

části populace hledající sebezpřesahující prožitky nebo osobní růst formou halucinogenních látek, seberozvojových skupin, neošamanismu a meditační praxe.

Zdraví je v současnosti nejen velmi významnou osobní hodnotou, ale i tržní komoditou díky tomu, že obavy o zdraví bývají doprovázeny emocemi strachu a úzkosti. Strach o vlastní zdraví i zdraví blízkých osob, spojený s pocitem ohrožení a smrti, se stává také velmi významným prostředkem k manipulaci. Součástí života naší západní společnosti se stalo obchodování se zdravím (s léčebnými přípravky, léčením, zdravým životním stylem, právními definicemi, se vším, co se zdravím souvisí atp.).

V době vzniku této knihy svět ochromuje světová pandemie nového koronavirusu (COVID-19, SARS-CoV-2). Náhle zjišťujeme, jak jsme zranitelní a nepřipravení na to, že nemůžeme vše ovlivnit nebo kontrolovat. Připomínáme si zkušenosti minulých generací, které umíraly na závažné infekce, přírodní pohromy a války. Tyto generace našich předků s jistou mírou pokory přijímaly každodenní zkušenost, že smrt, zranitelnost a bezmoc patří k životu². V současnosti nejsme naší kulturou na smrt a utrpení příliš připravováni. Přitom příprava na smrt v podobě každodenního připomenutí si stárnutí těla a blížení se smrti, by měla patřit k významným rituálům.³ Ritualizace reality pomíjivosti lidského těla i faktu smrtelnosti pak člověka vede k tomu, aby žil život v kontextu konečnosti a radosti z přítomného okamžiku. Rovněž vede k hodnotovým a etickým postojům. Jestliže v naší společné knize hovoříme o životě a zdraví, chtěly bychom na úvod připomenout význam hlubšího smyslu lidského života spojeného s pokorou v kontextu přijetí stárnutí, umírání a smrti.

Stárnutí a dlouhověkost populace nabízejí v současnosti výzvy, které je důležité reflektovat i v rámci konceptu oboru Psychologie zdraví. Specifika psychosociálních potřeb seniorů, otázky jejich zdravotního stavu a kvality života obsahují významná témata, která by zasloužila samostatnou část odborného textu. Tento fakt konstatujeme jako editorky s vědomím, že v rámci této publikace již nebylo možné z hlediska obsáhlosti problematiky zdraví seniorů zařadit.

Leona Jochmannová
Tereza Kimplová

² Tyto tradiční rituální zvyklosti v rámci české kultury shrnuje ve své monografii etnografka Alexandra Navrátilová (*Narození a smrt v české lidové kultuře*, 2004).

³ Jedním z příkladů takové tradice je součástí každodenních ochranných meditací zpřítomňování

Část I

Modely zdraví, stresu a nemoci

První část nabízí základní modely zdraví, stresu a nemoci. Obsahuje kapitoly vymezující klíčové aspekty a obvyklé definice zdraví a zdůrazňuje význam komplexního a multifaktorového pojetí modelů zdraví, včetně duševního a veřejného zdraví. Se zdravím úzce souvisí resilience a odolnost vůči zátěžovým situacím, a to jak z perspektivy jedince, tak z pohledu sociální skupiny i celé společnosti.

Nemoc je často vnímána jako něco, co je možné vnějšími zásahy odstranit. Zapomínáme, že souvislost mezi stylem života a stresem má významný podíl na vzniku, rozvoji či udržování onemocnění. Působení každodenního stresu na neurobiologii organismu ovlivňuje imunitní reakce, souvisí se vznikem psychosomatických i chronických onemocnění. Mezi významné reakce související s dlouhodobým stresem a podmínkami vnějšího prostředí patří mimo jiné syndrom vyhoření, postihující zejména konkrétní profese. Stoupající trend chronických nemocí v posledních desetiletích souvisí s celkovou změnou životního stylu i stárnutím populace, významně přispívá k mortalitě a zatížení finančních rozpočtů v jednotlivých zemích. Výrazný vliv na výskyt chronických onemocnění mají také rizikové faktory spojené primárně s vědomým chováním člověka (např. špatná životospráva). Často si neuvědomujeme negativní stránku mobility a dopravy v dopadu na celkové veřejné zdraví obyvatel.

První část uzavírá kapitola nabízející specifické problémy dětského pacienta a celého rodinného kontextu nemoci a zdraví.

1 Teoretické vymezení zdraví a resilience

Kateřina Palová, Leona Jochmannová

Duše dýchá prostřednictvím těla a utrpení, ať už pochází z kůže, nebo duševní představy, probíhá v mase.

Antonio R. Damasio (1994)

Lidské zdraví je obecně deklarovanou hodnotou. Definování tohoto pojmu procházelo historickým vývojem, který i nadále pokračuje. Z etymologického hlediska slovo **zdraví** v různých jazycích původně znamená „celek“, „celost“, „integritu“. Anglický termín *health* souvisí se starogermánštinou, jeho základ *heal* má spojitost s významy „celistvý“ (*whole*), „nezraněný“ (*uninjured*) nebo „dobré znamení“ (*of good omen*) a také se staroanglickými slovy *hale* a *holy*. Ze stejného základu pak vznikly anglické pozdravy *hello* nebo *hi* (*Online Etymology Dictionary*, 2020; Marks, 2012), stejně jako je základ „zdraví“ součástí pozdravů dalších jazyků, včetně češtiny (po-zdrav, zdraví-m).

Zdraví má multidimenzionální charakteristiky, které jsou komplexní a také komplikované. Nelze je redukovat do jednoduchých a jasných definic. Zahrnuje složky subjektivity i objektivity, biologické stránky lidského života, stejně jako stránky duchovní. Vědecké zkoumání má snahu zdraví kvantifikovat, stejně jako zdůrazňovat kvalitativní, těžko jednoznačně uchopitelné parametry. V následující kapitole nabízíme základní přehled teorií a aspektů zdraví v kontextu bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu, včetně témat souvisejících s problematikou resilience.

1.1 Obvyklá témata a koncepty spojené se zdravím

Tradičně citované prohlášení Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation – dále v textu WHO) uvádí, že „zdraví je stav pohody, ve kterém si

jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vyrovnat s normálními stresy života, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispět ke své komunitě“ (World Health Organization, 1946, in Marks, 2012, s. 3)⁴.

Následná definice z roku 1948 popisuje zdraví jako: „stav kompletní fyzické, mentální i sociální pohody, nejedná se tedy pouze o absenci nemoci nebo slabosti“ (World Health Organization, 2001, s. 19). Tento holistický přístup nebere v úvahu jen fyzickou složku. „Být zdravý“ tedy neznamená jen „nebýt nemocný“. I přes velikou popularitu má původní definice i své kritiky (kupř. Kaplan et al., 1993; Marks, 2012).

Definice zdraví byla v průběhu let WHO dále rozšiřována a upřesňována, byly přidány další charakteristiky, mezi něž patří také schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Marks (2012) do definice přidává ještě vzdělávací, ekonomické, kulturní a spirituální aspekty.

V programu „Zdraví pro všechny“⁵ dochází k dalšímu posunu. Program byl přijat v roce 1999 a přináší novou definici zdraví. Jeho cílem je minimalizovat výskyt nemocí a faktorů, které k nemocnosti přispívají. Potenciál zdraví každého člověka je dle WHO určován rovněž schopností starat se o sebe a druhé, a také rozhodovat samostatně o svém životě. Společnost má k tomu vytvářet optimální podmínky (World Health Organization, 1998).

Dalo by se konstatovat, že existují dvě kategorie definic zdraví:

- První je zdraví jako **nepřítomnost nemoci**, kde nemoc nebo zranění jsou chápány jako odchylka od dobrého zdraví a odstraněním této odchylky je možné zdravý stav vrátit.
- Druhá kategorie definic představuje zdraví jako **kontinuum**, od výborného zdraví až po nemoc a zdravotní problémy. Zdraví je v této souvislosti multidimenzionální konstrukt, a proto je nutné brát v potaz všechny aspekty života – biologické, psychologické, sociální i spirituální (Brannon & Feist, 1997).

Zdraví a nemoc jsou rovněž **dynamickým procesem**, neboť zdraví je utvářeno v každé chvíli našeho života. „Zdraví je dostatečná schopnost člověka vyrovnávat se pomocí autoregulace s jakoukoli poruchou na jakémkoli stupni poškození systému. Zdraví nevzniká nepřítomností patogenu (viru, bakterie...)“

(Egger, 2013, s. 26). Spíše než nepřítomnost psychického stresu je zdraví chápáno jako schopnost se se stresem adekvátně vyrovnat (Egger, 2013).

Významný český představitel psychologie zdraví Jaro Křivohlavý na základě množství definic vytvořil vlastní definici zdraví: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (Křivohlavý, 2001, s. 40).

Křivohlavý (2001) v návaznosti na Seedhouse (1995) definoval čtyři základní skupiny teorií zdraví:

1. Teorie, které považují zdraví za **ideální stav**. Ideálním stavem je *well-being* v každé situaci (člověk se cítí dobře), společně s nepřítomností nemoci, handicapu či sociálních problémů.
2. Teorie zdraví jako fyzického a psychického „fitness“, tedy normální, **dobré fungování** organismu. Stav zdraví je dosaženo, pokud se u člověka neprojevují choroby, které by bránily normálnímu fungování. Chronická onemocnění či handicap se mohou v tomto případě vyskytovat.
3. Teorie, které berou zdraví jako **zboží**, jež se dá koupit či darovat. Čím více nemocí, bolesti, tím je zdraví člověka na nižší úrovni, postupnými lékařskými postupy jej lze obnovit.
4. Teorie, přirovnávající zdraví ke specifickému **druhu síly** nebo schopnosti, které mohou být vrozené nebo vzniknout během života.

Dle Křivohlavého (2001) lze v historii vývoje definic zdraví nalézt tyto společné prvky:

- životní cíle, kde je zdraví důležitým prvkem;
- zdraví jako dynamický jev pohybující se na časové ose;
- zdraví jako významná lidská hodnota;
- překonaná dimenze „zdraví–nemoc“;
- kvalita života ve vztahu se zdravím;
- zodpovědnost každého za svůj zdravotní stav;
- zdraví v širších souvislostech, např. v ekologické a politické rovině.

⁴ Preambule k Ústavě WHO – Mezinárodní kongres zdravotnické konference v New Yorku v červnu 1946.

⁵ HEALTH21 – Health for all in the 21st century

1.2 Bio-psycho-sociálně-spirituální modely zdraví

Na konci 20. století začal být původní biomedicínský přístup nahrazován **holistickým** přístupem, který zahrnuje biologické (fyzické), psychologické, sociální a spirituální hledisko při léčení nemocí (Brannon & Feist, 1997). Pojem „bio-psycho-sociální model“ byl poprvé představen Engelem v roce 1977 a zdůrazňoval u nemocného člověka i všechny aspekty sociální a psychické složky. Později bylo k tomuto modelu přidáno ještě spirituální hledisko.

Podle bio-psycho-sociálně-spirituálního přístupu (BPSS) je pro chápání nemoci a volbu léčby důležitá nejen kvalita zdravotní péče, ale také sám pacient a jeho sociální zázemí, hodnoty a smysl života.

Biomedicínský model určuje nemocnost člověka čistě na základě biologických odchylek, naopak holistický model hledá léčbu i na základě toho, jak se jedinec subjektivně cítí (zdravý či nemocný) a jak vnímá svou nemoc. Měl by se brát ohled kupř. na to, jak pacient zvládá léčbu, zda je ochoten spolupracovat a jak se vyrovnává se svou nemocí. Problémy, které se objevují v souvislosti s nemocí, nemusí plynout jen z nemoci samotné, ale také z pacientova momentálního prožívání, nedostatku opory v okolí nebo jeho neschopnosti se adekvátně se zátěží vyrovnat (Engel, 1977). Lze usuzovat, že dalším faktorem významně ovlivňujícím celkové zdraví je též spiritualita, která se však do popředí zájmu výzkumníků začíná dostávat teprve v posledních letech (např. Pargament et al., 2004; Zimmer et al., 2016). A konečně fyzická stránka zdraví bývá často spojována s fyzickou aktivitou, stravováním a nepřítomností nemoci, což úzce souvisí s **životním stylem** (Bauman, 2004).

1.2.1 Aspekty ovlivňující zdraví

Zdraví je ovlivňováno celou řadou faktorů. Některé z nich se nedají měnit (genetické predispozice), jiné jsou modifikovatelné (např. životní styl, kouření tabáku) a některé jsou v současné době relativizovány (mužské nebo ženské pohlaví). Základ vztahu k vlastnímu zdraví je moderován rodiči a dalšími vzory, preferovanými školními aktivitami, zájmy, vrstevníky, fyzickým vývojem nebo specifickými biologickými a sociálními změnami (Sawyer et al., 2012). Mezi další faktory patří např. sociální status, vzdělání, příjem, pracovní podmínky, adekvátní zdravotní

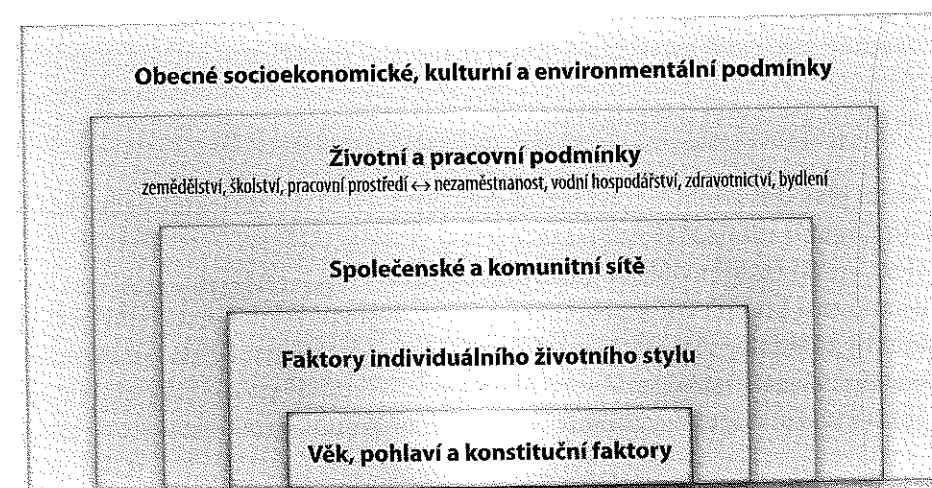
péče (Nutbeam, 1998). Tyto faktory lze rozdělit do fyzických, mentálních, psychosociálních, ekonomických, kulturních a spirituálních aspektů.

Tabulka 1 shrnuje příklady základních faktorů ovlivňujících lidské zdraví (Kebza, 2005; Koenig et al., 2012; Řičan, 2010; World Health Organization, 2003).

Tab. 1 Příklady základních faktorů ovlivňujících zdraví

Biologické a fyzikální aspekty	Psychologické a osobnostní aspekty	Sociální aspekty, životní styl	Psycho-spirituální aspekty, smysl života
genetické vlivy, somatopsychické vlivy, neurovývojové aspekty, životní a pracovní prostředí	osobnostní charakteristiky, copingové strategie, odolnost vůči zátěži, hodnotový systém	rodinné vlivy, socializace, sociálně-ekonomické faktory, behaviorální faktory	spiritualita, religionizita, víra, smysl života, filozofická a existenciální témata, přechodové rituály

Váha vlivu jednotlivých skupin determinant na lidské zdraví je odlišná v různých společnostech: v chudých rozvojových zemích jsou stále nejčastější příčinou úmrtí infekční a parazitární choroby, zatímco v bohatých zemích převládá úmrtnost na kardiovaskulární a onkologická onemocnění.



Obr. 1 Determinanty zdraví populace (Whitehead & Dahlgren, 2006)

1.3 Duševní zdraví

Význam duševního zdraví na celkovou kondici jedince je nesporný, o čemž svědčí i fakt, že duševní aspekt zdraví staví do popředí svého zájmu WHO již od počátku svého fungování.

American Psychological Association (n. d.) ve svém psychologickém slovníku definuje duševní zdraví jako: „stav mysli charakterizovaný emoční pohodou, odpovídajícím emočním nastavením, relativní nepřítomností úzkosti a jiných negativních symptomů, kapacitou vytvářet zdravé vztahy a schopností vypořádávat se s běžnými životními nároky a stresory.“

Galderisi et al. (2015) však upozorňují na to, že dívat se na duševní zdraví pouze z pohledu duševní pohody není dostačující. Jedinec se totiž ve svém životě běžně ocitá v situacích, kdy je v pořádku necítit pouze duševní pohodu, ale naopak prožívat i negativní emoce. Také podmínka schopnosti produktivně pracovat je jednostranná, neboť vyřazuje např. osoby staršího věku, přestože by jejich duševní zdraví bylo na přijatelné úrovni.

V návaznosti na tyto výtky autoři navrhuji novou definici duševního zdraví (Galderisi et al., 2015, 231–232):

„Duševní zdraví je dynamický stav vnitřní rovnováhy, který jedincům umožňuje využívat jejich dovednosti v souladu s univerzálními hodnotami společnosti. Základní kognitivní a sociální dovednosti; dovednost rozpoznat, vyjádřit a regulovat vlastní emoce, stejně tak být empatický vůči druhým; flexibilita a schopnost vyrovnávat se s rozličnými životními událostmi a fungovat v sociálních rolích; a harmonický vztah mezi tělem a duší představují významné komponenty duševního zdraví, které v různé míře přispívají k vnitřní rovnováze.“

Akční plán duševního zdraví pro období 2013–2020 má následující cíle (World Health Organization, 2013, s. 5):

- efektivnější řízení v oblasti duševního zdraví;
- ustanovení komplexní a propojené péče o duševní zdraví a sociální péči na úrovni komunity;
- implementace strategií podpory a prevence;
- posílení informačních systémů, evidence a výzkumu.

Klasifikace duševních nemocí je vymezena mezinárodně platnými dokumenty. Jednotlivé duševní poruchy jsou v evropských podmínkách definovány Mezinárodní klasifikací nemocí, vydávanou Světovou zdravotnickou organizací, která je průběžně aktualizována. V současné době (v době vzniku tohoto textu) je

stále ještě v platnosti její desátá revize (MKN-10), která vešla v účinnost v lednu 1993 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020a; World Health Organization, 1992, 2018). Většina duševních poruch je zde zahrnuta v části označené F00–F99 Poruchy duševní a poruchy chování (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020b). V roce 2018 již byla publikována *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí*, která má v lednu 2022 nahradit stávající manuál (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019; WHO, 2018). Tato aktualizovaná verze obsahuje významné změny z hlediska klasifikace některých diagnostických kategorií. S větším respektem přistupuje k etiologii některých diagnóz a zařazuje také diagnózy nové, v kontextu moderních výzkumných poznatků.

Druhým významným klasifikačním systémem je pak americký Diagnostický a statistický manuál duševních poruch⁶ (DSM), s aktuálně platnou 5. revizí (American Psychiatric Association, 2013). Z hlediska diagnostické klasifikace dětí raného věku je důležité zmínit manuál odborné americké společnosti Zero to Three DC:0-5™ (Zero to Three, 2016). Nabízí vhodnější vymezení vývojových i psychických obtíží u dětí do pěti let, zejména s větším zřetelem na vývojová specifika raného období.

Dle výzkumu Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ, 2020) prožije duševní onemocnění v Česku každý rok přibližně každý pátý obyvatel (21,7 %). Téměř 4 % lidí zažije závažnou depresi, více než 7 % prožívá úzkosti, přibližně 1 z 15 osob (6,4 %) je závislá na alkoholu, ostatní projdou psychotickými nebo jinými poruchami. Většina lidí s duševním onemocněním se přitom neléčí: u úzkostných poruch se neléčí 61 %, u poruch nálady 69 % a u závislosti na alkoholu dokonce 93 % lidí.

1.3.1 Duševní zdraví z pohledu pozitivní psychologie

Problematikou duševního zdraví se významně zabývá směr **pozitivní psychologie**. Vznikl jako reakce na tradiční zaměření psychologie a příbuzných disciplín, kde je pozornost věnována především poruchám či rizikovým faktorům (Seligman, 2003).

⁶ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Příklad

Na pomyslné škále od -5 (naprostá nespokojenost) po +5 (vysoká spokojenost) se větší na odborného zájmu zpravidla soustředí na rozmezí od -5 po 0, tj. zbavení se problémů a poruch. Pozitivní psychologie se naopak zaměřuje na hodnoty umístěné na škále nad nulou, tedy na „přidanou hodnotu“ prožívání.

Toto zaměření nelze považovat za přímou opozici, ale spíše za doplnění již existujících teorií a konceptů o novou perspektivu. V poslední době se pozitivní psychologie začíná zaměřovat na její aplikační potenciál v tradiční práci s klienty formou poradenství, terapie nebo koučinku a také v oblasti školství (Slezáčková, 2017).

Lepšímu porozumění cílům pozitivní psychologie může napomoci následující citace Aleny Slezáčkové⁷, která zachycuje zásadní otázky pozitivní psychologie:

„Když se podaří odstranit nebo zmírnit obtíže, když vyřešíme problém, znamená to, že se tím automaticky stáváme šťastnými a spokojenými lidmi? Znamená to, že víme, jak dosáhnout naplněného a smysluplného života? Že je nám zřejmé, co je třeba udělat pro to, aby námi dosažená pozitivní změna byla prospěšná i pro druhé a třeba i pro celou společnost? Odpověď zní: Nikoli. Anebo mírněji: Většinou ne.“ (Slezáčková, 2012, s. 13).

Snyder a Lopez (2005), kteří se mezi prvními pokusili systematizovat poznatky tohoto oboru, rozdělují hlavní témata pozitivní psychologie dle zaměření na:

- rozpoznávání silných stránek;
- emoce;
- kognitivní aspekty;
- self;
- interpersonální aspekty;
- biologické aspekty;
- zvládací strategie zátěže (specifický coping).

Za jednu z ústředních postav pozitivní psychologie je považován Martin Seligman. Jeho původní **teorie opravdového štěstí** popisuje, že štěstí je možné analyzovat na třech úrovních:

1. První úroveň zahrnuje pozitivní emoce, mezi které patří radost či spokojenost. Jako „příjemný život“ je označován takový život, v němž je důraz kladen právě na tento typ prožívání.
2. Druhá úroveň obsahuje tzv. *flow* neboli zaujetí, angažovanost. Dle tohoto konceptu je člověk naplno pohlcen tím, co dělá. Jeho činnost zabírá prakticky celou pozornost, emoce jsou upozaděny. Takovýto život je označován jako „angažovaný život“.
3. Na třetí úrovni je zařazena smysluplnost. „Smysluplný život znamená, že je člověk součástí něčeho většího, co jej přesahuje, nebo že člověk něčemu takovému slouží.“ (Seligman, 2014, s. 23).

Teorie byla následně autorem přepracována a vznikla **teorie dušení pohody** (*well-being theory*), jejímž ústředním pojmem se stalo tzv. *zvkvétání*⁸. Tento pojem zahrnuje pět aspektů duševní pohody, které jsou v angličtině označovány akronymem PERMA⁹. Žádný z nich sám o sobě duševní pohodu nevysvětluje, významně se však na ní podílejí. Mezi tyto aspekty patří:

- pozitivní emoce;
- zaujetí;
- smysluplnost;
- pozitivní vztahy;
- úspěšný výkon.

Z původní teorie „opravdového štěstí“ zde byly zahrnuty faktory pozitivních emocí, zaujetí a smysluplnosti. Nově jsou k nim přidány faktory pozitivních vztahů a úspěšného výkonu. Část těchto faktorů lze popisovat buď ve formě současného okamžiku, nebo v dlouhodobém měřítku. Kupříkladu je tedy možné na pozitivní emoce z dlouhodobé časové perspektivy nahlížet jako na radostný život. Podobným způsobem pak můžeme hovořit o smysluplném či úspěšném životě (Seligman, 2014).

⁷ Alena Slezáčková je docentkou na Masarykově univerzitě v Brně a zakladatelkou Centra pozitivní psychologie v ČR.

⁸ Z anglického slova *flourishing*.

⁹ PERMA = *positive emotions, engagement, relationships, meaningfulness, accomplishment*

Tab. 2 Srovnání teorie opravdového štěstí a teorie duševní pohody (Seligman, 2014, s. 24)

	Teorie opravdového štěstí	Teorie duševní pohody
Ústřední téma	štěstí	osobní pohoda
Měří se	životní spokojenost	pozitivní emoce, zaujetí, smysluplnost, pozitivní vztahy, úspěšný výkon
Cíl	zvýšit spokojenost se životem	zvýšit míru optimálního prospívání prostřednictvím zvýšení pozitivních emocí, angažovaného zaujetí, smysluplnosti, pozitivních vztahů a úspěšného výkonu

Přestože někteří odborníci překládají pojem *well-being* odlišně, např. jako kvalitu života, jeho obsahové pojetí zůstává podobné. Díváme-li se na tento pojem čistě z psychologické perspektivy, je možné jej popsat jako způsob: „jak člověk hodnotí a prožívá objektivní podmínky svého života“ (Paulík, 2017, s. 196). Podle WHO (in Slezáčková, 2012) *well-being* zahrnuje šest základních bodů:

- fyzickou stránku a úroveň samostatnosti;
- psychické zdraví a duchovní oblast;
- sociální vztahy;
- životní prostředí.

Úroveň zdravotního (somatického) i mentálního stavu významně ovlivňuje subjektivní prožívání jedince a jeho životní spokojenost, z tohoto důvodu má k pojmu *well-being* obsahově blízko rovněž pojem „kvalita života související se zdravím“¹⁰ (Jelínek et al., 2017).

Mezi další významné teorie patří **teorie pozitivních emocí**, jejíž autorkou je Barbara L. Fredricksonová (2004). Původní název je možné přeložit jako „teorie rozšíření a budování“¹¹, což odráží její hlavní myšlenky. Podle autorky pozitivní emoce rozšiřují kognici a pozornost. V kontrastu s emocemi strachu, kdy se jedinec zaměřuje především na ohrožující podnět, nám pozitivní emoce umožňují spatřovat širší souvislosti. Dále dávají možnost všimnout si většího kontextu i vizuálního pole a být myšlenkově flexibilnější a kreativnější. Z dlouhodobého hlediska pozitivní emoce navíc pomáhají budovat bio-psycho-sociální zdroje, které podporují celkovou odolnost jedince a zvyšují jeho duševní pohodu.

¹⁰ Health-Related Quality of Life

¹¹ The Broaden-and-Build Theory

Hlavní přínosy pozitivních emocí autorka shrnuje do několika bodů:

- rozšiřují pozornost a myšlení;
- vyvažují negativní emoční nabuzení;
- podporují psychickou odolnost;
- vytvářejí doplňkové osobní zdroje;
- podporují procesy směřující k budoucí duševní pohodě;
- přispívají k osobnímu prospívání.

S ohledem na přínos pozitivních emocí pro celkové duševní zdraví je kladen důraz na to, že je vhodné pozitivní emoce cíleně podporovat. Strategií pro posilování pozitivního prožívání je celá řada. Mezi nejznámější metody vycházející z buddhistické tradice patří kupř. meditace dobrotivosti (*Mettá Bhávaná*) nebo mindfulness (Fredrickson, 2005; Le Nguyen & Fredrickson, 2017).

Příklad

Jednoduchou technikou je tzv. deníček vděčnosti – každý večer před spaním si jednoduše sepíšeme tři věci, za které jsme vděční nebo které se nám ten den povedly.

1.4 Resilience

S tématem zdraví úzce souvisejí koncepty resilience a odolnosti. Následující podkapitoly toto téma shrnují a nabízejí optikou různých perspektiv, od individuálních charakteristik až po resilienci rodiny.

„Odolnost představuje kvalitu adaptační schopnosti člověka umožňující adekvátně zvládat dynamické podmínky, v nichž žije, a vyrovnat se v interakci s nimi s kladenými nároky (zátěží), aniž by bylo podstatně narušeno fungování jeho osobnosti“ (Paulík, 2017, s. 147). Je však třeba upozornit, že tato definice dostatečně nerozlišuje psychickou odolnost od odolnosti fyzické, která se týká nároků na fyziologii člověka, konkrétně např. na kosterně-svalovou či oběhovou soustavu. V dalším textu se dále věnujeme výhradně odolnosti psychické.

1.4.1 Definice a teoretické vymezení resilience

Paulík (2017) upozorňuje, že v současné odborné literatuře chybí jednoznačná definice **resilience**. Je možné na ni nahlížet jako na vlastnost osobnosti, multi-

dimenzionální konstrukt, výsledek či jako proces (Novotný, 2014). Na srozumitelnosti tohoto pojmu ubírá také jeho nejasné vymezení vůči pojmu „odolnost“. Někteří autoři resilienci považují za synonymum odolnosti, jiní ji naopak chápou jako specifický subtyp (např. Křivohlavý, 2009).

Napříč jednotlivými definicemi je však možné opakovaně spatřovat některé stěžejní myšlenky tohoto pojmu (Earvolino-Ramirez, 2007)¹²:

- Odražení (*rebounding*) a reintegrace (*reintegration*). Resilientní jedinec „odrazí“ náročnou událost a směřuje zpět ke znovunabytí „normálního stavu“.
- Vysoké očekávání (*high expectancy*) a sebeurčení (*self-determination*). Člověk má v tomto případě od života dostatečně vysoká osobní očekávání. Ví, kam směřuje. Zároveň věří sám sobě, že nezávisle na okolnostech dokáže v životě uspět a něčeho dosáhnout.
- Pozitivní vztahy (*positive relationships*) a sociální opora (*social support*). Blízké vztahy jsou významným zdrojem podpory nejen u dětí, ale i u dospělých. Poskytují prostor pro sdílení a zdroje řešení obtížných situací.
- Flexibilita (*flexibility*). Schopnost adaptace a přizpůsobování se měnícímu se prostředí.
- Smysl pro humor (*sense of humor*). Humor přináší pozitivní ladění do náročných situací, uvolňuje napětí a pomáhá odstartovat copingové mechanismy.
- Sebeпоjetí (*self-esteem*) a sebeúčinnost (*self-efficacy*). Pozitivní sebeпоjetí a vědomí vlastní účinnosti jsou dalšími faktory, které se objevují napříč tématem resilience.

1. Pojetí resilience jako **vlastnosti** převládalo především na počátku empirického zkoumání. Odráží snahu odhalit a popsat jednu konkrétní protektivní charakteristiku, která ovlivňuje úspěšnost adaptace jedince v náročných situacích. Do této kategorie je možné zařadit celou řadu známých teorií, jako třeba nezdolnost (*hardiness*), místo kontroly (*locus of control*), sebeúčinnost (*self-efficacy*) či smysl pro integritu (*sence of coherence*) (Novotný, 2014). V dnešní době se od tohoto pojetí spíše opouští.

¹² Srovnání překladu – viz Paulík (2017).

Resilience je však mnohem komplexnější. Jedná se tedy spíše o jakýsi souhrn vlastností či faktorů, které přispívají k celkové odolnosti jedince. Do tohoto pojetí patří mimo jiné i tzv. **ekologický model resilience** (Novotný, 2014; Ungar et al., 2008). Ten popisuje základní faktory resilience:

- individuální faktory – např. asertivita, vnímaná sociální opora, *self-efficacy*;
- vztahové faktory – např. akceptace vrstevníky, sociální kompetence;
- společenské faktory – např. spravedlnost ve společnosti, přístup k informacím, ke vzdělání;
- kulturní faktory – např. přijetí k náboženské organizaci, vlastní životní filozofie.

2. Pojetí zaměřené na **výsledek** zdůrazňuje především to, co se objevuje či naopak neobjevuje v důsledku rizikové situace. Hlavní otázkou je především přítomnost či nepřítomnost psychopatologie s časovým odstupem od rizikové situace. Nepopírá pojetí resilience jako stabilní charakteristiky osobnosti, pouze nabízí zkoumání skrze její důsledky.
3. Někteří autoři definují resilienci jako **proces**, který je odezvou jedince na rizikovou situaci. Podle Bernardové (1995, in Novotný, 2014) se jedná o proces reciproční, neboť podporuje řadu pozitivních faktorů, mezi které patří pocity sociální kompetence, sebeúcty či vnímané osobní účinnosti (přesvědčení jedince o možnosti ovlivňovat svůj život). Je významné zaměřit pozornost právě na tento procesní aspekt resilience. Předchozí perspektivy se zaměřují spíše na zachycení rysu „resilientnosti“ než na resilienci samotnou.

Příklad

Desetiletá Lucie zažila autohavárii. Přestože nedošlo k žádnému vážnému zranění, u Lucie se objevují symptomy posttraumatické stresové poruchy (PTSD). V noci ji budí sny, ve kterých se k této události vrací. Přes den stačí maličkost, aby se u Lucie spustila prudká emoční reakce. Lucie se velmi rychle rozpláče nebo se naopak začne vztekat. Výzkumník, který na resilienci nahlíží jako na vlastnost, hledá nějaký konkrétní faktor, který mohl už na začátku zajistit, aby se u Lucie PTSD nerozvinula. V případě pojetí orientovaného na výsledek by se zajímal o symptomy PTSD (např. sny vracějící ji k události). Z pohledu procesu pak třeba na to, jak se Lucii daří s prožitou situací vyrovnat, co snižuje projevy PTSD a v čem pro ni tato událost byla růstová (např. konkrétní copingové strategie).

V souvislosti s resiliencí se otevírá celá řada dalších témat. Kupříkladu jde o otázku **flexibility**. Tento pojem má dva póly. Na jedné straně stojí tzv. akceptace, tedy přijímání vlastních zkušeností a prožitků. Na druhé straně se pak vyskytuje

vyhýbání či potlačování. Přestože v daný okamžik může být vyhýbání přínosné, existuje zde reálné riziko kumulace nepříjemných prožitků (Kebza & Šolcová, 2015).

Dalším aspektem resilience je tzv. vzkvétání (*flourishing*), které již bylo vysvětleno v předchozí podkapitole. Na opačné straně pomyslného spektra pak stojí strádání, soužení, smutek (*languishing*). Osoby s tímto životním nastavením mohou vykazovat projevy depresivity, přestože z klinického hlediska se o depresi nejedná (Keyes, 2002, in Kebza & Šolcová, 2015).

Zjišťování úrovně resilience

Pro zjišťování úrovně resilience byla vytvořena celá řada metod. V českém prostředí se používá např. *Resilience Scale*, která je určena pro věkovou skupinu 16–23 let. Je možné využít buď plnou verzi o pětadvaceti položkách, nebo zkrácenou o čtrnácti položkách (Faberová, 2014). Tato metoda pracuje se dvěma základními dimenzemi:

1. vlastní kompetence;
2. přijímání sebe a života (Kebza & Šolcová, 2015).

Mezi známější zahraniční metody dále patří *The Connor-Davidson Resilience Scale*. Jedná se o sebehodnotící metodu o pětadvaceti položkách. Obsahuje pět hlavních faktorů, mezi které patří kupř. vědomí vlastní kompetence, víra ve vlastní instinkty, pozitivní přijetí změny a bezpečné vztahy, kontrola, duchovní vlivy (Connor & Davidson, 2003). Mezi další nástroje patří *Brief Resilience Scale*. Tato škála obsahuje šest tvrzení, u nichž jedinec zaznamenává míru svého souhlasu (Smith et al., 2008).

1.4.2 Rané faktory ovlivňující individuální resilienci

Míra individuální odolnosti vůči zátěži je utvářena zejména genetickými faktory, dále vlivem životních podmínek a také mírou podpory společenství. Mezi významné vlivy patří rané vývojové faktory. V průběhu raného vývoje existují četná rizika podílející se na formování nervové soustavy dítěte. Nejčastěji jsou uváděny následující faktory (Jochmannová, 2021; Langmeier & Krejčířová, 2006; Langmeier & Matějček, 2011; Šulová, 2016):

- **Vlivy na straně matky:** extrémně nízký nebo naopak vysoký věk, chronická onemocnění, předešlá riziková těhotenství, nesprávná výživa, předčasný porod, kontakt s ionizačním zářením, abúzus drog a další.
- **Sociální faktory:** ovlivňují vývoj dítěte i jeho předčasný porod, patří sem nepříznivé ekonomické podmínky, vliv stresu rodinného prostředí nebo v zaměstnání matky.
- **Perinatální rizika:** abnormální poloha plodu, úzké porodní cesty matky, vcestná placenta, hypoxie plodu (vlivem omotaného nebo zauzlovaného pupečnicku), nízká porodní váha. Významnou okolností je předčasný porod. V současné době za předčasně narozené děti považujeme děti narozené mezi dvacátým třetím až třicátým sedmým gestačním týdnem. Významnějším prediktorem jsou však z dlouhodobého hlediska prenatální problémy (Šulová, 2016). Mezi další důležité prediktory patří psychosociální rizikové faktory během celého raného dětství – zde jde spíše o nahromadění skutečností.
- **Raná traumata:** sem řadíme všechny zásadní traumatické události, které se staly v období do tří let věku dítěte, patří sem i lékařské zákroky a operace.
- **Poruchy vztahové vazby:** nazývané také jako poruchy attachmentu. Mezi první autory, kteří se výzkumně věnovali citové vazbě mezi pečující osobou a dítětem, patřili Bowlby a Ainsworthová (Bowlby, 2010). Jejich **teorie attachmentu** z roku 1969 se řadí mezi významné vývojové teorie a další autoři ji výzkumně potvrdili a ještě rozvedli. Nejnovější poznatky z oblasti neurověd (Porges, 2004, 2011, 2016; Schore, 2014, 2016) potvrzují klíčovou roli rané vztahové vazby mezi matkou a dítětem pro další vývoj člověka nejen v rámci sociálních vztahů, ale i ve vztahu k úrovni neurobiologické odolnosti organismu.

- Původní attachmentovou teorii o neurobiologické souvislosti doplňuje **polyvagální teorie** Stephena Porgese (2004). Dle tohoto autora je pro vývoj dítěte nezbytné vnitřně prožívané bezpečí v kontaktu se stálou pečující osobou. Toto bezpečí na neurobiologické úrovni ovlivňuje **myelinizaci** ventrálně-vagální části autonomního nervového systému, a to zejména v období do osmnácti měsíců po narození. Následně pak dochází díky kvalitní attachmentové vazbě k biologické schopnosti autoregulace afektů (sebezklidnění) (Jochmannová, 2021; Porges, 2004, 2011, 2016). Neurální adaptivní reakce na stav ohrožení je nazývána **neurocepce** (*neuroception*), která souvisí s vyšší mírou resilience organismu (Porges, 2016).
- Druhým autorem je Allan Schore se svou **teorií rané regulace**. Na základě jeho poznatků je zřejmé, že druhý a třetí měsíc po narození jsou zásadní pro utváření amygdaly a pravého předního cingula. Insula, která se rovněž

utváří v prvním roce života a je spojená s amygdalou, souvisí následně se schopností empatie s bolestí druhého a se soucitem. Dále jsou první dva roky po narození klíčové pro formování struktur pravé části mozku, a tedy i pro kapacitu regulace afektů či impulzivitu. Toto vše je ovlivňováno v interakci s mateřskou pečující osobou, za spolupůsobení **plasticity** mozku dítěte. Pravé mozkové části ovlivňují u člověka nejen emocionální odolnost, seberegulaci a pocit vnitřní pohody, ale i chápání neverbální komunikace a zpracování emočních informací (Jochmannová, 2021; Schore, 2014, 2016).

1.4.3 Rodinná resilience

Rodinná resilience se jako samostatné téma dostala do popředí zájmu českých odborníků v průběhu devadesátých let 20. století. Podle Sobotkové (2015) se jedná společně s problematikou péče o starší členy rodiny a s tématem domácího násilí o hlavní výzvu v rámci psychologie rodiny. Dobré porozumění této problematice se zdá být významným předpokladem pro kvalitní nastavení péče o rodinné systémy.

Sobotková (2015, s. 38) vymezuje **zdravé rodinné fungování** jako: „schopnost rodiny zvládat náročné, stresové životní situace a přizpůsobovat se změnám.“

Funkční rodiny mají následující charakteristiky (Sobotková, 2015, s. 38):

- jasnou a flexibilní strukturu rodiny;
- schopnost adaptace, zvládnutí změn a ztrát;
- soudržnost vyvažovanou osobní autonomií;
- efektivní komunikaci;
- schopnost kooperace při řešení problémů;
- shodné či slučitelné postoje a hodnotové orientace;
- subjektivní spokojenost členů rodiny;
- radost ze vzájemnosti;
- rodinnou hrdost;
- soulad ohledně trávení volného času;
- kvalitní sociální oporu;
- humor.

Empirickému zkoumání rodinné resilience předcházely výzkumy zaměřené na rodinný stres a jeho zvládnutí¹³. Zdravé copingové strategie využívané rodinami v návaznosti na rodinný stres je možné dělit do dvou základních skupin:

1. strategie zaměřené na **řešení** – objevují se v situacích, které je možné nějak ovlivnit;
2. strategie zaměřené na **emoce a hodnocení** situace – jde o situace, které ovlivnitelné nejsou (např. smrtelné onemocnění člena rodiny).

Na rodinnou resilienci je třeba nahlížet z širší perspektivy a neopomíjet tak její dynamickou složku. Kromě samotné rezistence rodiny zahrnuje také možnost rodinné změny, posunu. Nejedná se tedy o stabilní charakteristiku rodiny, ale spíše o schopnost růstu v návaznosti na prodělanou krizi (Sobotková, 2015).

Významnou autorkou zabývající se rodinnou resiliencí je Froma Walshová, která v návaznosti na svou rozsáhlou výzkumnou aktivitu vytvořila tzv. **model rodinné resilience** podle Walschové¹⁴. Ten popisuje devět základních procesů a komponent resilience. Tyto informace jsou rozděleny do tří oblastí rodinného fungování – hodnotový systém rodiny, organizační vzorce a komunikační procesy. Všechny tyto oblasti jsou však provázány a vzájemně se ovlivňují (Walsh, 2015).

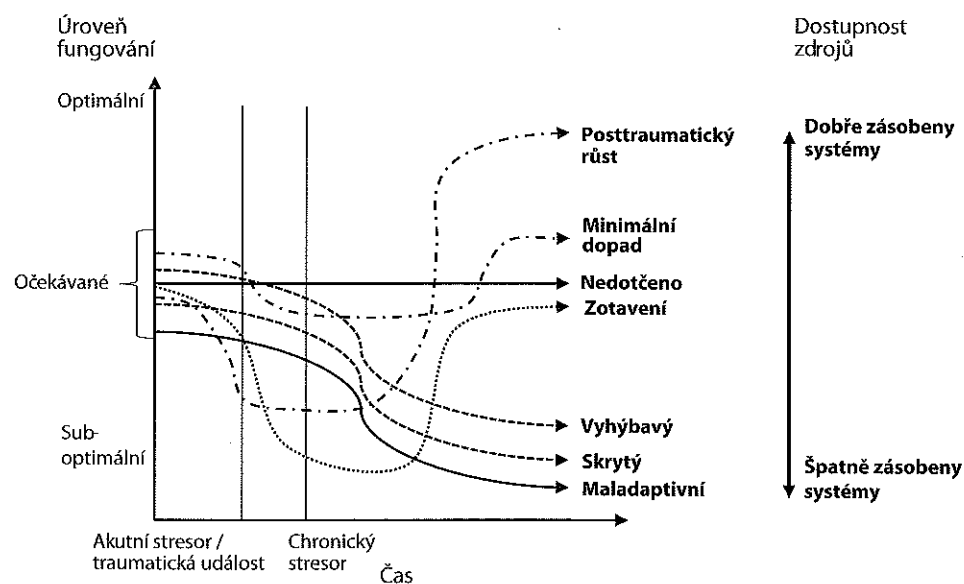
Tab. 3 Model rodinné resilience podle Walschové (Walsh, 2015, s. 21) – zjednodušeno

Hodnotový systém	Organizační procesy	Komunikace a řešení problémů
hledání významu dané situace	flexibilita	jasnost
pozitivní náhled	soudržnost	otevřené sdílení emocí
transcendence a spiritualita	mobilizace sociálních a ekonomických zdrojů	společné řešení problémů

Výše uvedený model bere v potaz především faktory uvnitř rodiny. Jako významné se však jeví také adaptační mechanismy rodinného systému. Tento aspekt ve své **mapě rodinné resilience** nabízí Ungar (2016), který popisuje sedm základních vzorců fungování rodiny se zohledněním úrovně funkčnosti a času – viz následující obrázek 2.

¹³ family coping

¹⁴ V originále Walsh Family Resilience Framework.



Obr. 2 Adaptační mechanismy rodiny v náročné situaci (Ungar, 2016, s. 21)

Úroveň rodinné resilience odráží vzájemnou vyváženost mezi rizikovými a protektivními faktory. Při pokusech o její hodnocení je tedy nezbytné brát v úvahu oba tyto aspekty. U rizikových faktorů je třeba zvažovat závažnost stresoru, tedy jak moc je s ohledem na aktuální možnosti rodiny náročný daný stresor zvládnout. Vulnerabilita¹⁵ rodiny pak odráží vztahový aspekt a strukturu rodiny. Mezi protektivní faktory patří **zdroje** rodiny – ať už vnitřní, či vnější. Z vnitřních zdrojů si uvedme např. soudržnost, rodinné tradice, zkušenosti a psychickou odolnost jednotlivých členů. Vnějšími zdroji jsou pak kupř. sociální podpůrná síť či kulturní úroveň rodiny. Protektivně působí také rodinné strategie zvládnání zátěže. Mezi další faktory, které ovlivňují celkovou resilienci rodiny, patří typ rodinného fungování, hodnocení situace rodinou a osobnost rodičů (Sobotková, 2015).

Příklad

Jakékoliv zásadní situace, které ovlivňují běžné fungování rodiny, jsou velkou zkouškou. Na příkladu pandemie COVID-19 je možné ilustrovat, jak omezení sociálního kontaktu ovlivňuje celý rodinný systém. Omezení přímého sociálního kontaktu má řadu logických konsekvencí, mezi něž patří např. riziko ztráty zaměstnání rodičů a s tím spojené zhoršení ekonomické situace rodiny. Sociální izolace tak ovlivňuje jak well-being rodičů, tak

celkovou vyrovnanost dětí. Významným faktorem pro zvládnutí takovéto situace je právě resilience rodiny, na kterou je možné nahlížet ze třech aspektů – organizace rodinného systému, přesvědčení rodiny a komunikace v rámci rodiny. Resilience pak jako faktor sama o sobě ovlivňuje úroveň vyrovnání se dítěte s danou situací (Prime et al., 2020).

V současné době dochází k proměně typů a podob rodinného fungování, což bývá sociology dokonce označováno jako „krize rodiny“. Tento fenomén má mnoho příčin, vyjmenujme si alespoň některé – stárnutí obyvatel, vysoká rozvodovost, odklad rodičovství aj. Nejvýznamněji se to projevuje v oblasti hodnot – zatímco dříve rodina znamenala zodpovědnost, dnes se spíše stává prostředkem k naplnění individuálních potřeb (Sobotková, 2015).

Rodinná psychoterapeutka Ludmila Trapková (2019) upozorňuje na to, že v posledních letech se rozměňují přirozené **hranice** rodiny, což je způsobeno kupříkladu častou restrukturalizací rodinných vztahů. Dle jejího názoru přibývá rodin s rozpadlými hranicemi, které svou strukturu přestavěly v naději, že se jim bude dařit lépe, a to včetně těch, jež jsou „jednopohlavní“. V současné době lze pozorovat mnoho variant originálních uspořádání rodinných systémů. Domluva rodičů, kteří se rozešli, je stále komplikovanější, někdy až nemožná. Stejně jako otázka složených („sešitých“) rodin je složitá. Všechny takovéto změny výrazně narušují utváření identity dítěte. Častým problémem v rodinách také bývá vztahová a emocionální chudoba. „Přepjatý individualismus západní společnosti upřednostňuje zájmy dospělých před základními vývojovými potřebami dětí“ (Trapková, 2019).

Mezi další významné faktory spolupodílející se na rodinném kontextu resilience patří **výchovné postoje** rodiny. V posledních desetiletích, zřejmě i v souvislosti se zvyšováním tolerance společnosti vůči jinakosti a s prosperující ekonomikou, dochází ke změnám ve výchovných trendech směrem k relativizaci norem a limitů, včetně přirozené asymetrie vztahu rodič–dítě. Z historického hlediska je možné uvažovat mimo jiné i o vlivech souvisejících s vymezením se současných rodičů vůči autoritativně vnímané výchově dřívějších generací. Dětskými psychology je reflektována velká míra nejistoty rodičů, s níž přicházejí ohledně svých dětí. Tato nejistota se týká zejména vnímání „poruchy u dítěte“ u poměrně přirozených projevů, spojených mnohdy s obavou, zda si mohou dovolit dítěti dát hranice, či jej trestat adekvátně k vývojové úrovni. Výchovná nejistota oslabuje pocit rodičovských kompetencí a znejišťuje rovněž i děti, což se následně odráží ve stabilitě celého rodinného systému.

Pokud hovoříme o resilienci, máme tedy na mysli nejen formu, která se týká individuálních charakteristik. Jak vyplývá z předchozího textu, existuje také aspekt

¹⁵ V češtině se synonymně používá pojem „zranitelnost“ (např. Sobotková, 2003).

rodinný, stejně jako aspekty dalších sociálních skupin¹⁶. Kupříkladu Doll s kolektivem (2004) hovoří rovněž o resilienci školní třídy. Podobnou optikou můžeme tudíž vidět i resilienci větších skupin, případně celé společnosti.

V návaznosti na celkový kontext problematiky zdraví člověka je díky složitým multidimenzionálním charakteristikám velmi složité definovat všechny intervenující proměnné. Zdraví je ovlivňováno celou řadou faktorů, které lze rozdělit do fyzických, mentálních, psychosociálních, ekonomických, kulturních a spirituálních aspektů. Je spojeno s množstvím politických a společenských vlivů. V následujících kapitolách jsou některé klíčové aspekty zdraví a nemoci podrobněji rozpracovány.

¹⁶ V návaznosti na koncept rodinné resilience se začínají objevovat nové programy, které jsou zaměřeny na podporu rodiny v nějaké specifické situaci. Například program FOCUS je určený pro rodiny, které mají za sebou trauma či ztrátu (Saltzman, 2016). U nás podobně funguje Poradna Vigvam, jež nabízí komplexní péči rodinám zasaženým smrtí (Poradna Vigvam, n.d.).

2 Stres jako významný faktor nemoci

Leona Jochmannová, Markéta Pešoutová

Nemoc jako taková neexistuje, existují jen nemocní lidé.

Ludolf Krehl (1930)

V předchozí kapitole byly popsány základní charakteristiky zdraví a rovněž faktory, které zdraví člověka ovlivňují. Dlouhodobý stres patří mezi významné činitele, které se podílejí na vzniku onemocnění. Aby stres způsobil poškození organismu, musí být přítomny ještě další spolupůsobící okolnosti. Znalost individuálních charakteristik člověka dává předpoklad pro individualizovanou péči a léčení. Jak uvádí Mareš (2019), znalost pacienta s jeho zvláštnostmi je klíčová pro posouzení zdravotního stavu a umožňuje pochopení interindividuálních specifik u stejných typů symptomů (obtíží). Toto celé nabízí uplatnění současného trendu, doporučovaného ze strany WHO (2015), tedy na „pacienta orientovanou péči“. Nalezení významných stresorů v osobní historii jedince pomáhá nalézt přesnější diagnostickou rozvahu.

Současný zdravotnický systém se stále více zaměřuje na segmentaci a specializaci jednotlivých oborů, převažuje diagnostika na základě laboratorních a přístrojových nálezů. Individuální přístup v kontextu dosavadního vývoje člověka pomáhá nejen kvalitně stanovit diagnózu, ale i vhodné intervence. Klinické hledisko zahrnující zájem o aktuální životní situaci pacienta by mělo tvořit i nadále základ přístupu k nemocnému člověku, a to nejen v oblasti psychiatrie a psychologie, ale i v rámci medicínských oborů. Mezi tradiční metody klinického přístupu patří spolu s anamnézou, pozorováním a rozhovorem také naladěný kontakt mezi zdravotníkem a klientem (pacientem).

Následující kapitola je zaměřena na působení stresu v lidském organismu. Individuální specifika a kontext životních okolností hrají významnou roli v pochopení podstaty psychosomatických onemocnění a rovněž v souvislosti s reakcemi a následky traumatických zážitků.

2.1 Stres a jeho vliv na zdraví

Hans Selye a Walter B. Cannon patří mezi historicky nejznámější představitele v oblasti výzkumu stresu a stresových reakcí. Stres je možné popsat jako reakci na stresor, která následně vede k odpovědi celého organismu. Existují různé perspektivy definování stresu. Z pohledu **biomedicíny** převažuje hledisko reakce organismu na nepříjemné stimuly, pro **psychologii** je významný proces interakce mezi jedincem a prostředím, a v pojetí **psychologie zdraví** se spojuje vliv osobnosti i prostředí ve vzájemné interakci, spolu s faktory copingových strategií a sociálních opor. Podle Schwarzera a Luszczynské (2013) mezi základní témata související se stresem patří:

- stres jako reakce (odezva) organismu;
- význam stimulů vyvolávajících stres;
- kognitivně-transakční model podle Lazaruse (2006), kde jsou hlavní aspekty stresové události nahlíženy v rámci procesu, do kterého patří životní události, zdroje (salutory), subjektivní význam událostí, copingové strategie a sociální opory.

Stres je univerzální fenomén, který doprovází každodenní život. Běžné životní problémy, jež řešíme, vytvářejí na biologické úrovni stresové reakce organismu. Velmi pak záleží na četosti, intenzitě a rovněž na tom, s jakými emocemi jsou tyto události spojeny. V případě subjektivně nepříjemně prožívaného stresu (sem patří i negativní myšlenky, pocit neřešitelnosti situace nebo dlouhodobá bolest) hovoříme o **distresu**, v případě „pozitivního“ stresu, kdy dochází k příjemně prožívaným emocím, pocitu vítězství či euforie, hovoříme o **eustresu**. I u těchto pozitivních zážitků dochází ke zvýšené sekreci **ACTH (adrenokortikotropního hormonu)**, který se podílí na stresové reakci organismu.

2.1.1 Neurobiologie stresové reakce

Každý zdravý organismus má biologické předpoklady, aby zvládal náročné nebo problémové situace. Mezi běžně zvládnutelné stresující situace patří okolnosti, kdy **stresory** (mezi které patří např. frustrace, konflikt či vnější nátlak) nabudí organismus do aktivní fáze, aby došlo k řešení situace. V případě **chronického stresu** nebo dlouhodobé nemožnosti situaci řešit aktivní cestou, dochází k neurobiologickým a psychologickým změnám. Zásadní roli hraje individuální resilience daného jedince, jeho věk, copingové strategie, sociální opory, dosavadní zkušenost

a mnoho dalších faktorů, které ovlivní, jaké budou následky tohoto dlouhodobého stresu.

Organismus je od narození stále adaptován na vnější vlivy, a pokud jejich intenzita, případně četost nepřesáhnou jeho kapacitu, je schopen bez následků zvládat běžné stresující situace. Jestliže je však kapacita nervového systému primárně snížena vlivem genetických vlivů nebo raných událostí (kupř. vlivem užívání návykových látek matkou v graviditě, předčasným porodem nebo deprivací), je individuální adaptabilita a schopnost zvládat stres snížena. Jak již bylo řečeno v kapitole 1, významnou roli hraje kvalita **attachmentové** vazby s primární pečující osobou. Na této vazbě rovněž závisí schopnost aktivních obranných reakcí pod vlivem autonomního nervového systému (sympatikus), schopnost „sebezklidnění“ (parasympatikus) a také regulace viscerálních (vnitřních) orgánů (Porges, 2011).

Příklad

Pokud je dítě laskavě učeno oddálit uspokojení okamžitých potřeb, je mu zvnějšku napomáháno „seberegulovat“ emoce a orientovat se v prostoru či situaci, dochází k rozšiřování kapacity pro zátěž stejně, jako když se dítě učí otužovat studenou vodou. Organismus, který procházel příliš velkou ochranou nebo hyperprotektivitou, má pak malou kapacitu zvládat zátěž i případné působení infekce.

Porozumění tomu, jak stres neurofyziologicky a biochemicky působí v organismu, pomáhá k pochopení autonomních tělesných reakcí i návazných psychických stavů.

Na automatických reflexivních obranných systémech (boj, útěk, zamrznutí), které umožňují přežít, se spolupodílejí: extrapyramidový nervový systém, funkce mozkového kmene (včetně periferního nervového systému a míchy), mezimozek (diencephalon: bazální *ganglia*, *talamus*, *amygdala*, *insula*, limbický systém) a mozková kůra. Důležité jsou nejen ochranné reflexy (které podporují přežití), ale také další autoregulační mechanismy (Baillet, 2019).

Endokrinní fyziologická reakce, která bývá nazývána **GAS (General Adaptation Syndrom)** byla popsána Hansem Selyem (1976) a navzdory kritice absence emotivní a kognitivní stránky stresové reakce pomáhá významně pochopit následky a průběh stresu (Křivohlavý, 2009; Paulík, 2020).

GAS reakce má tři základní fáze:

1. Během první fáze, kdy se organismus mobilizuje do „boje, nebo útěku“ je převaha vlivu **sympatiku**, ze dřene nadledvinek jsou vylučovány katecholaminy (adrenalin, noradrenalin), dále dochází k vylučování glukózy, krev

se redistribuuje z orgánů do periferie (prokrvení svalů končetin), zpomaluje se peristaltika orgánů pod bránicí. Přítomny jsou emoce hněvu, strachu, úzkosti, fyziologie je viditelně aktivována (tep, tlak, pot, rozšíření zorniček a cév).

2. Druhá fáze aktivuje hypotalomo-hypofyzálně-nadledvinovou osu spojenou se sekrecí ACTH, kortikosteronu a kortizolu, dále hypotalamus produkuje více hormonu ADH (antidiuretický hormon), souvisejícího s pamětí.

Kortizol je nejdůležitější stresový hormon. Jeho cílem je mobilizace organismu a s tím související energetický metabolismus. Zajišťuje dostatečné zásobení mozku glukózou a stimuluje kardiovaskulární systém. Potlačuje imunitní reakci, má protizánětlivý účinek. Ovlivňuje emotivitu a tělesnou citlivost. Při akutním stresu jsou rovněž vyplavovány endogenní opiáty. Chronický stres má za následek poruchu fyziologické funkce kortizolu (deficit jeho produkce) a chronický zánět. Výsledkem je zvýšená únava, snížená odolnost vůči stresu a depresivita (vlivem poruchy sekrece serotoninu). Následně dochází k degenerativním změnám tkání, jakými jsou např. osteoporóza, revmatoidní **artritida**, **myopatie**, **fibromyalgie**, **lupus erythematosus**. Dále chronické pánevní bolesti, bolesti zad, poruchy minerálního metabolismu a zvýšené riziko vzniku onkologických onemocnění. Naopak snížená hladina kortizolu (vlivem jeho dysfunkce) způsobuje chronické bolestivé stavy a hypersenzitivitu (Kostiuk, nedat.).

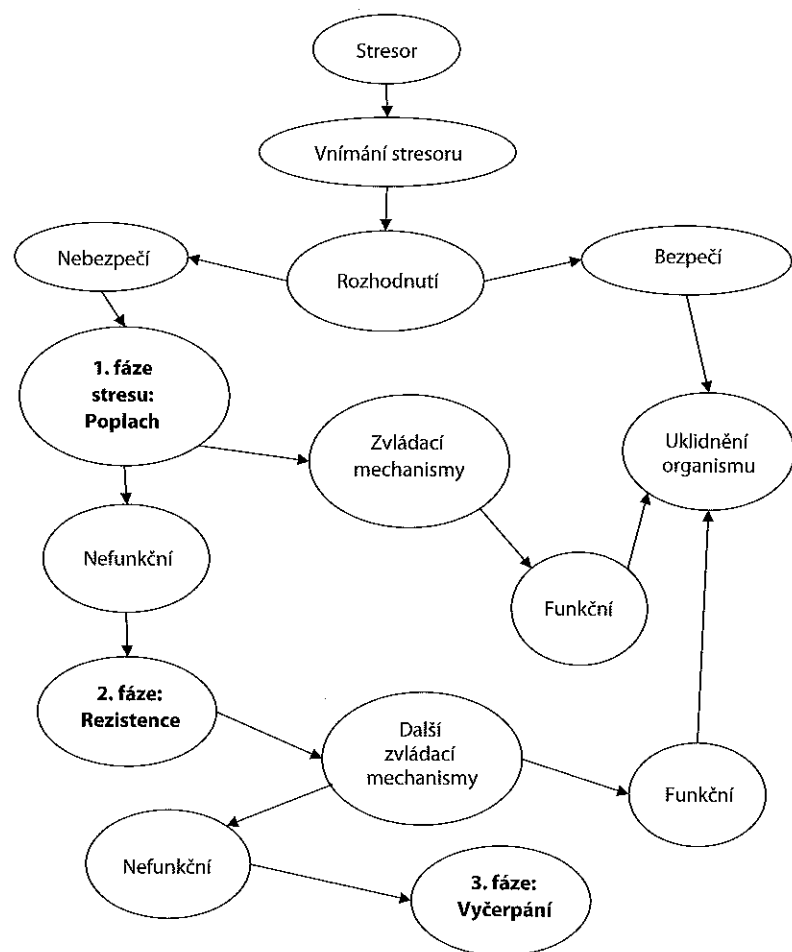
3. Pokud tato fáze trvá příliš dlouho, dochází k vyčerpání zejména imunitního a kardiovaskulárního systému, což často následně přechází v chronické chorobné stavy, mezi které patří hypertenze, poruchy imunity, žaludeční vředy, diabetes, bronchiální astma, nádorová nebo metabolická onemocnění, a zejména poruchy štítné žlázy. Dalšími projevy jsou únava, podrážděnost, deprese – agrese, fobie; bolesti hlavy, nespavost, sexuální poruchy (Jochmannová, 2021; Krivohlavý, 2009; Paulík, 2020; Wilkinson & Marmot, 2003).

2.2 Teorie stresu, význam protektivních faktorů

Jak již bylo uvedeno v předchozí části textu v souvislosti s neurobiologií stresové reakce, organismus může reagovat útokem, útekem nebo tzv. zamrznutím (*shutdown*). Hans Selye ve své práci pracoval se stresory, které jsou nespecifické. Právě díky nespecifičnosti stresorů (společné všem odpovědím vyvolaným stresory) otevřel prostor novému přístupu. Do té doby byly realizovány výzkumy, které se zaměřovaly pouze na specifické faktory uváděné v psychoanalytických teoriích vzniku nemocí (Alexander, 1987).

2.2.1 Reakce organismu na stres, význam salutorů

Model reakce organismu na stres (viz obr. 3) ukazuje význam copingových neboli zvládacích mechanismů, které pomáhají vrátit fyziologii organismu zpět do **klidového stavu** a regenerace. V případě krátkodobého stresu je významné, jaké zdroje (salutoprotektivní faktory, copingové mechanismy) člověk využívá. Tyto mechanismy mohou zahrnovat např. sportovní aktivity, meditaci, četbu, procházku, setkání s přáteli aj. Současně sem spadá i nezdravý coping, jakým je kouření, užívání alkoholu, *gambling* či excesivní nakupování. Každý člověk má svůj vlastní repertoár, který v obtížných situacích využívá. Výzkumy ukazují, že prožívaný *well-being* je důležitý v péči o naše duševní i fyzické zdraví. Koncepty týkající se prožívaného štěstí, osobního růstu a smyslu života prokázaly vliv na mechanismy salutogeneze mozku (Smith, 2002). Tato zjištění podtrhují důležitost rozvoje pozitivních emocí v našem životě a péče o zdraví.



Obr. 3 Model reakce organismu na stres
Zdroj: Honzák & Chvála (2015).

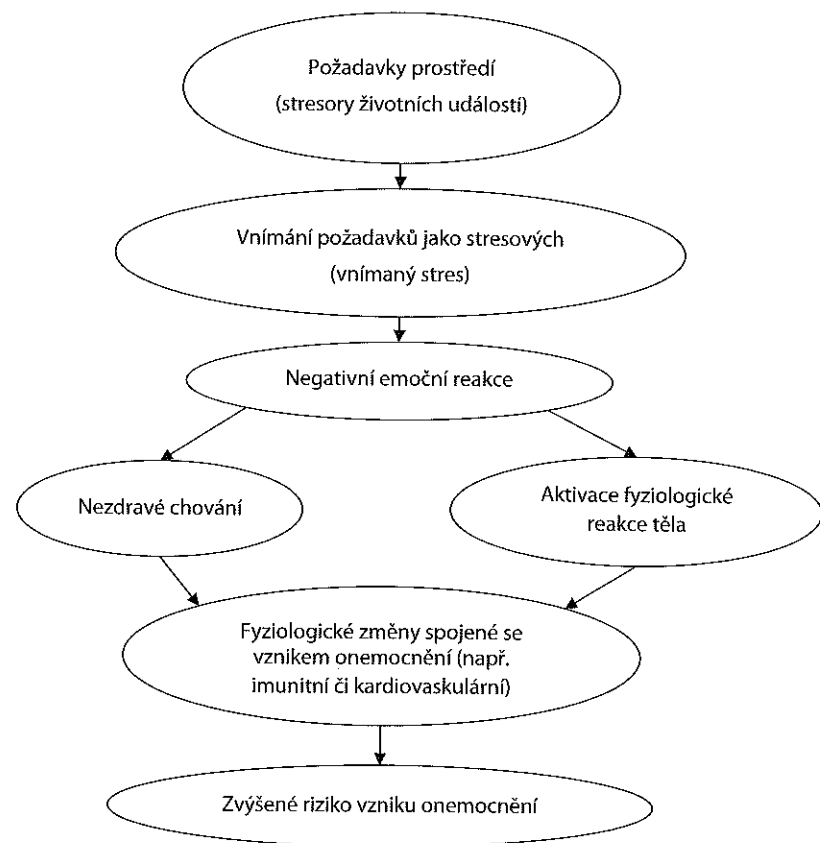
Pokud první „hradba“ obrany selže, běžné mechanismy ke zvládnutí situace nestačí. Pro zvládnutí situace je pak důležité se obrátit na odborníka. Pokud není možné dlouhodobě najít zdravé a funkční řešení situace, hrozí selhání celého organismu (Selye, 1973; Goldstein & Kopin, 2007). Stresová reakce organismu obvykle pomáhá náročné situace překonávat. Díky aktivaci (mobilizaci) organismu jsme schopni přežít. Jak je však vidět na modelu, pokud je stres dlouhodobý či extrémně náročný, může organismus trvale poškodit.

Příklad

Po těžkém dnu může být potřeba krátkodobě uvolnit přebytek adrenalinu, stejně jako snaha uklidnit aktivaci sympatiku a celý organismus zrelaxovat, aby mohl dobře usnout a regenerovat. Poruchy spánku a pocit stálé „nabuzenosti“ či podrážděnosti jsou prvními příznaky chronické stresové reakce. Pokud se i ve volném čase dál aktivuje sympatikus (přílišnou fyzickou aktivitou nebo kofeinem), může být pak těžké usnout bez přispění alkoholu či léků na spaní. Návykové látky začnou následně sloužit jako umělý regulativ ANS. Jestliže jedinec včas nezmění životní styl a péči o sebe, může u něj časem dojít ke kolapsu nebo onemocnění.

2.2.2 Fázový model stresu

Další popis funkce stresu představili Cohen et al. (1995) v rámci fázového modelu stresu. Následující obrázek 4 vysvětluje proces vulnerability (zranitelnosti organismu), kterou stres přispívá ke vzniku nemocí. Model pracuje s komplexním pohledem zahrnujícím vliv prostředí, vliv osobnosti a fyziologické reakce těla. Za hlavní činitele Cohen považuje negativní emoce. Ty jsou vyvolané reakcí na hrozbu (např. strach či úzkost). Emoce aktivují pro jedince specifické chování v oblasti zdraví (např. omezení spánku, nadměrné cvičení či nárůst užívání alkoholu nebo cigaret, které slouží k okamžitému uspokojení potřeb). Zároveň se objeví fyziologická odpověď organismu. Kaskáda dějů pak vede k oslabení organismu, což přispívá k rozvoji onemocnění. Vlivy stresu, copingových strategií či resilience skrze imunitní reakce zkoumá odvětví psychoneuroimunologie (Kiecolt-Glaser et al., 2002).



Obr. 4 Mechanismus vzniku onemocnění

Zdroj: Cohen, 1995.

2.2.3 Škála stresu

V souvislosti se stresem a jeho vlivem na lidské zdraví byl vytvořen **koncept životních událostí**. Na počátku výzkumu této oblasti stál zájem úředníků pojišťoven. Ti zaznamenali, že vdovy po zavalených hornících byly častěji nemocné než ženy ve stejné socioekonomické třídě, které o muže nepřišly (Honzák, 2017).

Známým nástrojem měření je **škála životních událostí** a posouzení míry jejich stresovosti dle Holmese a Raheho (1967). Autoři vytvořili seznam 43 životních událostí, které jsou pro organismus stresující. Každá položka získala své bodové ohodnocení (na škále 100–11b), dle intenzity, s jakou do lidských životů zasahuje.

Jako nejnáročnější se jeví kupř. úmrtí partnera (100b), rozvod (73b), rozvrat manželství (65b) či uvěznění (63b). Seznam končí položkami dovolená (13b), Vánoce (12b) a přestupek (11b). I události, které obvykle bývají vnímány jako pozitivní (např. dovolená, narození potomka či svatba), se prokázaly jako stresující. Body lze sčítat, a míru stresu tak do určité míry i kvantifikovat.

Americký institut zabývající se výzkumem v oblasti stresu (AIS, 2020) uvádí, že dosažení 300 a více bodů za rok předpovídá s 80% pravděpodobností rozvoj psychického či tělesného onemocnění v následujících dvou letech. Součet 150 až 300 bodů pak vykazuje pravděpodobnost 50 %¹⁷.

Dlouhodobý stres má významný vliv nejen na zhoršení somatického stavu. Významnou měrou se podílí rovněž na rozvoji **psychických poruch**. Jak uvádí výzkum Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ), na začátku pandemie COVID-19 byl v České republice zjištěn trojnásobný nárůst rizika sebevražedného chování a deprese: „V průběhu nouzového stavu vyhlášeného v reakci na pandemii došlo v porovnání s rokem 2017 k nárůstu případů osob, které splňují diagnostická kritéria pro některé z duševních onemocnění i riziko sebevraždy. Riziko sebevraždy bylo identifikováno u 12 % reprezentativního vzorku, což je ve srovnání s předchozím šetřením v listopadu 2017 trojnásobek.“ (NÚDZ, 2020)

2.3 Psychosomatika

Rozdělení těla a duše pochází už z homérské tradice, kdy *soma* bylo označení mrtvého těla a *psyche* „poslední dech“, kterým z těla odešla duše do posmrtného života (Grassi et al., 2019). V duchu dvou entit přednášel i Platon. Duše má dle něj tři vrstvy: pudovou (chtíč – černý kůň), emocionální (vášeň – bílý kůň) a rozumovou (vozataj). Podobně pokračoval i Aristoteles, který postuloval, že vše je

¹⁷ K dalším přístupům a škálám k hodnocení stresu, zejména s akcentem na způsoby hodnocení akutních stresorů (např. tzv. daily stressors) nabízíme pro inspiraci následující zdroje: Crosswell, A. D., Lockwood, K. G. (2020). Best practices for stress measurement: How to measure psychological stress in health research. *Health Psychol Open. Jul-Dec; 7(2)*: 2055102920933072. doi: 10.1177/2055102920933072. Epel, E. S., Crosswell, A. D., Mayer, S. E., Prather, A. A., Slavich, G. M., Puterman, E., Mendes, W. B. (2018). More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science. *Front Neuroendocrinol, 49*:146–169. doi: 10.1016/j.yfrne.2018.03.001.PMID: 29551356 PMCID: PMC6345505 DOI: 10.1016/j.yfrne.2018.03.001.

složeno z formy a látky (tělo je látka a duše pak forma – tělo je tedy nástrojem duše). Od blízké propojenosti duše a těla se odvrací René Descartes a karteziáni v 17. století. Lékařská věda by se dle Descarta měla zaměřovat na péči o tělo. Duši ponechával v rukou církve a filozofie. Tento dualismus převládal po další dvě století (Von Bertalanffy, 1964).

V 19. století přichází s pojmem „psychosomatika“ poprvé psychiatr J. Ch. A. Heinroth. Ve své knize z roku 1818 jej používá v úzkém označení problémů se spánkem (Honzák & Chvála, 2015). Heinroth věřil, že duše má nad tělem moc, hřích pak dle něj vede k onemocněním. Dalším důležitým vývojovým bodem se pak stává období psychoanalýzy. Hlavním představitelem z hlediska psychosomatiky byl **Franz Alexander**, zakladatel Chicagského psychoanalytického institutu, který se pokusil spojit intrapsychické konflikty se vznikem specifických onemocnění (Schmidt, 2010). Pracoval s předpokladem, že mají vliv jak vnější události, tak individuální orgánová vulnerabilita či interakce s již vzniklými ději. Alexander se následně věnoval výzkumné činnosti ve snaze najít kauzální důkaz vztahu psychologických předpokladů k rozvoji konkrétních onemocnění. Jasně spojení, že např. „hlad po lásce“ vyvolá vředy, však Alexander neprokázal.

Podrobně popsal hypotézy vzniku sedmi psychosomatických onemocnění, tzv. **chicagské sedmy**, které jsou doposud považovány za základní psychosomatická onemocnění:

- bronchiální astma,
- revmatoidní artritida,
- ulcerózní kolitida,
- esenciální hypertenze,
- neurodermatitida,
- tyreotoxikóza,
- duodendální peptický vřed.

Dalšími psychosomatickými onemocněními jsou uváděny také diabetes mellitus, migréna a další bolesti hlavy (Danzer, 2010). Zájem o propojení psychického a fyzického postupně ve 20. století sílil. Vliv psychoanalýzy slábl, nikdy se však zcela neztratil.

Podstatou tzv. **strukturních teorií** jsou koncepce na základě výzkumů v oblastech psychofyziologie a psychobiologie:

- Psychofyziologická větev stavěla na poznacích Ivana P. Pavlova (klasické podmiňování) a Waltera Cannona (fyziologický doprovod emocí).

- Psychobiologická větev vycházela z výzkumu Helen F. Dunbarové, která byla mimo jiné zakladatelkou Americké psychosomatické společnosti. Od sedmdesátých let 20. století je možné vnímat pokles dogmatickosti jednotlivých teorií a dochází k provázanosti jednotlivých psychosomatických větví.

Výzkum z oblasti neurobiologie významně přispěl k poznatkům o propojenosti pocitů, emocí, vjemů a odezvy organismů. Antonio R. Damasio (2000) přichází s konceptem **somatických markerů** (tělo – *soma*, označení; obraz – *marker*). Tyto somatické markery obsahují specifické pocity, vzniklé na základě sekundárních emocí. Jejich základní funkcí je upozorňovat na negativní dopad našeho jednání pro organismus. Formují se na základě zkušenosti, jsou ovládnuty vnitřním systémem preferencí i vnějších okolností (včetně společenských konvencí či etických pravidel), na které musí organismus reagovat. Vnitřní preferenční systém organismu je nastaven na vyhýbání se bolesti, vyhledávání potěšení a k dosahování s tím souvisejících cílů.

Do prefrontální kůry se dostávají signály ze všech sensorických oblastí, v nichž se formují „obrazy“ vytvářející lidské myšlenky, a rovněž ze somatosenzorické kůry, ve které jsou souběžně zachyceny minulé i současné tělesné stavy. Somatický stav – ať už negativní, či pozitivní – funguje jako „zesilovač“ pro plynulou pracovní paměť a pozornost. Emoce a pocity se zpracovávají v mozkové kůře, stejně jako jakýkoliv vnímaný „obraz“. Pocity jsou v kontaktu především s tělem, nabízejí poznání stavu našich vnitřností, svalů a kostí. Pocity a emoce mají konkrétní subjektivitu, spolupracují při nich vývojově starší a mladé části mozku (Damasio, 2000).

Porges (2011) popisuje význam blízkého vztahu mezi autonomním nervovým systémem (zejména vysokou aktivací sympatiku), úzkostí a stavem viscerálních (vnitřních) orgánů. Tato vysoká sympatická excitace souvisí nejen s psychiatrickými symptomy, jakými jsou kupř. emoční plochost, poruchy porozumění řeči, sluchová hypersenzitivita (*hyperacusis*), ale také s tachykardií nebo zácpou.

2.3.1 Psychosomatické teorie

V souladu s definicí Světové zdravotnické organizace (WHO; 2020) si psychosomatický přístup klade za cíl přinášet **komplexní pohled na člověka**. V rámci péče o pacienta zahrnuje všechny roviny tradičního bio-psycho-sociálně-spirituálního

přístupu. Zahrnuje životní události a zkušenosti, vliv okolí, vztahy s druhými, prostředí a interakci těchto faktorů.

Kromě již uvedených stresových a psychoanalytických teorií jde dále o následující významné **psychosomatické teorie**:

- **Systémová teorie** patří mezi základní paradigmatu psychosomatiky. Pracuje s cirkulárními vlivy jednotlivých složek člověka a jeho prožívání. „Reakce v jednom systému vede k ovlivnění obou dalších a zákonitá cirkularita procesu pomáhá udržovat fyziologickou nebo patologickou rovnováhu s vývojem tělesných a psychických příznaků.“ (Společnost psychosomatické medicíny, 2015, s. 2). Tento koncept je podrobně zpracován v rámci **teorie systémů** Ludwiga Von Bertalanffyho (1950) a Geoffreyho Batesona, kteří poukazují na „koevoluci“ jevů, které se v jednotlivých systémech odehrávají.

Příklad:

Omezení chůze a fyzické aktivity po zranění pacienta (fyzický systém) může vést ke strachu (mentální systém), který zapříčiní menší zájem o vycházení z domu a návštěvy přátel (sociální systém). Ztráta společenské opory a kontaktu může vést ke zhoršení fyzických obtíží, a to může rozvinout větší psychickou nepohodu (např. depresivní stavy).

- **Na pacienta orientovaný přístup** klade důraz na důležitost dialogu a vztahu mezi lékařem a pacientem. Právě vztah lékaře a pacienta je jedním z důležitých faktorů v léčbě. Cílem je porozumění pacientovi v celém jeho kontextu, včetně dobré znalosti anamnézy. Pacient je vybízen k aktivnímu podílu na své léčbě – vytváří se partnerský vztah. S nadsázkou se dá mluvit o setkání dvou „expertů“ – lékaře či terapeuta jako odborníka na nemoci těla a duše s pacientem jako odborníkem na svůj život a prožívání. Neméně podstatným úkolem lékaře je vnímat vlastní přenos a protipřenos. Podporována je spolupráce a dialog s dalšími specialisty a odborníky (např. sociálními pracovníky). Konzultační přístup k pacientovi se nazývá také **liaisonový** (úzce spolupracující a komunikující) (Grassi et al., 2019).

Příklad

Když přichází paní Anna (65 let) k lékaři, jenž pracuje způsobem orientovaným na pacienta, neptá se jí lékař pouze na obtíže, které ji přivádějí. Provádí zevrubnou anamnézu historie onemocnění, vztahů paní Anny či jejich hodnot. Tématy v rámci rozhovoru lékaře a pacienta jsou tedy i rodinné zázemí, ekonomická situace či volnočasové aktivity. Lékař během setkání projevuje empatii, naslouchá a snaží se porozumět paní Anně a jejím

obtížím v kontextu jejího života. Cílem je edukovat paní Annu, dělat společná rozhodnutí v rámci léčby, a posilovat tak její autonomii.

2.3.2 Výzkumy emocí a somatického stavu

Další oblasti psychosomatiky jsou zaměřeny na emoce a jejich dopady na tělesné funkce. Některé z výzkumů poukazují na dlouhodobé působení negativních emocí (především hostility, úzkosti, smutku) jako patogenních faktorů u kardiovaskulárních onemocnění. Dvacetiletá longitudinální studie manželských párů kupř. ukázala, že hostilně reagujícím partnerům v průběhu času přibývalo kardiovaskulárních symptomů, ačkoliv na začátku studie obtíže neměli (Levenson, 2019).

Výzkumy také odhalily vazbu mezi **studem, vinou** a zdravotními obtížemi. Tyto emoce jsou charakteristické negativním hodnocením sebe sama či vlastních činů. Dickerson et al. (2004) prokázali negativní vliv studu (*shame*) na imunitní reakci. Autoři zjistili, že nárůst pocitů studu souvisel se zvýšením prozánětlivé aktivity cytokinů¹⁸. Větší míra pocitů ponížení či devalvace vlastního já kupř. přispívala u pacientů s HIV k horšímu průběhu onemocnění. Další výzkumy poukázaly na to, že adolescenti s častějším výskytem prožitků hanby a viny jsou náchylnější k výskytu zdravotních obtíží jako bolest hlavy, zad či pocitů sklíčenosti (Pešoutová, 2020). Tyto emoce však nejsou pouze negativní. Pomáhají porozumět společenským konvencím a pravidlům. Je to právě podprůměrné prožívání hanby a viny, které přispívá k nerespektování lékařských doporučení pacienty (Okken et al., 2008).

Ve výzkumu žen s karcinomem prsu (Hovory o zdraví, 2020) většina žen hovořila o fyzickém i psychickém vyčerpání, které jim zhoršovalo průběh léčby. Některé pacientky zmiňovaly rozvoj depresivních stavů, další popisovaly i myšlenky na ukončení svého života. Onemocnění a léčba byly pro většinu žen extrémní zátěží. Na druhou stranu fyzické i psychické obtíže pomáhala ženám zvládat důvěra v lékaře a jejich rozhodnutí. Pečující přístup lékařů a porozumění průběhu léčby dodávala pacientkám naději a sílu. Mezi další faktory patřil pozitivní přístup a přijetí diagnózy, sociální opora, humor, sdílení (např. v rámci patientských organizací), zdravá strava, malování, sport či meditace.

¹⁸ Signální proteiny – účastní se imunitní odpovědi, jsou produkovány buňkami imunitního systému.

Vliv na zdraví má také **psychosociální složka**. Kromě vlivů rodiny a raného zázemí pak mohou k rozvoji onemocnění přispívat i vztahy s vrstevníky. Metaanalýza výzkumů šikany ukazuje, že oběti šikany mají větší pravděpodobnost onemocnění. Na druhou stranu větší psychosomatické obtíže, v porovnání s běžnou populací, se prokázaly i u šikanujících (Gini & Pozzoli, 2009).

Z hlediska chápání vlivu emocí na zdravotní stav je důležité na druhé straně reflektovat a připomenout také vliv somatických onemocnění na psychický stav člověka. Zde hovoříme o vlivech **somatopsychických**. Kupříkladu deprese se vyskytuje zhruba u čtvrtiny pacientů po infarktu myokardu či u pacientů s Parkinsonovou chorobou (Fiedowicz, 2010). Některé výzkumy pak ukazují, že výskyt deprese během léčby chronického onemocnění může vést až k 50% nárůstu výdajů za léčbu daného pacienta. Poslední výzkumy (Nicholson et al., 2012) hovoří o významném vlivu stavu střev na psychický stav člověka. Střevní mikrobiom může mít vliv na emoční odpověď či rozvoj schizofrenie, autismu, úzkostných poruch či deprese (Cryan et al., 2019; Evrensel & Ceylan, 2015; Nemani et al., 2015).

2.3.3 Psychosomatická klasifikace v MKN-10, DSM-5, ICD-11

Diagnostická klasifikace poruch a syndromů souvisejících s psychosomatickou podstatou prochází vývojem a jistou nejednotností. Nová verze ICD-11 (WHO, 2018), a zejména její speciální verze pro primární péči, zavádí některé zásadní změny, které se liší od kategorie somatických symptomatických poruch v MKN-10 (WHO, 1992) i DSM-5 (APA, 2013). Nově je zde zařazena široce pojatá klasifikační kategorie *Disorders of bodily distress and bodily experience* („tělesně prožívaného stresu“, „tělesného prožívání“). Nahrazuje somatoformní poruchy z MKN-10 a spojuje několik předchozích samostatných diagnostických skupin (somatizační porucha, somatoformní porucha, autonomní dysfunkce a neurastenie). Obsahuje tělesné příznaky, které jsou pro jednotlivce stresující a vedou k nadměrné pozornosti zaměřené na symptomy a opakovaným požadování zdravotní péče. V popředí je úzkost a s ní spojené myšlenky a chování. Nezahrnuje obsedantně-kompulsivní poruchu, od které je nutné ji odlišit (Jochmannová, 2021; Gaebel, Zielasek & Reed, 2017; WHO, 2018). *Bodily distress syndrome BDS* je v ICD-11 (WHO, 2018) diagnostickou kategorií **lékařsky nevysvětlených symptomů** (*Medically Unexplained Syndroms*, MUS), která je založena na empirickém výzkumu v primární péči. Z důvodu probíhajícího překladač nově klasifikace ICD-11 do českého jazyka

ponecháváme z praktických důvodů dále v textu původní anglickou verzi pojmů (pozn. ed.). Následující tabulka 4 nabízí přehled srovnání souvisejících diagnostických kategorií.

Tab. 4 Klasifikace podle MKN-10 (WHO, 1992), DSM-5 (APA, 2013) a ICD-11 (WHO, 2018)

MKN-10 (WHO, 1992)	DSM-5 (APA, 2015)	ICD-11 (WHO, 2018)
Somatoformní poruchy (F45)	Poruchy se somatickými příznaky a související poruchy (300.82)	Disorders of bodily distress or bodily experience
Somatizační porucha (F45.0)	Porucha se somatickými příznaky	Bodily distress disorder (6C20)
Proměnlivé příznaky, trvající nejméně dva roky: bolesti břicha, nauzea, plynatost, průjem, dušnost, bolesti na hrudníku, časté močení, vaginální výtok, blednutí pokožky, bolesti končetin, kloubů, necitlivost, brnění.	Pozitivní symptomy (přítomnost subjektivně prožívaných obtíží) a převážně negativní emoce (úzkost, strach, napětí) či chování (hledání informací o nemoci). Fyzické symptomy nemusí být přítomny opakovaně, ale objevují se po dobu šesti měsíců.	Tělesné symptomy vyvolávající stres a napětí u pacienta. Ten na ně excesivně zaměřuje svou pozornost a opakovaně vyhledává lékařskou pomoc. Často bez organického podkladu. Pokud jej mají, nebývají natolik vážné, jak se pacient domnívá. Tělesné symptomy se objevují opakovaně většinu dní po dobu několika měsíců. Typicky se objevují symptomy nelokalizované na jednu oblast či orgán.
Somatoformní vegetativní dysfunkce (F45.3)		
Příznaky připomínající inervaci vegetativního nervového systému: obtíže se srdcem, s kardiovaskulárním systémem, gastrointestinálním traktem, respiračním, urogenitálním systémem. Mezi další vegetativní příznaky patří: palpitace, pocení, sucho v ústech, červenání, dyspnoe, hyperventilace, pohyby střev, nadměrná únava a další.		
Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F45.4)		
Přetrvávající bolest bez zjevných příčin, ve spojení s emočním konfliktem nebo psychosociálními problémy, bez organického podkladu.		

MKN-10 (WHO, 1992) zařazovala somatické obtíže související se stresem do kategorie **somatoformních poruch** (F45), které byly definovány jako „porucha vjemů, funkcí, chování, která není způsobena somatickými poruchami a není zprostředkována autonomním nervovým systémem. Je omezena pouze na určité části a systémy těla a navazuje na stresové události. Hlavním rysem jsou opakované stížnosti na somatické příznaky navzdory negativním nálezům“ (Smolík, 1996, s. 289). DSM-5 (APA, 2015) se k této klasifikaci staví poměrně kriticky. Předchozí klasifikace somatoformních poruch v MKN-10 byla dle APA (2013) matoucí a chyběly jasné hranice mezi jednotlivými diagnózami.

2.3.4 Medicínsky nevysvětlitelné choroby

Psychosomatika si neklade ambice rozumět zdraví pouze skrze psychologické aspekty lidského života. Netvrdí, že jsou více než příčiny fyziologické. Psychosomatika se ani nesnaží nahradit tradiční medicínu. Jak již bylo uvedeno v předchozí podkapitole, existuje nespočet medicínsky nevysvětlitelných chorob (*Medically Unexplained Syndroms*, MUS). Výzkumy odhadují, že se jedná až o 40 % pacientů praktických lékařů (Fink et al., 1999).

Chvála, Honzák et al. (2015) uvádějí, že pojem „MUS“ sdružuje dříve používaná označení pro psychosomatické formy nemoci, jakými byly označovány funkční poruchy či somatizace, pro něž nebyla dostatečná somatické vysvětlení. Vyvolávajícími faktory mohou být nahodilé události, třeba i akutní onemocnění. Závažná infekce může u některých lidí předcházet rozvoji dráždivého tračníku. Jindy vyvolá příznaky významná životní událost (negativní události, obtížné životní podmínky, problémy související s prací, stres, trauma). Jeden faktor však je málokdy odpovídán za všechny potíže pacienta.

Je důležité podotknout, že řada z těchto výše uvedených symptomů je součástí somatických projevů u **posttraumatické stresové poruchy** (Jochmannová, 2021).

Mezi nejčastější projevy MUS patří následující obtíže:

- kardiopulmonální: bušení srdce, obtíže na hrudi, dušnost bez námahy, hyperventilace, teplé nebo studené pocení, sucho v ústech;
- gastrointestinální: nevolnost, pálení jazyka, bolesti zubů, nechutenství, záchvatové přejídání až do obrazu poruch příjmu potravy, bolesti břicha, „škroukání“, průjem, zácpa, pocit plnosti, škytání, říhání, regurgitace (návrát nestrávené potravy do úst bez nauzey a dávení), pálení žáhy, nadýmání, pálení na hrudi nebo v nadbřišku;

- muskulo-skeletální: bolesti v rukou nebo nohou, svalové bolesti, bolesti v kloubech, napětí, ztuhlost, pocit obrny v rukou nebo nohou, bolesti zad, bolest je často stěhovavá, nepříjemný pocit necitlivosti nebo brnění;
- jiné obtíže: obtíže koncentrace pozornosti, poruchy spánku, poruchy paměti, poruchy zraku, světloplachost až *blefarospasmus* (mimovolní křečovitě stažení svalů očních víček), nejružnější zvuky v uších, kožní projevy, svědění, únava, slabost, sexuální dysfunkce, bolesti hlavy, závratě, mdloby a řada dalších (Chvála & Honzák et al., 2015).

Psychosomatika může přispět k lepšímu pochopení komplexnosti nemoci. Objevovat tuto komplexnost je současně předností i úskalím psychosomatiky. Přináší totiž do celého obrazu více proměnných. Hůře se hledají jasné a kauzální spojitosti mezi vznikem či vývojem nemoci. Výzvou pro psychosomatickou medicínu zůstává nalezení svého místa a respektu v medicínské společnosti.

V ČR se psychosomatickými tématy zabývá zejména Společnost psychosomatické medicíny. Ta si klade za cíl prohlubovat povědomí o důležitosti komunikace ve vztahu lékař–pacient. Dále se zasazuje o psychosomatický přístup v rámci biomedicínské terapie. Rovněž pečuje o rozvoj psychosomatické medicíny jako samostatného oboru. Představuje typy pracovišť, kde je možné se setkat s psychosomatickým přístupem. Jedná se o ordinace specialistů s psychosomatickou nástavbou, ordinace psychoterapeutické medicíny a v neposlední řadě stacionáře poskytující psychosomatickou péči (šesti- až osmitýdenní program). Mezi další významná pracoviště v souvislosti s psychosomatikou je možné uvést síť center komplexní péče, mezi které patří kupř. Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci (LIRTAPS), Psychosomatické centrum Praha či Institut sociálního zdraví v Olomouci (OUSHI), kde probíhá celoživotní vzdělání v oblasti psychosomatiky a soustavný výzkum z oblasti duševních, duchovních a společenských determinant zdraví.

2.4 Následky traumatu, posttraumatická stresová porucha

V úvodu kapitoly byly popsány základní charakteristiky stresu i stresové reakce. Jak již bylo řečeno, člověk je biologicky vybaven tak, aby zvládal zátěžové situace. V případě traumatu však jde o stres **mimorádného** charakteru, kdy nemusí

být dostupná kapacita nervového systému pro zvládnutí následků. Z hlediska závažnosti dopadu traumatu hraje, stejně jako u stresové reakce, zásadní roli věk, odolnost nervové soustavy a také zda již došlo k jiným traumatickým událostem v osobní historii. Prožitá traumata mají tendenci se v organismu kumulovat a oslabovat resilienci (Jochmannová, 2019, 2021).

2.4.1 Rozdíl mezi stresem a traumatem

V případě závažných situací, při nichž dochází k prožitku intenzivního strachu, bezmoci, pocitu ohrožení života vlastního nebo blízkých osob můžeme pozorovat agitované, případně dezorganizované chování. Mezi obvyklé pojmy vystihující traumatickou událost patří kupř. náhlost a s tím související **zahlcení** kapacity nervového systému organismu. Dále bývá přítomna prožívaná nebo i reálná bezmoc. Trauma přináší dlouhodobé a nevratné důsledky psychického i fyzického charakteru. Podle četnosti traumatických událostí rozlišujeme **monotrauma** a **komplexní**, případně **kumulované trauma**. Z hlediska následků traumatické události hraje významnou roli kontext situace a také typ traumatické události (Jochmannová, 2021; Levine, 2015; Němcová, 2017; Vizinová & Preiss, 1999; Vágnerová, 2014).

Tradiční definice traumatu hovoří o události, která je mimo obvyklou lidskou zkušenost a ohrožuje život nebo fyzickou integritu sebe či jiných osob (APA, 1987). MKN-10 uvádí, že v případě PTSD jde o vystavení stresové situaci výjimečného katastrofického nebo nebezpečného charakteru a definuje ji jako „zpožděnou nebo protrahovanou odezvu na stresovou událost nebo situaci neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která pravděpodobně téměř u každého vyvolává pronikavou tíseň. Pokud jsou přítomny predisponující faktory, jako jsou např. osobnostní rysy nebo neurotické onemocnění v dřívější anamnéze, mohou snižovat práh pro rozvinutí syndromu“ (WHO, 1992, s. 133–134).

Je důležité připomenout, že stejně jako u stresové reakce se při reakci na trauma uplatňují stejné neurofyziologické mechanismy, jako je tomu u stresové reakce. Rozdílné jsou však dlouhodobé či celoživotní dopady na nervový systém jedince.

Studie dokazují, že závažné formy traumat ovlivňují mozek následujícím způsobem:

- změny ve **struktuře** mozku: zmenšení objemu celého mozku i jeho částí, především hipokampu, amygdaly, *corpus callosum*, *vermis cerebelli*; byla zjištěna výrazná asymetrie v oblasti frontálního laloku (*lobus frontalis*) a horní oblasti spánkového laloku (*lobus temporalis*);

- změny **funkcí** mozku: hustota neuronů, jejich metabolismus, a tedy i aktivita neuronálních sítí;
- **neurochemie** mozku, kdy byly zjištěny rozdílné koncentrace některých neuromediátorů a hormonů, a rovněž i změněná funkce neuroreceptorů (Cross et al., 2017).

Podrobnou podstatu fyziologické reakce na akutní trauma popisuje Vágnerová (2014, s. 401) následovně: „Podstata fyziologické reakce na trauma se projeví aktivací katecholaminového systému a hypothalamo-hypofýzo-nadledvinové (HHN) osy. Trauma aktivuje sympatickou oblast nervového systému, dochází k nárůstu hladiny katecholaminů (adrenalinu, noradrenalinu a dopaminu) a následné obranné (útočné či únikové) reakci. Zvýšená sekrece ACTH z hypofýzy a kortizolu z nadledvin sekundárně stimuluje adrenokortikální odpověď. Následkem traumatického zážitku může dojít k dysregulaci HHN osy: pokud se nadměrně zvýší její reaktivita, roste riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy. Důležitou součástí reakce na stres je sekrece endogenních opioidů (endorfinů a enkefalinů), které slouží jako prevence přílišné aktivace sympatiku. Pokud je jejich hladina příliš vysoká, dochází k typickému ztuhnutí a znecitlivění. Mnohé příznaky posttraumatické poruchy jsou spojeny s přetrváváním nadměrné aktivace organismu, která je důsledkem zvýšené stimulace noradrenergního systému, ale mohou souviset i s aktivitou serotoninergního systému. Serotonin je jedním z hlavních stresových hormonů, který přispívá k adaptaci na zátěž.“

Vývoj diagnostiky a klasifikace symptomů důsledků traumatu prochází dlouhodobě složitým vývojem vzhledem k tomu, že jde o diagnózu relativně mladou. Do diagnostického a statistického manuálu DSM byla **posttraumatická stresová porucha (dále PTSD)** zařazena teprve od roku 1968 (Vizinová & Preiss, 1999) v souvislosti s válečnými, katastrofickými a mimořádnými zážitky. Hughes (1997) uvádí, že minimálně 56 % osob popisuje alespoň jednu traumatickou zkušenost ve svém životě. Diagnostické manuály DSM-5 (APA, 2013) i Mezinárodní klasifikace nemocí ICD-11 (WHO, 2018) traumatické události a jejich následky lépe klasifikují a popisují. V ICD-11 (2018) je rovněž nově zařazena diagnóza **komplexní posttraumatické poruchy (C-PTSD)**, která dříve nebyla diagnostikována a která umožňuje lépe pochopit symptomy osob, jež byly v průběhu života dlouhodobě a závažně traumatizovány.

Mezi typické **symptomy PTSD** patří: znovuvybavování nebo znovuprožívání traumatické události (flashback); amnézie na části události nebo na některá ob-

dobí z minulosti (ztráta paměti), zvýšená citlivost, vzrušivost; obtíže se spánkem; podrážděnost; návaly hněvu, paniky, agrese; problémy s koncentrací pozornosti; hypervigilita (zvýšená aktivace organismu, nadměrná bdělost); úlekové reakce; vyhýbavé chování; somatické obtíže – vegetativní hyperaktivace; disociace (odpojení od emocí a tělesného prožívání); sebevražedné tendence; úzkost, deprese; zneužívání návykových látek (Jochmannová, 2021; WHO, 1992; Němcová, 2017).

Americká studie ACE z roku 1997 (Felitti et al., 2019), realizovaná na populačním vzorku 17 000 osob, uvádí, že 64 % osob zažilo alespoň jednu traumatickou událost v dětství, v případě přítomnosti více než čtyř traumatických událostí v anamnéze je sedminásobně vyšší pravděpodobnost problémů s návykovými látkami, duševními poruchami, úzkostně-depresivními stavy a riziky být obětí násilí v dospělosti. Ze somatických obtíží pak je vyšší riziko onemocnění diabetem, obezitou a hypertenzí, respiračními nemocemi, zhoubným bujením (Kainová & Terrel, 2018).

Metaanalytická studie uvádí, že se v případě traumatických zkušeností třikrát až šestkrát zvyšuje přítomnost sexuálně rizikového chování, více než sedmkrát pravděpodobnost interpersonálního násilí nebo násilí zaměřeného proti vlastní osobě, konkrétně sebepoškození, sebevražedné pokusy (Hughes, 2017 in Jochmannová, 2021).

Tab. 5 Interagující vlivy v souvislosti s traumatickými okolnostmi (Berens et al., 2017; Jochmannová, 2019, 2021)

Raný věk Vlivy prostředí	Biologické změny	Vývoj	Dospělost
Deprivace a stres Stresující vlivy pečovatelů	Genetické variace a další neurobiologické charakteristiky dítěte	Vývojové vlivy	Zvýšená rizika
Pečovatelé: zneužívání, zanedbávání, psychopatie na straně rodičů, deprivace v rámci institucionální péče, smrt blízké osoby, uvěznění.	5-HTTLPR, MAOA, BDNF; psychopatie v souvislosti s návykovými látkami v době gravidity.	Neurobiologické vlivy: funkčnost, konektivita, neurokognitivní vlivy, HPA reaktivita sympatiku na stres (rychlá akce a dysregulace, centrální a periferní kortizolová resistence).	Somatické obtíže: kardiovaskulární obtíže, astma, nádorová onemocnění, chronická obstrukce plic.
Rodinný kontext: rodinný konflikt, domácí násilí, návykové látky.	Komplexní odlišnosti související s pohlavím, genderem, temperamentem a dalšími charakteristikami.	Chování: vlivy související se zneužíváním návykových látek, cvičením, dietami, stres managementem atp.	Psychopatie
Okolní prostředí: násilí, kriminalita, hluk, znečištěné prostředí, špatná infrastruktura.	Epigenetické změny		Kognitivní funkce: problémy s krátkodobou pamětí a exekutivními funkcemi.
Sociální vlivy: rasismus, politické, ekonomické vyloučení.	Neurohormonální vlivy (inzulin, lipidy, imunopresiva).		

Zdroj: Jochmannová, 2021.

Slovensko-česká studie z roku 2019 (Hašto, Kaščáková, Bednaříková & Dobrotková, 2019) se zaměřila na zkušenosti s traumatickými zážitky v dětství, u reprezentativního souboru 1 018 osob populace s průměrným věkem 46 let, výzkum probíhal v ČR, SR a SRN. Využit byl dotazník *Childhood Trauma*

Questionnaire (CTQ). Na rozdíl od výše citovaného českého výzkumu nešlo o homogenní populaci vysokoškolských studentů. V českém souboru tyto osoby v rámci dotazníkového šetření uváděly zkušenosti s emočním týráním (15,6 %), fyzickým týráním (18 %), sexuálním zneužitím (9,7 %) a zanedbáváním (37,2 %). U 24,5 % osob byla zjištěna jednorázová traumatizace, u 23,8 % osob vícečetná traumatizace. Tyto osoby pak následně měly v dospělosti závažné psychické i somatické obtíže, vyšší pravděpodobnost zneužívání návykových látek a problémy s násilím ve vztazích (Jochmannová, 2021).

2.4.2 Posttraumatický růst

Navzdory závažným a doživotním důsledkům traumatických událostí na osobnost člověka lze nalézt i popisy případů osob, které jsou charakterizovány posttraumatickým růstem jako významnou variantou pozitivního rozvoje osobnosti. V souvislosti s posttraumatickým růstem jsou zpravidla uváděny specifické kategorie traumat, u kterých může k tomuto vývoji docházet. Současně jsou zdůrazňovány individuální osobnostní charakteristiky, jimiž jsou kupř. inteligence, resilience, včetně dalších významných okolností, které se na tomto rozvoji osobnosti podílejí. Celkově je posttraumatický růst uváděn asi u 30–70 % z těch, kteří přežili nějakou traumatickou událost. Proměnné související s typem traumatických událostí jsou popisovány zejména v souvislosti se závažnými somatickými onemocněními, úmrtím, sexuálním napadením, terorismem, válkou, vážnými nehodami. Současně je růst uváděn rovněž u profesionálů, kteří pracují s traumatizovanými klienty. Z hlediska závažnosti traumatu šlo spíše o události **středně těžké závažnosti**. Většina osob reagovala na časově omezená traumata, jakými jsou přírodní katastrofy, ale i na jednorázové násilné události, mezi kterými můžeme uvést např. znásilnění (Jochmannová, 2021; Cardena, Butler, Reijman & Spiegel, 2013; Mareš, 2012). Z výše uvedeného je zřejmé, že u osob závažně traumatizovaných (s komplexními či vývojovými traumaty v anamnéze) je posttraumatický růst s ohledem na zasaženou neurobiologii velmi problematický.

Mezi **psychosociální prediktory** posttraumatického růstu patří jednak předchozí resilience, sociální opory (vztahy s ostatními lidmi), konkrétní schopnosti řešit problémy, schopnost přijetí a pozitivní reinterpretace událostí (copingové strategie). Z hlediska pozitivních proměnných na straně osobnosti traumatizované osoby jsou dále uváděny schopnosti **sebepercepce (introspekce)**, vliv životní filozofie nebo víry, schopnost pozitivních emocí nebo optimismu a otevřenosti pro zkušenosti a životní výzvy. Významné korelace jsou rovněž uváděny v sou-

vislosti s mladším věkem a ženským pohlavím. Přibližně 87 metaanalytických studií konstatuje nižší míru depresivity, subjektivně prožívanou pohodu, navzdory přítomnosti závažných posttraumatických příznaků. (Cardenová, Butler, Reijman & Spiegel, 2013; Mareš, 2012)

Preiss (2009) uvádí, že posttraumatický růst se může projevit v pěti základních oblastech:

1. **Vztahy s druhými lidmi:** větší zapojení druhých lidí do vlastního života, větší soucítění s jejich potřebami, pocitem větší sounáležitosti a blízkosti, lepším vyjadřováním pocitů směrem ke druhým, věnováním větší pozornosti vztahům.
2. **Nové životní možnosti:** objevení nových oblastí zájmů, zlepšené nakládání s časem, vůle k věcem, které je zapotřebí změnit.
3. **Osobnostní růst:** pocit zvýšené sebedůvěry, lepší zvládání životních obtíží, zvýšená akceptace životních zákonitostí.
4. **Spirituální změna:** porozumění duchovním potřebám svým či druhých osob, větší zájem o duchovní oblast, zesílením víry či náboženských potřeb.
5. **Ocenění života:** úvahy o podstatných věcech v životě, uznání možností života.

2.4.3 Epigenetické souvislosti traumatu

Vědecké pokroky v molekulární biologii, **genomii a epigenomii** poskytují nové porozumění dlouhodobým efektům stresu. Poznatky v oblasti epigenetiky rozšiřují biologické souvislosti chápání následku traumatu a současně znamenají další významné výzvy, které mohou rozšířit vnímání člověka v generačním kontextu z hlediska vlivu traumat na další potomky. Autoři Yehudová, Lehrner a Bierer (2014, 2018) se výzkumně zaměřují na **mezigenerační přenos** traumatu. Konkrétně na vliv přenosu generačního traumatu na dospělé děti a vnuky obětí holokaustu, a také na děti, které se narodily matkám traumatizovaným v době své gravidity. Podle poznatků těchto autorů se v případě akutního stresu zvyšuje v těle hladina kortizolu, při rozvoji PTSD naopak úroveň kortizolu abnormálně trvale klesá. Potomci přeživších holokaustu měli větší výskyt psychických poruch a mnohem častěji trpěli depresemi, úzkostí a problémy s návykovými látkami, včetně léků. Současně se u nich vyskytovala nízká hladina kortizolu, stejně jako v případě PTSD. Toto bylo v případech, kdy rodič (specificky matka) měl příznaky PTSD.

Výzkum Rachel Yehudové (2014, 2018) byl zaměřen na dospělé potomky obětí holokaustu (alespoň jeden rodič, který přežil holokaust, N = 80). Tito potomci

byli porovnáváni s demograficky podobnými účastníky, kteří měli rodiče bez podobné zkušenosti. Absolvovali klinické rozhovory a biochemický rozbor krve. Z podstatných zjištění bylo konstatováno, že dochází k různé metylaci **promoteru GR-1 F** (glukokortikoidní receptor) v případě PTSD u matky a PTSD u otce. Výzkum prokázal, že nejsilnější přenos PTSD je na další potomky v případě, že oba rodiče zažili trauma, stejně jako pokud traumatické události zažila matka. Přenos ze strany otce se ukázal jako nejméně významný. Bylo potvrzeno, že v DNA obětí traumatu i jejich dětí existují podobné genové odlišnosti spojované s depresivními, úzkostnými poruchami a poruchami chování. Tento proces lze charakterizovat jako **epigenetickou změnu**, při které dochází k ovlivňování chemických markerů genu, ale ne genu samotného (Jochmannová, 2019, 2021; Yehuda, 2018).

Podstatou toho jevu jsou změny doprovázené zvýšenou expresí glukokortikoidového receptoru (GR) a sníženou DNA metylací GR v hipokampu u potomků traumatizovaných osob. Hipokampus je nezbytný pro kognitivní procesy a hraje důležitou roli v regulaci stresových reakcí. Zvýšená exprese glukokortikoidového receptoru nalezená v této oblasti mozku byla způsobena epigenetickou dysregulací genu pro glukokortikoidové receptory. Tyto receptory jsou zodpovědné za vazbu na stresové hormony, jako je kortizol (Gapp, Bohacek, Manuella, Nanni & Mansuyová, 2016, in Jochmannová, 2021).

Ve výzkumech navazuje v současné době rovněž mezinárodní tým vědců, vedený známým českým neurovědcem profesorem Ivanem Rektorem z brněnského vědecko-výzkumného centra CEITEC Masarykovy univerzity. Profesor Rektor a jeho kolegové z ústavu Wellcome Trust Sanger Institute se zaměřili na další dvě generace přeživších s cílem osvětlit, zda je zkušenost s extrémním stresem přenášena na potomstvo genetickou nebo sociálně psychologickou cestou. Studie se zaměřuje na neurobiologický a psychologický dopad extrémního celoživotního stresu narušujícího normální život. Konkrétně jde o kombinaci dopadu na mozkové struktury vizualizované pomocí strukturální magnetické rezonance (MRI) v kombinaci s psychologickými ukazateli stresu a odolnosti. Více než sedmdesát let po traumatické události bylo prokázáno, že extrémní stres v dětství a v rané dospělosti má komplexní celoživotní vliv na jedince (Science mag.cz, 2020)

Závažný stres jedné generace se otiskuje do adaptačních mechanismů organismu, které jsou přenášeny na další potomky. V průběhu života se však uplatňují ještě další adaptační mechanismy ovlivněné **environmetálními** faktory, které ovlivňují osobní resilienci jedince. Výzkumné studie prokazují možnosti pozitivního ovlivnění následků traumatu vlivem optimálního a podporujícího prostředí,

psychoterapie a vlivů sociálního okolí. Dopad traumatických zážitků může být epigeneticky zděděn prostřednictvím molekulární paměti, která je předávána generacemi. Současně mohou behaviorální symptomy spojené s traumatem vlivem změn v prostředí traumatizovaného organismu vést k odstranění traumatických symptomů a jsou spojeny s epigenetickou regulací genu pro glukokortikoidní receptor (Gapp et al., 2016; Yehuda et al., 2018; Jochmannová, 2021). Přesný mechanismus mezigeneračního přenosu traumatu ale není dosud znám. Je možné, že je přenos založen na sociálních mechanismech a také zprostředkován genetickými nebo epigenetickými změnami v lidském mozku (Science mag.cz, 2020).