti*“ (cit.dle KŘIVOHLAVÉHO, 1994, s. 26). Podle toho, jakou úzkost stresory vyvolávají, rozdělil je Epstein na:

- 1) biologické faktory – ohrožující život, vitalitu orgánů,
- 2) faktory ohrožující naši asimilační kapacitu - schopnost vyrovnat se s těžkostmi,
- 3) faktory ohrožující sebeúctu (self-esteem) – sebepojetí, sebehodnocení.

Sebeúcta může být ohrožena nejen přímým působením stresorů, ale ohrožení může být i předjíáno (anticipováno). Extrémním stavem je dle Epsteina „*psychická smrt osobnosti*“. Nastává, když se úplně zhroutí sebehodnocení. Pomocí z této situace může tzv. „*znovuzrození*.“ Zde hraje důležitou roli sociální přijetí (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1994, s. 27).

2.3 Psychologické stresogenní situace

Do seznamu psychologických „*stresogenních podnětových situací*“ zařazuje MACHAČ aj. (1985) a podobně též VÁGNEROVÁ (2004) konflikt, frustraci, deprivaci, krizi, trauma.

2.3.1 Konflikt

Ke konfliktu dochází střetnutím dvou, nebo i více neslučitelných stanovisek, nebo nesmiřitelných stran. V běžném životě se s ním člověk opakovaně setkává. Významným patologickým činitelem ohrožujícím zdraví se stává tehdy, je-li skutečně závažný, trvá příliš dlouho a člověk jej není schopen řešit.

V psychologii je problematika konfliktu pojata podle Nakonečného dvojím způsobem:

- 1) Jako problematika vnitřního konfliktu volby jednoho ze dvou nebo více neslučitelných daných cílů (obecně psychopatologický problém související s motivací).
- 2) Jako problematika sociálně konfliktních vztahů (sociálně psychologický problém).

Vnitřní konflikt vyjadřuje srážku dvou nebo více neslučitelných tendencí, nebo dvou cílových představ a staví subjekt před volbu, tedy rozhodnutí se pro jednu z těchto tendencí, zatímco vnější konflikt vyjadřuje střetnutí zájmů, postojů, motivu dvou nebo více osob.

Prožívat vnitřní konflikt, znamená prožívat vnitřní napětí spojené s nutností se rozhodnout pro jednu ze dvou nebo více možných alternativ jednání, kdy každá z alternativ nás může něčím přitahovat i něčím odpuzovat (NAKONEČNÝ, 1995, s. 48).

VÁGNEROVÁ (2004, s. 49) uvádí, že: „...za určitých okolností opakovaná frustrující zkušenost či dlouhodobý a nezvládnutý konflikt může působit jako stresující faktor.“

2.3.2 Frustrace

Jako frustrující označujeme podle Vágnerové situaci, kdy je člověku znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude. Frustrace je tedy zmaření nějakého uspokojení, nebo vyhlídky na uspokojení (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 48 – 53).

Síla frustrace člověka se odvíjí od významu vytýčeného, ale nedosaženého cíle a od možnosti nahradit jej cílem jiným (MACHAČ aj., 1985).

V psychologii je podle Nakonečného předmětem studia zejména frustrované chování, resp. tzv. reakce na frustraci. Situace frustrace vyvolává různé negativní emoce (neuspokojení, zklamání, pocit neúspěchu atd.) a napětí z neuspokojené potřeby. Překážka v uspokojování potřeby může být buď vnější, nebo vnitřní (NAKONEČNÝ, 1995 s. 30).

NAKONEČNÝ (1995, s. 31) uvádí Morganův popis konfliktových frustrací, které vyplývají z oddalovaného rozhodnutí se pro určité jednání. V konfliktní situaci je pozastaveno dosažení cíle, což je spojeno se vznikem a narůstáním vnitřního napětí a souvisí s konfliktními vlastnostmi jedince.

Akutní frustrace se podle MACHAČE aj. (1985, s. 82) projevuje *„zrychlením tepu, zvýšením krevního tlaku, zvýšenou sekrecí adrenalinu, zvýšeným svalovým napětím, zrychlením dechu, pohybovým neklidem, snížením elektrického odporu kůže, pocitem emočně negativní tenze, mnohomluvností, přehnanými úlekovými reakcemi...“*

Nakonečný (1995) i Machač aj. (1985) se shodují v tvrzení, že reakce na frustraci jsou v podstatě totožné s obrannými mechanismy: frustrovaný jedinec se snaží „rozbít“ překážku, nebo napadnout zdroj frustrace; proto je nejtypičtější reakcí na frustraci agrese. Jinou může být kompenzace (stanovení náhradního objektu za objekt nedosažitelný), další je bagatelizace (znehodnocování nedosažitelného cíle), regrese (infantilní kompenzace, např. útekem k osobě s mateřským chováním, u níž lze najít ochranu), různé druhy racionalizace („vysvětlování“ neúspěchu či selhání apod.) V reakcích na frustraci jde (kromě agrese) o vytváření různých druhů sebeklamu, které mají zastříti neúspěch při dosahování cíle tak, aby se jedinec vyhnul destruktivním pocitům viny, selhání atd.

V souvislosti s frustrací a způsobem vyrovnávání se s touto formou zátěže zavedl S. Rosenzweig v r.1944 pojem **frustrační tolerance**, který vyjadřuje způsobilost individua odolávat frustrační situaci jako frustrujícím vlivu (cit.dle NAKONEČNÉHO, 1995, s. 31).

2.3.3 Deprivace

K deprivaci dochází tehdy, když není některá z objektivně významných potřeb biologických, psychických, nebo sociálních uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.

Pokud je deprivace závažná a trvá dlouhou dobu může dojít k narušení psychického vývoje, k nerovnoměrnému rozvoji některých složek osobnosti nebo ke vzniku specifických psychických odchylek (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 53).

Anglický psychiatr Bowlby na základě analýzy výsledků výzkumu u skupiny mladistvých zlodějů porovnaných se stejně početnou kontrolní skupinou doložil, že významným faktorem, ve kterém se obě srovnávané skupiny lišily, byl nedostatek mateřské péče. S ohledem na výsledek výzkumu soudí, že děti, které v prvních pěti letech života strádají nedostatkem mateřské péče, mají následně v životě sníženou schopnost vytvářet hlubší citové vztahy s lidmi (MACHAČ aj. 1985, s. 86).

Je-li člověk extrémně dlouho sociálně izolován, odvržen od společnosti, rodiny, přátel dochází u něho k „sociální smrti“, která může být výzvou ke smrti fyzické.

Případy psychogenní smrti (přes psychiku způsobené) bývají v literatuře označovány jako „smrt vudu“. V dobách kmenové kultury docházelo ke smrti u vyobcovaného jedince. Tehdy byly vazby mezi jednotlivcem a skupinou mnohem těsnější. Jedinec byl na skupině závislý nejen emocionálně ale i existenčně.

U mladých zdravých lidí byla vyvolaná smrt z psychogenní příčiny v situaci, kdy stresorem byla ztráta životních perspektiv, smyslu života a neschopnost vytvořit si cíle náhradní (MACHAČ aj., 1985, s. 88).

2.3.4 Krize

Psychická krize se projevuje jako narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého zhoršení situace, dlouhodobého hromadění či nárůstu problémů. Dochází k ní selháním adaptačních mechanismů, dosud užívané způsoby adaptace přestaly být funkční, a člověk musí hledat jiné. Při psychické krizi se objevují negativní citové prožitky, dochází k narušení pocitu jistoty a bezpečí, objevuje se silná tenze, úzkost (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 53).

„Krizi lze chápat jako vyhocení stresové situace, signalizuje, že dosud používané způsoby reagování nejsou dostatečně efektivní, a proto je třeba hledat nové. Zvládnutí krize spočívá v přehodnocení této situace a nalezení účinnějších způsobů jednání. Z tohoto hlediska může mít krize i pozitivní význam, protože přispěje k rozvoji jedince.“ (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 53).

K příčinám krize uvádí Vymětal (cit. dle VODÁČKOVÉ (2007, s. 32) princip dvojí kvantifikace. Aby mohla vzniknout určitá reakce lidského organismu, musí dojít k propojení jeho vyladění s vnějším spouštěčem. Autorka se odvolává na fyzika Thoma, který rozeznává vnější a vnitřní urychlovače. Jako vnější urychlovače (precipitory) krize se označují tři aspekty – **ztráta objektu** (např. smrt, rozchod, přerušování vazby na dřívější zdroj pomoci, zklamání, zradu, stud, zranění – např. ztrátu hybnosti, nezdaří se zkouška, nastane potrat), **změna** (zdravotního stavu, rodinného, pracovního, atmosférické změny, změna letního a zimního času apod.) a **volba** mezi dvěma stejnými kvalitami (VODÁČKOVÁ, 2007, s. 32)

Výzkumu působení zátěže označované jako krizové situace se věnovali Holmes a Rahe. Zjistili, že stresory jsou nejen události, které představují hraniční stavy v lidském životě, ale i události, které sice nemají takovou závažnost, ale vyžadují určitou změnu v dosavadním způsobu života. Na základě empirických pozorování zkoumajících, jaký vliv mají významné životní události na psychický i zdravotní stav, vypracovali a sestavili tito autoři tzv. „tabulku stupně stresové zátěže“ (viz Příloha č. 1). Studie obou autorů, kterou uskutečnili v 60. letech dvacátého století, nám může posloužit jako vodítko k odhadu míry zátěže a ohrožení jedince v určitém časovém období. Autoři zde jednotlivým závažným událostem přisuzují určitou váhu vyjádřenou bodovou hodnotou. Každá událost představuje určitou stresovou zátěž. Ta je číselně vyjádřena přiděleným počtem bodů, který ukazuje na její závažnost.

Tabulka životních událostí autorů Holmese a Rahea (cit. dle HONZÁKA, 1994), nám může posloužit jako inventář precipitorů (spouštěčů) krize.

Pro orientační hodnocení míry stresu a zátěže za poslední rok nám poslouží součet bodů událostí uvedených v tabulce, se kterými se jedinec během roku setkal. Jako hraniční z hlediska únosnosti je považována hodnota 250 bodů. Při takové zátěži se organismus ocitá na pomezí vlastních rezerv (VODÁČKOVÁ, 2007, s. 33).

Typy krizí životních událostí (LORENC, 2009):

- 1) **Situační krize** - je vyvolána především vnějšími příčinami (ztráty, změny, obtížná volba...).
- 2) **Krize z očekávaných životních změn** (tranzitorní – přechodové krize) - pramení ze situací, které člověk očekává, že nastanou (svatba, rozvod, nástup do zaměstnání, odchod do důchodu), lze se na ně připravit, ale vždy vyžadují přizpůsobení.
- 3) **Vývojové krize, krize zrání** - vznikají z neřešených vývojových konfliktů jedince (závislost, moc, hodnotové konflikty, důvěra, láska, intimita).
- 4) **Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru** - autonehody, náhlé úmrtí, znásilnění, vykradení bytu.
- 5) **Krize pramenící z psychopatologie** (u lidí s primární psychiatrickou zátěží dochází častěji ke krizi) - precipitorem u těchto klientů může být vše, co je již výše uvedeno – změna, ztráty, volba, vývojové nároky, ale průběh krize bývá umocněn specifickou zranitelností jedince či nerovnováhou rodinného systému.
- 6) **Neodkladné krizové stavy** - sem patří akutní stavy, které mohou, ale také nemusí doprovázet probíhající psychické onemocnění (akutní psychotické stavy, alkoholové či drogové intoxikace, problémy spojené s kontrolou impulsů, sebevražedné nebo vražedné chování, nekontrolovaná zlost a agrese, panické stavy).
- 7) **Psychospirituální krize** - klient má transpersonální zážitky duchovního charakteru.

Životní událost je cokoli, co nás přinutí změnit svůj rutinní způsob života. Stresogenním faktorem je v takovém případě **změna**. Jsme totiž zvyklí žít rutinně,

protože to nám dovoluje předvídat, co můžeme očekávat. Příliš mnoho změn, které překračují rutinu a odehrají se v krátkém časovém období, snižuje odolnost ke stresu. Stresová reakce často nezačíná ihned po tom, co se vyskytne určitá životní událost, ale po uplynutí určitého času. Někdy až v době, kdy je celá událost zdánlivě vyřešena, např. půl roku po úmrtí partnera, nebo měsíc poté, co jsme dokončili životně důležitý úkol (PRAŠKO, 2001, s. 36).

To, jak člověk na stresory životních událostí reaguje, je individuální, záleží na odolnosti jedince vůči stresu (viz níže). Rozhodující bývá, jaký význam pro něho ta životní událost má, jakým způsobem si ji interpretuje, jak odhaduje svoji schopnost situaci ovlivnit, vyřešit, zpracovat.

2.3.5 Akutní stres - trauma

Spoluautoři Lucká a Koblíček v knize Krizová intervence (VODÁČKOVÁ aj., 2007) uvádějí, že trauma vzniká v situaci, kdy na člověka působí náhlý intenzivní podnět, který přesahuje naši běžnou lidskou zkušenost a vyvolává prožitek tísně prakticky v každé osobě, která ji zakouší.

Jde o akutní typ stresu, který označujeme jako **psychické trauma**. Trauma vyvolává fyzickou reakci jako těžký stres, rozdíl je ale v počáteční fázi, kdy se obvykle objevuje šok. Vzniká působením jednoho extrémně stresujícího zážitku, nebo dlouhotrvající stresující situace, které mají následující charakteristiky:

- příčina přichází zvnějšku,
- je extrémně děsivá,
- navozuje prožitek ohrožení života, tělesné či duševní integrity,
- navozuje pocity bezmoci.

V takto vyhocené situaci selhávají u člověka, adaptační mechanismy, které využívá při běžné zátěži. To silně otrásá jeho sebeprožíváním, objevují se pocity ztráty moci a vlivu.

Na významné podněty jako je náhlé úmrtí blízké osoby, fyzické ohrožení vlastní či blízkých osob, znásilnění, vykradení bytu, ztráta základních životních jistot apod., se u člověka začne projevovat řada změn, přestože dosud žádnou psychickou poruchou netrpěl. Tyto projevy můžeme shrnout do diagnostické kategorie akutní reakce na stres.

2.3.5.1 *Reakce na akutní stresovou událost*

Jako akutní reakci na stres označuje VODÁČKOVÁ (2007, s. 360) změny ve fyziologii člověka i v jeho chování a prožívání, které se objevují rychle poté, co se traumatizující podnět objevil, nebo v následujících dvou až třech dnech. Při této reakci, která je obranná i ochranná se mobilizují rezervy postiženého jedince. V organismu dochází k rychlým biochemickým změnám, které ovlivňují náš vegetativní systém (viz níže). Rozeznáváme dvě podoby akutní reakce na stres.

Převáží-li při reakci na stres funkce sympatiku, hovoříme o **obranné reakci typu A**, jde o aktivní reakci. Jejím charakteristickým projevem je buď útek, nebo útok. Podstatou této reakce je rychlá mobilizace sil, kdy se člověk chrání aktivně. Na tělesné, emoční úrovni i na úrovni chování, dochází k těmto změnám:

- svaly člověka jsou v napětí, ztuhlost bývá v celém těle,
- objevuje se zrudnutí v obličeji i jinde (skvrny na krku u žen!) krev se přesouvá do periferie,
- člověk se silně potí, má pocity horka,
- jsou zrychleny fyziologické funkce – dech, tep,
- mimika je výrazná a rychle se může měnit,
- může být psychomotoricky neklidný, může pobíhat, nebo dělat neúčelné pohyby, třes rukou, nohou nebo celého těla,
- emoce s převahou smutku, zlosti jsou výrazné a také jsou výrazně proječovány (křik, nářek, zloba),
- objevují se nepřiléhavé emoce vzhledem k aktuální situaci, např. smích v tragické situaci,
- agresivní projevy, autoagresivní tendence,
- tempo řeči je překotné, klient rychleji mluví, než myslí,
- zrak kontroluje okolí, pohled třepe (prevence eventuálního ohrožení),
- častější potřeba močit.

Druhou reakcí, která bývá méně častá je **obranná reakce typu B** – tzv. pasivní - kdy v reakci převáží nervus parasympaticus. Tuto reakci označujeme reakcí „mrtvý brouk“. Je to vývojově starší strategie, která nás chrání před ohrožením tím, že „nejsem, stavím se býti mrtvým“. Tímto způsobem se člověk brání před vnímáním podnětu, který nemůže integrovat – vhodným příkladem jsou např. mdloby. Jinou

podobou je tzv. disociace, oddělení různých duševních procesů, které normálně fungují ve vzájemné integraci. Člověk se takto nevědomě chrání před přívalem silných emocí, které by pravděpodobně neudržel pod kontrolou. Při této obranné reakci můžeme pozorovat:

- nápadnou strnulost, omezení pohybu „zamrznutí“,
- pohyb člověka je nekoordinovaný, nemotorný,
- dochází ke zblednutí, eventuálně promodráním kolem úst, periferní části těla se odkrvují,
- člověk má ledové ruce, nohy, objevuje se studený pot, může se chvět zimou
- fyziologické funkce se zpomalují,
- výraz obličeje maskovitý s minimální mimikou, může se objevit „nejapný“ úsměv,
- emoce nejsou pociťovány ani se neprojevují,
- dochází k rozšíření zornic, pohled je upřen „dovnitř“, klient není schopen navázat oční kontakt,
- je snížena citlivost těla, to může vést k tomu, že se klient záměrně zraňuje, protože se snaží citlivosti dosáhnout,
- časová distorze, klient prožívá krátký okamžik jako nekonečně dlouhý,
- má prožitky derealizace: to co se děje, není skutečné,
- objevují se i prožitky depersonalizace: to, komu se to děje, nejsem já,
- výrazně snížená schopnost porozumět verbálním sdělením,
- dochází k regresi
- klient může budít mylný dojem, že je v tak zdrcující situaci „rozumný, statečný“, a to proto, že se neprojevuje, ničeho se nedomáhá, „neobtěžuje“ okolí.

Mezi faktory, které ovlivňují citlivost člověka vůči traumatické situaci, patří jeho kapacita odolávat zátěži, zralost a úroveň kognitivních funkcí, míra opory, kterou může získat ze sociálního okolí, předchozí zkušenost s traumatem i některé osobnostní rysy (VODÁČKOVÁ, 2007, s. 363).

2.3.5.2 Posttraumatická stresová reakce

Pokud se projeví reakce na traumatizující situaci později, označujeme ji termínem „**Posttraumatická stresová porucha**“. Příznaky tohoto stavu se mohou objevovat měsíce i roky po události, která ji vyvolala. Někdy má podobu tzv. výroční reakce, například právě rok po zdrcujícím podnětu. Změny, které se při tomto stavu objevují ve fyzické, emoční, sociální oblasti nebývají klientem dávány do souvislosti s traumatickou událostí vzhledem k časovému odstupu od ní. To u klienta navozuje pocity zmatku a nepochopitelnosti.

Posttraumatická porucha se projevuje:

- 1) Ve znovuprožívání traumatického obsahu např.:
 - člověku se opakovaně objevují myšlenky a obrazy, které s událostí souvisí, obrazy se objevují i ve snech,
 - zažívá pocity a projevy, jako by událost znovu nastala (flashback),
 - cítí intenzivní úzkost při setkání s pozůstalými nebo okolnostmi, které situaci připomínají.
- 2) Ve snaze vyhnout se myšlenkám a pocitům spojeným s traumatem:
 - dochází k vyhýbání se místům, která klientovi traumatickou situaci připomínají,
 - člověk odmítá aktivity, které vyvolávají vzpomínky,
 - má pocit otupělosti,
 - není neschopen vybavit si důležité aspekty traumatizující události (amnézie),
 - nápadný je úbytek zájmu o dříve oblíbené aktivity,
 - člověk prožívá citovou oploštělost, neschopnost vnímat a prožívat pozitivní emoce,
 - prožitky depersonalizace, derealizace.
- 3) V přetrvávajících projevech zvýšené dráždivosti:
 - je klient nastražen, jako by byl stále ohrožen (VODÁČKOVÁ aj., 2007, s. 364).

Posttraumatická stresová porucha se dále projevuje:

- psychomotorickým neklidem,
- nesoustředěností,

- obtížným usínáním,
- zvýšenou vyčerpávající bdělostí,
- hněvem a podrážděním i na malý podnět,
- přemrštěnou úlekovou reakcí,
- fyziologická reaktivita na podněty, které připomínají trauma.

U posttraumatické stresové poruchy se často objevují pocity viny, například proto, že klient přežil, zatímco jiný blízký člověk zemřel. Tyto pocity mohou vést i k sebevražedným úvahám či činům.

Velmi typické jsou u posttraumatické reakce **somatizace**. Neprožité a nevyjádřené emoce posilované přetrvávajícím tělesným napětím se pak projevují jako bolesti či tělesné obtíže.

Často jsou pozorovány zejména:

- bolesti kosterního svalstva,
- bolesti hlavy, sinusitidy, bolesti trojklaného nervu,
- bloudivé, často mučivé bolesti, které nemají objektivní podklad (algický syndrom),
- bolesti v krční páteři a v šíjové oblasti,
- bolesti, či nepříjemné pocity v trávicí trubici,
- stažení bránice, potíže s dechem,
- opakované infekce, výsev oparů, vzplanutí alergií,
- bolesti v hrudníku, zejména za prsní kostí,
- bolesti či nepříjemné pocity v pánvi a na pánevním dně, eventuálně gynekologické obtíže.

Tyto fyzické obtíže mohou být doprovázeny neadekvátní únavou. Sexuální život bývá velmi často narušen a omezen (VODÁČKOVÁ aj., 2007, s. 365).

3 ZVLÁDÁNÍ STRESU

V souvislosti s překonáváním stresu uvádí BAUMGARTNER (2001, s. 194) pojmy „adaptace“ a „coping“. Slovo „adaptace“ je latinského původu a znamená připravit, vyzbrojit se k boji, duševně se připravit na to, co mě čeká.

Anglický termín „coping“, je etymologicky odvozen z řeckého kořene „colaphos“, což je termín z boxu, kterým se rozumí přímý úder na ucho. To znamená, s někým bojovat, snažit se ho přemoci a tak se s ním vypořádat. Ve stejném smyslu se snažíme zvládnout i životní krizi, nebo konfliktní napětí i jiné typy zátěže.

J. KŘIVOHLAVÝ (1994) analyzuje odlišnosti mezi adaptací a copingem - zvládáním. Za adaptaci považuje vyrovnávání se se situací, která je v relativně normálních běžných mezích, které člověk poměrně dobře zvládne. Copingem – zvládáním rozumí boj člověka s nadlimitní zátěží, kdy řeší neobvyklé krizové situace, k jejichž řešení nemá potřebné znalosti, zkušenosti, nebo dovednosti. Vysoká míra zátěže se hodnotí podle její intenzity a délky trvání. Výsledek takového bojového děje se označuje termíny jako „adjustace“, znamená přizpůsobení zátěži, nebo „kompenzace“, což je vyrovnání se zátěží. Když se zátěžovou situací nedaří zvládnout, hovoříme o „dekompenzaci“ – rozkolísání rovnováhy, nebo „maladaptaci“, kdy snahy o zvládnutí situace selhaly. Termín „anticipatory coping“ označují předjímání a procesy přípravy vhodných strategií, které zvyšují odolnost a naději na zvládnutí těžkostí blížící se události.

3.1 Zvládání stresové zátěže lidským organismem

Jako stresovou reakci označil Seley fyziologickou odpověď organismu na zátěž, která je na něj kladena. Mechanismus této reakce jsme zdělili po dávných předcích a spouští se, kdykoli rozpoznáme (ať pravdivě, nebo falešně), že jsme v ohrožení. Je výsledkem interakce mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu tomuto tlaku odolat (cit. dle SCHREIBERA, 1992, s. 11).

Na fyziologické úrovni se stres projevuje stavem zvýšené aktivity organismu, na psychické úrovni stavem emočního vzrušení. To platí jak pro působení stresu negativního (distresu) tak i pozitivního (eustresu). MACHAČ aj. (1984, s. 67) píše, že častým příznakem je negativní citové napětí, které se projevuje strachem, nepohodou,

zlostí, nejistotou apod. Objevuje se také zvýšená vzrušivost, nebo naopak utlumenost, poruchy koncentrace, chybné úkony. Obsažnější soubor symptomů stresu vytvořený H. Seleyem uvádím v Příloze č. 2.

Seley uvádí, že k teorii vzniku nemoci ze stresu dochází tehdy, není-li se schopen adaptační systém organismu se situací vyrovnat, nebo ji zvládnout. Mluví o neadekvátnosti útoku vůči obranyschopnosti organismu. Dojde-li k takovému stavu, může to mít za následek nastartování, či odblokování chorobného procesu (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1994, s. 34).

3.1.1 Adaptační syndrom

Rahe vysvětluje reakci na stres ve třech fázích (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2004, s. 51).

A) Fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění si zátěže

Při stresové zátěži jsou aktivovány fyziologické i psychické obranné reakce. Podle Seleye se tato první fáze nazývá „poplachová reakce“ a je první fází adaptace (cit. dle SCHREIBERA, 1992, s. 19). Tato fáze je též označována jako mobilizační (MACHAČ aj. 1985, s. 69)

1) Fyziologické reakce probíhají postupně:

- a) První reakce (poplachová) je zahájena reflexně. Nervovou cestou dojde k podráždění sympatiku a humorální odezvou je vyplavení katecholaminů (adrenalinu a noradrenalinu) z dřeně nadledvin. Katecholaminy jsou neurotransmitéry, které zvyšují krevní tlak, zrychlují srdeční činnost, regulují oběh ve prospěch vitálně nejdůležitějších orgánů. Podílejí se na aktivaci energetických systémů.
- b) Následně dochází k aktivaci hypotalamo-hypofýzo-adrenální osy a vyplavení hormonů adenohipofýzy (ACTH) a kůry nadledvin (glukokortikoidů a mineralokortikoidů). Organismus takto aktivuje energetické zdroje a získává potřebnou energii z cukru a bílkovin.
- c) Nakonec dochází ke zvýšenému katabolismu tuků na glycerol a mastné kyseliny, přičemž glycerol slouží k syntéze glukózy nebo fruktózy, nebo se zapojuje do anaerobní glykolýzy. Přeměnou glycerolu na glukózu si organismus obstarává potřebnou energii (*Fyziologie trávení*, 2006).

2) **Psychická reakce**

- a) Začíná dle VÁGNEROVÉ (2004) pochopením určité situace jako stresující. Taková situace vyvolává u člověka silně negativní pocity. Dochází ke **změnám emočního prožívání** (úzkost, pocity napětí a obavy z neurčitého ohrožení, agrese, smutek, deprese související s pocitem neřešitelnosti situace). Jedinec situaci hodnotí podle své dosavadní zkušenosti, svého aktuálního stavu, schopností, ale i podle sociální podpory, kterou má k dispozici. Při působení zátěžové situace se mění i **kognitivní funkce**. Pocit ohrožení ovlivňuje zpracování informací a jejich hodnocení, uvažování může být více zkratkovité a pesimističtější, zhoršuje se koncentrace pozornosti.
- b) Dochází k aktivizaci **copingových mechanismů**, které by měly vést k zachování, nebo znovuzískání psychické rovnováhy jedince.

B) **Fáze hledání účelných strategií**

Člověk hledá strategie, které by mohly vést ke zvládnutí, nebo alespoň přispěly ke zmírnění účinků stresu. Důležitý je pocit kontroly nad situací, myšlenky zabývající se možností jejího ovlivnění. Jestliže zátěž zvládne, nebo pokud se situace změní, jeho psychické a fyziologické funkce se vracejí do normálního stavu.

C) **Fáze obnovení klidového stavu**

Podle výsledků výzkumů zaměřených na sledování celého průběhu procesu zvládnání stresu organismem bylo zjištěno, že rychlost návratu organismu do předstresového stavu je ovlivněna intenzitou stresoru. Čím je stresor pro člověka silnější, tím déle přetrvává emočně negativní napětí (MACHAČ aj. s.71).

Pokud se zátěž nepodaří dlouhodobě zmírnit, pak dochází k rozvoji stresem podmíněných poruch v důsledku selhání mechanismů zvládnání. Problémy člověka jsou již závažnější, dlouhodobější. Příkladem takových problémů jsou psychosomatická onemocnění (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 52).

3.1.2 Kognitivně transakční model zvládání stresu

Kognitivně – transakční teorii zvládání stresu definovali Lazarus a Folkmanová. Je zaměřená na proces, kde je člověk a prostředí v dynamickém vztahu, který se neustále oboustranně mění. „Člověk působí na prostředí a prostředí na člověka“ (cit. dle BAUMGARTNERA, 2001, s. 194).

Tento model předpokládá tři fáze vyrovnávání se stresovou situací:

- 1) **Prvotní hodnocení** – člověk v této fázi posuzuje, nakolik je pro něho působící událost ohrožující, jaká s sebou přináší nebezpečí, jaká může přinést pozitiva.
- 2) **Druhou fází je sekundární hodnocení** – člověk odhaduje vlastní možnosti reakce v zátěžové situaci a předjímá možné důsledky svého chování. Posuzuje své zvládací zdroje a vlastnosti situace, kterou prochází. Může ji hodnotit buď jako výzvu, ohrožení, nebezpečí, nebo jako možnou ztrátu. Porovnává ji se svými copingovými mechanismy fyzickými (zdraví, energie), psychickými (sebehodnocení, pozitivní myšlení, dovednosti a schopnosti), sociálními (sít' sociálních vztahů a podpůrných systémů) a materiálními (hmotné zabezpečení – peníze, prostředky). Výsledkem, těchto dvou fází je volba vhodné copingové odpovědi.
- 3) **Třetí fáze - přehodnocení.** Tato fáze nastupuje později, dochází k tomu, že člověk na základě nových informací, může přehodnotit svůj pohled na událost a změnit způsob, jakým se s ní vyrovná.

KŘIVOHLAVÝ (1989) uvádí tento model jako „*obecný model adaptačního procesu*“. Jeho složky definuje jako:

- 1) zvažování nebezpečí,
- 2) strategie zvládání těžkostí,
- 3) přehodnocování situace.

3.2 Strategie zvládání stresu

Strategie zvládání těžkých životních situací se v psychologii chápe jako obtížný myšlenkový proces. Výběr strategie pro zvládnutí stresové situace ovlivňují u člověka osobnostní charakteristiky, jeho individuální pohled na svět, zkušenosti s vhodností a účinností různých postupů.

Při výběru strategie pro zvládání stresu bereme v úvahu tři oblasti – myšlenkovou (kognitivní), emocionální (citovou) a volní. V kognitivní oblasti se zabýváme myšlenkovými pochody pro řešení stresové situace. V emocionální oblasti odhadujeme možné emoce zúčastněných osob, zvažujeme možnosti jejich zmírnění nebo odstranění. Třetí oblasti, kterou sledujeme při strategiích zvládání stresu je chování, sem patří i sebeovládání (KŘIVOHLAVÝ, 1994, s. 53).

V r.1986 Folkmanová a Lazarus vyložili (podobně jako jiní autoři) zvládání jako behaviorální, kognitivní, nebo sociální odpovědi člověka na vnitřní nebo vnější tlaky vycházející z transakce mezi člověkem a prostředím.

Nejčastěji jsou autory uváděny tři strategie zvládání:

- 1) zaměření se na problém – snažíme se aktivně problém vyřešit,
- 2) zaměření se na emoce – stresová situace s sebou přináší nepříjemné pocity, můžeme se pokusit podívat se na problém jinými očima, změnit svůj náhled na situaci, změnit svůj postoj,
- 3) únikové mechanismy – snažíme se na problém zapomenout, vypustit ho z hlavy. V případě volby této strategie se může uplatnit i více obranných mechanismů (cit. dle BAUMGARTNERA, 2001, s. 195).

V r. 1979 uvádějí Cohen a Lazarus (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1994, s. 53) pět strategií pro zvládání stresu:

- 1) Informovanost o tom co se děje, jaká je naděje, možná volba strategie pro zvrácení chodu událostí, nebo zmírnění dopadu stresoru.
- 2) Přímá činnost boje se stresorem.
- 3) Utlumení činnosti, která člověka ve stresové situaci může oslabit, nebo může zhoršit situaci.
- 4) Vnitřní procesy – přehodnocování situace, změna žebříčku hodnot, jiné cesty řešení.

- 5) Využívání sociální podpůrné sítě – sociální opora, žádost o odbornou pomoc, možnost uklidnění, útěchy.

Často využívaný postup hledání základních zvládacích strategií vychází z faktorové analýzy. Tento postup, který uplatnil Amirkhan (cit. dle BAUMGARTNERA, 2001, s. 197), obsahuje faktory:

- 1) zaměření se na problém – instrumentální strategie řešení,
- 2) vyhledávání sociální opory – hledání rady, podpory,
- 3) strategie vyhýbání – únik fyzicky i psychicky.

Při výběru vhodné strategie pro zvládnutí stresové zátěže zohledňujeme také její efektivitu. K volbě vhodné efektivní strategie zvládání musíme zohlednit konkrétní okolnosti stresující situace. Strategie zaměřené na problém nejspíš pomohou tam, kde můžeme reálně působit, ovlivňovat situaci. Zvládání zaměřené na emoce volíme tehdy, když je řešení situace mimo možnosti naší kontroly, např. situace člověka, který onemocní nevléčitelnou, nebo smrtelnou chorobou. V takové situaci je potřebné vytvořit si nadhled, pokusit se smysluplně využít zbývající čas, čímž se může zmírnit úzkost. U strategií úniku je jejich efektivita spornější. Přesto může ústupový postoj zmírnit úzkost v situacích, jejichž řešení je závislé na jiných lidech (cit. dle BAUMGARTNERA, 2001, s. 199).

O společných charakteristikách a odlišnostech copingových strategií a obranných mechanismů píše KŘIVOHLAVÝ (1994, s. 60). Obranné mechanismy člověk používá k řešení zdánlivě neřešitelných situací. Jedná se o adaptační snahy řídit dění v situaci ohrožení. Hlavní odlišnost spočívá ve vztahu k realitě. Při použití některého z obranných mechanismů si člověk zkresluje skutečnost a popírá pravý zdroj obtíží. Účelem obranného mechanismu je snižovat úzkost a současně posilovat sebevědomí a sebehodnocení. Oproti tomu účinné strategie zvládání vycházejí z realistického pohledu na skutečnost, z pocitu důvěry a odvahy k takovému způsobu řešení.

Obranné mechanismy definoval Freud jako „*jakýkoliv druh techniky, kterého využívá ego v situaci, kdy se nachází v konfliktu, který by potenciálně mohl vést k neuróze*“ (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1988, s. 438). Freud zohledňoval, že tyto postupy mohou přinášet člověku v zátěžové situaci úlevu. Zajímal se o ně však více v té formě, jak je známe z projevů neurotiků, kde přestaly už být funkční jako

mechanismy zvládání. Upozorňoval na jejich nevědomé používání a zdůrazňoval, že se v takovém případě jedná o patologické formy řešení konfliktů.

Mezi neuvědomované obranné mechanismy patří: popření, potlačení a vytěsnění, fantazie, racionalizace, sublimace, regrese, somatizace, identifikace, substituce, projekce, rezignace (BALCAR, 1983).

4 OBTÍŽNÉ ZVLÁDÁNÍ STRESOVÉ ZÁTĚŽE

Komplikací zvládání stresové zátěže, kterou se člověku nepodaří vlastními copingovými mechanismy zvládnout, jsou psychosomatická onemocnění. Příznaky těchto onemocnění se u člověka projevují jak v oblasti psychické a sociální, tak i v oblasti somatické.

K patologickému stavu, který je způsobený vlivem stresu, dochází při selhání adaptačních mechanismů (tj. našeho „já“) v přizpůsobení se zátěžové situaci.

Jedná o situaci, která klade vysoké nároky na duševní odolnost a na schopnost přizpůsobení se, nebo přiměřeného reagování, kterou se organismu nedaří doposud používanými mechanismy zvládnout. V takové situaci, může jedinec reagovat regresivně, primitivnějším způsobem. Reakce je více emocionální a probíhá více na biologické, tělesné úrovni se snahou odstranit zátěžovou situaci buď útokem (zničením) nebo útekem. Odpovídající humorální, hormonální, vegetativní, nervová i psychická aktivace organismu vede k fyziologickým změnám (zrychlení tepu, zvýšení krevního tlaku, pocení, svalovému napětí, atd.) i k psychickému napětí (UEXKÜLL, 1979). Tyto projevy organismu na stresovou situaci člověk často vnímá jako nemoc (bez-moc). Pocit nemoci je umocněn dojemem, že příznaky přišly náhle a byly vyvolané nejspíš něčím chorobným, zvláště když chybí vnímání a jasné spojení se zátěžovou situací. Riziko takové stresové nemoci spočívá v tom, že po čase může dojít k chronicitě, např. hypertenzi, poruše srdečního rytmu, bolestivému svalovému napětí. Z funkční poruchy se může vyvinout tělesná choroba, či dochází k psychofyzickému vyčerpání (burn-out syndrom, syndrom chronické únavy, jednostranná ztráta sluchu atd.).

Pokud přichází do psychologické nebo psychiatrické ambulance klient se somatickými příznaky neznámé etiologie, u kterého se diferenciální diagnostikou vyloučila přímá souvislost příznaků s patologickým procesem, usuzuje se na psychosomatické onemocnění. Klientovi se doporučuje psychoterapeutická léčba. Současně lze klientovi naordinovat léky, které zmírní jeho úzkostné prožívání příznaků onemocnění (anxiolytika, antidepressiva, hypnotika).

V terapii se snažíme ovlivnit získané charakterové rysy, zvláště ty, které jsou zodpovědné za to, že si člověk stresu nevšimá (např. přehnaná touha po vyniknutí a

pochvale, úzkosti z nedocení, nedostatečné odvahy říci „ne“ na nároky okolí). V takovém případě je důležitým předpokladem pro zvládnutí stresu jeho vnímání.

V dynamické terapii hledáme příčiny nezvládnuté situace, nahlížíme nové možnosti řešení, posilujeme sebevnímání, seberealizaci; pracujeme s motivy, potřebami, cíly a možnostmi klienta.

Pomocí psychoterapeutických metod kognitivně-behaviorálních se snažíme změnou myšlení a chování klienta zviklat rigiditu jeho navyklých stereotypních řešení, za účelem větší flexibility „já“.

Tělesně orientované psychoterapie senzibilizují pacienty na stres a prohlubují pozitivní vztah k vlastnímu tělesnému „já“, oslovují péči a starost o sebe, zvyšují sebevědomí.

Interpersonální psychoterapie (skupinová terapie, psychodrama) klade důraz na vcítění se do druhého i na vnímání a řešení komplexních mezilidských situací a problémů (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 111).

4.1 Psychosomatika

Psychosomatická onemocnění jsou nemoci s poměrně složitou a nejednoznačnou etiologií. U těchto nemocí nebyla dosud prokázána přímá souvislost mezi psychickou zátěží a typickým somatickým projevem, přestože je této oblasti věnována značná pozornost ve vědě a výzkumu.

Termín psychosomatika má svůj původ ve starověké řečtině. Je složena ze slov „psyché“ – duše a „soma“ – tělo. Úlohou psychosomatiky je zkoumat vztahy mezi duševním a tělesným (PONĚŠICKÝ, 2002, s. 11).

V psychosomatice jde o komplexní pohled na člověka a jeho zdraví. Zdraví, vymezení choroby, zdravotní a funkční stav jsou podmíněné nejen tělesně, ale také duševně a sociálně, zvyklostmi dané společnosti, vlivy a nároky prostředí. Z toho vyplývá, že psychosomatika je podmíněna bio-psycho-sociálně. Tento model zavedl roku 1977 americký lékař a psychoanalytik George Engel, podle něhož se vzájemně ovlivňují tělo, duše a sociální prostředí. Toto celostní chápání zdraví a nemoci je dnes koncepčním základem moderní psychosomatiky (MORSCHITZKY a SATOR, 2007, s. 14).

Pod pojmem psychosomatika si jak lékaři, tak i laici představují nejružnější psychogenní poruchy. V myslí mnoha lékařů je pojem psychosomatika spojen s předsudky. Někteří označují pacienty, u nichž nenajdou žádnou ryze tělesnou nebo biochemickou poruchu, za neurotiky, či simulanty, za lidi, kteří se vyhýbají práci, kteří si svoje příznaky vymýšlejí. Takové označení znejišťuje tyto pacienty a způsobuje u nich další psychické poškození.

4.2 Jaké poruchy a nemoci patří do psychosomatiky

Psychicky podmíněná může být jakákoliv tělesná porucha. Nejčastěji se objevují pocity únavy a vyčerpání, zvýšené pocení, pocity tepla a zimy, bolesti hlavy, bolesti lokalizované do šíjových a zádových svalů, bolesti v kříži a s nimi spojené svalové napětí, vyvolávající bolesti téměř v celém těle.

K dalším psychosomatickým onemocněním patří některé poruchy štítné žlázy, zvláště její zvýšená činnost, dále bronchiální astma, kde vedle vrozené náchylnosti k alergiím hrají psychické příčiny důležitou roli, pak mnohé srdeční obtíže, jako jsou poruchy srdečního rytmu, vysoký krevní tlak, tendence k srdečnímu infarktu, poruchy krevního oběhu, dále žaludeční potíže a dvanáctíkové vředy, následuje vředová choroba tlustého střeva, zácpy či průjmy, dále některé revmatické kloubní choroby, kožní ekzémy a další celková onemocnění, jako generalizované bolestivé stavy či anorexie a bulimie. Může dojít k celkovému zhroucení tělesné i duševní rovnováhy, jehož následkem se sníží obranyschopnost organismu. V takovém stavu člověk snadněji onemocní infekčními chorobami, nebo dokonce nádorovým onemocněním. Informace o tom, že v těle stále vzniká nějaké množství nekvalitních, potenciálně nádorových buněk, na které organismus svým imunitním systémem reguluje, je známá. Ve stavech vyčerpání, nebo deprese je činnost imunitního systému utlumena.

Zajímavou otázkou je, proč u někoho vznikne to nebo ono psychosomatické onemocnění, jak to souvisí s jeho osobností, s problematikou, s níž se potýká, či s tělesným místem, které je již nějak více či méně postižené. Proč někteří lidé reagují na zátěž více tělesně a jiní více duševně. Důležitou roli při vzniku obtíží hraje i rodina, rodinná tradice, zkušenost dítěte s reakcí matky na různá onemocnění a zkušenost s tím, jak se tělesná onemocnění v rodině přijímají (PONĚŠICKÝ, 2002, s. 15).

4.3 Co ovlivňuje vznik psychosomatických onemocnění

Psychosomatický přístup zpočátku zastával v otázkách vzniku a etiologie onemocnění přímou příčinnost biomedicínského přístupu. Snažil se podle jeho vzoru najít odpověď na otázku: „*Proč daný člověk onemocní danou nemocí?*“ (BAŠTECKÁ aj. 2003, s.215). Psychosomatika se snažila ve svých výzkumech hledat určitý konflikt, určitý rys osobnosti, určité chování, které by bylo v příčinné souvislosti ke vzniku onemocnění. Takovýto přímý vztah jedné psychické příčiny zodpovědné za vznik určitých somatických obtíží žádný z provedených výzkumů nepotvrdil, přestože koncepce alexitymie vzbudila naději, že přinese podstatné vysvětlení problémů psychosomatické medicíny. V psychosomatice mluvíme vždy o multifaktoriální a multikauzální podmíněnosti vzniku příslušného onemocnění (BAŠTECKÁ aj., 2003, s. 215).

Když hledáme příčinu psychosomatického onemocnění, nepoužíváme sousloví „*v důsledku*“, jež je příznačné pro myšlení příčinné. Nemáme se tedy ptát: „*Proč daný člověk onemocní danou chorobou?*“, ale máme myslet „*v souvislostech*“ (systémově) a naše otázka by měla znít: „*Za jakých okolností onemocní daný člověk danou nemocí?*“ (BAŠTECKÁ aj., 2003, s. 215).

4.4 Psychogeneze somatických onemocnění

BAŠTECKÝ aj. (1993, s. 29) uvádějí jako historicky známé tři teorie považované za výchozí koncepce psychogeneze somatických onemocnění:

- 1) **Psychoanalytická teorie** – vychází z psychoanalytické léčby, z pohledu hlubinné individuální psychologie. Zabývá se organizací vnitřního světa člověka a metodami, kterými člověk sladuje požadavky vnějšího prostředí s vnitřními pudovými tlaky.

Z psychoanalytických okruhů pocházejí dvě významné koncepce dnešní doby: **Alexitymie** se vyznačuje: oploštělou afektivitou, často nepřiměřenou situaci, vyhasnutím kreativity a fantazie, spánkem beze snů, nekonečným popisováním obtíží bez vztahu k základnímu onemocnění, nedáváním najevo svých pocitů, špatnými interpersonálními kontakty, stažením do sebe, neschopností verbálně vyjádřit své pocity, rigidním držením těla (MOHAPL, 1987, s. 39-40).

Hopelessness-helplessness (syndrom beznaděje-bezpomoci) - jako zážitkový syndrom zahrnuje i behaviorální ekvivalent, který je charakteristický útlumem pohybu a fyziologických funkcí.

V zážitku je obsažen bolestivý pocit bezmocnosti a beznaděje k dané situaci. Klient má subjektivně sníženou schopnost situaci řešit. Cítí se ohrožený a tak dochází k menšímu uspokojení ve vztazích, netěší ho ani role ve společnosti. Ztrácí souvislost mezi minulostí a budoucností. Není schopen důvěry, nenachází naději. Má tendenci ožít a znovu prožívat předcházející deprivace a selhání (BAŠTECKÝ aj., 1993, s. 29).

- 2) **Kortikoviscerální koncepce** – vychází z učení I. P. Pavlova o podmíněných reflexech a dále se rozpracovává v oblasti podmiňování funkcí vnitřních orgánů a vnitřního prostředí organismu. Představitelé této školy experimentálně prokázali vzájemné vztahy mezi vyšší nervovou činností a somatickými a vegetativními činnostmi organismu. Ověřili a prokázali, že řadu fyziologických funkcí (včetně imunitní odpovědi), lze podnítit rozličnými vnějšími a vnitřními podněty a že činnost vnitřních orgánů je řízena mozkovou kůrou.

U nás je tato koncepce v současnosti poměrně málo rozvíjena a dosud čeká na kritické zhodnocení.

- 3) **Koncepce psychického stresu**

V rámci této koncepce uvádějí BAŠTECKÝ aj. (1993), je možné souhrnně hovořit o psychologické zátěži jako o „náročných životních situacích“. S těmito situacemi se jedinec vyrovnává technikami odvozenými buď od útoku, nebo od úniku. Zvolený způsob řešení ať už vědomý, nebo nevědomý může mít na jeho zdraví různý dopad. Tyto náročné situace jsou ale i nezbytnou a prospěšnou součástí vlivu pro normální utváření a vývoj osobnosti a posilování její frustrační tolerance.

Nejpodrobněji byla studována otázka životních událostí u srdečních a cévních chorob, kde jsou souvislosti na první pohled zřetelné. Při rozborech výzkumů vlivu životních událostí na zdravotní stav se ukázalo, že **vztah mezi životní událostí a vznikem choroby je složitý a je ovlivňovaný řadou faktorů.**

I PONĚŠICKÝ (2002, s. 17) píše o složitosti psychodynamiky a patogeneze psychosomatických poruch. Pro přiblížení můžeme vyjít z představy, že se každý člověk naučil zvládat pouze určité situace, s nimiž se dosud setkal a jež jsou zahrnuty do jeho dosavadní zkušenosti ve styku jak s okolím, tak se sebou samotným. Formulace „se sebou samotným“ znamená fakt, že nestačí určitou situaci jenom nějak zvládnout, ale je důležitá i forma zvládnutí, která odpovídá naší představě sebe, našemu sebepojetí, tomu, za co jsme ochotni nést osobní zodpovědnost. Jsou jedinci, kteří pocity jako silná zloba, agrese, chuť se pomstít, zlobná závist či žárlivost nikdy nepocítí. Tyto pocity však mají u člověka důležitou signální funkci, takže jejich potlačení může být pro něho nebezpečné (PONĚŠICKÝ, 2002, s. 17).

Člověk, který se nenaučil odpovídajícím způsobem reagovat na konflikt, vybuchnout, jednat v jeho očích primitivně, protože by mohlo ohrozit jeho dosavadní sebeobraz, ten pak takovou reakci raději potlačí. Takovýmito situacím a konfliktům se však nikdo nemůže vyhnout a namísto otevřené výměny názorů, tj. schopnosti sebekritiky, vzniká u těchto lidí napětí, úzkost. Úzkost však není jenom afekt náležející do duševní oblasti, jak se běžně vnímá, je to také psychosomatický fenomén, ke kterému patří i tělesné reagování jako je napětí ve svalech, bušení srdce, zvýšený krevní tlak, ve smyslu aktivace organismu na těžko řešitelnou situaci.

V diagnostice a léčbě psychosomatických onemocnění je třeba rozlišovat mezi situacím, kdy se člověk snaží nějakému konfliktu, problému či reakci vyhnout, a situacím, kdy mu příslušná afektivní reakce chybí. V obou případech platí, že na určitou zátěžovou situaci, ve které si nevíme rady a na kterou svými emocemi, svým rozumem i svým chováním neodpovídáme, reaguje v dalším pořadí naše tělo.

Psychosomatickou symptomatologii je možné vysvětlit na jedné straně psychodynamicky jako výslednici většinou nevědomých konfliktů, ke kterým chybí odpovídající emoční kognitivní či motorická odpověď. Somatické příznaky se pak dostaví, když se tělesný symptom hodí jako možná, resp. vhodná forma vyjádření, odreagování potíží, kdy tělesná reakce zástupně reprezentuje poruchu nevyřešeného mezilidského vztahu. Na druhé straně si lze psychosomatickou poruchu představit jako důsledek strukturální poruchy osobnosti. *„V rámci klasického psychoanalytického modelu se jedná o poruchu ve vývoji a výstavbě „já“, jáské flexibility a kapacity, tedy té části osobnosti, jež se vyrovnává s nároky našich přání ...*

a tím, co z toho lze uskutečnit, a co se zároveň slučuje s mezilidskými normami soužití. Menší roli ve vzniku hrají defekty v „nad já“, tedy v jasnosti a jednoznačnosti osobního morálního kodexu a hierarchie“ (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 64).

O vývojově-strukturálně podmíněných psychosomatických symptomech lze souhrnně říct, že jsou *„tělesnou reakcí anebo tělesnou kompenzací či tělesným řešením jinak nezvladatelné mezilidské situace, kdy jáské, zvnitřnělé řešení chybí, takže je pacient takovéto situaci vydán napospas, respektive je závislý na osobách, které se ho ujmou“* (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 68). Zde má možnost vyniknout význam tzv. dobrého vnitřního objektu, (vztahu k němu), období šťastného dětství, které vytvořilo bázi pro základní důvěru a jistotu ve vztahu, jež pomůže překlenout nejednu frustraci, zklamání či opuštění.

K vlastnímu „já“ nepatří jenom vlastní sebedpředstava, sebehodnocení či sebezpojetí, ale i tzv. jáské funkce, což jsou *„funkční (nikoli sebezprezentační) schopnosti zabezpečující koherenci vlastní osobnost, pro řešení konfliktů. Je to schopnost sebevnímání a introspekce, myšlení, sebekontroly, vůle, motility, schopnost navazovat a udržovat mezilidské vztahy, komunikovat. Všeobecně se hovoří o síle „já“, o schopnosti vypořádat se s problémy (coping). I zde vzniká úzkost tehdy, když tyto řídicí a adaptivní funkce nestačí některou stresovou situaci zvládnout, dochází k panické úzkosti ze zhroucení, k úzkostné neuróze, k nezvládnutí, s pocitem nebytí pánem ve svém domě, tj. v sobě samém“* (srov. PONĚŠICKÝ, 2004, s. 34).

Příčiny jáských defektů, tj. nedostatečné naučení se a osvojení si jáských kompetencí, záležejí většinou v jejich výchovném zanedbání. To bývá způsobeno buď nedostatečným prostorem pro samostatnost, kdy dochází k přehnané péči a nebo naopak zanedbáváním a nedostatkem pozornosti ze strany rodičů. Podobně jako v terapii je i ve výchově důležitý princip optimální frustrace, aby se dítě naučilo vyjadřovat své potřeby a stavy. Následkem poruchy jáství bývá vznik nejistoty a úzkosti v určité meziosobní situaci, v níž se pacient cítí nekompetentní a bezmocný.

Psychoterapeutická strategie spočívá v podržení pacienta v takových situacích, snažíme se jej motivovat k práci na sobě ve smyslu „dovývinu“ deficitních jáských funkcí. Důležitou roli hraje v terapii princip selektivně-autentické odpovědi (HEIGL-EVERS aj., 1977), jenž předpokládá cit pro to, co pacient ještě snese. Jedná se o jakousi kombinaci psychoterapie s „dovýchovou“ na bázi psychoanalytického porozumění pacientovi.

5 MOŽNOSTI A METODY ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE

Obsahem této kapitoly je snaha přiblížit člověku nerozumnost jeho počínání, způsobu života v neustálém shonu a nabídnout možnosti zvolnění tempa, zklidnění, návratu k tradicím a doporučení zdravého způsobu života obsahujícího nejen péči o tělo, ale i péči o duši, o jejímž významu hovořili jak filozofové starověku např. Platon, tak i filosofové novověku např. Patočka.

Za cíl si autorka klade snížit působení chronického stresu. Možnost efektivního řešení nabízí v akceptaci zdravého životního stylu do běžného života současného člověka.

5.1 Jak žijeme - každodenní stres

V dnešní době přibývá množství nových požadavků, se kterými se lidé musejí vyrovnat. V rychlém tempu probíhá mnoho sociálních, ekonomických i jiných změn, které se dotýkají života každého člověka. Zhoršuje se životní prostředí, jíme nezdravou stravu, máme špatné mezilidské vztahy, ohrožuje nás nezaměstnanost. To vše klade na člověka stále nové a vyšší nároky, které s sebou přinášejí také nové stresové situace. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) stres představuje největší zdravotní riziko 21. století (KRASKA-LÜDECKE, 2007, s. 11, 45).

Když se ohlédneme do minulosti na život lidí na počátku jejich existence, uvidíme, že měl úplně jiné tempo a řídil se jinými pravidly než dnes. Prioritou tehdejšího člověka bylo přežít, získat potravu pro nejbližší okruh lidí a zajistit si bydlení. Jakmile hrozilo nebezpečí, člověk zmobilizoval veškeré tělesné i duševní rezervy. Podařilo-li se člověku překonat nebezpečí bojem či útekem, dostavil se stav vyčerpání, tehdy si vyhledal klidné místo pro odpočinek, aby doplnil zdroje energie a připravil se na další potenciální boj (KRASKA -LÜDECKE, 2007, s. 13).

Mechanismus obrany organismu při ohrožení se od pravěku nijak nezměnil, ale nyní velmi často neslouží k ochraně organismu - paradoxně působí k jeho záhubě, protože člověk nejenže přestal být citlivý na signály svého těla, ale ani své emoce nemůže odreagovat fyzickou činností. Musí je v sobě potlačovat a tvářit se, jako by neexistovaly, pokud chce dobře vycházet s nadřízenými a spolupracovníky. Přitom archaické fyziologické reakce, které nestačí prudkému životnímu tempu vývoje lidstva

a mění se daleko pomaleji, vyvolávají na opakované psychické podněty stejně mohutné odezvy, kdy dochází k velkému vyplavování kortikoidů z kůry nadledvin a katecholaminů z jejich dřeně, jako to bylo v pravěku, kdy byl primitivní člověk vystaven útoku divokého zvířete nebo kyji nepřátelského bojovníka (DOSTÁLOVÁ, 2010).

Jak se projevuje vliv uvedených hormonů jako odpověď na příslušný zatěžkávací podnět? Při nadměrné zátěži organismu se jako první signál začne objevovat tělesné napětí. Svaly na krku ztuhnou, záda začnou bolet. Nezřídka pocítujeme nauzeu, dýchání je mělké, cévy se stahují. Srdce buší o poznání rychleji, stažené svaly nedostávají dostatečný přísun krve. Při opakování a dlouhodobém trvání stresujícího působení a přetrvávající reakci na něj se oslabuje imunitní systém. V noci člověk nemůže spát, přes den se nedokáže soustředit, pocítuje trvalou únavu. Není z čeho čerpat energii, člověka stres pomalu pohlcuje. Jedinou pomocí je pak odhodlání zavést do života změny (KRASKA-LÜDECKE, 2007, s. 20).

Pro pozitivní ovlivnění člověka při projevu takovéto stresové choroby mnohdy stačí vhodně podaná rada, podnět ke změně pracovního či životního stylu, uspořádání rodinných záležitostí či jen změny životosprávy s dostatkem pohybu a relaxace (PONĚŠICKÝ, 2002, s. 10).

Lepší než léčba je vždy prevence. Prevence znamená předcházení. Jsou lidé, kteří svým způsobem života dovedou stresu předcházet. Žijí v určitém rytmu, ve správném poměru aktivního odpočinku a tělesné aktivity, dovedou se uvolnit, jejich myšlení je většinou konstruktivní, proto si nedělají starosti, ale snaží se problémy řešit. Zažívají dostatek příjemných aktivit, takže je život těší. Dovedou příjemně, jasně a otevřeně komunikovat s druhými lidmi a v případě potřeby se prosadit bez toho, že by někoho uráželi či ponižovali, a tím i sami sobě způsobovali komplikace. Mají rádi lidi a většinou i druzí mají rádi je. Z jejich chování, práce a komunikace je vidět smysluplné zaměření, které přesahuje je i jejich rodinu.

Většina lidí však naopak žije hekticky, uspěchaným způsobem života v trvalém napětí. Je to způsob života člověka současnosti žijícího ve společnosti orientované na výkon. Den je přeplněn plněním povinností, někdy i zdánlivých, na odpočinek není čas a i cesty z práce a do práce jsou mnohdy stresující. Jakmile dorazíme domů, uvědomíme si, co všechno není hotovo. Odpočinek znovu odložíme a nastoupíme druhou směnu. Na mezilidské vztahy a jejich vytváření a udržování

vhodnou komunikací nám zbývá velmi málo času, jsme stále pod tlakem. Ani vytoužený víkendový čas nepřináší úlevu, protože se do něj snažíme vměstnat co nejvíce aktivit s cílem vynahradiť si, co jsme během týdne nestihli a tak opět nervózně sledujeme hodinky, volno si neužijeme, jen jeden druh stresu nahradíme jiným.

5.2 Metody vhodné ke zvládnutí nadměrného stresu

Se stresem můžeme bojovat mnoha způsoby. Metody, které uvádím v následující části, směřují k lepšímu vyrovnávání se stresovými situacemi.

Jak bylo již výše uvedeno, člověk se rodí s určitými dispozicemi (genetické faktory), výbavou pro reakci na zátěž. V průběhu života mohou být tyto dispozice do jisté míry modifikovány výchovou a dalšími životními zkušenostmi. I v dospělosti na sobě může jedinec v mnoha směrech pracovat a zvyšovat svoji fyzickou i duševní odolnost vůči zátěži. Vhodným způsobem, který vede k vyšší odolnosti vůči stresu je zdravý životní styl.

5.2.1 Plánování času

V plánu zohledňujeme osobní krátkodobé priority, které jsou ovlivněny našimi dlouhodobými životními cíly, při respektování svých životních rolí. Sestavit pro sebe dobrý plán vyžaduje určitou zralost. Při tvorbě plánu směřujeme k sebe-řízení, jehož cílem je vést (sebe-vedení) svůj život efektivně, příjemně a naplněně a nepodlomit přitom své zdraví. Při plánování je důležitá i sebekázeň, schopnost naší svobodné vůle správně se rozhodovat. To znamená být věrný sám sobě a podřídit se promyšleným cílům, nikoliv momentálním rozmarům.

Dlouhodobé cíle zohledňují naši filosofii, krátkodobé jsou mety na cestě k dlouhodobým cílům. Čas trávíme v činnostech, které lze kategorizovat na polaritách jako naléhavé - nenaléhavé a důležité - nedůležité (viz Příloha č. 1). Důležitost hodnotíme z hlediska dlouhodobého zaměření. Patří sem úkoly, pro které se člověk po vlastní úvaze sám rozhodl (budování vztahů, aktivní odpočinek, tělesné cvičení).

Při vytváření plánu je dobré zohlednit:

- vyváženost mezi prací a rodinným životem,
- pěstování vztahů,

- aktivní odpočinek a studium.

To napomáhá k dosažení harmonie v životě a upevnění zdraví.

Pro získání času je dobré naučit se říkat „ne“ na všechny nedůležité činnosti (z hlediska dlouhodobého směřování), lidem, kteří je po nás požadují. Víme, že v osobním směřování mají vztahy velkou důležitost a hodnotu. Tím, že řekneme „ne“, vztahy nemusíme, ale můžeme ztratit. Je však dobré naučit se rozlišit, kdy je říci „ne“ na místě a kdy nikoliv. Také potřebujeme získat dovednost říci „ne“, aniž bychom druhého zraňovali, nebo ponižovali. Tím se zabývá asertivita (viz dále).

Plán má být přiměřený našim možnostem, konkrétní, praktický. Pokud máme ujasněny své role a cíle, pomáhá nám to vysledovat priority.

Při plánování je dobré zohlednit biorytmus lidského organismu. Dávat si těžší úkoly na dobu dopoledního a odpoledního maxima, nezapomenout na odpočinek mezi jednotlivými úkoly. Je dobré nechat si v plánu také nějakou časovou rezervu pro úkoly, které přijdou nečekaně a jsou naléhavé a důležité (PRAŠKO, 2001, s. 87, 90).

5.2.2 Zachování přirozených biorytmů

„Biorytmus je biologicky vlastní cyklus změn určitého stavu, vlastností či hodnoty ...“ (VOKURKA a HUGO, 2000, s. 48).

Naše výkonnost je závislá na látkové výměně. Hladina hormonů, tělesná teplota, křivka výkonnosti, schopnost soustředění, funkce orgánů u člověka kolísá v pravidelném, čtyřiašedesátihodinovém rytmu a je zvenčí synchronizováno cyklem světlo-tma. Pravidelný rytmický život, který je v souladu s křivkou výkonnosti a odpočinkových fází výrazně napomáhá zvyšování odolnosti ke stresorům, a tudíž snižuje prožívání stresu.

Praško (2001) uvádí, že výkonnost je nejvyšší ráno, kolem 6. hodiny, pak mírně klesá. Kolem poledne nastupuje krátká fáze polední regenerace, která se projevuje sníženou výkonností a potřebou odpočinku. Odpoledne pak výkonnost znovu stoupá, ale již ne tak vysoko jako dopoledne. Od 4. hodiny odpolední přichází výrazný pokles výkonnosti a klesá plynule do nočních hodin, s minimem výkonnosti mezi 2. a 3. hodinou ranní. Od 3. hodiny ranní pak výkonnost rychle roste až k maximu, které je kolem 6. hodiny ranní.

Jsou však lidé, kteří projevují aktivitu až kolem 10. hodiny dopolední a úměrně s tím se posunuje jejich aktivita někdy až do pozdních hodin večerních (DOSTÁLOVÁ, 2010).

Pro dosažení optimálního výkonu je doporučeno plánovat si činnosti v souladu s vnitřním rytmem kolísání výkonnosti, tak dochází i nejmenšímu vytváření stresu (PRAŠKO, 2001, s. 56).

5.2.3 Racionální strava

Zdravá strava je pro spokojený život a dobrou odolnost vůči stresu velmi důležitá. Člověk, který zdravě jí, je v lepší kondici, a tak má i lepší předpoklady se stresem lépe bojovat a odolávat mu. Odborníci na výživu se shodují v tom, že strava by měla být vyvážená, plnohodnotná, s dostatkem ovoce, zeleniny, mléčných výrobků, luštěnin. Maso by mělo být zastoupeno spíše bílé rybí, případně drůbeží. Příjem jídla by měl být pravidelný. Doporučuje se za den sníst 6 jídel v menším množství.

Mnozí lidé nevěnují pozornost pravidelnosti stravování. Je i hodně lidí, kteří vynechávají snídani, jež je základem stravy, právě ona dokáže vydatně odbourat stres. Nejlepší jsou ráno sacharidy a vitamin B ve vícezrnném pečivu nebo také ovesné vločky. Dobrá a zdravá snídaně zvyšuje glykémii, podněcuje mozkové buňky k aktivitě. Snídaně bohatá na zinek a vitaminy A a C posiluje imunitní systém.

I na ostatní jídla by se měl najít čas. Lidé stravující se převážně v rychlém občerstvení podstupují riziko rozvoje aterosklerózy, srdečního infarktu, cukrovky, dny, chorob žlučníku vzhledem ke způsobu úpravy stravy podávané v těchto stravovacích provozech.

Důležitý je i pitný režim, denně se má vypít 2-3 litry tekutin. Pít by se mělo podle teploty prostředí a v závislosti na vykonané práci. Vhodnými nápoji pro pitný režim je čistá voda, minerální vody, zředěné ovocné a zeleninové šťávy, bylinkové čaje a zelený čaj.

Jako vhodné obohacení stravy proti-stresu doporučuje KRASKA-LÜDECKE (2007, s. 71):

- 1) Hořčík, vápník a potraviny bohaté na vitamíny (A, E, C, B1, B2, B6, B12)

- a) Vitamín C - posiluje organismus při dlouhodobém stresu, infekcích, onemocněních trávicího traktu, při intenzivní tělesné zátěži. Je obsažen v paprikových luscích, plodech šípku, červeném zelí, třešních, brokolici, petrželi, citrusovém ovoci, kiwi, černém rybízu, bramborách, rajčatech.
 - b) Vitamín B1- napomáhá stabilizaci nervového systému a podporuje jeho odolnost. Najdeme ho v kvasnicích, pšeničných klíčcích a otrubách, ořechách, semínkách slunečnice, ovesných vločkách, sojových bobech, celozrnném pečivu, luštěninách.
 - c) Vitamín B2 - tento vitamín tlumí aktivitu stresových hormonů. Je obsažen v otrubách, luštěninách, obilných klíčcích, mase, rybách, sýru, jogurtu, v plnotučném mléku, podmáslí, kefírech.
 - d) Vitamín B6 - působí blahodárně ve stavu vyčerpání. Nalezneme ho v sojových bobech, kvasnicích, rybách, obilovinách, obilných klíčcích, ořechách, luštěninách, celozrnném pečivu, v zelenině.
 - e) Vitamín B12 - posiluje nervový systém. Obsažen v játrech, vajíčkách, sýrech, mléce, mase.
 - f) Vápník - nachází se zejména mléce a mléčných výrobcích, sóje, listové zelenině, melase.
 - g) Hořčík - je především v pšeničných otrubách, pivních kvasnicích, rozinkách, slunečnicových a sezamových semínkách, celozrnném chlebu, špenátu.
- 2) Potraviny obsahující komplexní uhlohydráty (obiloviny, celozrnné pečivo, brambory, luštěniny, zelenina, ovoce).
 - 3) Při zvýšeném stresu se nedoporučuje konzumovat alkohol, černý a zelený čaj, kávu ani kolu. Je vhodné dát přednost bylinkovému nebo ovocnému čaji, zředěné ovocné nebo zeleninové šťávě, minerální vodě, mléku, podmáslí.
 - 4) Má se jíst pomalu a dobře žvýkat.
 - 5) Při jídle je důležitá příjemná atmosféra, vůně jídla v pohodovém okolí navozuje reflexní vylučování žaludeční šťávy jako přípravu na trávení jídla.

5.2.4 Spánek

Velmi důležitou součástí zdravé životosprávy je i spánek. Potřeba spánku se liší u každého jednotlivce, rozdílná je i v souvislosti s věkem jedince. Nejmenší děti prospí většinu dne (16 – 20 hodin), větší děti 10 – 12 hodin a potom s přibývajícím věkem se tato doba postupně zkracuje. Dospělému člověku stačí asi průměrně 7 – 8 hodin (KRATOCHVÍL, 1988, s. 79-81). Ale i to je velmi individuální.

Spánek je považován za jeden z přirozených způsobů odbourávání následků stresu. Z toho důvodu by měl být pokud možno co nejkvalitnější. Nevyspalý člověk se totiž rychleji unaví, má horší náladu, větší sklon k depresi i k jiným duševním poruchám a v práci nepodává zdaleka takový výkon jako člověk vyspalý.

Příčin nekvalitního spánku může být více, za nejčastější příčiny považuje většina autorů (cit. dle DOSTÁLOVÉ, 2010):

- nečinnost během dne,
- polehávání či spánek během dne,
- špatná výživa (např. káva nebo těžké jídlo před spaním),
- nedostatek tělesné aktivity,
- stresující sociální zázemí,
- pracovní přetížení,
- nevhodné prostředí (málo vzduchu, velké horko, hluk, hmyz).

Z fází spánku je asi nejvíce obtíží spojováno s usínáním. SKALSKÝ (2007, s. 85) uvádí jako doporučení tzv. „stop techniku“ podle Irmíše. Ta zhruba spočívá v následujícím postupu: honí-li se hlavou nepříjemné, úzkostné a zneklidňující myšlenky, je třeba si říci (nahlas, potichu, v duchu) stop, zastavit, nebudu na to myslet. Tím se přívalem myšlenek zastaví. A pak stačí snažit se myslet na něco příjemného. Pokud se to na poprvé nepodaří, „stop techniku“ je zapotřebí opakovat. Přestože to vypadá jednoduše až naivně, je vyzkoušené, že to pomáhá.

Vzbudí-li se dotyčný jedinec v noci a ony myšlenky ho opět trápí, může zkusit vstát z postele a poznamenat si je na papír s tím, že takto na ně nezapomene a tyto problémy (bývají to totiž myšlenky spojené s různými problematickými situacemi) vyřeší zítra (v jiný vhodný čas). Tím, že je takto svěří papíru, už na ně nemyslí, uvolní se a znovu se může věnovat spánku.

Další zásady klidného spánku jsou vesměs dobře známé (často však opomíjené). Objevují se jak ve vědeckých populárně – naučných publikacích, tak i v oddechových časopisech. Dají se shrnout do těchto bodů:

- mít pohodlnou postel, pokud možno ne patrovou (kvůli cirkulaci vzduchu v místnosti), nejlépe na nožičkách,
- spát v dobře vyvětraném, nepřetopeném, tmavém pokoji,
- dodržovat denní režim, chodit spát a vstávat přibližně ve stejnou dobu,
- před spaním zařazovat jen lehkou večeři, ideálně několik hodin před ulehnutím,
- nepít nápoje obsahující kofein, nejlépe již ne po obědě,
- nepít větší množství alkoholu, ten sice usnadňuje usnutí, ale potlačuje REM fázi spánku,
- neužívat svévolně léky na spaní, ty se mají užívat jen na základě lékařského předpisu,
- raději nejdříve (než se hned uchýlovat k lékům) zkusit jemnější prostředky na usnutí: sklenici teplého mléka s medem, některé bylinky (kozlík, meduňka, třezalka atd.),
- před spaním zařadit krátkou procházku, teplou koupel například s nějakým esenciálním olejem, uklidňující masáž, relaxační hudbu či jinou metodu.

Problematice spánku je důležité věnovat náležitou pozornost. Jen dobře vyspalý a odpočínutý člověk je schopný v dnešní náročné době fungovat (SKALSKÝ, 2007, s. 86).

5.2.5 Návrat k příjemným aktivitám

Abychom vyvázli z bludného kruhu, je důležité hledat rovnováhu mezi úkoly a příjemnými odpočinkovými činnostmi (koníčky, zálibami). Když se nám to podaří, tak nám i nepříjemné věci půjdou lépe od ruky, nebudeme rozladění, budeme mít více energie pro život.

Pro řadu lidí platí, že příjemné aktivity začnou ze svého života z důvodu nedostatku času postupně vynechávat, aniž by si uvědomili, jak jsou pro ně důležité. Pokud člověk dělá málo věcí, které prožívá jako příjemné, ztrácí pocit radosti.

PRAŠKO a PRAŠKOVÁ (2001, s. 96) upozorňují na to, že je mezi příjemnými aktivitami a naší náladou vztah. Tím, že zařadíme do života příjemné aktivity, můžeme celkově zlepšit svoji náladu. Budeme-li se cítit dobře, dělat si pravidelně radost aktivitami, které nám jsou příjemné, zvyšujeme tak odolnost proti působení stresu.

5.2.6 Odpočinkové aktivity

Život každého člověka má určitý rytmus. To znamená, že po práci či jiné aktivitě je nutné zařadit odpočinek. U každého je však rytmus střídání práce a odpočinku jiný. Někdo je unaven za 2 hodiny, jiný až po 4 nebo po 6 hodinách. U rychlosti nástupu únavy záleží na momentálním zdravotním stavu, věku, okolním prostředí apod. Důležité je znát svůj organismus a sledovat jeho potřeby. On sám si řekne, když je unaven a potřebuje vypnout. Přetěžování se je kontraproduktivní a přináší neblahé zdravotní následky.

Odpočinek lze trávit aktivně i pasivně. Pasivně se odpočívá tehdy, když se nevyvíjí žádná aktivní – pohybová činnost, jen se například pohodlně sedí nebo leží. Při tom je možné si číst, poslouchat hudbu. Pod aktivním odpočinkem rozumíme odpočinek spojený s příjemným, ne výkonovým pohybem např. práce na zahradě, rekreační sport. Za nevhodnou formu odpočinku je považováno časté sledování televize.

5.2.7 Sport – péče o tělo

Přiměřený zdravotní pohyb pomáhá harmonizovat organismus člověka. To, co v současné době potřebujeme, je vyvážit a najít rovnováhu mezi statickým a dynamickým tělesným pohybem. Pro vyvážení je vhodné kombinovat při sportu dynamická aerobní cvičení, jako je běh, plavání, gymnastika, sportovní hry, cvičení např. hathajógy, která upřednostňuje pomalé pohyby, plynulost a výdrž v pozicích.

Při pohybu dochází k rozvoji a udržení pohybového aparátu (kostí, kloubů, svalů), zvyšuje se srdeční činnost, zrychluje se dech, zvyšuje se intenzita biochemických přeměn v metabolismu, což mimo jiné pomáhá i k odbourávání tzv.

„stresových hormonů“. Vytrvalostní pohyb, jako je běh, plavání, apod. vede k výlevům endorfinů, které navozují pocit euforie a radosti. Pravidelný rytmus napětí a uvolnění i pravidelný dech, vede k psychickému uvolnění. Tímto způsobem pohyb pomáhá k prevenci psychosomatických důsledků stresu.

5.2.8 Asertivní jednání – optimální komunikace

Stres v naší společnosti zaměřené na výkon s trvalým nedostatkem času s sebou nese problémy v mezilidských vztazích. Můžeme prožívat napětí v rodině, v zaměstnání, sportovní nebo zájmové organizaci i v přátelských vztazích. Můžeme být ve stresu i z toho, že máme vztahů málo, chybí nám partner, přátelé. Když se ve vztazích objeví problémové situace, reagujeme většinou podle naučených vzorců, které jsou často nekonstruktivní. Dochází k hromadění pocitu napětí a pocitu bezmoci. Změna partnera je nic neřešící způsob našeho reagování. Pokud chceme dosáhnout nějakého výsledku, musíme změnit svůj stereotyp chování.

PRAŠKO a PRAŠKOVÁ (2001, s. 146) uvádí jako jednu s účinných metod asertivní komunikaci, která nás učí:

- jasně a přiměřeně vyjadřovat vlastní pocity,
- říkat ano, nebo ne podle toho, co doopravdy chceme,
- požádat o to, co potřebujeme,
- přijmout odmítnutí od druhého bez pocitu urážky,
- přijmout kritiku bez vzdoru či sebeodsuzování,
- konstruktivně kritizovat,
- dokázat vyjádřit a přijmout kompliment,
- citlivě naslouchat druhému,
- spolupracovat s druhými k oboustranné spokojenosti.

5.2.9 Relaxační metody

Relaxace je stav psychického a tělesného uvolnění. Psychické napětí i napětí ve svalch těla spolu velmi úzce souvisí. Je známé, že duševní napětí vede ke zvýšení svalového napětí a zvýšené svalové napětí na druhé straně vede ke zvýšení duševního

napětí. Uvolnění napětí svalů vede k uvolnění napětí psychického a zklidnění činnosti v mozkové kůře. Pokud někde v těle napětí přetrvává, je mozková kůra neustále drážděna. Proto bez uvolnění těla není možné uvolnit mysl.

Z behaviorálního hlediska se považuje za prokázané, že určitá fyziologická reakce souvisí s určitou emocí i negativní myšlenkou a vzájemně se posilují. Když převažují negativní myšlenky, mluvíme o bludném kruhu.

Stresovou reakci podporuje sympatický vegetativní nervový systém, parasympatický nervový systém ji naopak zklidňuje. Během relaxace dochází k postupnému zklidnění sympatiku a zvyšuje se účinek parasympatiku. V subjektivním prožívání je relaxace stav uvolnění těla a mysli s prožitkem klidu, vyrovnaní, vnitřního ticha. Tělesné uvolnění se projeví souladem dechového rytmu a rytmu úderů srdce, mírným poklesem krevního tlaku, uvolněním svalů a zpomalením všech základních tělesných pochodů. Duševní uvolnění se projeví urovnáním myšlenek, jejich vymizením (v meditaci), nebo soustředěním se na jednu věc. Čím je uvolnění hlubší, tím se člověk cítí vyrovnanější a tím déle účinek relaxace přetrvává. Objeví se silný pocit harmonie, klidu, starosti a problémy se vzdálí, přestávají nás sužovat. Hluboké uvolnění probudí větší sebedůvěru a přináší optimističtější postoje (PRAŠKO a PRAŠKOVÁ, 2001, s. 115).

Při nácviu relaxace se doporučuje zpočátku zaujmout pozici vsedě, teprve později pozici vleže. Při relaxaci vleže člověk snadno usne. Pokud upadneme do spánku během relaxace, je to sice důkaz, že jsme skutečně relaxovaní, ale na druhou stranu není možné relaxovat, když spíme. Dobrá relaxace by měla probíhat na rozhraní bdění a spánku (KRASKA-LÜDECKE, 2007).

Význam relaxace

Důležitost relaxace spočívá, jak uvádí PRAŠKO a PRAŠKOVÁ (2001, s. 117):

- ve výrazném psychickém a tělesném uvolnění a zabránění pokračování stresové reakce,
- v oddání se uvolněně prožitku a tím i plném prožívání příjemných aktivit,
- v podpoře představivosti a tvořivosti – aktivizuje pravou mozkovou hemisféru,
- ve zvýšení schopnosti koncentrace se na to, co se děje,
- ve zlepšení spánku,
- v uvolnění se před očekávanou stresující událostí,

- ve zvýšení pocitu sebedůvěry a optimismu,
- v harmonizaci psychického stavu a tělesných funkcí.

Nejčastěji praktikované relaxační techniky

Jednou z nejjednodušších relaxačních metod, které lze praktikovat téměř kdekoli a kdykoli, jsou **dechová cvičení**. Mezi dýcháním a celkovým fyzickým a psychickým stavem existuje těsná souvislost. Při prožívání stresu dochází často k dechovým poruchám s nejrůznějšími projevy: poruchy v dechovém rytmu, svíravé pocity na hrudi, pocit nedostatku dechu – knedlík v krku, píchání u srdce, mravenčení až křeče v prstech a kolem rtů (při zrychleném dýchání, bez přiměřené námahy). Při kvalitním dýchání dochází k psychickému i fyzickému uvolnění, což má vliv jak na denní aktivity, tak na snadné usínání a spánek.

Pro nácvik kvalitního dýchání je potřebné ujasnit si vztah mezi dýcháním a držení těla. Při vdechu má být páteř uvolněně protažena, ramena držíme volně. Snažíme se dýchat nosem. Klidným dýcháním se dosahuje celkového uvolnění. Podrobné popsání technik dýchání přesahuje rámec této práce.

Dechová cvičení jsou velmi důležitá, zvláště když se dokážeme naučit kontrolovat dech ve chvílích duševního napětí.

Další doporučenou relaxační metodou je **autogenní trénink** (zkratka AT).

Jeho autorem je, jak uvádí VOJÁČEK (1988), neurolog Johannes Heinrich Schultz. Začal jej aplikovat ve 20. letech minulého století. Jedná se o autosugestivní techniku vycházející z hypnózy navozující snížení svalového napětí. Je vhodný při léčbě psychosomatických chorob.

Cíle, kterých lze dosáhnout při autogenním tréninku jsou:

- dokonalé uvolnění a plný intenzivní odpočinek tělesný i duševní,
- osvěžení, obnovení sil během krátké doby autogenního cvičení,
- rychlé usnutí večer,
- zklidnění ve stresových situacích,
- eliminace rušivých emocí (strach, zloba, prchlivost), obsedantních pocitů a výtoků nálad (pláč, nechut', rozmrzelost),
- nevnímání rušivých vlivů (hluk, hovor, příp. rušivé myšlenky),
- zklidnění a harmonizaci nejen psychiky, ale i vegetativních tělesných funkcí, tedy vlivu na srdce, cévy a vnitřní orgány,

Při déle trvajícím pravidelném cvičení se dostavuje duševní klid a vyrovnanost jako trvalá osobní vlastnost, zlepšuje se soustředivost, tělesná i duševní výkonnost, vytrvalost, odolnost, paměť, prohlubuje se citění a citovost, zlepšuje se sociální přizpůsobení a zrání osobnosti.

Podrobnosti o AT jsou zaznamenány v četných publikacích (KRATOCHVÍL, 2006).

Jako další relaxační metodu lze uvést Jacobsonovu progresivní relaxaci. Metodu vytvořil kolem roku 1920 Dr. Edmund Jacobson, americký fyziolog a psycholog. Zkoumal vliv stresu na lidský organismus již v roce 1908 na Harvardské univerzitě. U své metody vychází ze základní myšlenky – být uvolněný, což je fyziologickým opakem být v napětí. Zkoumáním rozsáhlých souborů pacientů přichází Jacobson k závěru, že poruchy způsobené tělesným napětím jsou běžnější než obyčejné nachlazení, a často jsou skryty za rozličnými příznaky nemocí zažívacího a oběhového systému, svalového a kosterního aparátu a samozřejmě za psychickými obtížemi nemocných (cit. dle JANČOVÉ, 2008).

Velkou část výzkumu zaměřil Jacobson na hospodaření s tělesnou energií. Když stáhneme svaly nějakým úsilím za nějakým cílem, spalujeme energii. Lidé, kteří žijí v nepřiměřené zátěži, se vyznačují vysokým svalovým napětím a tedy marnotratným utrácením své energie. Nebezpečí je skryté - stálé napětí, které si ani neuvědomujeme. Stálá pracovní poloha našich svalů (někdy i ve spánku) nutí chemickou továrnu našeho organismu ke stále většímu výkonu. Organismus, který má vysokou adaptační schopnost, se snaží vrátit vše do rovnováhy. Zátěž, která trvá příliš dlouho, tuto schopnost snižuje.

Účinná pomoc se nabízí právě v progresivní relaxaci, která má vedle nesporných uvolňujících účinků na organismus význam i ve změně postoje člověka ke svému zdraví. Progresivní svalovou relaxaci můžeme cvičit téměř všude (BALCAR, 2008), je nenáročná na prostředí i na naladění klienta. Vědomá soustředěná práce se svaly nás odvádí od tenzních myšlenek.

Provádění relaxace může být individuální i skupinové. Lze trénovat za pomoci zkušeného terapeuta anebo i samostatně. Cvičíme podle rozpisu, každou svalovou skupinu procvičujeme dvakrát, později stačí jedenkrát. Po vytvoření stopy v tělové paměti se svaly dokážou uvolnit jen mentálním pokynem. Cvičení trvá 15 - 20 minut.

Mezi relaxačně koncentrační cvičení patří staletými vyzkoušená **jóga**, která působí jako prevence i jako pomoc zvládnání následků stresu. Praxe cvičení jógy sahá hluboko do indické historie. Vychází z tradic hinduismu. Jejím filosofickým aspektem je snaha o harmonickou jednotu s absolutnem.

Na západě, kam se jóga dostala až ve 20. století, se nejčastěji praktikuje tzv. „hathajóga“. Je to systém cvičení, který má směřovat k tělesné a duševní rovnováze a tak zvyšovat odolnost i vůči stresu.

Z jógy jsou nejoblíbenější a také nejčastěji praktikované ásany. Jsou to klasické jógové polohy. Důraz je při nich kladen na statickou fázi cvičení. Účinky se projevují prakticky v celém těle. Působí na svaly, ty jsou díky cvičení pevnější, pružnější. Dále mají vliv na žlázy s vnitřní sekrecí, na krevní oběh, regulují dech i funkce nervové soustavy. Proto se celá řada duševních i tělesných obtíží dá dobře ovlivnit cvičením vhodných ásan. Ásany také tlumí činnost sympatiku ve prospěch parasympatiku, což je výborné pro zklidnění a celkové uvolnění organismu (SKALSKÝ, 2007, s. 97).

Ásan je obrovské množství. U nás jsou velmi oblíbené např. kombinace ásan známé pod názvem „Pozdrav slunci (Súrjanamaskár)“ či tzv. „Rišíkéšská soustava“, která obsahuje polohy: Svíčka, Pluh, Ryba, Kleště, Kobra, Kobylka, Luk, Torze, Stoj na hlavě a závěrečnou Šávásánu (van LYSEBETH, 1998).

Další technikou pomáhající zmírňovat stres je **meditace**. Patří mezi metody relaxačně koncentrační. Jde o praktiku starou téměř jako lidstvo samo. Pro své nesporné kvality je také neodmyslitelnou součástí duchovního života a to u všech velkých světově rozšířených náboženství. Jistou formu meditace lze nalézt v křesťanství, judaismu i islámu, stejně jako v buddhismu a hinduismu.

Meditaci lze definovat jako „*rozjímání, přemítání, soustředěné přemýšlení až po změny vědomí prostřednictvím rituálů a tréninku*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 306). Dále autoři rozeznávají meditaci koncentrativní a relaxační.

Druhů meditace je mnoho, mezi společná doporučení pro její provádění patří podobné podmínky jako při provádění např. autogenního tréninku.: klidné prostředí, pohodlné oblečení, vhodný čas – hlavně ráno po probuzení, správná pozice, správné dýchání, soustředění na předmět meditace, pasivita. Důležité pro meditaci je výběr učitele, protože se za správného vedení projevuje rychlejší pokrok.

Doporučená doba pro meditaci je podle KRASKA-LÜDECKE (2007, s. 96) půlhodiny denně.

V indikovaných případech Matula (cit. dle SKALSKÉHO, 2007, s. 104) uvádí, že lze tuto metodu obohatit prostřednictvím floatingu. Floatační tanky jsou nádrže naplněné hustým solným roztokem, který nedovolí tělu klesnout pod úroveň vodní hladiny. Člověk se tak ocitne v příjemném prostředí teplé vody, bez pocitu zemské tíže, při svitu zklidňujícího světla a za znění relaxační hudby (například zpěvu velryb či zvuků moře). Asi po 20 minutách tohoto stavu přestává mozek kódovat gravitační impulsy, dochází k synchronizaci mozkových hemisfér a změnám chemismu mozku. Zároveň se rytmus aktivity mozku nalaďuje na hladinu alfa, tak nastává relaxační proces.

Floating se používá jako prostředek na pozitivní ovlivnění těchto obtíží:

- nemocí pohybového aparátu (artróza, ústřely, ischias apod.),
- kožních nemocí (lupénka, atopický ekzém, akné apod.),
- duševních poruch (deprese, úzkost, únavový syndrom apod.).

Je však také vhodný i jako prevence, zvláště v období zvýšeného stresu.

5.2.10 Akupresura

Je to metoda, která se zrodila v Číně. Člověk ji aplikuje sám. Při akupresuře se na těle stimulují tlakem specifické body. Stimulace se provádí konečky prstů. Akupresurní body leží na pomyslných drahách – meridiánech. Protéká jimi životodárná energie čchi. Stlačováním bodů na meridiánech se ustavují vazby a spoje mezi orgány a cévami.

Metoda je doporučována u lidí, kteří příliš pohotově sáhnou po lécích, při příznacích jako jsou bolesti hlavy, poruchy spánku, úzkosti, neklid a nervozita, zácpa. Tato technika je také ideální pro redukování vlivu stresu na organismus.

Stlačování bodů se provádí palcem, prostředníčkem, nebo ukazováčkem. Postupuje se tak, že na bod přiložíme poslední článek prstu, jemně bod stlačíme a poté místo krouživými pohyby masírujeme. Důsledně se věnujeme těm nejcitlivějším místům. U jednoho bodu setrváme zhruba půl minuty. U všech bodů břicha se doporučuje středně silný tlak nepřekračující patnáct vteřin. Na ostatních částech těla je

možno aplikovat silnější tlak. Pro stimulování bodů na zádech buď musíme požádat někoho o asistenci, nebo můžeme použít malý míček. Lehneme si na záda tak, aby míček stimuloval daný bod, poté drobnými krouživými pohyby hledáme přesné místo, poznáme je podle ozývající se bolesti.

Pro všechny zásahy při použití akupresury platí – nedostaví-li se po zahájení léčby zlepšení, je třeba vyhledat odbornou lékařskou pomoc (KRASKA-LÜDECKE, 2007, s. 99).

Závěr k metodám umožňujícím zvládnání stresu

Metod umožňujících relaxaci, uvolnění, posilování mechanismu na obranu proti nadměrnému stresu je mnoho. Zde uvádím ty, které se nejčastěji praktikují. Ještě bych mohla doplnit metody jako aromaterapie, muzikoterapie nebo relaxační masáže apod., ale jejich popis by neúměrně zvyšoval rozsah této práce. Z uvedených metod si každý může vybrat tu, která mu bude podle typu osobnosti, zkušeností, či aktuální situace a potřeby nejbližší a nejužitečnější, aby mu pomáhala k odbourávání negativních účinků nadměrného stresu na jeho organismus.

Je jasné, že zázračná metoda, která by úplně odstranila stres, neexistuje. Prožívání stresu je přirozenou součástí lidského života. Cílem zdravého životního stylu je prevence distresu.

Napětí, obavy, katastrofické myšlenky, nervozita, bolesti hlavy a další subjektivní příznaky stresové reakce jsou naučené zlozvyky. Souvisí s životním stylem, který si z největší části volíme sami. Změna znamená postupně proměnit návyky a vytrvat.

5.2.11 Psychoterapie

U lidí, u kterých dochází k selhání fyzických i duševních schopností vlivem dlouhodobého neřešeného stresu, je vhodnou metodou pomoci psychoterapie.

Do odborné psychiatrické nebo psychologické ambulance přichází klient v situaci, kdy má pocit, že problém (svůj duševní stav) již nezvládá řešit sám, problémy se opakují, nebo dokonce narůstají a v mnoha případech jim ani sám dobře nerozumí. Trápí ho úzkost, neklid, napětí, poruchy spánku, deprese, vtíravé myšlenky a příznaky provázející tyto stavy mu znepríjemňují běžný soukromý i pracovní život. Naše společnost ještě není natolik vyspělá, aby dokázala na ty, kdo takovouto pomoc potřebují, pohlížet vlídně a s pochopením. Naopak je často stigmatizuje. To bývá někdy důvodem, proč se mnozí obrátí na psychoterapeuty pozdě nebo vůbec ne.

Psychoterapie je „*terapeutické působení psychologickými prostředky*“ (KRATOCHVÍL, 2006, s. 13).

NORCROSS a PROCHASKA uvádějí ve své knize „Psychoterapeutické systémy“ (1999, s. 16): „*Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů, se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce, nebo osobní charakteristiky ve směru, který obě strany považují za žádoucí.*“

KRATOCHVÍL (2006, s. 13) přibližuje pojetí psychoterapie, jako: „*...léčebnou činnost, léčebné působení, specializovanou metodu léčení, nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce.*“

To, čím se psychoterapie liší od jiných činností, lze hledat v několika směrech: čím působí, na co působí, čeho se má dosáhnout, co se při ní děje, kdo působí.

Tedy:

- 1) **Čím psychoterapie působí** – psychologickými prostředky, jejichž využívání je záměrné a plánovité. K psychologickým prostředkům patří slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině aj.
- 2) **Na co působí** – jde o léčebné působení na nemoc, poruchu, nebo anomálii. Je to cílevědomé působení na duševní procesy, funkce a stavy, na osobnost a její vztahy, na poruchy a na činitele, které poruchy vyvolávají.

- 3) **Čeho se má dosáhnout** – má odstranit, nebo zmírnit potíže a podle možností i odstranit jejich příčiny. Má zlepšit funkce orgánů, odstranit jejich poruchy, vést k obnovení zdraví, k poznání a omezení sebezničujícího chování, k účinnému zvládnutí problémů, konfliktů a životních úkolů. Má pomáhat pacientům změnit prožívání ve směru lepšího přizpůsobení životním úkolům. *Má vést k pocitům seberealizace a sebeuplatnění a k naplňování životního smyslu, k pocitu vyrovnanosti a spokojenosti.*
- 4) **Co se při ní děje** – dochází ke změnám prožívání a chování pacienta. Uplatňují se při tom procesy, jako je vytvoření kladného očekávání, získávání naděje a odvahy do dalšího života, terapeutický vztah s terapeutem, nebo koheze a dynamika skupiny, sebeexplorace a sebereflexivní vyjadřování, odražení v podobě katarze, konfrontace s problémy, získávání náhledu (porozumění souvislostem a neuvědomovaným motivům), zpětná vazba, korektivní emoční zkušenost, nácvik nového chování, desenzibilizace a posilování, získávání nových informací a učení chybějícím sociálním dovednostem.
- 5) **Kdo působí** – kvalifikovaná osoba s ukončeným lékařským, nebo psychologickým vzděláním a při týmové práci také vyškolené zdravotní sestry a sociální pracovníci. K provádění systematické a odborné psychoterapie je navíc nezbytný speciální výcvik (KRATOCHVÍL, 2006, s. 13 - 14).

Při výběru psychoterapie se člověk setká s dělením psychoterapie na „individuální“ a „skupinovou“, podle toho, zda je zaměřena pouze na jednotlivce, či probíhá-li ve skupině lidí s podobnými problémy.

Podle působení terapeuta se psychoterapie dělí na „direktivní“ (terapeut pacienta ovlivňuje přímým usměrňováním jeho myšlení, chování a postojů) a „nedirektivní“ (terapeut zaujímá neutrální, jakoby nezúčastněný postoj). Podněcuje tak pacienta ke slovnímu a emočnímu projevu, do kterého však nezasahuje.

Z hlediska zaměření psychoterapie (dále PT) ji můžeme rozdělit na „symptomatickou“ (symptom = příznak) a „kauzální“ příčinnou. Symptomatická, jak sám název napovídá, se zaměřuje na určitý příznak, který se snaží odstranit. Kauzální

PT vyhledává a odstraňuje samotnou příčinu narušeného stavu. Zastánci hlubinné a dynamické psychoterapie se někdy k psychoterapii symptomatické stavějí kriticky. Dokládají, že symptom se brzy objeví znovu, nebo místo něho vznikne symptom jiný. Symptomatická psychoterapie má své místo tam, kde nelze příčinu stavu najít, vyřešit, či na to není dostatek času. Z pohledu vlivu na osobnost léčeného je možné aplikovat „psychoterapii podpůrnou“, která se nesnaží měnit jeho osobnost, ale poskytuje klientovi porozumění, podporu. Jedná se o pomoc osobnosti takové, jaká je. Zdůrazňuje pozitivní rysy osobnosti, vede k pozitivnímu myšlení a důvěře ve vlastní síly. A „psychoterapie rekonstrukční“, jež směřuje k přestavbě osobnosti klienta hlubší analýzou jejího utváření a také závažnějšími zásahy do jejích postojů, motivací a hodnotového systému.

Kromě dalších dělení bych ráda uvedla ještě rozdělení psychoterapie podle příslušnosti k základním psychologickým směrům. Tak se rozlišuje na psychoterapii dynamickou, která se věnuje vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže. Kognitivně – behaviorální, která učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení. A humanistická psychoterapie, jež se zabývá sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání a vlastních možností, naplňováním životního smyslu (KRATOCHVÍL, 2006, s. 15-16).

Bez ohledu na zvolenou psychoterapeutickou metodu považuji v terapii za jeden z nejdůležitějších prvků důvěryhodný terapeutický vztah. Zde hraje významnou roli osobnost, zkušenost a přístup terapeuta.

Psychoterapie může probíhat samostatně, může být však také spojena s farmakoterapií.

5.2.11.1 Krizová intervence u klientů v distresu

KASTOVÁ (2010, s. 13) píše, že prožívání krizové situace, která vyžaduje změnu v dosavadním způsobu života, je i příležitostí k rozvoji osobnosti. Přijmeme-li krizi jako šanci ke změně, můžeme z ní vyjít s novými možnostmi prožívání sebe i světa. Poznáváme nové způsoby chování, svůj život můžeme začít prožívat s vědomím, že jsme se stali kompetentní s ním nakládat, ovlivňovat jej, že mu nejsme pouze pasivně vystaveni. K navázání kontaktu s krizí slouží **krizová intervence**. Krize vyvolaná změnou s sebou přináší nové nároky a požadavky. Požadavky na změnu dosavadního způsobu života souvisejí často s vývojem společnosti. Přestože

požadavky přicházejí často zvenku, tedy jsou ovlivněné vnější společností, nemusí být tento jejich vliv tím zásadním, co působí u člověka prožívání situace jako krizové. Nepohodu a úzkost může člověk pociťovat proto, že jsou požadavky na změnu příliš vysoké a pro něj aktuálně nereálné. Krize bývá vyvolaná nerovnováhou mezi subjektivním významem problému a možnostmi jeho zvládnutí, které má člověk k dispozici. Za krizemi požadavků a nároků se často skrývají krize zrání. K úzkosti dochází u člověka proto, že dosud neučinil potřebný vývojový krok. Člověk v krizi cítí ohrožení své identity a začíná ztrácet kompetenci utvářet svůj vlastní život.

Krize dělíme do kategorií (viz výše), podle faktoru vyvolávajícího krizi. Tento faktor (např. těžká ztráta, nadměrný požadavek) nemusí ovšem, jak již bylo uvedeno být zásadním problémem, který za krizi skutečně vězí. VODÁČKOVÁ (2007, s. 32) tento faktor označuje jako spouštěč (viz. s. 15).

V rámci krizové intervence nabízíme klientovi podporu a provedení období, kdy se ocitá před životním problémem po odpovídajícím vývojovém podnětu. Intervence v tomto případě znamená, že mezi člověka a jeho krizi vstoupí prostředník. Díky tomu od ní klient získá větší odstup a bude s ní schopen navázat odpovídající kontakt. Člověk prožívající krizi je ve své situaci zcela uvězněn a zahlcen svým problémem. Často popisuje, že se cítí jako v tunelu, nikde nevidí východ. Dochází ke zúžení životního zájmu pouze na předmět krize, člověk je soustředěn jen sám na sebe. Proto vyřešení krizové situace můžeme označit jako období zrodu něčeho nového, co vyšlo ze zúžení, stísnění, podobně jako porod a umožnilo člověku aktivně uchopit svůj život.

Výzva krize ke změně v životě člověka spočívá v rozpoznání konfliktů, komplexů, které stojí v pozadí krize. Tvořivé možnosti krize přicházejí v úvahu při konfrontaci člověka s těmito komplexy.

Cílem krizové intervence je dle KASTOVÉ (2010):

- 1) Propracování spouštěcích mechanismů krize i jejich hlubších souvislostí.
- 2) Umožnění nového způsobu zacházení s úzkostí.
- 3) Pomoc při řešení vnějších problémů.

Krizová intervence nespočívá jen v psychoterapeutické pomoci, ale i v pomoci instrumentální – praktické (např. zajímáme se, kde člověk přenocuje, pomůžeme mu vypracovat plán dalšího postupu).

Uvolnění úzkosti je umožněno už tím, že se člověk v krizi dokáže druhému člověku otevřít, že mu dokáže důvěřovat, spolehnout se na něj. K důvěrnému rozhovoru nemusí vždy dojít na odborném pracovišti, člověku v krizi může pomoci i rozhovor s blízkým člověkem, přítelem. I při takovém rozhovoru se člověk uvolní a otevřou se před ním nové možnosti, které ho dosud nenapadly.

Člověk v krizi se zdánlivě nachází v pozici malého dítěte. Tuto pozici dítěte doufajícího v pomoc dospělého akceptujeme. Naším cílem ovšem bude v průběhu krizové intervence dospělost zaktualizovat, podpořit např. vyzvednutím již zvládnutých obtížných situací klienta v dosavadním životě. Krizová intervence má být pomocí ke svépomoci.

Významná pomoc v průběhu krizové intervence přichází i z nevědomí prostřednictvím snů. Je vhodné dávat je do souvislosti s reálnými situacemi.

Úkolem terapeuta je, jak píše KASTOVÁ (2010, s. 23): „*strukturovat a urovnávat získané informace, rozumět jim a objasňovat jejich zdroje.*“

Tvořivý proces nastává v krizi tehdy, když už se nedaří řešit problém známými způsoby a myšlenkami. Kastová tento proces rozděluje do čtyř fází :

- 1) Přípravná fáze – sbíráme poznatky k problému, posuzujeme jej ze všech možných stránek. Zjišťujeme, jak k problému přistupovali druzí. Dosud nedochází k vytvoření vlastního pojetí problému. Fáze je provázena pocitem napětí.
- 2) Inkubační fáze – v této fázi se problém zpracovává v nevědomí. Objevují se možná řešení problému a opět se zavrhnou. Člověk je pod velkým tlakem, má pocit, že nachází řešení, cítí se však nekompetentní. Dochází ke zpochybňování vlastní hodnoty. Tato fáze je provázena pocitem neklidu, frustrace. V této fázi se člověk ocitá v krizové situaci. Zde přichází ke slovu krizová intervence. Terapeut bere pocity spojené s krizí vážně a pomáhá je člověku uspořádat, přijmout a unést. Pro klienta je vstup intervenujícího nadějí, že jeho problémy jsou řešitelné. Pro tvořivý proces je v této fázi dobré podstoupit (rezignovat) od úsilí řešit problém vědomě. Je vhodné nechat věcem volný průběh – nespěchat, spolehnout se, že přijde nějaký nápad, který chaos uspořádá.
- 3) Fáze vhledu – dochází k novým poznatkům, uspořádává se chaos. Nové poznatky, které jsou spojené s novým vhledem, přinášejí též nové možnosti

prožívání a způsoby chování jedince. To je kreativním výsledkem krize. V prožívání se objevuje ulehčení, radost.

- 4) Fáze verifikace – člověk naplno formuluje, co pochopil. Snaží se o výstižné formulace obsahující nové prožitky a sdělitelné výsledky. Vyjadřuje to, co se v něm překonanou krizí změnilo. Psychoterapeuticky je tato fáze velmi významným obdobím. Ukazuje se v ní, nakolik intervence zmírnila napětí a do jaké míry se podařilo objevit cesty k novým způsobům prožívání, chování a objevit nové vztahové možnosti. Pocitově dochází ke „*koncentraci*“ (KASTOVÁ, 2010, s. 25).

Ústředními body krizové intervence je vnímání emocí, mírnění úzkosti a sledování projevů z nevědomí, které jsou v krizi mimořádně přesné. Vnímáním vztahové dynamiky a vlastních pocitů dokážeme pochopit klientovy problémy včetně emocí již na samém počátku krizové intervence. Pocity, jež v nás kontakt s klientem v krizi vyvolává, velmi přesně zrcadlí jeho pocity. Hovoříme o protipřenosu.

Pravidlo pro krizovou intervenci doporučuje u člověka v krizi primární zaměření na mechanismy zvládnání, posiluje se tedy jáský komplex (tj. sebevnímání, sebezpozorování, myšlení, sebekontrola, vůle, motilita, schopnost navazovat a udržovat mezilidské vztahy, komunikovat). Až následně se pracuje s naléhavými nevědomými komplexy, emocemi, pudy. Důležitou oblastí pro terapii je vztah mezi terapeutem a klientem. Dobrým předpokladem je empatický, důvěryhodný vztah, který je pro klienta natolik bezpečný, že je schopen v něm otevřít své problémy (KASTOVÁ, 2010, s. 141).

5.2.12 Farmakoterapie

Zařazování farmakologické léčby by mělo být u klientů majících problémy se zvládnáním stresu možností až poslední volby. U klientů zatížených stresem není cílem příznaky hned odstranit, ale zjistit jejich příčiny, a pak pracovat v terapii na jejich odstranění.

Pokud se u klientů v distresu psychofarmaka v úvodní fázi terapie zařazují, slouží k tomu, aby se klient mohl zklidnit a začít terapeuticky pracovat. Podávají se léky na úpravu spánku a dále dle potřeby, nejčastěji léky na zklidnění.

Při léčbě některým z psychofarmak je třeba pečlivě dbát pokynů lékaře. Jestliže mají pozdější účinek, je nutné vyčkat, až začnou plně působit. Bývá vyloučena konzumace alkoholu a zneužívání drog během léčby. Některé medikamenty snižují pozornost, proto je vhodné po dobu léčby neřídít motorová vozidla, ani nevykonávat činnosti, kde je zapotřebí větší pozornosti. V případě ukončení léčby lék vysazujeme podle pokynů lékaře.

Neměli bychom však zapomínat na to, že – pokud aplikujeme hned léky - snižujeme vnímavost klienta na stres, ale člověk v něm zůstává dál. Naproti tomu psychologický přístup není v protikladu k biochemickému pojetí, ale nabízí člověku možnost pomoci si sám.

6 PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

V praktické části prezentuji příběhy čtyři klientek, které přivedly jejich obtíže s nadměrnou stresovou zátěží na pracoviště krizové intervence. Do výběru jsem preferovala klientky, se kterými jsem sama pracovala. Pro získávání dat jsem využila metody zúčastněného pozorování. Získaná data jsem vyhodnocovala metodou analýzy jednotlivých případů. V případových studiích prohlížím nejen aktuální zátěž, ale i souvislosti, které se mohou spolupodílet na zhoršení kvality života a schopnosti jej zvládat. Demonstruji tedy multifaktoriální zapříčinění vzniku krizového stavu. Současně uvádím aplikaci psychoterapie jako adekvátní způsob podpory klienta v krizové situaci.

Z teoretické a praktické části diplomové práce vyplynuly čtyři hypotézy, které na konci každé případové studie dokládám.

Hypotézy:

První hypotéza:

Současný životní styl má svým výkonovým zaměřením významný vliv na vznik emočně negativní tenze.

Druhá hypotéza:

Zátěžová/Stresová situace vzniká u člověka vlivem více faktorů.

Třetí hypotéza:

Zdravý způsob života je prevencí proti stresu.

Čtvrtá hypotéza:

Psychoterapie pozitivně ovlivňuje zvládání stresových situací.

6.1 Případová studie č. 1

6.1.1 Základní údaje o klientce

38 letá žena, která přichází pro psychické obtíže objevující se u klientky asi půl roku. Projevovaly se spíš v somatické oblasti. Má dvě děti, staršímu synovi je pět let, mladšímu je 10 měsíců. Klientka je pět let nepřetržitě na mateřské dovolené. Manžel pracuje doma jako PC grafik, má hodně práce, pracuje i o sobotách a nedělích. Starost o domácnost i péči o rodinu zastává převážně klientka sama.

6.1.2 Osobní anamnéza

Klientka má středoškolské vzdělání, posledních pět let je na mateřské dovolené. V retrospektivě hovoří o tom, že se u ní postupně od jara rozvíjely psychické potíže, projevovaly se spíš v somatické oblasti. Začala cítit vyčerpání, točila se jí hlava, pociťovala tlak na hrudi, začaly se objevovat pocity úzkosti. Klientka začala mít obavné myšlenky, co se to s ní děje. Začala být nepříjemná, podrážděná, nespokojená se svým životem. Myslela, že to překoná, nevěnovala tomu moc pozornosti. Pak byl starší pětiletý syn dlouho, asi pět týdnů, nemocný, klientka se nedostala vůbec mimo domov. Posléze onemocněla ona, měla zánět středního ucha. V souvislosti s tímto onemocněním přestala slyšet, i po залечení asi měsíc dál neslyšela. Lékaři usuzovali, na možnou souvislost s krční páteří. Chodila na rehabilitaci, která pomohla problém odstranit. U klientky nadále přetrvávala vyčerpanost, podrážděnost, únava. Objevovalo se občasné brnění v končetinách, vyzorovala, že když je toho na ní moc, začíná ji brnět jazyk, je to pro ni signál, aby vyhledala klid. Začala se zvýšeně pozorovat, měla strach, jestli není nějak nemocná, úzkosti se prohloubily. V srpnu vyhledala praktickou lékařku, která ji naordinovala Neurol 0,25 mg 1 tabletu podle potřeby. Moc toho nevyužívala.

Minulý týden měla pocit, jakoby jí „ruplo v hlavě“, začala vidět záblesky světla. Byla vyšetřena na neurologii, kde bylo doporučeno vyšetření CT. Výsledek vyšetření byl negativní. Příznak opět přisoudili krční páteři a spojili s podezřením na počáteční projevy migrény. Předepsali léky pro léčbu migrény, kdyby se klientce

rozbíhala bolest. Žádný si zatím nevzala. Od té doby má divný pocit v púlce hlavy, jako by nebyla její, trápí se obavami, jestli se u ní nerozvíjí roztroušená skleróza.

Spí dobře, ale všimla si, že poslední dobou si chodí lehnout i přes den, je víc unavená, není to pro ni obvyklé. Vyčítá si, že oproti ostatním nic nezvládá. Neurol 0,25 mg užívá aktuálně v dávce 1 - 0 - 1 tablety denně. Cítí se díky medikaci trochu lépe.

Když má odpovědět na otázku co jí to svrbí na jazyku, říká, že je asi nespokojená s tím, jaký život doma vedou, s nároky manžela na představu o rodině, že je tam ponorka. Je dlouho doma zavřená, všimla si, že když přijde mezi lidi, pookřeje. I když poslední dobou jí společnost druhých lidí také namáhá.

Dlouhodobě se léčí pro hypofunkci štítné žlázy. To si, jak říká, také způsobila sama. Ve 23 letech měla obdobné obtíže, sesypala se v práci, najednou přestala mluvit (popsala projevy expresivní afázie), začala ji brnět púlka těla, přestala ji ovládat. Byla tehdy akutně vyšetřena na neurologii, výsledek EEG byl bez nálezů. Lékařka jí řekla, že je přecitlivělá a že nezvládla pracovní zátěž.

6.1.3 Objektivní zhodnocení

Podle psychologa se klientka při prvním kontaktu projevuje jako lucidní, plně orientovaná, navazuje adekvátně kontakt, svůj skutečný stav překrývá příjemným úsměvem, emocionální projevy zadržuje. O svých problémech hovoří strukturovaně. Myšlení má klientka souvislé, bez formálních a obsahových poruch, centrované na somatické obtíže. Je patrné zvýšené sebezpozorování, s úzkostným doprovodem. Obává se vážnějšího somatického onemocnění, což je vzhledem k somatickým příznakům vcelku opodstatněné. Nejedná se o obavu bludnou, nebo hypochondrickou. Klientka má četné senzomotorické senzace během posledního půl roku, bez neurologické aktivity. Stýská si na pocit frustrace, dysforické prožívání aktuálního života, zvýšenou zátěž, nepohodu a současně se obviňuje za to, že to nezvládá lépe. Příznaky, které má již delší dobu, přechází, vyhledávat pomoc jí přijde nepatřičné, vše by měla zvládnout. Objektivně se klientka projevuje jako úzkostná, subdepresivní, odklonitelná, bez sebevražedných myšlenek, bez poruch spánku a bez psychotické symptomatologie.

Psychiatr hodnotí stav jako reaktivní, při dlouhodobé zátěži péče o děti a rodinu, dlouhé mateřské dovolené, se zohledněním určitých predispozic klientky.

Podobně reagovala již v minulosti. Brnění může (ale nemusí) souviset s hypoventilací, o čemž byla klientka poučena.

Medikaci prozatím ponechává Neurol 0,25 mg v dávce 1 – 0 – 1 tablety. Současně vysvětlil klientce efekt a možnost antidepresiv, které dává ke zvážení po prvním týdnu denního stacionáře, dle stavu a dalšího průběhu onemocnění.

Klientce bylo doporučeno – cílené nasazení vhodné medikace dle psychiatra, a docházení do denního stacionáře (DS) centra krizové intervence (CKI), v délce trvání dvaceti dnů.

6.1.4 Sociální anamnéza

Klientka bydlí v bytě s manželem, společně mají dvě děti. Rodina je zatížena hypotékou na byt. Výpomoc s péčí o děti od rodičů dosud nevyužívala, manžel ji odrazoval, obával se pocitů vděčnosti a závazku.

V primární rodině se cítila zastíněna sestrou dvojčetem. Se sestrou aktuálně nemluví, připouští si, že jí to mrzí, situaci však pasivně přijímá. Sestra byla protěžována otcem, je jako on, úspěšná, ctižádostivá, aktivní, pořád se má skvěle. Matka víc ochraňovala ji. Uvědomila si, že má podobné problémy, jako měla matka. Také mívala bolesti hlavy, na problémy reagovala tak, že je popírala, bagatelizovala, nebo unikla do symptomů. Klientka pak nastupovala do její role. Z primární rodiny nepřímou zaznívá pocit menší empatie a podpory, opakovaně zaznívá pocit „nevidění“ jejích potřeb a problémů.

V manželství má tendenci se hodně přizpůsobovat, uvědomuje si, že taková nebyla, když se s manželem seznámila. Manžela popisuje jako introvertního, individualistického člověka, který nejeví moc zájem o společnost. Ona sice velký extrovert není, ale lidé jí chybí, vidí, že se doma zavřela. Za celých 5 let nebyli s mužem nikde sami, protože on vždy odvětlí, že přece mají děti.

S manželem se seznámila na inzerát, nechtěla být sama, rozuměli si. Těhotenstvím řešila zátěžovou situaci v práci, i když s dítětem původně nepočítali. Dítě dalo jejich manželství nový rozměr. Říká, že to bylo až euforické. Po dvou letech na MD, ji začal chybět původní styl života, ale manžel ji přemluvil ke druhému dítěti. Nyní je úplně vyčerpaná, doma dělá vše co je potřeba, manžel rodinu zabezpečuje finančně.

6.1.5 Terapeutický plán

Terapeutický plán se odvíjí od zakázky, kterou je odstranění somatických příznaků, porozumění etiologii onemocnění.

Klientka byla zařazena do denního stacionáře. Terapie ve stacionáři probíhá formou dynamické skupinové psychoterapie. Skupina je otevřená. Celý dopolední program ve stacionáři se skládá ze tří částí: ranní komunity, relaxace a skupinové psychoterapie. O zajištění programu se starají čtyři terapeuti, kteří se během týdne střídají. Kromě denní skupinové psychoterapie má klientka jednou týdně individuální psychoterapeutický pohovor s psychologem a v případě potřeby úpravy medikace, konzultaci s psychiatrem.

V průběhu skupinové psychoterapie se snažíme zjistit příčiny, které vedou k jejím somatickým reakcím, tedy pracujeme diagnosticky a současně se snažíme vést klientku k náhledu na příčiny a podporovat ji při změnách vedoucích k jejich odstranění, nebo alespoň zmírnění. Formou zpětných vazeb, interpretací vedeme klientku k nahlížení na její neefektivní způsoby reagování v běžných i zátěžových situacích, podporujeme adekvátní způsoby sebeprosazení a získání prostoru pro odpočinek a uspokojování osobních potřeb, což je i cílem terapie.

Výchozími tématy pro práci ve skupině může být sebevnímání, sebestříjetí, sebevědomí, sebedůvěra a následně adekvátní požadavky na sebeprosazení, z hlediska potřeb klientky, pro jejich uspokojování a naplňování životních cílů.

Plán byl realizován postupně klientčinou účastí na programu denního stacionáře a formou individuální psychoterapie jednou týdně.

6.1.6 Průběh léčby

U klientky jsme v první fázi terapie mapovali její stávající rodinné prostředí, vztahy v rodině, reagování klientky v běžných i zátěžových situacích. Vhodné bylo nahlédnout i do primární rodiny klientky pro objasnění predispozic ke způsobům jejího reagování a chování.

Na první skupině působí klientka uvolněně, představila se a přiblížila své problémy ostatním členům skupiny. Příjemným zjištěním je pro ni podobnost jejího příběhu s příběhy některých členů skupiny. (Tato zpětná vazba, napomáhá ke zklidnění klientky – není jediná, komu se takové věci dějí.) Na relaxaci reaguje

pozitivně – cítí úlevu, uvolnění. Na skupinách se projevuje problém se sebezprosažením získáním prostoru pro sebe, ohledy vůči ostatním, pocitem, jejich banálních problémů ve srovnání s těžkými tématy ostatních. K ostatním je pozorná, upřímně a přirozeně jim dává zpětné vazby. Sama ke konci týdne přicházela na to, že tímto způsobem je pro ni skupina spíš zatěžující, opět začala somatizovat. Pomalu se posouvá k odkrývání strachu projevit se sama za sebe, s náznaky pasivních úniků a racionalizací.

V počátcích terapie (první týden) hovoří jen na komunitách, tématem je separace od rodiny a obava, jak to zvládne starší, pětiletý syn, skupina nabízí v reflexi podporu separace syna (současně umožnění separace matky od rodiny, bez výčitek, sebeobviňování).

Klientce se podařilo vytvořit si podmínky pro docházení do DS. Zpočátku o děti pečoval manžel, později využila i nabízené pomoci od rodičů zejména matky. Manžel s tímto krokem zpočátku nesouhlasil, argumentoval tím, že jsou to jejich děti a měli by se o ně postarat sami. Klientce se podařilo prosadit si potřebu výpomoci rodičů – matky s hlídáním dětí, po dobu jejího docházení do stacionáře.

Šestý den DS přináší na výzvu část svého příběhu. Hovoří o primární rodině. Je z dvojčat, rodiče výrazně preferovali sestru, která byla vždy úspěšnější. Klientka je nyní u rodičů, bere to jako prohru, potvrzuje se jí tam jejich přístup. Matka neakceptuje její obtíže, docházení do stacionáře, nazývá cvičením, marně se jí klientka snaží přiblížit své problémy.

Sedmý den požádala klientka o změnu medikace, sama zkoušela pomalu snižovat dávku Neurolu, ale má pocit, že to bez medikace nezvládne, má časté úzkosti a žádá o nasazení antidepresiv. Psychiatrem jí byl naordinován Esprital 30 mg 0 – 0 – 1/2 tablety. Současně byla klientka poučena o nežádoucích účincích a nástupu efektu.

V polovině celkové doby poskytované stacionární léčby se klientka jeví mírně zlepšená. Pomalu začíná nahlížet na psychogenní původ somatických obtíží, které lokalizuje nejvíc do hlavy. Sama spojuje, že se jí příznaky opakovaně vyskytují v situacích, kdy má jít domů, nebo po interakcích s manželem. Vrací se k dotazu, co by chtěla říct, když ji začne brnět jazyk a nemůže mluvit, že ji napadlo, nejradši by řekla: „že už má všeho plné zuby, že už nemůže,“ nemůže už dlouho, ale zadržuje, vnitřní nepohodu si nepřipouští. Dochází jí, že když je v nepohodě, nebo jí něco vadí,

objeví se příznaky. Očekává, že manžel „uhodne“, ale on nereaguje. Je z toho zklamaná.

Následující dny se cítí trochu lépe, už si dokázala říct o čas potřebný k odpočinku, ale měla pocit, že dělá něco, na co nemá právo. Na skupině hovoří o vztahu s manželem, jak se seznámili, jak nyní žijí (viz sociální anamnéza). Připouští, že je pro ni těžké říct si o pomoc, nikdy se to nenaučila, neměla to ve zvyku, vždy vše dokázala sama a byla na to pyšná. I teď jí připadá manželova pomoc nedůležitá, manžel neudělá věci tak, jak by si klientka představovala, musí to po něm předělávat. Skupina aktivně v tématu zapojena, četné zpětné vazby nabízející toleranci respektování druhého v tom, co a jak udělá, možnost slevit z požadavků, z perfekcionismu. I když je to jinak, tedy není to tak, jak by to udělala sama, je to ale hotové.

Následující dny je na skupinách již aktivnější, dokáže podpořit klientku s podobným příběhem péče o rodinu a děti a jakoby projektivně doporučit potřebu vymezení se, potřebu odstupu od rodiny, možnost odpočinku, získání času pro sebe.

Nová medikace Espritalu je pro klientku dostačující, cítí se dobře, je klidnější, méně úzkostná i lépe spí. Už si ani nemusí brát přes den Neurol.

Víkend s rodinou proběhl přijatelně. Klientka chtěla pomoci manželovi s prací, ale moc jí to nešlo, nemohla se soustředit, klepaly se jí ruce. Měla pocit, že na sebe nesmí tak spěchat. Manžel to přijal. Pomohl jí, vzal děti ven.

I další dny klientka hovoří o malých zlepšeních. Manžel pomáhá, stará se o děti. Klientka si připadá soustředěnější, mohla sledovat pořad v televizi, to dříve nešlo.

Na individuálním pohovoru hovoří o relaxaci. Nesedí jí autogenní trénink, má raději Jacobsonovu progresivní relaxaci, protože je více direktivní. Uvědomuje si, že potřebuje, aby ji někdo v životě vedl. Má to ráda. Ale doma je to jinak, manžel je flegmatik, nic neřeší. Co ona nezařídí, to není. Připodobňuje situaci k primární rodině. Matka je stejná, chtěla vše zvládnout, otec také nic nezařídí. Trápí ji nesoulad s manželem ve výchově a také, že pracuje doma. Bylo by pro ni lepší, kdyby si našel kancelář jinde. Už mu to dříve navrhovala, dokonce má možnost být u známého, ale on nechce. Převálcuje ji „výhodami“ toho, proč by měl pracovat doma. Klientka potřebuje strukturu, řád. Manžel jí ho nabourává.

Chtěla by se s partnerem naučit lépe komunikovat, zjišťuje, že spolu netráví čas kvalitně, vždy spolu mluví přes dítě. Klientka je podpořena v tom, aby se nevzdávala role manželky kvůli roli matky. Z rozhovoru je cítit velký strach ze závislosti (jak ze strany partnera, tak i klientky, která je teď závislá finančně), jež se projevuje křečovitostí a malou pružností rodinných pravidel.

Na další skupině hovoří klientka o setkání se sestrou, se kterou se dlouho neviděla, má ze setkání dobrý pocit. Domluvily se, že by se mohly vídat častěji.

V jedné z posledních skupin (19. den DS) byla použita technika „Panácci“, kde měla klientka vybrat z předlohy postavu panáčka zobrazující, jak se cítila při příchodu na CKI a jak se cítí nyní, ke konci stacionární léčby. Když přišla do CKI - vybrala panáčka, který se sotva drží větve. Vůbec si neuvědomovala, že ji koloběh v domácnosti tak zatěžuje. Respektovala manželův pohled na rodinu, že provoz musí zvládnout sami. Nyní se cítí uvolněnější. Dovoluje si polevit v běžných domácích činnostech a s nimi souvisejících požadavcích na sebe i své okolí. Učí se, že něco nemusí udělat hned, něco vůbec. Manžel ji začíná více vnímat, předtím si vůbec neuvědomoval, že by měla nějaké problémy. (že občas vybuchla, považoval za normální, že to tak prostě má). Chtěla by se postavit na vlastní nohy (zvolila i adekvátního panáčka), najít trochu prostoru pro sebe. Mít možnost občasných vycházek bez dětí, aby měla svůj volný čas. Zvažuje pomoc matky s hlídáním dětí.

S blízcím se koncem stacionáře hovoří klientka o potřebě upevnit nové tendence v rodině, má strach, aby se vše nevrátilo do starých kolejí. Zároveň ale registruje změny - už dokáže požádat matku o pomoc - matka jí dříve pomoc intenzivně nabízela. Klientka by ji i přijala, ale manžel měl představu o samostatně fungující rodině. Plánují s manželem a dětmi týdenní pobyt v Krkonoších. Je to poprvé, co mají děti, že společně někam vyjedou - manžel si zařizuje pracovní volno.

Poslední den stacionáře pocítuje klientka úzkost, pocit tlaku na hrudi. Na skupině se aktivně zapojila do tématu sourozeneckých vztahů. Hovoří o své sestře - dvojčeti. Uvádí, že vztah nebyl vždy tak chladný jako nyní, svůj podíl na zhoršení má i manžel, který sestru nemá rád. Klientka se naučila jeho pohled respektovat, navykla si, od sestry se oddělovat. Ani na chalupě už netráví čas spolu, přestože mají stejně staré děti. Vztah se sestrou jí schází, pokouší se navázat na dřívější častější kontakt.

V závěrečném pohovoru hodnotí, že je tak na 50 % sebeúzdavného procesu, co vcelku i objektivně odpovídá. Pobyt ve stacionáři jí hodně pomohl. Potíže ji

přinutily se zastavit, zamyslet nad sebou a nad svým životem. Nověji začíná cítit pocit hněvu, který považuje za špatný a který obrací proti sobě, obviňuje se za to, že selhává, že je normální tyto věci zvládat, proč se jí to stalo. U klientky pracujeme jednak s přísným neurotickým superegem, tendencí pranýřovat se, a ne hledat příčiny a mít se sebou soucit. Jednak trochu odkrýváme, jak se potlačované a nepřijímané emoce můžou přeložit do somatizací, které se zmírnily. Klientka již nahlíží, na psychosomatický původ tělesných potíží. Je jí doporučena další psychoterapie, s čímž souhlasí.

6.1.7 Zhodnocení případové studie č. 1

Zhodnocení případové studie č. 1 v kontextu zkoumaných hypotéz diplomové práce:

První hypotéza:

Současný životní styl má svým výkonovým zaměřením významný vliv na vznik emočně negativní tenze.

Druhá hypotéza:

Zátěžová/Stresová situace vzniká u člověka vlivem více faktorů.

Třetí hypotéza:

Zdravý způsob života je prevencí proti stresu.

Čtvrtá hypotéza:

Psychoterapie pozitivně ovlivňuje zvládání stresových situací.

ad 1) V případové studii č. 1 je patrnou příčinou nemoci dlouhodobá zátěž klientky v rodinném systému, bez možnosti odpočinku. Klientka pod tlakem běžných činností, péče o rodinu a děti nemá čas na své potřeby. Tedy jak uvádím již v teoretické části, dlouhodobý stres je jednou z příčin při vzniku emočně negativní tenze, která v tomto případě vedla až ke vzniku psychosomatického onemocnění. Jak toto fungování souvisí se současným moderním způsobem života? Manžel pracuje doma, ale nezapojuje se do domácích aktivit; má stále hodně práce; je stále v zaměstnání. Klientka si neuvědomuje zátěž, která na ní leží a má potlačené potřeby vedoucí k seberealizaci, sebeuspokojení. Již v primární rodině neměla vytvořený dobrý

prostor pro seberealizaci a vývoj pozitivního sebehodnocení. Hypotéza se v tomto případě potvrdila.

ad 2) V teoretické části uvádím, že emočně negativní tenze vzniká u člověka z více příčin, multifaktoriálně. U případové studie č. 1 vidíme, že k onemocnění došlo u klientky s určitou predispozicí, která vznikla pravděpodobně v primární rodině. (Z osobnostních predispozic ovlivňujících chování klientky jsou patrné její závislé rysy a submisivita. Klientka je z dvojčat, kde byla preferována zejména otcem sestru; klientka byla nedoceňována, jako by nebyly vidět její potřeby. Vztah se sestrou, která byla vždy aktivní a sebeprosazující, ji velmi ovlivnil. U klientky se vytvořilo nedostatečné sebehodnocení, má na sebe přísné požadavky, chybí schopnost sebeprosazení, vymezení vlastního prostoru v partnerství. Pravděpodobně i proto je ochotná žít ve stínu manžela a dětí, kteří určují, co je pro ni důležité. Protože si úplně sama se vším neporadí, přijímá, co je dáno a snaží se vydržet). Tedy onemocnění nevzniklo pouze vlivem nadměrné dlouhotrvající zátěže, ale současně neschopností adekvátního reagování klientky vzhledem k zátěži, v níž se nacházela. Hypotéza se potvrdila.

ad 3) Zdravý způsob života si klientka vzhledem k časovým nárokům na péči o rodinu a děti, nějaký čas odpírala. V úvodu kazuistiky zjevná neschopnost a strach požádat o pomoc. Chyběla zkušenost s pozitivní odezvou a hrozilo sebeznehodnocení v souvislosti s tím, že sama něco nezvládne, i strach, jestli vůbec může o něco požádat (odmítání otcem, submisivní matka, preferovaná sestra, rozdělení činností v rodině – očekávání manžela). Ráda by, ale získala prostor, kdyby se mohla věnovat sobě a aktivitám, které má ráda a dobíjejí ji. Hypotézu nemohu potvrdit vzhledem ke krátké době probíhajících změn v životě klientky. Ale vzhledem ke klientčině odezvě zklidněním, zmírněním příznaků v souvislosti se změnami v rodinném systému, které ji umožnily získat čas pro sebe, věnovat se svým potřebám, přestože se zatím jednalo o prostor pro umožnění psychotherapeutické léčby, je na dobré cestě zavedení potřebných změn pro zlepšení dosavadního způsobu života.

ad 4) Z průběhu psychoterapie je patrné, že když klientka začala nahlížet příčiny svého stavu a dokázala si aktivně zajistit prostor pro docházení do DS, svěřit péči o děti manželovi a matce, říci si o pomoc, dovolit si odpočinek, její stav se začal zlepšovat, somatické i psychické příznaky začaly ustupovat. Hypotézu mohu potvrdit.

6.2 Případová studie č. 2

6.2.1 Základní údaje o klientce

V červenci tohoto roku byla v nočních (časných ranních) hodinách přijata na lůžkové oddělení centra krizové intervence klientka ve věku 34 let.

Večer byla krátce posedět s kamarádkou, daly si 2 sklenky vína, byla to pro ni změna, není zvyklá pít. Po požití alkoholu začala hodně plakat a křičet. Kamarádka se jí zeptala, jestli může zavolat sanitku, klientka souhlasila. Teď neví, jestli to bylo dobře. Byla odvezena do psychiatrické ambulance VFN, odtud přeměrována do PL Bohnice, kde ji z Centrálního příjmu pacientů nasměrovali na Centrum krizové intervence. Zde byla klientka přijata ke krátkodobé stabilizační sedmidenní hospitalizaci.

Při příjmu byla klientce upravena medikace: Escitalopram 10 mg v dávce 1 – 1 – 0 tablety denně a na noc dostala klientka Trittico AC 150 mg dávkování 0 – 0 – 0 – 1/3 tablety.

6.2.2 Osobní anamnéza

Klientce je 34 let, vystudovala gymnázium, Psychiatricky se léčí krátce, před třemi měsíci začala docházet do psychiatrické ambulance. Když čekala poprvé v čekárně, tak nejprve utekla, rozmluvila si, že by potřebovala pomoc, domluvila si, že by měla situaci zvládnout. Pak přeci jen pomoc vyhledala, ale moc jí to zatím nevyhovuje, zvažuje změnu ambulantního psychiatra.

V minulosti byla sledována na kardiologii – má arytmii, opakovaně se u ní vyskytly i bolesti na hrudi, uzavírané jako psychického původu, nyní srdeční potíže nepocítuje.

Měla i černé myšlenky, nějak to ukončit, ale nemůže to udělat, protože je věřící, sama to nikdy neudělá, i když v minulosti se už jednou modlila za smrt. Říká, že je ale jenom hodně unavená, pak se vždycky vzchopí, hlavně kvůli dětem, má z toho pak dobrý pocit, když to všechno zvládne.

6.2.3 Sociální anamnéza

Při příjmu klientka hovoří o zátěžovém rodinném prostředí, s manželem mají tři děti (ve věku 4, 6,5 a 9 let), o které klientka pečuje, nyní mají navíc finanční obtíže. Manželovi zaměstnavatel nezaplatil za práci, kterou udělal, také byl nějakou dobu nezaměstnaný.

Primární rodinu má celou v Bulharsku, v Čechách žije 14 let. Nemá tady žádné babičky, které by jí pomohly, pouze jednu adoptivní. Je to paní, kterou zná od svých šesti let, jezdila k nim do Bulharska na návštěvu a později jezdila klientka na prázdniny k této paní do Čech. Ale z hlediska výchovy dětí jí příliš nedůvěřuje, domnívá se, že děti nejlépe vychová sama.

Děti jsou teď s manželem, v sobotu mají všichni společně odjíždět na dovolenou, je to takový tábor pro rodiče s dětmi, moc by tam chtěla jet s nimi.

6.2.4 Objektivní zhodnocení

Při příjmu je klientka dle psychiatra projasněná, orientovaná, spolupracuje dobře, odpovědi adekvátní. Psychomotoricky pomalejší, afektivně bez nápadností, bez lakrimace. Jeví se mírně v napětí, úzkostná, bez paranoidního nastavení. Neprojevuje známky agrese, bez známek psychotických příznaků, v minulosti měla sebevražedné myšlenky, ale bez tendence k realizaci.

6.2.5 Terapeutický plán

Zakázkou klientky je potřeba krátkodobého odpočinku. Terapeutický plán odvíjející se od zakázky bude směřován ke zklidnění klientky, zajištění bezpečného prostoru k odpočinku, podporou pro vytváření/obnovování hranic, umožnění sebezpeče, posilování jáských funkcí (funkční schopnosti zabezpečující schopnost spojení vlastní osobnosti se světem, kam patří: řešení konfliktů, schopnost sebevnímání a introspekce, myšlení, sebekontroly, vůle, motility (hybnosti), schopnost navazovat a udržovat mezilidské vztahy, komunikovat). Plán byl realizován účastí klientky na plném denním terapeutickém programu, složeném z ranní komunity, relaxace, skupinové psychoterapie a odpolední komunity. Také měla klientka každý den individuální psychoterapeutický pohovor.

6.2.6 Průběh terapie

S klientkou jsem začala pracovat od prvního dne, kdy byla přijata a ráno přišla na skupinu. Je to drobná světlolvasá žena, menší postavy (při příjmu udává váhu cca 40 kg). Na komunitě hovoří o tom, jak se k nám dostala, že neví, jak dlouho tu zůstane, zatím je rozhodnutá do zítřka. Má tři děti, potřebuje je vypravit na tábor, budou odjíždět v sobotu. Při Jacobsonově progresivní relaxaci je nesoustředěná, trochu pláče, cvičení jí přišlo bláznivé. Na skupině vypráví svůj příběh. Pochází z Bulharska, v Čechách žije 14 let. Matka je intelektuálka, otec polský šlechtic, ale trápí ji, že otec hodně pije. S manželem má tři děti ve věku 9, 7, 4 roky. Manžel vydělává, chodí pozdě domů, ona se stará o děti, zajišťuje chod domácnosti i rodiny. Schází jí manželova pozornost. Hlídní dětí moc nevyužívá, nemá důvěru v českou „adoptivní“ babičku, chce děti vychovat podle svého. Klientka je věřící, dochází do společenství církve Adventistů, ne odmala, až v dospělosti. Církev jí dává hranice, omezení - nechce se rozvést, nechtěla by se zabít. Ale život je pro ni teď hodně těžký. Aby si odlehčila, píše knihu (píše s ironií o svých životních těžkostech). Důvěru má k jednomu z kazatelů církve, váží si ho, řeší s ním své problémy, radí se s ním. Od podzimu začne studovat vyšší odbornou školu pedagogickou (časový nárok - jednou za tři týdny pátek, sobota). Těší se na to. Klientka byla skupinou dobře přijata, skupina je v tématech klientky aktivně zapojena, jde o společná témata některých členů skupiny.

Na individuálním pohovoru hovoří klientka o potřebě být doma s dětmi, ale současně cítí potřebu psychické stabilizace. Je motivována k sedmidenní hospitalizaci na CKI.

Na odpolední komunitě hovoří klientka o tom, že za ní přišel na návštěvu manžel, je překvapený, co se to děje, neuvědomoval si, že je to tak vážné. Klientka se cítí unavená, reflektuji srozumitelnost únavy vzhledem k náročné skupině i následnému programu, ještě neměla čas si odpočinout a to chtějí přijít ještě dvě kamarádky. Doporučuji zvážit omezení návštěv, upozorňuji na limity a na potřebu hranic. Připomínám, že čas zde chtěla využít k odpočinku, klientka slyší.

Druhý den pobytu v úvodu komunity, když přichází terapeutka do místnosti, zvoní klientce mobil. Zvedla ho a odešla si ho vyřídit na chodbu, následně byla překvapena připomínkou pravidel, hranic. Na komunitě hovoří o tom, že se po

včerejší skupině cítila celkem dobře, ale dnes od rána je jí zase špatně. V noci spala dobře. Při relaxaci nespolupracovala. Na skupině je aktivně zapojená v tématu vyrovnání se s odmítnutím, hovoří o tom, jak sama neumí odmítat, uvádí příklad se včerejšími návštěvami, hodně lidí jí chce navštívit, necítí se na to je přijmout, je unavená, ale nedokáže je odmítnout, má strach, že by o ně přišla.

Také zlehčuje důležitost svých obtíží, přece by měla normálně fungovat, lidi jsou na tom přece mnohem hůř. Přitom si stěžuje na neempatické okolí, které dva roky neslyšelo, že jí není dobře, teď se všichni diví, že je zde. V reflexi nabídnuto, že je hodně zvládavá, normálně fungovala, přitom říkala něco jiného, pro okolí to mohlo být matoucí.

Mluví i o kazateli, kterému se svěřovala, teď mu sice nenapsala kde je, ale on už to přece ví a neozval se, mrzí jí to, přitom, jak později uvádí, je kazatel momentálně v lázních.

Hovoří i o situaci doma, kde měli finanční problémy, manžel nedostal od prosince do dubna výplatu, neměli pomalu z čeho žít, navíc byl muž doma, mají malý byt, v něm jsou spolu se třemi dětmi, které byly v zimě často nemocné. Při reflexi skupiny, že to měla těžké, to ale okamžitě zdevaluje, že to přece nic není, že je to normální situace, kterou je potřebné zvládnout.

Na individuálním pohovoru s psychologem, hovoří klientka o tom, že se cítí trochu lépe, je to tady pro ni bezpečné a může mít klid. Domluvila se s manželem, že vezme děti na tábor on, tak se nemusí o nic starat. Je překvapená, že manžel i známí vůbec netušili, jak na tom je, přitom jim prý dávala už dlouho signály. Je upozorněna na to, že se usmívá, i když mluví o sebevraždě, je to prý její obrana, vše ironizovat. Zklamal ji kazatel, od kterého čekala, že se jí bude snažit pomoci, když se konečně odhodlala někomu otevřít a ukázat, že je i slabá a že má deprese. Popisuje rozvoj jejího vztahu, očaroval ji, že po ní nechce nic sexuálního, je sečtělý, charismatický. Vlastně i v pubertě se zamilovávala do starších mužů, třeba do ředitele školy. Je jí nabídnuto, jestli nehledá nějakou náhradu otce, s tím souhlasí, chtěla by zažít, aby se konečně někdo staral o ni. Otec byl věčně opilý a tehdy jakoby neexistoval. Matka se starala o něj, vlastně si přichází na to, že nyní funguje přesně ve stejném scénáři i ona sama. Jen se stará o druhé a přitom čeká, že se konečně někdo postará o ni, ale bojí se tomu otevřít, zažila si i spoustu zklamání. Rodiče se o ni starali po materiální stránce,

chyběl jí ale zájem o ni samotnou. Je ráda, že jí dávali volnost, je hrdá na to, že je samostatná. Bojí se závislosti, někomu důvěřovat.

Třetí den pobytu se klientka vyspala dobře, včera večer telefonicky vyřešila problém - pocitu nedostatečného zájmu o ní, od člověka (kazatele církve), od kterého to očekávala. Vysvětlili si problém týkající se hranic i potřeby, aby klientka dávala zřetelněji najevo, co potřebuje.

Relaxace AT s imaginací na téma – „Odložení zavazadla“ (REDDEMANN, 2009, s. 46). Na skupině malování představy z předchozí imaginace. Klientka namalovala obraz, na kterém na bezpečném místě odložila vše, co nyní nese a je to hodně těžké, potřebuje si odpočinout. S rozpaky, studem a slzami přijímá symbolický dárek - naději (pomoc) (viz Příloha č. 2 a,b). Obrázek věrně vystihuje pocity klientky při vstupu do terapie. Je zachycena křehkost situace (únava, bezmoc, stud, lítost) a dovolení si, přijmout pomoc.

Na individuálním pohovoru sděluje, že se ještě necítí na to, jít domů, zatím se bojí odejít. Po dětech se jí nestýská, nechce je zatím vidět, schází jí energie, byla by nepříjemná. Cítí potřebu vypnout. Od září se chystá do práce. Má obavy, jestli to se studiem školy a péčí o rodinu zvládne, ale těší se na to. Myslí si, že hlavním problémem krize jsou finanční potíže. Manželovi neproplatili nějaké faktury, potom nebyla práce. Měli nějaké dluhy, bylo to velmi potupné.

Čtvrtý den hospitalizace hovoří o tom, že v noci spala dobře, ale ráno měla pocit, že nedokáže vstát, cítí bolest v oblasti žaludku, přikládá si na místo bolesti ruku.

Děti s manželem odjely včera na tábor pro rodiny s dětmi, přesto že by měla doma klid, rozhodla se zůstat a využít možnosti terapie.

Relaxace AT, následně imaginace pro podporu jáských funkcí – „Cvičení stromu“ (REDDEMANN, 2009, s. 45). Na skupině malování obrazu, představy z imaginace, reflexe. Na obrazu zobrazena separace ze závislého vztahu (viz Příloha č. 3 a,b). Při dotazu, jak se klientka cítila při malování a uvědomění si potřeby separace, měla klientka dobrý uvolňující pocit. Dále zobrazuje, co by nyní nejvíce potřebovala, symbolem lásky.

Pátý den mluví klientka na komunitě o tom, že je ráda, že zde zůstala, děti odjely s manželem na tábor, vše je v pořádku, je klidná, mají se dobře. Také již

dokáže odmítnout lidi, kteří by ji rádi navštívili, vybírá si, nenechá se převálcovat pocity viny, že je odmítla, lépe se chrání.

Na skupině mluví o původní rodině, o absenci hranic, žila si, jak chtěla, protože otec pil a matka to neustále řešila, takže na ni neměla čas. V reflexi je jí nabídnuto, jestli nepoužívá podobný vzorec, s poukázáním na to, jak se neumí vymezit vůči ostatním, svým dětem, nikdy se to vlastně nenaučila. Příběh vypráví bez emočního doprovodu a v závěru snižuje, že to vlastně nebylo tak hrozné, podobně devaluje i svůj stav, v reflexi ji na to upozornila terapeutka.

Na individuálním pohovoru žádá o možnost konzultace s partnerem, má o ní strach. Podporu klientce manžel nyní poskytuje. Také se domlouvá, že by ráda pokračovala po propuštění z hospitalizační péče ambulantně v psychoterapii.

Šestý den se cítí dobře, zítra ji končí hospitalizace. Při relaxaci AT se jí nedaří uvolnit, je hodně v napětí. Na skupině téma rolí, hranic a závislosti, klientka aktivně zapojena, hovoří o nedostatečných hranicích v rodině i o záměnách v rolích. Vůči svému manželovi se cítí v roli matky. Byla by raději, kdyby byl vztah více partnerský, nestačí sama všechno řídit, uvítala by, kdyby manžel převzal část zodpovědnosti. Teď po dobu jejího pobytu zde, se poprvé stará o děti sám, je s nimi na táboře pro rodiče s dětmi. Děti doma nepomáhají, nechtěla jim brát dětství a navíc, ona to udělá rychleji a lépe. Využívám zpětných vazeb skupiny, potřebu vymezení se, ohraničení – nemůže dělat všechno sama, rozdělení úkolů v rodině, souvislost s výchovou dětí, důslednost, hranice.

Dalším tématem je závislost - klientčina závislost na autoritách, v reflexi potřeba dobrého sebevnímání, sebeidentifikace, sebedůvěry a opět hranice.

Na odpolední komunitu přišla s myšlenkou pořít si psa, cítí se odpočínutá. V reflexi nabízím, jestli by nešlo o další nárok na její čas, opět téma hranic a limitů.

V den propuštění z hospitalizace se klientka cítí lépe. Přišla si tady na docela dost věcí a taky si odpočinula, cítí více energie. Po propuštění bude pokračovat v denním stacionáři, alespoň týden, pak je jí doporučena ambulantní individuální psychoterapie a pravidelný kontakt v psychiatrické ambulanci.

Je propuštěna s upravenou medikací Escitolopramu 10 mg denně, Trittico AC 150 zůstává 1/3 tablety na noc.

6.2.7 Zhodnocení případové studie č. 2

Zhodnocení případové studie č. 2 v kontextu úvodních hypotéz diplomové práce:

ad 1) U případové studie č. 2 mohu první hypotézu potvrdit. Klientka se snažila všechno zvládnout, měla pocit, že je v rodině jediná, kdo většinu běžných činností kolem dětí a provozu rodinného života udělá dobře a rychle. Měla pocit, že to tak má být. Nechtěla brát dětem dětství, manžel chodí do práce a ještě v posledních měsících o práci přišel, měl tedy své starosti s tím, aby rodinu uživil. Nedokázala si v rodině vytvořit prostor pro sebe.

ad 2) Klientka se cítí hodně unavená, vyčerpaná, pociťuje bolest v oblasti žaludku, žije ve velké zátěži, sama zajišťuje péči o domácnost, stará se o děti, k tomu mají finanční problémy. V průběhu terapie klientka odkrývá možné další související vlivy, mající původ v primární rodině - klientka se naučila vše zvládnout sama, neměla dostatečnou podporu od matky a otce, nyní je v závislém vztahu s kazatelem, v minulosti pak hledání náhrady vzoru otce – autority. Jsou patrné deficity v jáských funkcích - nedostatečné vytvoření hranic, sledování a prosazení vlastních cílů, obtížné rozhodování. Tedy kromě velké zátěže klientky v rodině působí současně predispozice klientky vytvořené výchovou v rodině a vlivem okolí při vývoji osobnosti.

Hypotézu multifaktoriálních vlivů mohu potvrdit.

ad 3) Tuto hypotézu v souvislosti s uvedenou případovou studií č. 2 nemohu potvrdit. Je to příliš krátká doba probíhajících změn v životě klientky. Klientka si během pobytu na CKI odpočinula, její nálada se projasnila, měla pocit, že má více energie. Ke zdravému způsobu života má nakročeno, protože získala náhled na svoji i rodinnou situaci. Začíná docházet k rozhodnutí pro potřebné změny ve svém chování a reagování ve vztazích, i pro potřebné změny v rodinném systému.

ad 4) Z uvedené případové studie č. 2 mohu čtvrtou hypotézu potvrdit, klientka si konečně dopřála čas pro odpočinek, věnovala se více sama sobě. V závěru hospitalizace se cítila lépe, měla více energie, terapii vnímala

pozitivně, rozhodla se v psychoterapii pokračovat. V průběhu terapie pochopila celou řadu věcí. Snaží se začít konstruktivně řešit příčiny svého stavu vyčerpání.

6.3 Případová studie č. 3

6.3.1 Základní údaje o klientce

Klientka 31 let, přichází v květnu s příznaky signalizujícími záchvatovitou úzkost. Jako matka dvou dětí ve věku 3 a 5 let, studuje posledním rokem vysokou školu. Říká: „Asi toho na mě bylo moc.“

Praktická lékařka jí doporučila alespoň krátkodobou hospitalizaci. Do centra krizové intervence ji přivedl kamarád.

6.3.2 Osobní anamnéza

Klientce je 31 let, studuje posledním rokem VŠ. Už asi dva roky, prožívá občas nepříjemné stavy spojené s bušením srdce, nespavostí, obtížně se jí dýchá, má strach, že dostane infarkt. Má pocit, že její tělo jede hrozně rychle, nemůže ho zastavit. Bojí se, že by se mohla úplně zbláznit. Jednou volala záchranku, několikrát byla na pohotovosti, kde dostala na zklidnění Apaurin, pomohlo to. Podstoupila již různá tělesná vyšetření na kardiologii, na plicním, vyšetření štítné žlázy bez somatického nálezu. Ještě měla jít na alergologii, ale to už nezvládla. Od praktické lékařky dostala Neurol, brala ho občas, ulevilo se jí. Pak už ho ale potřebovala třikrát za den. Ještě ji k tomu přidala Remmod 20 mg, potom jí je ještě hůř, nemůže skoro vůbec jíst, třese se. Snažila se objednat do psychiatrické ambulance, ale termín byl až za dva týdny.

6.3.3 Sociální anamnéza

Klientka žije s přítelem, spolu mají dvě děti ve věku tři a pět let. Zatím je na mateřské dovolené, současně studuje VŠ. Společně s přítelem staví domek, na stavbu si vzali hypotéku. Rodiče má klientka na Moravě.

6.3.4 Objektivní nález

Psychiatr po vyšetření uvádí – klientka je bdělá, projasněná, kontakt navazuje ochotně. Projev má spontánní, odpovědi adekvátní bez latence, ale zahlcující. Myšlení souvislé, bez psychotické symptomatologie. Klientka je úzkostná, má obavné

myšlenky, bez myšlenek na sebevraždu. Trápí ji poruchy spánku – nespavost, nechutenství, poruchy soustředění. Objevují se panické ataky s bohatým vegetativním projevem jako je bušení srdce, brnění, nedostatek dechu, pocení, třes. Somatická vyšetření dosud provedená, jsou bez nálezu. Klientka má nadprůměrný intelekt, dobře spolupracuje. Je přijata ke krátkodobé hospitalizaci s cílem úpravy medikace, zklidnění, psychoterapie.

Medikace upravena na Neurol 0, 25 mg v dávce ½ - ½ - 1 tablety, Asentra 50 mg v dávce 1 – 0 – 0 tableta, Prothazin 25 mg 1 tableta na noc, pokud by klientka spala, lék nebudeme podávat. Navíc při úzkosti – napětí, neklidu možno podat Atarax 25 mg v dávce 1 tabletu, (maximálně 3 tablety za den).

6.3.5 Terapeutický plán

Zakázkou klientky je: „...aby nebušilo srdce...“ Cílem terapie je zklidnění, posilování náhledu, práce s příčinami psychosomatického reagování a preventivní terapeutické působení proti relapsu nepříjemných příznaků.

Plán byl realizován účastí klientky na plném denním terapeutickém programu, složeném z ranní komunity, relaxace, skupinové psychoterapie a odpolední komunity (viz. výše). Také měla klientka každý den individuální psychoterapeutický pohovor.

6.3.6 Průběh terapie

Na odpolední komunitě v den příjmu hovoří o starostech poslední doby, které ji k nám přivedly. Je v dlouhodobém stresu, má před státnicemi, pečuje o dvě malé děti, staví s přítelem domek. Je ráda, že přišla, potřebovala se zastavit. Dnes se cítí trochu lépe než včera, doma jen přežívala. K večeru vždy více pociťuje úzkost, aktuálně se jí potí ruce, ráda by si vzala Neurol dřív, ale pokusí se to vydržet, kdyby to nešlo, řekne si.

Večerní medikaci si vzala o dvě hodiny dříve. Večer si nechala přeměřit tlak, naměřené hodnoty TK 110/75, P 84'. Klientka byla zklidněna pohovorem se službukonající sestrou.

V noci se probudila kolem jedné hodiny, udávala panickou ataku a žádala o pohovor s lékařem. Klientce byl podán Atarax 25 mg 1 tableta, dle ordinace lékaře a umožněn pohovor s lékařem. Ze zápisu psychiatra uvádím objektivně doznívající

rozrušení, vlhké dlaně. Přestože si stěžovala na pocit tachykardie, puls měla již klidný. Uváděla, že je to počínajícím efektem Ataraxu (v té době spíše placebo efekt). Chtěla vysvětlit zvládání situace, byla edukována o práci s dechem a proběhl podpůrný pohovor k ujištění o nepřítomnosti ohrožujícího somatického onemocnění. V medikaci bylo psychiatrem doporučeno vzhledem k opakovaným úzkostným stavům v průběhu noci, zvážit náhradu Neurolu za Rivotril, který má delší poločas účinku.

Následující 2. den hospitalizace, přibližuje skupině svůj příběh, mluví o tom, co ji k nám přivedlo – hyperaktivita, přetížení, tachykardie, paniky. Skupina v reflexi nabízí potřebu omezení činností, které dělá, klientka slyší. Protagonistkou skupiny jiná členka, přesto klientka aktivně zapojená, vnímavá, dává dobrou zpětnou vazbu. Klientce, která hovoří o nedocenění matkou, nabízí možnost sebeocnění v dřívější roli dítěte.

Na odpolední komunitu přináší své odpolední vycházkové rozvahy na téma, co vyřadit ze svého programu, ulevilo se jí při tom. Večer se opět její stav trochu zhoršil, má strach z paniky. Je domluvena se sestrou na možnosti pohovoru, kdyby jí nebylo dobře. Na noc si vzala, dle ordinace lékaře Prothazin 25 mg, 1 tabletu.

Ráno na komunitě 3. den hospitalizace je mnohmluvná, rychlá řeč, opět zobrazuje podávání výkonů, potřebuje toho hodně říct, vyřešit najednou.

Na individuální psychoterapii hodně hovoří o otci, objevují se projevy skryté zloby, ale současně si stále víc uvědomuje, že jednou z příčin proč se honí je možná právě pocit nedocenění a nedostatečné pozitivní pozornosti, ze strany otce. V rodině ji víc vnímali jako povrchní, moc od ní neočekávali. Popisuje, jak začaly úzkostné stavy. Objevily se vždy po přetažení, pak místo, aby padla do postele a usnula, docházelo k rozvoji úzkostných potíží se somatizací, vnitřním neklidem, bušením srdce, svíráním na hrudi. Teď jsou tyto stavy již částečně permanentní, je celkově přetažená, neumí se zastavit. Ale daří se jí, zklidnit se při relaxaci. Po ukončení má pocit, že by mohla sedět v klidu dál. Je to pro ni jedna z cest, jak se naučit uvolnit, uklidnit, odpočívat.

Také krátce otvírá téma tragické smrti staršího bratra. Zahynul při autonehodě, když mu bylo 25 let, tj. asi před sedmi lety, ukazuje se, že klientka nemá odtruchleno, odplakáno, úmrtí bratra má popřeno, má pocit, že bratr žije někde v Americe a s tím tak žije celé ty roky. Při vyprávění je emočně odtržená.

S klientkou jsem se setkala 4. den hospitalizace. Na komunitě sděluje, že v noci spala dobře. Začíná cítit únavu, při které je příjemné si odpočinout. Chtěla by

zkusit, než odejde z CKI spánek bez medikace, odkazují na domluvu s psychiatrem. Při Jacobsonově relaxaci spolupracuje, po cvičení se cítí uvolněná. Na skupině hovoří o svoji zátěži s rodinou, se studiem. Jak si vše naplánovala, přesunula zkoušky za letní semestr do zimního, aby měla potom na jaře dost času na přípravu ke státnicím. Je jí líto, že to nezvládla, stačilo, kdyby vydržela ještě pár dnů, mohla se toho balvanu zbavit, jak říká. Její původní plán se zkomplikoval v předjaří, ve zkouškovém období za zimní a v případě klientky i přibráných zkoušek za letní semestr, kdy jí onemocněla matka žijící na Moravě, dokonce byla asi 10 dnů hospitalizovaná v nemocnici. Tak v té době zůstala klientka na skloubení studia (zkoušek) a péče o děti sama, k tomu ještě starost o nemocnou matku a rozestavěný domek s přítelem. Před blížícím se finále státních zkoušek byla hodně unavená, vyčerpaná. Od dubna se začaly častěji objevovat úzkostné příznaky (viz výše). Prohlížíme plán na nejbližší období, klientka hovoří hodně rychle, až zahlcujícím způsobem, mluví o tom, jak to chtěla stihnout a teď když to nejde i nadále mluví o tom, jak by to chtěla stihnout (nedostatečný náhled na aktuální situaci). Státnice přesunula na podzimní termín, a zvažuje, jestli by teď během června nezvládla napsat diplomku. Obtížně přijímá své omezení způsobené situací, kdy jí tělo dává najevo, že už nemůže. Podávám zpětnou vazbu, lehce direktivní, že by teď bylo dobré přibrzdit. Na dokončení studia má dva roky, může si to trochu rozložit. Klientka moc neslyší. Přináší další aktivity, které se na ni valí. Asi za 14 dnů by měla odjet s dětmi a svojí matkou autobusem do zahraničí, má zaplacený zájezd, zvažuje zrušení této cesty, obává se záchvatů úzkosti.

Kdyby zvládla státnice podle původního plánu v květnu a obhajobu diplomky na podzim, chtěla si nechat dva – tři měsíce volno a od ledna 2011 nastoupit do zaměstnání. Peníze potřebují, splácí s přítelem hypotéku na domek, který staví.

Klientka potřebuje delší čas na zklidnění, vytvoření odstupu od všeho, co ve spěchu a shonu výkonově zajišťuje, získání náhledu a přeplánování činností, které je schopna vzhledem k svým i obecně lidským kapacitám zvládnout.

U klientky doplňuji terapeutický plán na potřebu sebezpřijetí a práci s hranicemi, limity.

V poledne klientka moc neobědvala, snědla jen polévku, druhé jídlo vrátila, že nemá chuť k jídlu.

Při individuálním pohovoru s lékařkou opět rekapituluje průběh hospitalizace i svých obtíží. Již se cítí lépe, po obědě na chvíli usnula i častěji již myslí na jídlo.

Hodně se vyptává na účinky léků, průběh panické ataky. Požadované informace dostala od lékařky formou edukačního pohovoru. Klientka již více přístupná tomu, všimnout si únavy, zvažuje, jak rozložit své síly, jak relaxovat.

Pátý den hospitalizace byla klientka mimo oddělení na plánovaném ECHO vyšetření, vrátila se kolem 17 hodiny s Holtrem, musí si psát poznámky o činnosti, kterou dělá. Při ECHO vyšetření, zjistili lehkou insuficienci mitrální chlopně, ale nikdo ji tam k tomu nic neřekl, tak neví na čem je, je z toho trochu nervózní. Zprávu probírá s psychiatrou, zklidněna pohovorem. Na individuálním pohovoru otevírá opět téma o vzniku a průběhu obtíží, hodně zátěže, strach z onemocnění srdce. Vadí jí, že jí „selhalo“ tělo, že to nepoznala sama, že už je skoro na dně. Měla to přece poznat a „zvládnout“. Při probírání pobytu na CKI, hovoří o tom, že si trochu odpočinula. Dnes ji překvapilo, že když se cestou z vyšetření stavila doma, cítila vyhoření, jako by jí všechno bylo jedno, nezajímalo jí, že je doma nepořádek, jakoby neměla do ničeho chuť. Bojí se, aby to tak nezůstalo už trvale, nechut' do činností, nedostatek energie. Ale nedostavila se během dne stísněnost a úzkost, kterou v minulých dnech během dne cítila. Neměla ani polední dávku Rivotrilu a cítila se dobře. Chtěla by ho vysadit, uvažuje, že už ho možná nepotřebuje. Večerní dávka Rivotrilu byla jí byla psychiatrem snížena z 0,5 mg na 0,25 mg. Klientka spala až do rána.

Následující den přichází po sedmé na sesternu, stěžuje si na malátnost a bušení srdce. Jako důvod spuštění příznaků uvádí zážitky z předchozího dne – nasazení Holtra, špatnou komunikaci s tamním pracovištěm. Změřeny fyziologické funkce TK 100/60, P 120'. Klientce je doporučen odpočinek, snídaně, v krajním případě medikace proti úzkosti.

Na skupině je ten den unavená, v napětí. Hovoří o náročné situaci, do které se s partnerem dostali, nepočítala s tím, že se dostane na VŠ, i s těhotenstvím by počkala. Doufala, že to všechno zvládne. To se i děje, jen zdraví ji trápí. Také trpí pocity osamocení, tím že bydlí na venkově. Partner sice pomáhá, ale klientka byla přeci jen zvyklá na družnější život, měla modelingovou agenturu, spolupracovala s partnerem na reklamních akcích.

Z psychiatrického vyšetření uvádím, vzhledem k ranní počínající panické atace Rivotril prozatím ponechán, přiordinován Zolof 100 mg 1 tableta denně. Doporučeno začít Rivotril vysazovat po nástupu účinku antidepresiv. Během pohovoru si klientka

opakovaně měří puls. Kontrolní měření večer TK 120/80, P 72'. Během měření klientka hovoří o obavách z další léčby i ze zítřejšího návratu domů.

Během hospitalizace převládala u klientky úzkostně obavná nálada v souvislosti s úzkostnou problematikou. Stále dosavadní výkonové nastavení, obtíže s limitací aktivity, sklony k přepracovávání se. V pohovorech detailně popisuje psychosomatické obtíže, místy až zahlcující, oslaben kontakt s emočním prožíváním. Ve vztahu k primární rodině má pocity nedocenění, nedostatku pozitivní pozornosti. Klientka má komplikovaný vztah k otci a nedostatečně zpracovanou smrt bratra před 7 lety. Během hospitalizace byla opakovaně edukována o úzkostných projevech.

Před propuštěním dochází k mírnému zhoršení symptomatologie. Klientce byly předány kontakty na psychoterapii a psychiatrickou ambulanci. Ke zvážení i možnost pokračování hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Klientce je doporučena další psychotherapeutická péče. Medikace při propuštění – Rivotril 0,5 mg ½ - ½ - 1 tablety, Prothazin 25 mg v dávce 1 tableta na noc, Zoloft 100 mg 1 tableta ráno.

6.3.7 Zhodnocení případové studie č. 3

Zhodnocení případové studie č. 3 v kontextu zkoumaných hypotéz:

ad 1) V souvislosti s uvedenou 3. případovou studií mohu první hypotézu potvrdit. Klientka má psychicky způsobené somatické obtíže. Příznaky, které se u klientky objevují, souvisejí s dlouhodobou nadměrnou zátěží klientky. Je ale nutné přihlídnout i k predispozicím klientky, nezpracovaným traumatům z minulosti.

ad 2) Druhou hypotézu mohu u této klientky potvrdit. Kromě nadměrné zátěže v poslední době si s sebou klientka nese i predispozice z primární rodiny (nedostatečné ocenění otcem), které mají vliv na její výkonové zaměření, potřebu dokázat, že to všechno zvládne.

ad 3) Třetí hypotézu nemohu u této klientky potvrdit. Sledovaná se dosud nedopracovala k odstupu od zatěžující situace, ani k dostatečnému náhledu.

Ještě stále v běhu zklidňuje se při relaxaci. V době hospitalizace se začíná cítit lépe, začíná cítit únavu, čtvrtý den hospitalizace se jí daří příjemně usnout. Stále však produkuje autoakuzace na své tělo, že situaci nezvládlo.

ad 4) Čtvrtou hypotézu nemohu u klientky ze třetí případové studie potvrdit. Pozitivní je, že klientka je psychoterapii přístupná, ale zatím se jí nepodařilo zastavit, udělat odstup od toho, co se jí nyní děje, získat náhled a začít pracovat na potřebných změnách, které by vedly ke změně životního stylu, k dobrému sebezpřijetí, vytvoření hranic, spokojenému životu.

6.4 Případová studie č. 4

6.4.1 Základní údaje o klientce

23 letá klientka, přichází po proběhlé panické atace asi před měsícem na naše pracoviště. Na psychiatrii se neléčí, je v takovémto zařízení poprvé.

6.4.2 Osobní anamnéza

Klientka studuje VŠ. Je v posledním ročníku bakalářského studia. Psychické obtíže dosud nikdy neměla. Při první panické atace asi před měsícem, kdy se jí zdálo, že zkolabuje, měla pocit, že se dusí, srdce jí rychle bilo. Zavolala si RZS, která ji odvezla do nemocnice, avšak z vyšetření nevyplývala, žádná somatická příčina jejího stavu. Od té doby se jí postupně zhoršují její úzkostné příznaky. Často cítí napětí v těle, na šíji, v hlavě. Také má obavy, že se zblázní a nakonec "bude bít hlavou do zdi". Úzkosti se také začaly projevovat v obtížích při cestování MHD. Již se bojí cestovat metrem, nemá ráda prostory, ze kterých nemůže uniknout. Sděluje velké pocity nejistoty a obavy z budoucnosti. Obavy z budoucnosti se jí hodně vrací večer a v noci, kdy nemůže spát, objevují se otázky, jak situaci rychle řešit. Nerozumí tomu, co a proč se s ní děje. Dříve byla vždy v pořádku, vše zvládla a byla výkonná. Zároveň spontánně sděluje, že je v poslední době značně přetížena. Dopisuje bakalářskou práci, musí vydělávat peníze a ještě měla docela dost koníčků - hlavně sport. Ty sice v poslední době vynechala, ale stále se cítí být unavená. Sama navrhuje možnost, že její současný stav je výsledkem nevědomě prožívané úzkosti, které nebyl umožněn průchod do vědomí.

6.4.3 Sociální anamnéza

Klientka žije s přítelem, rodiče žijí ve městě vzdáleném 100 km. Má starší sestru, která jí jak vyšlo najevo v průběhu terapie, byla dávana za vzor. Klientka má sestru ráda, rozumí si spolu, má k ní důvěru.

Od své rodiny i od přítele cítí podporu, ale zároveň se jí zdá, že jí vůbec nerozumí. Snaží se ji utěšit, ale ona má pocit, že by je potěšila, kdyby žádné problémy neměla, kdyby normálně fungovala.

6.4.4 Objektivní nález

Při pohovoru objektivně projasněná, orientovaná, v myšlení a vnímání nejsou přítomny znaky psychopatologie, náladu má pokleslou, zvýšená úzkostnost, PMT v normě. Úzkost se projevuje, jak v somatických příznacích, tak v ruminujícím myšlení (nadměrném přemýšlení). Popisuje agorafobii (strach z otevřených prostor) a naznačené panické stavy. V myšlení se objevují katastrofické scénáře budoucnosti, je si vědoma jejich nereálnosti, ale není schopna je potlačit. Má obtíže se spánkem, který ruší ruminující myšlenky. Má sníženou chuť k jídlu. Během pohovoru několikrát pláče, i když se snaží své projevy kontrolovat. Naléhá na uklidnění a podporu, kterou však není schopna přijmout. Je motivována k práci na sobě. V pohovoru bylo znát výkonové nastavení osobnosti. Klientka je indikována do stacionáře CKI.

6.4.5 Terapeutický plán

Zakázkou klientky je získání schopnosti více pracovat se svou úzkostí, porozumění její etiologii. Dále psycholog doporučuje motivovat k další psychoterapii a probírat denní režim, plánování činností, vzhledem k výkonovému zaměření klientky.

6.4.6 Průběh terapie

S klientkou se setkávám od jejího prvního dne v denním stacionáři. Měla malé zpoždění, kvůli zácpě v dopravě. Asi tři týdny má ze všeho strach, bojí se doma, v metru, všude ji doprovází přítel, vozí ji i do školy. Relaxace AT (autogenní trénink viz výše) - jí byla celkem příjemná, rušil jí hluk z venku a vlastní myšlenky. Se slzami hovoří o tom, jak myslí na to: "Co tady dělám?" Skupina ve zpětné vazbě vyjadřuje srozumitelnost klientčinych pocitů, někteří členové mají se vstupem do denního stacionáře podobnou zkušenost.

Na skupině klientka otevřeně hovoří o svých příznacích, které má asi tři týdny, jako pravděpodobnou příčinu svých obtíží, uvádí přetížení. Studuje bakalářské studium v denním studijním programu, chodila do práce a ještě provozovala nějaké sporty. Dokončuje bakalářskou práci. V somatické oblasti se u klientky projevila úzkostná ataka změnami srdečního rytmu - měla pocit, že má infarkt. V psychické je

to nyní strach být sama. Činnosti již omezila, přestala chodit do práce, snížila zatížení sportem. Na dopsání diplomky má 14 dní, pokud by chtěla obhajovat ještě teď na jaře. Může i na podzim, pak by ráda pokračovala v magisterském studiu. Se slzami hovoří o svém strachu z toho, jak to s ní bude dál, jestli se jí vrátí původní psychický i fyzický stav, nebo jestli už navždycky to s ní bude takto. Skupina podpůrná, klientka v závěru skupiny zklidněná. Na skupině poskytnut bezpečný prostor pro možnost otevřeného sdělování problémů.

Následující den byla poprvé v psychiatrické ambulanci, má předepsané léky, které má brát před spaním Lexaurin / 3 mg/ 1/2 tablety a 1/4 tablety při akutní úzkosti. Díky medikaci se v noci vyspala.

Ve skupině současně klient, kterému zemřel před půl rokem syn na leukémii. Když hovořil o svém prožívání, přibližoval příběh skupině, klientka plakala. Na dotaz, co se děje – sděluje, že téma smrti je pro ni těžké, má nyní hodně nemocnou babičku, také si neumí představit, že by mohli zemřít rodiče. Téma vlastní smrtelnosti neotvírá, respektují.

Na individuálním pohovoru je klientka uplakaná, úzkostná. Přináší téma ze skupiny, přes syna spolučlena se dostává k vlastnímu tématu strachu ze smrti. Nechápe, co se s ní děje, opět má tendenci zaplavovat popisem symptomů, je úzkostná z úzkosti, sama přitom nabízí, že je již unavená z toho, jak to všem říká, z pocitů bezmoci. Už má dokonce pocit, že to ani neprožívá ona sama, ale že se to děje někomu jinému. Je vyděšená z toho, co se s ní děje, "nechce mít žádnou poruchu", bojí se, že na doživotí skončí někde tady na pavilonu, nebo na trvalé medikaci.

V rozhovoru psycholog pátrá po pozadí úzkostí, ptá se na konkrétní situaci, kdy se objevila. Klientka byla normálně na tréninku tance a potom se sestrou nakupovat. Nevzpomíná si, o čem se bavily, možná, že i o bakalářce, pak přišla domů, kde byla sama a tam to začalo - dál však v obraně, vyhýbá se jít víc do obsahů, je unavená, vyčerpaná. Když psycholog nechá být, opět se aktivně s úzkostí vrací k popisu symptomů.

V průběhu terapie další dny je klientka přístupnější k práci s pozadím potíží. Trochu se daří odhalovat jí její úzkostnou strukturu osobnosti. Má sklony k perfekcionismu, potřebuje plánovat. Když jde třeba na túru a někdo pak náhle změni trasu, je vyvedena z míry. Při přesunu na konkrétní život, zda teď nemění trasu oproti plánům, ji napadá, že měla potíže s tím, rozhodnout se mezi dvěma obory.

Zvažuje, ve kterém by měla pokračovat na magisterském studiu - sama se nad tím pousměje, že hodně řešila, zda jít na architekturu, kde skončí s titulem Ing. arch. anebo na stavebnictví - bytové objekty, kde titul jenom Ing. První obor jí lákal víc, ale má obavy, jestli zvládne navýšenou zátěž ve studiu. Anebo lehčí obor, ale tam by měla pocit, že si zmařila 3 roky bakalářského studia, nakonec se rozhodla pro architekturu. Tam již při dosavadní tvorbě narazila s učitelem na kolize, navrhuje domy, které jsou funkční, ale pak možná méně kreativní a dostala trojku, oproti jiným spolužákům, kteří navrhnu originální objekty, ale neobyvatelné, přitom se cení víc, mají jedničku. Přijde jí to nespravedlivé.

O víkendu se svěřila se svojí situací „co se jí děje“ doma. S pláčem mluví o tom, že jí matka podpořila a dala jí najevo, že se nemá bát si říkat o podporu, může i zavolat - ulevilo se jí. Je překvapena jejími reakcemi, má pocit, že teď od ní dostává bezvýhradnou podporu i lásku. Dříve se matce moc nesvěřovala - vždy když měla nějaký problém, dostalo se jí od matky místo podpory, spíš výčitek a kritiky, "Vidíš, já jsem ti to říkala". Problémy s ní řešil spíš otec, svěřovala se mu snáze. Má pocit, že rodiče měli prohozené role. Postupně se pro ni zřejmě stala pilířem v rodině o 6 let starší sestra, které se svěřuje nejvíc.

Často se vrací k tématu: "potřeby kontroly nad situací a vlastním životem", úzkosti jí zaskočily, vyvedly z míry, tohle v plánu nebylo. Je to pro ni asi nejtěžší problém nebo překážka, se kterou se musí v životě vypořádávat. Nevzpomíná si, že by byla dosud něčím tak zaskočena.

Během stacionáře chodí odpoledne do školy, dokončuje zápočty. V průběhu stacionáře se postupně zkouší navracet k běžným činnostem, již zvládá samostatně jízdu autem, bez potíží zvládá jízdy výtahem. Nadále přetrvávají úzkosti z uzavřených prostor pod zemí, např. když má sjet po schodech do metra, nebo podzemních garáží. Snaží se a trénuje, expozice do fobických situací zlepšuje její stav.

Na individuálním pohovoru opět smutná ze skupiny, téma vracení se psychologických poruch, řeší smířování se s tím, že má potíže - objevuje se sklon k mechanismu vytěšňování - o víkendu bez úzkostí, zapoměla na problémy, jakoby úzkosti nikdy neměla, až konfrontace na skupině jí bolestněji vrátila do reality. Nenachází konkrétní příčinu, neví, proč jí přepadávají strachy. Psycholožka nabízí paralelu jejích strachů z podzemních prostor a symboliku s Id – vše, co dole pudy impulzy, vášně, emoce.

Také se odkrývá latentní potřeba jistoty a bezpečí, v pátek neplánovaně skončil již výše zmíněný otec zemřelého syna skupinu, byl pro ni pilířem v nejistých počátcích její léčby - zúzkostnilo ji to.

Opakovaně při sezeních dojetí, když mluví o současné podpoře stran léčby od rodiny, zejména od matky.

Na skupinách často téma, jestli se někdy nepříjemný úzkostný stav vrátí, stále malý náhled na příčinu obtíží, jeví se jako nedostatečná víra v sebe sama.

Po první třetině celkové délky stacionáře, se ve skupinovém prostoru začíná cítit lépe. Pomáhá jí více chápat souvislosti v životě. Dříve si myslela, že ke štěstí stačí jen dobře plánovat a pracovat, otevírají se jí i jiné možnosti. Úzkosti jí však stále znemožňují žít kvalitně.

Oslovuje ji téma sebedůvěry, uvědomuje si, že prožívá své pocity skrze druhé lidi. Rodina je jí oporou, nechce je zklamat, neví, co by bylo, kdyby se jí udělalo zase špatně. Má fantazii o tom, že by je zklamala, když ji tak podporují a věří, že bude v pořádku. Ve zpětné vazbě je jí terapeutem nabídnuto, že ve svém prožívání vyjadřuje víc ohledů k ostatním, než sama k sobě. Jakoby necítila potřebu ochránit a prožívat především sama sebe.

Jedním z klientčinych témat na skupině je pocit nedostatku zpětných vazeb či reflexe od terapeutů. Představovala si to jinak, vlastně očekávala víc návodu, jak co dělat, je trochu zklamaná. Skupina s tématem pracuje, je více edukačně zaměřená na způsob práce ve skupině.

Po této skupině klientka rozmyslela, co se sebou, cítí, že na to musí přijít sama. Po Jacobsonově relaxaci si ve zpětné vazbě pochvaluje dobré cvičení, jen to napětí že dělá najednou maximální, jako to dělá běžně v životě. Chválím za dobrou sebereflexi. Na skupině technika s úvodní imaginací pro posilování jáských funkcí na téma "Odložení zavazadla." Klientka namalovala barevný obraz s teplou figurou, která odloží jedno ze svých zavazadel na bezpečném místě a se zbylými zavazadly pokračuje po cestě dál. Dárek nepřijala, žádný nepotřebuje (viz Příloha č. 2a,c). V průběhu skupiny podpůrná k nové klientce, vzpomíná na svůj vstup do DS, měla podobné pocity jako ona.

V polovině stacionáře se začíná cítit lépe, v noci spí bez léků, už má pocit, že jí DS nic nedává, chtěla by skončit, udělat zkoušky a užít si prázdnin. Na skupině protagonistkou, hovoří o zvládnání úzkostných stavů, stále jí není jasné, kde se vzaly.

Paniky už ustupují, snaží se o desenzibilizaci. Dnes se pokusí jet na cvičení autobusem a tramvají. Vzpomíná na dětství, musela si striktně plnit povinnosti. Když dnes na toto téma zavede hovor s matkou, tak je matka k tématu odmítavá.

Na individuálním sezení hovoří o potřebě separace ze skupiny, první dva týdny jí hodně daly. Aktuálně jí skupina víc bere, než dává, po skupině se zabývá příběhy druhých. Má potřebu se soustředit na učení, zkouškové období. Cítí potřebu postavit se opět víc na vlastní nohy, již se jí učí dobře, zklidnila se stran panik, nadále agorafobické potíže, ale už je s nimi smířená, drobné situace již zvládá samostatně. Otevřelo se jí tady hodně konkrétních problémů. Připustila víc problém ve vztahu s matkou. Také si víc propojuje úzkosti se současnou životní situací, již víc připisuje význam tomu co se děje ve studiu. Dokonce jí napadlo, že studiem Ing arch. si opět klade na sebe nároky " aby dosáhla toho nejlepšího", ale už jí napadalo, že Ing. stavebnictví - kde může také navrhovat stavby a domy, byť je to víc technického rázu, tak jí to možná sedí víc, než kreativní návrhy. Včera se těšila ze změny metody na skupině - arteterapie. Dává zpětnou vazbu, jak její obrázek vyniká nad ostatními, připouští, že jí to také ráno uhodilo do očí, když je tam viděla vyvěšené. (Známka posílení sebedůvěry, zlepšení sebevnímání.)

Sama má potřebu dál pokračovat v psychoterapii. Volí individuální formu, má pocit, že jí víc dává, že v ní více pracuje a odkrývá problémy. Na žádost klientky společně naplánováno následující den ukončení DS.

Klientka končí denní stacionář dvanáctý den. Loučí se se skupinou, cítí se na rozhraní dvou světů, už jí to táhne ven, nechce, aby jí ujel vlak, ale také trochu dojata, empatická.

Závěrečné zhodnocení - zpočátku terapie byla klientka hodně úzkostná, centrovaná na úzkostné symptomy, postupně získává náhled na neurotické potíže, víc se zaměřuje jednak na práci s úzkostí – expozice - daří se jí samostatně dojíždět autem do DS, již bez doprovodu, začala cestovat povrchovou MHD. Nadále přetrvává strach z podzemních prostor- metro, garáže. Také víc odkrývá vnitřní obsahy a problémy, začíná řešit problém ve vztahu s matkou, plačtivá, postrádá dostatečné pocity důvěry a bezpečí, které nachází spíš u starší sestry. Odkrývá si nadměrné až neurotické zaměření na vysokou výkonnost, nadměrné nároky na sebe a potřebu uspět, špatně snáší i drobné neúspěchy. Při posledním sezení křehce odkrývá téma rivality se starší sestrou, která jí od mala, zvláště u matky zřejmě nastavovala vysokou laťku, matkou se

cítla nedoceňována. Má sklony se podceňovat. Řeší i svoje nadměrné ambice ve škole, začíná připouštět, že aktuální potíže by mohly souviset se studiem, ukončováním bakalářského studia a výběrem těžšího oboru architektury v pokračování na magisterském studiu. Při léčbě zvládá i studijní nároky. Partnerský vztah a vztah s otcem zůstává zatím v pozadí, považuje jej za dobrý. V průběhu léčby aktivně spolupracující.

6.4.7 Zhodnocení případové studie č. 4

Zhodnocení případové studie č. 4 v kontextu zkoumaných hypotéz:

ad 1) U této klientky mohu první hypotézu potvrdit, klientka hovoří o velké zátěži v poslední době, zřejmá souvislost s výskytem obtíží v somatické i psychické složce osobnosti.

ad 2) Z příběhu, který je zde uvedený, mohu druhou hypotézu potvrdit. Můžeme pozorovat, že k psychickým a somatickým projevům nedošlo nejen vlivem přetížení. K dalšímu širšímu kontextu onemocnění se dopracováváme zjišťováním a hledáním odpovědí na otázky: „Proč se klientka přetěžuje?, V jakých souvislostech došlo k onemocnění?“ Odpovědi můžeme hledat ve vývoji osobnosti v primární rodině – vysoko nastavená laťka od sestry, snaha klientky plnit očekávání rodičů, která se naučila vnímat a přijímat jako svá, ji nutí do výkonu. Projevuje se neujasněná vlastní identita, což je otázkou zralosti osobnosti. Dále např. konflikt - ambivalence v souvislosti s rozhodováním, který obor zvolit pro magisterské studium.

ad 3) Hypotézu o vlivu zdravého životního stylu na zmírnění zátěže v případě této klientky mohu potvrdit. Změna byla u klientky vynucena psychosomatickými příznaky, které ji přinutily zmírnit tempo a přivedly k úvaze o změně běžného zatížení, kdy omezila některé aktivity. Bylo by dobré, kdyby se klientka dopracovala k náhledu tak, že by přijala zdravý životní styl za vlastní, to ovšem souvisí se sebedůvěrou, pozitivním sebehodnocením. Současně to souvisí i se schopností vystoupit ze závislého modelu, kdy klientka sebehodnocení reguluje, vnímá a hodnotí podle reakcí

okolí na dosažené výkony. Tedy kdyby se klientka neřídila plněním očekávání okolí, co se týče dosažených výkonů, dosáhla by lépe sebeuspokojení.

ad 4) Na psychoterapii reaguje klientka pozitivně, začíná propojovat úzkosti se současnou životní situací, již víc připisuje význam i tomu, co se děje ve studiu. Připouští některé problémy z primární rodiny. Je rozhodnuta pokračovat v psychoterapii. Hypotézu mohu potvrdit.

Závěrečné zhodnocení výzkumné části

Výzkumnou část zařazenou do diplomové práce hodnotím jako zajímavou, ale také náročnou. Mým cílem nebylo objevit něco nového, ale prozkoumat vliv stresu na vznik emočně negativní tenze a porovnat známé teorie s praxí. Při získávání dat pro kvalitativní výzkum byl výhodou osobní kontakt s respondentkami v terapeutickém procesu.

Při vypracovávání teoretické části a zpracování dat praktické části mi vyllynuly čtyři hypotézy, z nichž vycházím na konci každé případové studie. Zde uvádím souhrn dokládáných hypotéz. Ověřované hypotézy 1), 2), 4) se u všech respondentek potvrdily, jsou i v souladu s teoriemi uvedenými v první části diplomové práce.

Hypotézu, která byla uvedena jako třetí, jsem u prvních tří klientek nemohla potvrdit. K jejímu vyhodnocení je potřebné delší časové období, jednak aby klientky mohly potřebné změny do života integrovat a dále opět s časovým odstupem by bylo možné prozkoumat efekt zavedených změn. Pozornost výzkumu by potom byla zaměřena na to, jestli se klientkám podařilo integrovat do života potřebné změny a jak tyto změny ovlivnily jejich další život, zdraví, reagování na zátěž, respektive její tolerování. U klientky z případové studie č. 4 jsem hypotézu č. 4 doložila podle reagování klientky v průběhu terapie i v jejím závěru. Klientka poměrně rychle integrovala do svého života potřebné změny, díky kterým její obtíže téměř vymizely. Otázkou zůstává, co vše sehrálo roli v rozvoji příznaků klientky a jestli byly skutečně příčiny odstraněny. Zatím pravděpodobně ne, ale klientka si je začíná uvědomovat (alespoň některé), a je rozhodnuta s nimi v následné psychoterapeutické péči pracovat.

Při získávání a vyhodnocování dat jsem aplikovala hermeneutický přístup, který při studiu člověka klade důraz na „identitu subjektu a objektu“. Z toho jsem vycházela i při interpretování životů respondentek, které jsem sledovala, přičemž jsem se opírala o vlastní zkušenosti a sebepoznání – docházelo, jak píše Srnec ke „znovuobjevování Sebe-Já v Druhém-Ty“ (SRNEC, 2006, s. 43). Při tom jsem se ale snažila přistupovat k respondentkám s dodržením transcendentální epoché, kde slovo „transcendentální“ znamená v této souvislosti „apriorní“ tedy to, co je před první zkušeností. Epoché znamená zřeknutí se úsudku. (Provádíme tedy takovou epoché, v níž se opět stáváme malými dětmi, které se dívají na svět kolem sebe jakoby poprvé, ale při zachování paměťové schránky dosavadního života, studia a kulturnosti.) Díváme se tedy na klienta bez úsudku a chceme ho poznávat až z věcí samých, jak o nich sám hovoří, nebo kterými se prezentuje (HOGENOVÁ, 2006, s. 28). Snažíme se pochopit vnitřní svět člověka introspekci a vcítěním.

Cílem hermeneutické tradice je porozumět lidské existenci. O rozvoj této tradice se významně zasloužil Gadamer, jeho hlavním tématem bylo porozumění, hledání společné řeči (cit. dle ČÁLKA, 2005). Hledání společné řeči, porozumění je společným nástrojem klienta a terapeuta v psychoterapii, kde léčíme člověka slovem a snažíme se tak podporovat jeho sebeuzdravující síly.

ZÁVĚR

Autorka se v práci zabývá vlivem stresu na člověka a možnostmi jeho zvládnání v současné společnosti. Aby mohla v praktické části demonstrovat na reálných případových studiích vztah mezi stresem, reakcí člověka na nadměrné zatížení a možnosti zvládnání, věnovala teoretickou část vysvětlení těchto termínů.

U stresu si všímá jeho vlivu na člověka v oblasti fyzické, psychické, sociální. Uvádí také, jakými různými způsoby člověk na stres reaguje.

Za významný faktor ovlivňující chování a reagování současného člověka považuje vliv současného způsobu života ve společnosti orientované na výkon.

Zdůrazňuje, že k účinné prevenci vzniku emočně negativní tenze patří zdravý způsob života.

Pokud klientovi takové nasměrování nestačí, nedokáže je do svého života integrovat a nedovede se sám zbavit stresu a s ním spojených somatických i psychických příznaků, je vhodné přistoupit k psychoterapii.

I když je stres při vzniku emočně negativní tenze významným faktorem, není to faktor jediný, vždy se spoluúčastní predispozice klienta reprezentované vrozenými dispozicemi, vlivy výchovy, také jeho motivy, potřeby, cíle. Stává se, že člověk nedocení své možnosti.

V praktické části diplomové práce se autorka věnovala kvalitativnímu výzkumu, kde metodou analýzy jednotlivých případů zpracovává čtyři případové studie. Tím zde umožňuje nahlédnutí do praxe psychoterapie jako metody volby pro umožnění odborné podpory při zvládnání náročné stresové situace člověkem. Autorka si je vědoma, že navzdory praktickým zkušenostem, které má, její zde uvedená pozorování mohou pouze naznačovat a nikoliv plně potvrzovat účinek psychoterapie. K tomu by bylo třeba většího souboru a delší doby pozorování.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BALCAR, K. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: SPN, 1983. 231 s.
- BAUMGARTNER, F. *Zvládanie stresu – coping*. In VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Grada, 2001. s. 191-205. ISBN 80-247-0042-5.
- BAŠTECKÁ, B. aj. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
- BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-031-7.
- ČÁLEK, O. *Skupinová daseinsanalýza*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-539-6.
- GAARDER, J. *Sofiin svět*. Košice: Knižná dielňa Timotej, 1996. 428 s. ISBN 80-88849-03-9.
- HEIDEGGER, M. *Bytí a čas*. Přel. Ivan Chvatík, Pavel Kouba, Miroslav Petříček mladší a Jiří Němec. Praha: Oikoymenh, 2008. 488 s. ISBN 978-80-7298-048-2.
- HEIGL – EVERS, A., HEIGL, T.S., RUEGER, J. *Lehrbuch der Psychotherapie*. Luebeck: Fischer, 1977.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 117, 306. ISBN 80-7178-303-X.
- HOGENOVÁ, A. *První aproximace k fenomenologické metodě*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2006. 62 s.
- HOGENOVÁ, A. *Postmoderna a fenomenologie*. In PONĚŠICKÝ, J. *Člověk a jeho postavení ve světě*. Praha: Triton, 2006. s. 178 - 204. ISBN 80-7254-861-1.
- LYSEBETH, A. van. *Cvičíme jógu*. Praha: Olympia, 1988. 244 s.
- KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál, 2010. 168 s. ISBN 978-80-7367-800-5.
- KRASKA-LŮDECKE, K. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada, 2007. 116 s. ISBN 978-80-247-1833-0.
- KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 2005. 295 s. ISBN 80-7262-347-8.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. 384 s. ISBN 80-7367-122-0.

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie adaptace a zvládání těžkostí*. Československá psychologie. 1988, 32, 5, s. 433 – 441.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Avicenum, 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6
- MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H., HOSKOVEC, J. *Emoce a výkonnost*. Praha: SPN, 1985. 288 s.
- MOHAPL, P. *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I*. Olomouc: FFUP, 1988. 127 s.
- MORSCHITZKY, H., SATOR, S. *Když duše mluví řečí těla*. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.
- NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. 397 s. ISBN 80-85255-74-X.
- PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton, 2002. 111 s. ISBN 80-7254-216-8.
- PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 2004. 209 s. ISBN 80-7254-459-4.
- PONĚŠICKÝ, J. *Člověk a jeho postavení ve světě*. Praha: Triton, 2006. 262 s. ISBN 80-7254-861-1.
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada, 2001. 188 s. ISBN 80-247-0068-9.
- PROCHASKA, J., NORCROSS, J. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada, 1999. 479 s. ISBN 80-7169-766-4.
- REDDEMANN, L. *Léčivá síla imaginace*. Praha: Portál, 2009. 216 s. ISBN 978-80-7367-530-1.
- SCHREIBER, V. *Lidský stres*. Praha: Academia, 1992. 84 s. ISBN 80-200-0458-0.
- SKALSKÝ, V. *Závažné pracovní stresory a zvládání stresu obecně*. Praha: 2007. 124 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Filosofická fakulta. Katedra andragogiky. Vedoucí diplomové práce Ivana Šnýdrová.
- SRNEC, J. *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2006. 66 s.
- UEXKÜLL, T.V. *Psychosomatische Medizin*. Muenchen: Urban a. Schwarzenberg, 1979.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VODÁČKOVÁ, D. aj. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

VOJÁČEK, K. *Autogenní trénink*. Praha: Avicenum, 1988. 201 s.

VOKURKA, M., HUGO, J. aj. *Praktický slovník medicíny*. 5. vyd. Praha: Maxdorf, 1998, s. 48, 115. ISBN 80-85800-81-0.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

Stres. *Wikipedie* /online/. c2010. Poslední revize 30.6.2010 /cit. 2010-07-27/. Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>

Fyziologie trávení. *Články a informace z různých oblastí lékařství* /online/. c2006, poslední revize 21.4.2006 /cit. 2010-7-26/.

Dostupné na: <http://www.biology.estranky.cz/clanky/fyziologie/fyziologie-travicí-soustavy>

Slovník cizích slov - on-line hledání. ABZ.cz. c2010 /cit. 2011-04-07/.

Dostupné na: http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=chronick%FD+stres

PŘEDNÁŠKY:

BALCAR, K. *Vybrané psychoterapeutické metody*. Přednášky pro 1.roč. mgr. studia. Praha: PVŠPS, 2008.

DOSTÁLOVÁ, O. *Zdraví a nemoc IV*. Přednášky pro 2.roč. mgr. studia. Praha: PVŠPS, 2010.

HOGENOVÁ, A. *Metodologie společenských věd II*. Přednášky pro 1.roč. mgr. studia. Praha: PVŠPS, 2008.

JANČOVÁ, D. *Kurz relaxačních technik*. Školení Praha: PL Bohnice, 2009.

LORENC, J. *Krizová intervence*. Přednášky pro 2.roč. mgr. studia. Praha: PVŠPS, 2009.

PŘÍLOHY

Příloha č. I.

Tab.č.1, Hodnocení životních událostí dle Holmese a Rahea

Úmrtí partnera, partnerky	100 bodů
Rozvod	73 bodů
Rozvrat manželství (dočasný rozchod)	65 bodů
Uvěznění	63 bodů
Úmrtí blízkého člena rodiny	63 bodů
Úraz nebo vážné onemocnění	53 bodů
Sňatek	50 bodů
Ztráta zaměstnání	47 bodů
Usmíření a přebudování manželství	45 bodů
Odchod do důchodu	45 bodů
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44 bodů
Těhotenství	40 bodů
Sexuální obtíže	39 bodů
Přírůstek nového člena do rodiny	39 bodů
Změna zaměstnání	39 bodů
Změna finančního stavu	38 bodů
Úmrtí blízkého přítele	37 bodů
Přeřazení na jinou práci	36 bodů
Závažné neshody s partnerem	35 bodů
Půjčka vyšší než průměrný roční plat	31 bodů
Splatnost půjčky	30 bodů
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29 bodů
Syn nebo dcera opouští domov	29 bodů
Konflikty s tchánem, tchýní, zetěm, snachou	29 bodů
Mimořádný osobní čin nebo výkon	28 bodů
Manžel, manželka nastupuje či končí zaměstnání	26 bodů
Vstup do školy, nebo její ukončení	26 bodů
Změna životních podmínek	25 bodů
Změna životních zvyklostí	24 bodů

Problémy a konflikty se šéfem	23 bodů
Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20 bodů
Změna bydliště	20 bodů
Změna školy	20 bodů
Změna rekreačních aktivit	19 bodů
Změna církve nebo politické strany	19 bodů
Změna sociálních aktivit	18 bodů
Půjčka menší než průměrný roční plat	17 bodů
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16 bodů
Změna v širší rodině (úmrť, sňatky)	15 bodů
Změny stravovacích zvyklostí	15 bodů
Dovolená	13 bodů
Vánoce	12 bodů
Přestupek (např. dopravní) a jeho projednání	11 bodů

Převzato z HONZÁKA, 1994.

Příloha č. II.

Tab.č.2. Soubor symptomů stresového stavu vytvořený H. Seleyem

1.	Snadná vzrušitelnost a nadměrná citlivost, často spojená s depresemi.
2.	Tlukot srdce „může být slyšet až v uších“.
3.	Sucho v ústech a v hrdle.
4.	Impulzivní chování, zvýšená agresivita, emocionální nestabilita.
5.	Neodolatelné nucení plakat, nebo utéci se někam schovat.
6.	Neschopnost se na něco soustředit, odbíhání myšlenek, dezorientace.
7.	Zvýšená náchylnost k nehodám a úrazům.
8.	Únava, pocity neúnosné tíživé unavenosti a ztráty radosti ze života.
9.	Pocity úzkosti a obav, kdy nejsme schopni říct, čeho se vlastně bojíme.
10.	Emocionální napětí, často na maximum vyhrocená bdělost a nastraženost.
11.	Obtíže v sexuální oblasti.
12.	Tiky a třesy – mimovolné pohyby rukou a v obličeji.
14.	Tendence snadno a podrážděně reagovat i na poměrně slabý podnět.
14.	Nervózní smích, často zvýšené intenzity a vysokého, nepřirozeného tónu.
15.	Poruchy řeči – zakoktavání, přeříkávání.
16.	Skřípění zuby.
17.	Nespavost, která bývá důsledkem vybičované psychiky, rozrušení, podrážděnosti.
18.	Nadměrná pohyblivost, bezcílné pobíhání sem a tam, nadměrná gestikulace.
19.	Nadměrné pocení.
20.	Časté nucení na močení.
21.	Zažívací obtíže – nechutenství, zvracení, průjem, zácpa.
22.	Změna chuti k jídlu – nechutenství, nebo nezvladatelná žravost.
23.	Bolesti zad a páteře.
24.	Bolesti hlavy migrenózního typu (bolí jen jedna polovina hlavy).
25.	Zvýšená spotřeba léků utišujících – na spaní, nebo na zklidnění.
26.	Zvýšená touha kouřit, napít se alkoholu, případně touha po drogách.
27.	Noční můry, děsivé sny.
28.	Neurotické chování, v těžších případech, vážnější psychiatrické onemocnění.

Převzato z KŘIVOHLAVÉHO, 1994, s. 182.

Příloha č. III.

Tab.č.3. Matice plánování času

Činnosti	Naléhavé	Nenaléhavé
Důležité	I. Kvadrant: Termínované úkoly Náhlé problémy Kritické situace	II. Kvadrant: Vzdálené úkoly Rozvíjení vztahů Plánování Příjemné aktivity Studium Tělesný pohyb
Nedůležité	III. Kvadrant: Většina telefonátů Polovina pošty a hlášení Velká část schůzí a porad Oblíbené činnosti Nutkavé oddávání se závislostem	IV. Kvadrant: Část telefonických hovorů Chvilkové únikové činnosti (čtení časopisů, uklízení, televize bez výběru apod.)

Převzato z Praška (2001, s.88).

Příloha č. IV. a)

Imaginace – „Odložení zavazadla“ jak uvádí Luise Reddemann:

„Pro některé lidi je nejprve nutné, aby si dovolili odložit to, co s sebou vláčejí. Teprve potom se mohou dostat k čerpání sil ...

Představte si, že jste na dlouhé pouti obložen množstvím zavazadel... Na této pouti dorazíte na náhorní plošinu, tedy do oblasti, která je rovinatá, ale zároveň vysoko položená. A protože před sebou máte cestu, na které už nemusíte stoupat, můžete si oddechnout... V dáli spatříte něco jako jasné světlo. Cítíte se tím světlem přitahováni a jdete tam... Dorazíte na místo zalité teplým, zářivým světlem, tam možná objevíte budovu podobnou nějakému chrámu, možná pár stromů, nebo jeskyni, cokoli, co vám odpovídá... A cítíte, že byste teď chtěli chvíli setrvat a odložit zavazadla... Složíte svá zavazadla na okraji toho světlého místa... Rozhlížíte se, kde byste se mohli posadit, chvíli si odpočinout. A vhodné místo najdete. Necháváte na sebe působit to jasné světlo a pociťujete, jak je vám teplo a jak se cítíte lehčeji... Najednou pozorujete, že k vám přichází laskavá světlá bytost, přátelsky se na vás usmívá a dává vám dárek... Jste obdarování něčím, co vám pomůže, co můžete potřebovat k řešení problému, který momentálně máte... Možná je to symbolický dárek, kterému nyní ještě nerozumíte... Jestli chcete, poděkujte... Pomalu se rozhodujete, že se vrátíte ke svým zavazadlům a ono místo opustíte. Můžete se tam kdykoli vrátit. Jděte pak ke svým zavazadlům a uvažujte, která z nich byste ještě chtěli nést dál, co ještě potřebujete. Možná jsou tam věci, které nepotřebujete. Ale možná na sebe chcete zase všechno naložit... Potom se zavazadlem, které nyní ještě potřebujete, pokračujete ve své pouti... Se vší pozorností se pak vraťte do místnosti“ (REDDEMANN, 2009, s. 46).

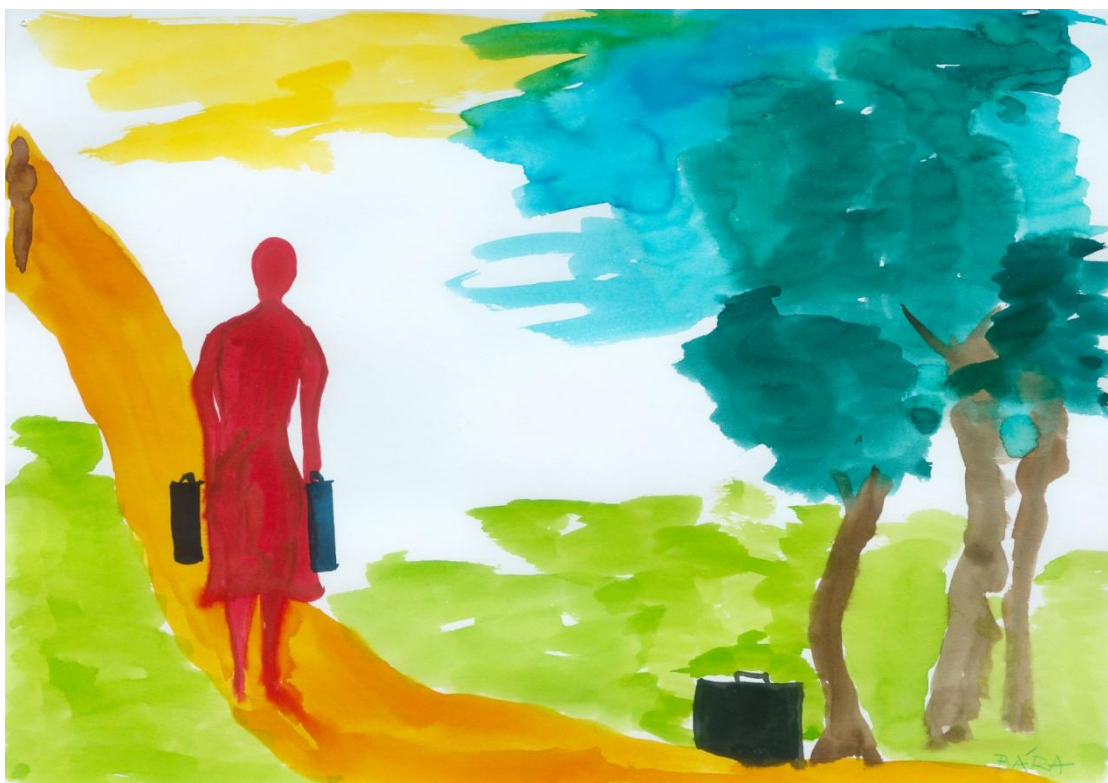
Příloha č. IV. b)

Obrázek klientky z kazuistiky č. 2; Imaginace na téma: „Odložení zavazadla.“



Příloha č. IV. c)

Obrázek klientky z případové studie č. 3; Imaginace na téma: „Odložení zavazadla.“



Příloha č. V. a)

Imaginace – „Cvičení stromu“ jak uvádí Luise Reddemann:

„Můžeme si strom představit jako sebe a prožívat, jak je tento strom živen, nebo uvážit, co to ve skutečnosti znamená být živen zemí a sluncem. Ve skutečnosti žijeme ze země a slunce, jen to není tak zjevné jako u stromu.

Toto cvičení nás může důvěrně obeznámit s myšlenkou, že všeho je dostatek. V době, ve které stále zřetelněji pozorujeme, že je otrávená země, vzduch i voda, by se mohlo stát, že velmi skleslí a malomyslní lidé v sobě nenajdou sílu, aby si představili, že země a světlo dávají k dispozici dostatek dobrého. Pro koho je navzdory těmto potížím možné představit si zemi a slunce, živící lidi vším potřebným, tomu může toto cvičení pomoci ke zkušenosti, že to co člověk potřebuje, je k dispozici a že se kvůli tomu nemusí namáhat. Bude mu to prostě dáno. Toto cvičení uvádí Luise Reddemann, převzaté od Phyllis Krystalové.

Chtěla bych vás pozvat ke cvičení stromu. Představte si nejdříve krajinu, ve které byste se cítili dobře a kde byste se rádi zdržovali. Nemusí to být krajina reálná, může být jen ve vaší představě. Někde v té krajině si představte strom, ke kterému byste rádi šli a setkali se s ním, prohlédli si ho, nebo se ho dotkli. Vnímejte jeho kmen, vnímejte jeho vůni. Vnímejte jak se kmen větví. Vnímejte jeho listy. Nejprve to všechno vnímejte a navazujte se stromem kontakt... A je-li to možné, můžete si představit, že se o strom opřete a skutečně ho pocítíte... Pokud je vám ta představa příjemná, pak si můžete představit, že s tím stromem splynete... A pak můžete jako strom prožít, co to znamená mít kořeny, které se větví v zemi a jaké to je čerpat ze země výživu. Prožijte, jaké to je mít listy, které přijímají sluneční světlo a proměňují ho. Jestliže se stromem nechcete splynout, zabývejte se tím, co to pro strom asi znamená, že má kořeny a že má listy schopné přijímat sluneční světlo... Potom se věnujte otázce, čím byste nyní chtěli být živeni, zaopatřeni. Je to tělesná potrava, citová potrava, potrava ducha, vaše duchovní bytí? Pojmenujte to co nejpřesněji... A jestliže jste jedno se stromem, potom si představte, že ze země a od slunce dostáváte potravu, kterou si přejete. Pokud jste se stromem nesplynuli, přesto si můžete představit, co to znamená dostávat potravu od země a slunce, neboť tak je tomu rovněž u lidí. Dovolte si tu zkušenost, že tato potrava k vám přichází ze země i od

slunce... A potom se nechte ovládnout pocitem, jak to, co dostáváte od země i od slunce, se ve vás spojuje... A že díky tomu rostete... potom se od svého stromu zase odlučte... Jestli chcete, můžete si představit, že se budete ke svému stromu vracet, abyste s jeho pomocí zakoušeli, že můžete být živeni vším, co potřebujete. Jestli chcete, můžete mu slíbit, že se vrátíte. Rozlučte se s ním a poděkujte za podporu... s plnou pozorností, se nyní zase vraťte do místnosti" (REDDEMANN, 2009, s. 45).

Příloha č. V. b)

Obrázek klientky z kazuistiky č. 2; Imaginace na téma: „Cvičení stromu.“



Příloha č.VI.

Informovaný souhlas s použitím Vašeho příběhu, který se vztahuje k tématu diplomové práce „Stres v životě moderního člověka a jeho zvládnutí“:

Vážená paní/pane,

v rámci diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií, pod vedením MUDr. Olgy Dostálové, CSc., zpracovávám téma: „Stres v životě moderního člověka a jeho zvládnutí.“ Cílem práce je poukázání na zdravý způsob života, jako prevence stresu a podpora aplikace psychoterapie v situaci, kdy je člověk ohrožen stresem, který přestává zvládat. Práce zohledňuje život člověka a jeho ovlivnění současným životním stylem s přihlédnutím k filozofickému hledisku – hodnotám, lidským možnostem - hranicím, vlivu stresu na člověka, posilování jeho sebeuvědomění s využitím psychoterapie a v případě onemocnění jeho sebeuzdravných procesů. Na člověka, jeho zdraví a nemoc nahlížím celostním pohledem, tedy se zohledněním bio-psycho-sociálních vlivů.

Údaje budou zpracovány anonymně (bez možnosti identifikovat osobu, jejíž příběh byl použit) a budou publikovány v diplomové práci.

Vaším právem je odmítnout poskytnutí informací souvisejících s vaším příběhem, nebo spolupráci kdykoliv přerušit a ukončit. Případné odmítnutí spolupráce, neovlivní vaši další léčbu.

Bc. Vendula Janská
Telefon: 284 016 110
e-mail: vendula.janska@uromed.cz

Prohlášení:

“Souhlasím s anonymním využitím mého příběhu uvedeného ve zdravotnické dokumentaci. Dále jsem obdržela/obdržel jeden výtisk Informovaného souhlasu a mé dotazy byly uspokojivě zodpovězeny.”

Jméno a příjmení:.....

Podpis:.....

Místo a datum:.....

Děkuji Vám za účast v praktické části diplomové práce.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Vendula Janská

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Stres v životě moderního člověka a jeho zvládnání

Počet stran bez příloh: 102

Celkový počet stran příloh: 11

Počet titulů české literatury a pramenů: 35

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 3

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová CSc.

Rok dokončení práce: 2011

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Bc.Vendula Janská**

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: **STRES v ŽIVOTÉ MODERNÍHO ČLOVĚKA A JEHO ZVLÁDÁNÍ**

Vedoucí práce: MUDr.Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 102

Počet stránek příloh: 11

Počet titulů v seznamu literatury: 39 + 5 přednášek

Výběr tématu

Závažnost tématu

Oborová přiléhavost tématu

Originalita tématu a jeho zpracování

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

Využití výzkumných empirických metod

Využití praktických zkušeností

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost,

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

	1			
--	---	--	--	--

	1			
--	---	--	--	--

		2		
--	--	---	--	--

	1			
--	---	--	--	--

	1			
--	---	--	--	--

	1			
--	---	--	--	--

	1			
--	---	--	--	--

	1			
--	---	--	--	--

	1			
--	---	--	--	--

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké nové poznatky či názory získala autorka v průběhu vypracovávání diplomové práce?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se zabývá stresem, začíná filosofickým pohledem na současný životní styl, ve druhé kapitole pak vymezuje pojmy, dále se zabývá zvládnutím stresu a důsledky obtížného zvládnutí stresu.

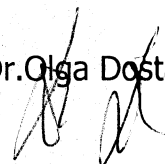
V praktické části se zabývá výkladem, rozбором a kvalitativním hodnocením čtyř případových studií. Autorka prokázala vyzrálou znalost literatury, v popisování protistresových aktivit se vyskytl popis obecně známých věcí, které nebylo nezbytně nutné uvádět, čímž by došlo bez újmy ke zkrácení textu.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:
výborně

Datum, podpis:
22.5.2011

MUDr. Olga Dostálová, CSc.



**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Vendula Janská**

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a psychoterapii

Název práce: **Stres v životě moderního člověka a jeho zvládnání**

Oponent práce: PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 102

Počet stránek příloh: 11

Počet titulů v seznamu literatury: 39

Přednášky: 5

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

0				
---	--	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Využití výzkumných empirických metod

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaký přínos pro její budoucí práci přineslo autorce sepsování této diplomové práce?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se zabývá stresem, začíná filosofickým pohledem na současný životní styl, ve druhé kapitole pak vymezuje pojmy, dále se zabývá zvládnutím stresu a důsledky obtížného zvládnutí stresu. V praktické části se zabývá výkladem, rozбором a kvalitativním hodnocením čtyř případových studií.

Autorka prokázala vytrvalost v názorech a znalost literatury. Také citace jsou pojaty podle poselení normy. Úprava je slušná.

Výtka:

V uvádění protistresových aktivit se vyskytl popis obecně známých věcí, které bylo možno zkrátit a tak i zmenšit objem práce, která přesahuje doporučený rozsah.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Výborně

