

Masarykova univerzita
Filozofická fakulta
Psychologický ústav

MUDr. Michaela Miklíková

Psychosomatické bolesti hlavy

Lze vysledovat souvislost mezi vysokoškolským studiem a vznikem, průběhem či zvládáním bolestí hlavy?

Diplomová práce

Vedoucí práce PhDr. Pavel Humpolíček, PhD.

2014

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Plzni dne 17. 4. 2014

.....
Podpis autorky práce

Děkuji PhDr. Pavlu Humpolíčkovi, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, cenné připomínky a rady.

Děkuji také přednostovi MUDr. Jiřímu Polívkovi, CSc., a MUDr. Petru Ševčíkovi, Ph.D., lékařům Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Plzeň, za umožnění sběru dat na jejich pracovišti a podporu. Velký dík patří také pacientům, kteří vyplnili dotazníky, a sestřičkám na ambulanci.

V neposlední řadě děkuji své přítelkyni Zuzaně Špicové za jazykovou korekturu, podporu a dobré rady.

Práce by nemohla vzniknout bez podpory mého přítele, rodiny, kamarádů a kolegů v práci. Všem děkuji.

Obsah

1 Úvod	5
2 Psychosomatika	6
2.1 Úvod z historie	6
2.2 Psychosomatika	9
2.3 Zdraví, nemoc a reakce těla na zátěž	11
2.3.1 Zdraví	11
2.3.2 Nemoc	12
2.3.3 Reakce těla na zátěž	12
2.3.3.1 Konverze – tělesný symptom jako symbolický výraz konfliktu.....	16
2.3.3.2 Afekt – tělesný symptom jako výraz ekvivalentu afektu v rámci konfliktní problematiky.....	17
2.3.3.3 Zátěž – tělesná symptomatika jako výraz nezralých afektů v rámci určité nespecifické zátěžové situace	17
2.3.3.4 Impulz – tělesná symptomatika jako výraz zamrzlých impulsů k jednání po zátěžové situaci.....	17
2.3.3.5 Trauma - tělesná symptomatika jako výraz traumatických životních zkušeností.....	18
2.4 Původ psychosomatických obtíží	18
2.4.1 Dětství, výchova	18
2.4.2 Sociální souvislosti	22
2.4.2.1 Rodina.....	22
2.4.2.2 Společnost.....	23
2.4.2.3 Sociální opora nemocného.....	23
2.4.3 Současnost	24
2.4.4 Salutogeneze	24
2.5 Lékař, nemocný a problém psychosomatiky.....	25
2.6 Psychosomatická medicína	28
2.6.1 Psychogenní onemocnění s převažující tělesnou symptomatikou.....	29
2.6.2 Psychogenní onemocnění s převažující psychickou symptomatikou	30
2.6.3 Pacienti s poruchami převážně v sociálně-komunikační interpersonální oblasti a s poruchami chování.	30
2.7 Psychosomatika očima psychiatra.....	31
2.7.1 Somatoformní poruchy (F 45)	31
2.7.2 Somatizační porucha (F 45.0).....	32
2.7.3 Nediferencovaná somatizační porucha (F 45.1).....	33
2.7.4 Hypochondrická porucha (F 45.2)	33
2.7.5 Somatoformní vegetativní dysfunkce (F 45.3)	34
2.7.6 Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F 45.4).....	34
2.7.7 Jiné somatoformní poruchy (F 45.8).....	34
2.8 Psychoterapie.....	35
3 Bolesti hlavy	38
3.1 Bolest obecně	38
3.2 Bolest hlavy z lékařského hlediska.....	41
3.2.1 Sekundární bolesti hlavy	43

3.2.2 Primární bolesti hlavy	43
3.2.2.1 Migréna.....	43
3.2.2.2 Tenzní cefalea	44
3.2.2.3 Cluster headache	45
3.2.2.4 Lékově vázané bolesti hlavy.....	45
3.3 Bolest hlavy z psychologického hlediska	46
3.4 Léčba bolestí hlavy	48
3.4.1 Lékařský přístup	48
3.4.2 Psychologický přístup	50
3.4.2.1 Psychoanalýza a hlubinně psychologické metody	50
3.4.2.2 Katatymně imaginativní psychoterapie	51
3.4.2.3 Kognitivně behaviorální terapeutické koncepty a techniky	51
3.4.2.4 Humanitně orientovaná psychoterapie	52
3.4.2.5 Párová a rodinná terapie	52
3.4.2.6 Skupinová psychoterapie	53
3.4.2.7 Psychodrama a muzikoterapie	53
3.4.2.8 Terapie tvořením a ergoterapie	53
3.4.2.9 Na tělo zaměřená psychoterapie	54
3.5 Současný stav léčby bolestí hlavy	55
4 Experimentální část	57
4.1 Cíl práce	57
4.2 Použité metody	58
4.2.1 Zisk dat z databáze.....	59
4.2.2 Dotazníky	59
4.2.2.1 Dotazník STAI	59
4.2.2.2 Dotazník COPE.....	60
4.3 Sběr dat	62
4.3.1 Popis pracoviště	62
4.3.2 Výzkumný soubor.....	62
4.3.2.1 Retrospektivní zisk dat	62
4.3.2.2 Dotazníková studie	65
4.3.3 Průběh výzkumu	66
4.4 Metoda zpracování dat.....	67
4.5 Výsledky	67
4.5.1 Výsledky z databáze.....	67
4.5.1.1 Charakteristiky bolestí hlavy	68
4.5.1.2 Prožívání bolestí a jejich zvládání.....	71
4.5.1.3 Uvědomování si spouštěčů bolesti.....	72
4.5.2 Výsledky z dotazníkového průzkumu.....	74
4.5.2.1 Bolest, provokační faktory.....	74
4.5.2.2 Dotazník STAI	74
4.5.2.3 Dotazník COPE.....	75
4.6 Interpretace výsledků	77
4.7 Diskuze a závěr.....	81
5 Literatura.....	85
Seznam obrázků a příloh.....	90

1 Úvod

Začala jsem studovat psychologii, abych se stala lepším člověkem.

Při studiu medicíny jsem vnímala lékaře jako stroje a pacienty jako bezmocné chudáky čekající na zázrak. Doufala jsem, že díky psychologickému vzdělání mohu být jiná. Že pochopím lépe problémy lidí, a tak jako lékař/psycholog lépe pomohu.

V průběhu studia jsem ale přišla na to, že na žádné spojení znalostí obou oborů není prostor a často ani čas. A že o komplexní péči nestojí vlastně ani pacienti sami. Každý chce být vyslechnut milým lékařem a chce, aby mu tento usměvavý doktor naordinoval skvělý lék, který okamžitě pomůže. Pokud pacienty problém neohrožuje přímo na kvalitě života nebo životě samotném, smíří se raději s drobným, byť třeba celoživotním omezením, než aby aktivně zapracovali na svém vyléčení. Nevadí jim, že lékař neřeší příčinu jejich potíží, hlavně že Lék pomůže. A pomůže rychle. Návštěvu psychologa odmítají z obav, předsudků, ale často také jen proto, že by museli sami na sobě pracovat. Teď už se ani doktorům nedivím, že lidem spolupráci s psychologem doporučují jen v případech, kdy to opravdu jinak nejde. Pevně věřím, že tak by tomu být nemělo.

Tuto práci píše jako doktorka s duší psychologa. Doufám, že u nás dojde k rozvoji psychosomatické medicíny, jako se to povedlo v Německu. Lékaři, především praktičtí, tam mají povinně minimální základy psychologického vzdělání, a tak chápou důležitost spolupráce s psychology a terapeuty. Celý systém tak funguje skvěle pro blaho pacientů. Snad se něčeho podobného podaří dosáhnout i u nás. S příklady neoddělitelného spojení těla s psychikou, tedy s důkazy podporujícími oprávněnost psychosomatické medicíny, se přece setkáváme každý den.

Bolest hlavy je potíží, která v životě potrápila snad každého. Asi proto bylo na toto téma napsáno již mnoho prací. Ty jsem se snažila v dalším textu celkově uchopit a shrnout. Abych sama přispěla do této problematiky něčím novým, budu sledovat, zda se charakter, prožívání a vyrovnávání se s bolestí liší u lidí s vysokoškolským vzděláním a u lidí bez něj. Srovnám také studenty a absolventy jednotlivých škol podle typu jejich vzdělání.

Abychom pochopili současnou situaci, je vždy dobré seznámit se s historií. Svou teoretickou část tedy začínám historií psychosomatiky, odkud se přesunu přes současnou situaci v psychosomatice a problematice bolesti až k experimentální části.

2 Psychosomatika

2.1 Úvod z historie

„Emoce mohou silně působit na tělo, jak ví odedávna lidová moudrost. Těsná souvislost mezi tělem a duší se odráží i v jazyce. Říká se „mám srdce až v krku“, „to mi bere dech“, „mám stažené hrdlo“ nebo třeba „obrací se mi žaludek“. Emoce hýbají nejen naší duší, aktivizují také naše tělo a uvádějí je v napětí.“ Platón (cit. Morschitzky, 2007) “

Vztahem těla (sóma) a duše (psýché) se lidstvo zabývá od pradávna. Už Hippokratés si myslel, že pocity mohou ovládat určité orgány, například srdce se podle něj v radosti rozšiřuje a ve zlosti stahuje. Zmínky o tom, že špatné sóma vede ke špatné psýché, jsou také v Platónově dialogu *Timaios* (Komárek, 2005). Lékařství antických Řeků proto dbalo stejnou měrou na složku fyzickou i psychickou. Perský učenec Avicenna provedl první zdokumentovaný pokus psychosomatické problematiky, když do výběhu svého domácího berana ubytoval také vlka. Beran nebyl přímo ohrožen na životě, přesto ale přestal přijímat potravu a spát. Po pár dnech, jak píše Avicenna, bezdůvodně zašel (Komárek, 2005).

Změna v pohledu na léčení nastala až ve středověku, kdy církev hlásala striktní oddělení duše od těla. Descartův dualismus těla a duše pak už jen toto rozdělení filozoficky zakotvil (Tress, 2008). Přehnaný důraz na léčení těla na úkor duše se od těch dob jen prohluboval a s pokroky současné medicíny se ani není čemu divit. V 16. století se medicína díky možnosti studovat tělo při pitvách odebrala směrem detailní analýzy viditelného. Duši nikdo neviděl, proto nebylo možné ji zkoumat, a tak ztratila pro medicínu význam.

Pouze psychologie poukazovala na existenci duševna a potřebu neoddělovat tělo a duši, protože jsou neodmyslitelně spojeny. Termín psychosomatika se poprvé objevil v knize *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens* (Učebnice poruch duševního života) německého lékaře J. Heinrotha (1818) (Trapková, 2009). Koncepti lidského nevědomí jakožto hybatele mnohem více věcí, než se doposud zdálo, anticipovali také Arthur Schopenhauer, Friedrich Nietzsche a Carl Gustav Carus. Až Freudův model konverze psychických konfliktů v tělesné symptomy ukázal celému světu, že duše má při vzniku tělesných poruch velký význam. Freud sám se nejvíce zajímal o konverzi hysterických duševních symptomů do tělesných příznaků, avšak jeho učení mělo mnohem širší dopad.

Za vlastního zakladatele novodobé psychosomatiky je považován Alfred Adler (1870–1937) žák a spolupracovník Freuda. Přestože se s Freudem názorově rozešli, Adler se již před první světovou válkou zabýval problematikou moci a nemoci. Psal přímo o „řeči a dialektu orgánů“, jimž je třeba porozumět. Nemoc chápal z individuálního charakteru, osudu a z komunikačních obtíží, v rámci nichž se somatické fenomény mapují a vyjadřují (Komárek, 2005). Za zmínku stojí také Georg Groddeck (1866–1943), jehož Es (souhrnné označení pro všechny nevědomé procesy) má svou vlastní vůli nezávislou na vědomí. V této době se také díky Wilhelmu Reichovi ve Vídni a Ernstu Simmelovi v Berlíně začaly zakládat první psychosomatické kliniky a sanatoria (Trapková, 2009). Dalším průkopníkem, tentokrát na severu, byl Jacob von Uexküll (1864–1944), který spolu se svým synem dokazoval svou celoživotní prací, že má smysl přemýšlet o tělu i duši v kontextu. Nepřímý, a přesto značný vliv na psychosomatické uvažování měl také Carl Gustav Jung (1875–1961), který toto téma často zmiňoval ve svém díle.

Druhá světová válka však donutila svět soustředit se na jiné problémy. V Evropě byli nositeli psychoanalytických myšlenek převážně židovští lékaři. S Hitlerovými snahami o jejich vyhlazení byla zasazena velká rána psychosomatické medicíně. Od této chvíle o ní pomalu utichá diskuse (Trapková, 2009). Poválečná medicína těžila z vynálezů lepších zobrazovacích technologií i antibiotik a jiných farmak.

V roce 1950 Franz Alexander sepsal první novodobé celistvé dílo o dané problematice. Popisuje v něm tzv. sedmero psychosomatických onemocnění s (podle něj) specifickou psychodynamikou nemoci: peptický vřed, astma bronchiale, hypertenze, revmatická artritida, migréna, ulcerózní kolitida a neurodermatitis. Podle Alexandera určité tělesné poruchy vznikají jako následek specifického nevědomého psychického konfliktu spočívajícího v rozporu mezi dvěma potřebami nebo mezi potřebou a zákazem. Potřeby mohou být ve vzájemné opozici, jako například potřeba opory a zabezpečení a zároveň potřeba nezávislosti a samostatnosti. Nikdy není plně vyhověno oběma protikladům, a tak z blokování uspokojení touhy a neodváděného emocionálního napětí povstává chronická porucha vegetativní regulace (Tress, 2008). Dlouhodobá aktivace sympatického nervového systému, nevybouření agresivních impulsů pak může způsobit nahromadění katecholaminů v těle, a tím třeba postupné zvyšování krevního tlaku, které přeroste až v hypertenzi. Vše záleží na založení člověka, proto při stejném problému u jednoho vznikne revmatická artritida a u jiného migrenózní záchvaty. Naopak dlouhodobá aktivace parasympatického nervového systému, blokování pasivně regresivních tužeb, jako je potřeba bezpečí, může vést ke vředu na dvanácterníku, ulcerózní kolitidě

nebo astmatu. Tato Alexanderova myšlenka se označuje jako teorie specifičnosti, protože jsou podle ní určité choroby způsobeny specifickými konflikty. (Tress, 2008). Dnes je již překonána. (Tress, 2008). Alexander a s ním i jiní odborníci 50. a 60. let vycházeli ve svých závěrech z pozorování konkrétních pacientů, z tzv. case studies. Takto získané závěry velmi přispěly k rozšíření znalostí o psychosomatických chorobách, avšak nelze je zevšeobecňovat. Proto není divu, že v 70. letech došlo k významnému odklonu od case studies směrem ke skupinovému pozorování a exaktnějšímu testování. (Keefe, 2002).

Kapitulu vzniku psychosomatiky jako důležitého oboru uzavřela v roce 1977 Světová zdravotnická organizace, když vyřadila psychosomatická onemocnění ze seznamu nemocí s odůvodněním, že se psychické faktory podílejí na naprosté většině onemocnění, a proto je tato kategorie nadbytečná (Trapková, 2009). To je samozřejmě pravda, ale přesto je nutné si uvědomit, že na jistých tělesných potížích má psychika mnohem větší podíl než na jiných, nelze například srovnávat migrénu s tuberkulózou. V praxi však toto vyškrtnutí znamenalo myšlenkový odklon od této tematiky v širokém okruhu lékařů (Trapková, 2009).

Myšlenka psychosomatického pojetí nemoci naštěstí nezmizela a v moderní době nachází stále více příznivců. Snaha o popularizaci této myšlenky však přináší také negativa, jak bylo vidět koncem 70. let 20. století v USA, kde vyšla řada polovědeckých prací s radami, co dělat, aby člověk neonemocněl, s tím, že za své zdraví si každý může sám a jen sám. Vlivem této literatury pak docházelo k tomu, že lidé začali mít pocit, že za své zdraví opravdu mohou jen oni sami. Vzniklo hnutí healthismus, které dělilo společnost na zdravé a nemocné (Tress, 2008). A propast mezi nimi se prohlubovala. Nemocní lidé se dle jejich teorie o sebe špatně starají, žijí nezdravě, a proto si za svůj stav mohou sami. Zdraví lidé jsou naopak dobří, protože o sebe správně pečují a své zdraví si zaslouží. Skutečnost, že zdraví a nemoc jsou ve velké míře ovlivněny také sociálními, kulturními a genetickými vlivy, byla ignorována (Morschitzky, 2007). Důkazy vědy mluví za vše, což lze doložit jednoduchým a všeobecně známým příkladem kuřáků. Kdo kouří, má velkou šanci onemocnět rakovinou plic, kdo nekouří, může také onemocnět rakovinou plic, sice s menší pravděpodobností, ale s o to horší prognózou. Myšlenka na dělení lidí na zdravé-dobré a nemocné-špatné se mezi lidmi stále udržuje. Naštěstí však převážil současný střízlivý pohled na psychosomatickou problematiku, kdy se psychosomatické odvětví snaží místo rozdělování nemocí a lidí raději spojit vnímání duše a těla ve vnímání jednoho celku, jehož součástí jsou na sobě navzájem závislé.

Po těžkých začátcích však psychosomatická problematika opět nabývá na významu. Například v sousedním Německu již běžně fungují kliniky psychosomatické medicíny (Trapková, 2009). Kurz psychosomatické medicíny musí dokonce absolvovat každý mladý lékař, který se atestuje na praktického lékaře. U nás prozatím situace tak nadějná není. Po počátečních nesmělých pokusech se však podařilo v Praze otevřít první Psychosomatickou kliniku. Klinika stále hlásí plný stav pacientů, což překvapuje všechny skeptiky a zároveň dává naději, že tento obor by se i v naší zemi mohl brzy rozšířit.

Shrneme-li historické pohledy na psychosomatickou problematiku, můžeme říci, že tématem propojení duše a těla se lidstvo zaobírá od pradávna. Samotná psychosomatická medicína však byla intenzivněji rozpracována až v průběhu první poloviny 20. století, kdy byla výrazně ovlivněna psychoanalytickými východisky a poznatky teorie stresu. Můžeme tedy říci, že vždy platilo a stále platí, že v situaci extrémní psychické a psychosociální zátěže může každý člověk tělesně onemocnět. Tytéž zátěžové faktory mohou vést u různých lidí k různým onemocněním, přičemž ale nejruznější stresové situace mohou způsobit stejnou nemoc a naopak. Někteří lidé onemocní spíše než jiní, protože nemají dostatečné strategie ke zdolávání potíží nebo protože žijí v méně příznivých životních podmínkách.

2.2 Psychosomatika

Pojem psychosomatika v sobě zahrnuje spojení těla (sóma) a duše (psýché).

V nejširším pojetí psychosomatiky je stav zdravého i nemocného člověka určen působením psychických, fyzických i vnějších faktorů. Mluvíme tedy o holistickém, celostním nebo biopsychosociálním pohledu na člověka. Na základě tohoto přístupu pak nahlížíme na všechny psychologické, biologické i sociální faktory jako na relevantní činitele u psychických a fyzických problémů jednotlivce, i když víme, že nemusejí hrát stejně velkou roli v patogenezi uvedených stavů, a tím ani v jejich řešení. Psychologické, biologické a sociální aspekty zdraví a nemoci se sebou navzájem souvisí a vzájemně se ovlivňují. Medicína, která toto pojetí chápe, je totožná se systémovým přístupem a je si vědoma kauzální etiologie nemoci (Baštecký, 1993).

Dnes již víme, že tělo a duše, fyzično a psychika, jsou propojeny. Slovo psychosomatika tedy vystihuje to, co známe z běžného života. Se svíráním žaludku před důležitou schůzkou či zkouškou nebo pocením v napjatých situacích se setkal snad každý. Proto je potřeba

informovat a poučit veřejnost, že způsob nazírání na problematiku psychosomatického onemocnění popsany v předchozí kapitole není jen zastaralý, ale i nemoudrý.

Mechanic (1966, podle Kebza, 2005) se zabýval charakteristickými rysy lidského chování při vzniku a rozvoji nemoci („illness behavior“). Ve své práci zdůraznil specifické rysy tohoto chování. Jsou jimi hodnocení příznaků, vyhledávání lékařské pomoci a očekávání opory ze strany blízkých (zejména rodiny). Toto chování je však nepřiměřené v případě, že příznaky nemoci chybí. Významným specifikem zmíněného chování jsou takzvané zisky („gains“). Jedná se o výhody nebo odměny plynoucí z onemocnění.

Psychosomatické onemocnění může být stejně omezující jako jakékoli jiné. A přesto pacienti po absolvování složitých testů a vyšetření po negativních výsledcích nepřiznají, že by příčina jejich obtíží mohla být jinde, a raději obcházejí další lékaře. Proč? Příčinou může být právě výše zmíněný zisk, protože ten získávají všichni tělesně trpící lidé. (Poněšický, 2002). Zisky z nemoci mohou být primární a sekundární.

Primární zisk byl zpočátku popisován pouze u neurotických pacientů, ale odtud byl později přenesen i do psychosomatiky. Jedná se o stav, kdy narůstající difúzní napětí v průběhu onemocnění odeznívá současně s manifestací prvních příznaků somatického onemocnění. Fyzická schránka tedy reaguje na stav psychiky a nemocnému se paradoxně uleví.

Sekundární zisky vyplývají z role nemocného jako takové. Tedy se mezi ně řadí sympatie okolí k nemocnému, zájem okolí o něj, větší tolerance k jeho chybám a také pracovní neschopnost, a tím příležitost k odpočinku.

Sama psychosomatická choroba ale jen upozorňuje na něco důležitého, co se v člověku odehrává. Upozorňuje pacienta i jeho okolí na situaci nebo pocit, kterému se nevědomky sám vyhýbá, anebo si tíží situace ani neuvědomuje. Není tak schopen ani ochoten se obrátit o pomoc k jiné osobě.

Jakákoli tělesná choroba od dramaticky působící psychogenní obrny až po velmi časté psychogenní pocení či pocit tělesného vyčerpání může být psychosomaticky podmíněná, na to je potřeba myslet (Morschitzky, 2007).

Budeme-li mluvit o úzkém pojetí psychosomatiky, nesmíme zapomenout zmínit nemoci, na jejichž vzniku se nápadně podílejí psychosociální faktory, především chronická zátěž. Hovoříme o takzvaných klasických psychosomatických chorobách. Dnes je nazýváme civilizační choroby, nemoci ze stresu (Křivohlavý, 1994) nebo choroby související se způsobem života (Šolcová, 1996).

Mezi ně se řadí choroby štítné žlázy, zejména její zvýšená činnost, bronchiální astma, kde hraje roli přirozená náchylnost k alergiím spolu s psychikou člověka, srdeční potíže od poruch rytmu přes infarktové stavy až po kolísání tlaku. Dále také zažívací obtíže od zácpy a průjmu přes pálení žáhy až k vředovým chorobám různých oddílů trávicí soustavy. Nesmíme zapomínat ani na kožní onemocnění, revmatické choroby, poruchy krevního oběhu, poruchy zpracování živin i příjmu potravin, bulimii a anorexii (Danzer, 2001; Poněšický 2002). Někdy také může dojít ke zhroucení celkové tělesné a duševní rovnováhy. V takovém případě klesá imunita a dotyčný je ohrožen vznikem infekcí různého druhu, stejně jako nádorovým bujením.

Statisticky nejčastějším problémem pacientů jsou však bolesti různých částí těla (Baštecký, 1993). Bolesti lokalizované okolo páteře jsou spojeny s napětím svalů při stresu, stejně jako bolesti v jiných částech těla. Tyto psychosomatické obtíže spojené s psychofyzickým napětím, způsobeným obavami, úzkostí, jak tu či onu životní situaci vyřešit, vedou často k poruchám spánku. Toto vše má pak za důsledek snížení tělesné pohody a pracovní výkonnosti. Jak jsem již naznačila, většina těchto poruch není léčena kauzálně, tedy některou z psychologických metod, ale symptomaticky, tedy konzumací léků. Situace je srovnatelná například s tím, že člověka se zlomenou nohou budeme léčit léky proti bolesti, aby ho zlomenina příliš neomezovala. To, zda kost sroste bez pomoci sama, či ne, už bude záležet na samotném těle pacienta. Není tedy divu, že například v Německu či v USA je spotřeba léků proti úzkostem a napětí (anxiolytik), léků proti bolestem a proti nespavosti větší než v celém světě a, samozřejmě, vyšší než spotřeba všech ostatních léků dohromady (Poněšický, 2002).

2.3 Zdraví, nemoc a reakce těla na zátěž

2.3.1 Zdraví

Současnou nejvíce přijímanou a citovanou definicí je oficiální prohlášení Světové zdravotnické organizace (WHO). WHO zdraví definuje jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Tedy zdraví je více než jen pouhá nepřítomnost nemoci nebo slabosti (Kebza, 2005). WHO považuje zdraví za žádoucí, motivující a přitom přirozený stav, který zahrnuje více dimenzí. Tato definice se svou jednoduchostí a srozumitelností stala představitelnou a přijatelnou pro širokou veřejnost celého světa (Kebza, 2005).

Definice však vyvolávala vždy i otázky a pochybnosti. Zdraví je v ní chápáno jako jakýsi ideální, stěží dosažitelný stav. Navíc zdraví je touto definicí vymezováno příliš obecně a v tomto smyslu není možné jeho objektivní měření. Proto byly přijaty pozdější doplňky a konkretizace. K dalším výhradám patří i to, že definice nevymezuje jednoznačně pojem pohoda („well-being“), opomíjí spirituální a etické dimenze zdraví a nebere v úvahu případný rozpor mezi objektivním zdravotním stavem člověka a jeho subjektivním vnímáním tohoto stavu. (Křivohlavý, 2002)

Našla jsem definici, která kritice vyhovuje lépe. Zdraví je zde definováno jako rovnováha duševního, fyzického, sociálního, spirituálního a etického rozměru (Janečková, 2008). Propojenost tělesna a duševna je vlivem mnohaletého úsilí behaviorální medicíny a psychosomatiky již bez výhrad uznávána, často se však podceňuje sociální dimenze. Zahrnout do definice i rovinu spirituální a etickou je netradiční, ale budoucnost k tomu pravděpodobně směřuje.

Ze statistik vyplývá, že rozhodující vliv na zdravotní stav člověka má životní styl, a to asi z 50–60 %. Dalšími faktory jsou dostupnost zdravotní péče (15 %), životní prostředí a sociální vlivy (15–20 %), a genetické predispozice organismu (10–15 %). (Kebza, 2005).

2.3.2 Nemoc

Nemocí chápeme poruchu rovnováhy výše zmíněných faktorů způsobenou vnějšími nebo vnitřními faktory, tedy narušením stavu úplné pohody. (Kebza, 2005). Mimo vymezení nemoci uvedeným kontinuem zdraví a nemoci se často objevují zmínky o symptomech, příčinách a důsledcích nemoci, které její prožití přináší (Kebza, 2005).

Situaci komplikuje fakt, že hranice mezi zdravím a nemocí nejsou přesně definovatelné. Někdy chybí objektivní nálezy nemoci, ale člověk se subjektivně cítí nemocen, jindy se naopak člověk cítí zdravý, a přitom je objektivně nemocen. (Kebza, 2005).

2.3.3 Reakce těla na zátěž

Úzkost je komplexní reakce těla na ohrožení. Není to jen afekt, jak je běžně vnímána, ale celý komplex pochodů. Bušení u srdce, zrychlený puls, zvýšený tlak, tělesné napětí, to vše jsou příznaky úzkosti (Dušek, 2010). Bojíme se, že danou situaci nezvládneme nebo ji nezvládneme způsobem, jaký by odpovídal našemu sebepojetí, které je tímto

ohroženo. Proto lidé často místo pokusu o adekvátní reakci raději celou reakci potlačí, aby nepřišli o svůj sebeobraz.

Je potřeba rozlišovat mezi situacemi, kdy se člověk chce nějakému konfliktu vyhnout a kdy mu chybí příslušná reakce (Poněšický, 2002). V prvním případě dochází nejprve k úzkosti a teprve po určité době, kdy člověk na situaci nereaguje, cítí se bezmocný a zoufalý, se vyvine psychosomatické onemocnění. Ve druhém případě vyvolá emočně neznámá situace v člověku pouze tělesné napětí a tělesnou reakci bez psychického konfliktu spojeného s úzkostí. V obou případech však na okolnosti reaguje tělo. Lze tedy říci, že na každou situaci vědomě či nevědomě reagujeme. Tělesné reakce poukazují na situace, které bychom raději nevnímali nebo na ně nereagovali. V každém případě je tělesná reakce podstatná a přirozená součást našeho života. Často také bývá přirozenější než reakce psychická, kterou se leckdy snažíme něco zakrýt nebo získat a která je navíc silně ovlivněna výchovou a vlivy okolí.

Příkladem vyhnutí se konfliktu může být nemoc mé známé. Její široká rodina mezi sebou nemá příliš dobré vztahy, ale pro okolí se tváří spokojeně, a tak se i za cenu občasného zatnutí zubů či hádky scházejí na rodinných setkáních a oslavách. Má známá tyto sešlosti nemá ráda a nejraději by se jim vyhnula. To ale udělat nemůže, protože by zklamala rodiče i prarodiče. Již několik dní dopředu se tedy děsí toho, kdo se s kým pohádá, kdo ji urazí nebo kdo bude koho pomlouvat. Sama jako jedna z nejmladších členek rodiny nemá, co se společného setkávání týká, příliš velké slovo, a proto musí spolu s ostatními jen útrpně sedět a tuto událost nějakým způsobem přežít. V poslední době se u ní ze záhadných důvodů vždy den před rodinnou akcí objeví nečekaná infekce horních cest dýchacích spojená s vysokou horečkou. Mé známé není dobře, kašle, kýchá, točí se jí hlava z horečky, a tak vždy musí zůstat alespoň tři dny v posteli. Utrpení je to veliké, ale odměnou je jí to, že na rodinnou oslavu v tomto stavu nemusí a je plně omluvena z jakýchkoli rodinných aktivit. Sama si to odmítá přiznat, ale její snížená imunita, kterou okamžitě následuje infekce, je reakcí jejího těla na zvýšené psychické vypětí. Psychicky se situaci poddala, tedy alespoň její tělo mluví za ni a zachraňuje ji. V tomto případě je to, se značným odstupem řečeno, výhodné řešení problému, které nikomu neubližuje. Problém pro ni ovšem nastal v okamžiku, kdy podobné pocity bezmoci začala zažívat na zkouškách. Nyní se jí stává, že jí její tělo „pomáhá“ i v období zkoušek. Je pro ni velmi těžké se na zkoušku připravit a přijít bez horečky a chrapotu. Její tělo, mluvící za psychiku, ji nyní ohrožuje v budoucím studiu. Záchranný mechanismus se vymknul z rukou.

V naší kultuře je možnost vyjádřit své city velmi redukována (Trapková, 2009). Srovnáme-li naši zemi například s Tureckem či Řeckem, zjistíme, že u nás jsou mnohem méně tolerovány projevy emocí. Radost, nadšení, překvapení a další kladné emoce jsou sice v omezené míře, ale přesto tolerovány. Smutek, zlost, agrese, výčitky a další záporné emoce nás naše výchova nutí nechat si pro sebe. Například pokud nám zemře někdo blízký, máme možnost nad ním chvíli smutně postát nebo krátce zaplakat. Za pár dní se však od nás očekává plné zotavení a návrat do původního života. Oproti tomu v již zmiňovaném Turecku či Řecku je možno nad smrtí blízkého hlasitě a rituálně naříkat a litovat se. Dokonce je možné mrtvému vyčítat, že nás opustil, a projevit tak smutek i zoufalství v plné síle. Díky tomuto dnes již ritualizovanému způsobu rozloučení se zemřelým mají dotyční lidé mnohem větší šanci prožít svou ztrátu a náležitě se rozloučit (Poněšický, 2002). V mnohem menší míře pak u nich hrozí to, že si nevyřešené konflikty se zemřelým a neprožité truchlení ponесou s sebou do dalšího života například ve formě nespecifických bolestí či úzkostí (Trapková, 2009).

Pokud srovnáme situaci pohlaví v našich zemích, ještě hůře z tohoto srovnání vycházejí muži. Jsou vychováni v tom, že musí být vždy silní, umět si poradit a neprojevovat emoce. Není tedy divu, že se s jejich sebepojetím nesrovnává možnost selhání v práci či rodině. S narůstajícím věkem nebo psychickou náročností situace se tak stále snaží vše zvládat bez selhání. To ovšem nelze a v určitém bodě, kdy je situace kritická a oni si stále nechtějí přiznat, že na ni nestačí, dojde k tomu, že tělo samo řekne dost (Morschitzky, 2007). Typickým příkladem jsou vrcholoví manažeři, kteří mívají v časném věku infarkt (Poněšický, 2002).

Dalším typickým projevem psychosomatického původu je zvýšený krevní tlak. Již dlouho je známo, že při cíleně vyvolané frustraci nebo stresu roste hodnota krevního tlaku. U osob, které mají možnost svou zlobu vyjádřit, pak hodnoty krevního tlaku rychle klesají, na rozdíl od osob, které možnost svou zlobu vyjádřit nemají. Krevní tlak překvapivě neklesá ani v případě, kdy svůj hněv nad nastalou situací projevíme vůči třetí osobě, tedy člověku bez viny (Poněšický, 2002). Bylo prokázáno, že chroničtí hypertonici ve srovnání se zdravými osobami jsou ve velmi malé míře schopni agresivních reakcí (Tepperwein, 1998). Naopak mají sklon k podřízenosti a sníženému sebevědomí. Někteří dokonce nejsou schopni rozlišit ve filmu normální chování lékaře od nemístně agresivního.

U lidí pracujících 10–12 hodin denně se objevuje náhlá, často jednostranná ztráta sluchu, spojená se šuměním či pískáním v uších. To jim prakticky znemožňuje nerušené vnímání

okolí, informací, a působí to jako jakýsi filtr (Poněšický, 2002). Tento stav můžeme chápat jako obranu proti nárokům okolí a přílišnému stresu, který z toho plyne.

V těchto případech nás z psychoterapeutického hlediska zajímá, zda dotyčný člověk nepocíťoval únavu a přílišné přetížení, ať už z důvodů zvýšené citlivosti, nebo zvýšené motivace, nebo tyto varovné signály ani nemá (Poněšický, 2002). V prvním případě je potřeba, aby se dotyčný konfrontoval se svou citlivostí a uvědomil si, kam až ho může dovést. Ve druhém případě musíme dotyčnému pomoci vytvořit něco nového. Případná absence vnitřních varovných signálů může být dokladem toho, že dotyčný nikdy nebyl veden k tomu, aby vnímal svoje nitro. Jistě si však vyvinul strategii zvládnutí tohoto deficitu. Může například usilovat o to, aby jeho život probíhal v ustálených kolejích, nebo získat partnera, který mu bude tento deficit vynahrazovat. Takovému člověku je tento stav potřeba neustále připomínat a obracet jeho pozornost na jeho vnitřní prožívání.

Lidová moudrost „kdo není dostatečně milován, nemůže mít rád sám sebe, a tím trpí jeho vztahy k druhým lidem“ stále platí. Zeptáme-li se psychosomatických pacientů, jaký mají vztah ke svému tělu a zda ho mají rádi, většinou se nám dostane rozpačité odpovědi (Poněšický, 2002). Lidé nejsou zvyklí takto uvažovat. Tělo je pro ně nástrojem, který slouží k tomu, abychom přežili a mohli pracovat. Málokdo se alespoň občas zamyslí nad tím, zda své tělo náhodou příliš nepřetěžuje nebo nezanedbává (Tepperwein, 1998). Odpovědi některých mladých lidí typu „odpočinu si až v hrobě“ to jen dokládají. Je smutné, že při současném životním tempu může být tento odpočinek velmi blízko.

Nejen vztah k sobě samému se projevuje na našem fyzicku. Do našeho těla se promítají také naše vztahy s okolím. Například srdce, dlouho tradované sídlo lásky, nás může zradit, pokud nás nutí se odloučit od milované osoby (Tepperwein, 1998). Pokud se k tomuto odloučení neumíme postavit čelem, nepokusíme se mu nějakým způsobem zabránit, či alespoň neprojevíme svoje emoce, může se stát, že se objeví nevysvětlitelné bolesti na hrudi, značící srdeční problémy (Morschitzky, 2007). Srdce také může upozorňovat na selhání našeho sebeobrazu. Není náhoda, že se poruchy rytmu, infarkty a jiné srdeční obtíže v dřívějších dobách objevovaly ve velké většině pouze u starších lidí. Dnes, v rychlé době zaměřené na cíl, se však objevuje ve stále mladších věkových kategoriích, obzvláště u lidí nadmíru aktivních a citlivých, kteří se často přepínají. V situaci, která je nad jejich síly, nebo si alespoň připadají, že ji nezvládnou, ať už je to v oblasti pracovní, či soukromé, se u nich objeví výše popsané srdeční problémy (Tepperwein, 1998). Často se to stává pracujícím mužům, kteří se stydí za svůj neúspěch, a onemocnění, byť vážné, je pro ně přijatelnější variantou než přiznání slabosti či věkem snížené výkonnosti. Nenaučili se sami

si v situacích selhání pomoci, nenaučili se svěřit jiným lidem, někomu důvěřovat (Poněšický, 2002). Jejich hrdost neunes, aby alespoň na chvíli byli těmi potřebnými oni. Tuto potřebu péče jim pak nahrazuje nemocnice, kam jsou pro své problémy nuceni docházet.

Ještě vážnější situace je pak v případě, kdy součástí psychodynamiky pacienta je i sebetrestání. V takovém případě pacienti kladou léčení odpor, aby podvědomě trpěli více (Poněšický, 2002).

Podobně jsou na tom lidé, kteří trpí z jakéhokoli důvodu špatným svědomím. Utrpení v nich vyvolává touhu po pokání. Tato potřeba je v našich zemích založených na křesťanské tradici velmi zakořeněná. Od pradávna, provedl-li člověk v našich zemích něco hříšného, musel se vykoupit něčím nepříjemným, ať už to byl půst, či dlouhá modlitba vkleče na kolenou (Danzner, 2001). Tuto tradici, ať jsme věřící, nebo ne, si s sebou neseme všichni. Kdo věří v Boha, může zajít do kostela, kde mu snad bude pomozeno. Kdo v Boha nevěří, musí se potrestat sám. Vinu můžeme cítit za mnoho věcí od těch pochopitelných, jako je lhaní, ublížení příteli či podvedení někoho, až po ty méně uchopitelné, jako je zrada sebe samého či pocit, že nežiji tak, jak bych měl. Ještě horší je situace v případě, kdy přijmeme vinu od vyšší autority, nejčastěji rodičů, kteří často svým dětem vyčítají i věci, na kterých nemusejí mít vůbec žádný podíl. Například rozvod rodičů, či dokonce narození dítěte, kterému pak rodiče dávají celý život najevo, že obtěžuje nebo zkažilo rodičům život (Trapková, 2009).

Vina a snaha o její vykoupení pak může vyústit až v sebepoškozování, kdy si lidé buď nevědomky okusují nehty či ve spánku trhají vlasy, nebo i vědomě, kdy se například řezou žiletkou. Pocit viny může skončit až sebevraždou. (Poněšický, 2004).

Snaha zpřehlednit problematiku a zařadit psychosomatické nemoci do kontextu vyústila v různá dělení do kategorií. V následujícím textu vycházím z dělení psychosomatických kategorií dle Tresse (2004).

2.3.3.1 Konverze – tělesný symptom jako symbolický výraz konfliktu

Konverzní symptomy vyjadřují tělesně vnitřní konflikty určitého člověka. Je nutné je číst jako symbolické sdělení pro okolí, jehož obsahu si sám pacient není vědom.

Například ochrnutí paže může symbolizovat chuť někoho praštit, psychogenní oslepnutí zase může vyjadřovat nechut něco vidět. Prání a afekty tak pacienti nevyjadřují slovy nebo gesty, ale řečí svého těla. Tento typ obtíží se týká především

motorického a senzorického aparátu. Může se také projevit jako porucha vědomí nebo porucha některého orgánu s připsanými atributy.

2.3.3.2 Afekt – tělesný symptom jako výraz ekvivalentu afektu v rámci konfliktní problematiky

Ekvivalent afektu je tělesný doprovodný jev silných afektů. Nejedná se tedy o vyjádření nevědomého impulsu, ale o doprovodnou reakci k afektu, kterou může pacient jako jedinou pocítit. Vědomé i nevědomé afekty se převádí na vegetativní napětí, které vede k fyziologickým dysfunkcím. Ty mohou mít za následek např. funkční onemocnění. Toto platí zejména pro pocity úzkosti, zloby, opovrhování, smutku a deprese.

2.3.3.3 Zátěž – tělesná symptomatika jako výraz nezralých afektů v rámci určité nespecifické zátěžové situace

Tuto skupinu pacientů můžeme považovat za psychosomaticky nemocnou v užším slova smyslu.

Jedná se o lidi, kteří se nadměrně kontrolují, jejich mimika a gesta jsou bez pohybu a strnulé. Vyznačují se také určitou strnulostí afektů. Jejich pocity se jeví nediferencovaně a difúzně, takže je možné určit pouze to, zda jsou příjemné, či nepříjemné. Oproti tomu myšlení těchto lidí je velmi konkrétní, drží se každodenních problémů, aniž by byly do vědomí začleněny emocionální obsahy.

Tělesné symptomy tedy není možno chápat jako symbolický výraz konfliktu. V tomto případě jsou tělesné symptomy způsobeny nedostatečnou schopností pacienta prožívat a vyjadřovat své emoce. Jsou tedy důsledkem trvalého vegetativního napětí.

2.3.3.4 Impulz – tělesná symptomatika jako výraz zamrzlých impulsu k jednání po zátěžové situaci

Silná vnější zatížení, která v průběhu života na člověka působí, jako je zloba nebo úzkost, mohou vést k trvalému napětí. Toto napětí i potlačené impulzy se mohou v těle dlouhodobě ukládat. Gesta a tělesné postoje takového člověka pak prozrazují mnohé o těchto formujících zkušenostech. Často se tak ukazují impulzy k jednání, které brzdí jiné protiimpulzy. Například napínání břišní stěny nebo zatínání zubů může poukazovat na skrytý hněv, který se daná

osoba ze strachu před studem nebo trestem bojí projevit. Agresivní bezmocnost se v těchto případech může projevovat jako sklopená hlava či nahrbená záda.

V důsledku těchto impulzů a protiimpulzů se mohou vyvinout bolestivá svalová ztuhnutí, ale také chronické degenerativní nebo zánětlivé procesy.

2.3.3.5 Trauma - tělesná symptomatika jako výraz traumatických životních zkušeností

Události nad rámec běžného prožívání, jejichž intenzita překračuje kapacitu zpracování daného jedince, neboli psychická traumata se překrývají s emocionálním zaplavením. Vše je spojeno s kognitivní zmateností, protože se událost nachází mimo rámec dosavadních představ. Ať už se jedná o válečný konflikt, znásilnění nebo přepadení, zůstává tato událost neintegrována jako cizí těleso ve vlastním prožívání jedince. Dochází tak k určitému odpojení funkčních oblastí mozku, které postiženému ztěžuje si událost uspořádat a mluvit o ní. Později tak i velmi jemné podněty připomínající onu událost spouští panické reakce a pocit zoufalství, jaký zakoušela daná osoba při traumatu. V tomto znovuoživení události jsou v mysli člověka vjemy, jako například bolest, prožívány ve stejné intenzitě jako poprvé. Tuto reakci není možné pochopit z hlediska současné situace, je vždy nutné myslet na tělesně uložené zkušenosti, které nemohly být sděleny a integrovány do života dané osoby.

2. 4 Původ psychosomatických obtíží

Připustíme-li existenci psychosomatických onemocnění, nabízí se otázka, co je původem psychosomatických obtíží.

2.4.1 Dětství, výchova

Dle křesťanské věrouky Ježíš kázal: „Miluj bližního svého jako sebe samého.“ Už tehdy, na začátku našeho letopotu, vědělo lidstvo, že vztah k sobě samému odráží vztahy k ostatním lidem. K naší osobnosti patří neodlučitelně naše tělesné já, kterým vnímáme sebe i své okolí, kterým okolí zkoumáme a reagujeme na něj.

Všechny roviny osobnosti souvisí s mezilidskými vztahy, ať už mluvíme o chování, myšlení, pocitech či motivech nebo zdravotním stavu (Faleide, 2010). Přitom se vždy jedná o choulostivou rovnováhu mezi autonomní diferenciací a mezi současným usilováním o vazby. V raném dětství získané interakční vzorce tak formují osobnost, která se snaží o soužití s důležitými vztahovými osobami pomocí interakčních zpětnovazebných smyček (Poněšický, 2004).

Když se soustředíme na dětství, musí nás napadnout, jak je možné, že se některé děti nenaučí reagovat na různé životní situace celostně. Zpočátku reagují všechny děti na své okolí pouze senzomotorickými reakcemi, tedy bez vnitřního zpracování. Nemají možnost některou z reakcí odložit, a tím něco vědomě sledovat (Tress, 2008). Toto stádium vývoje je charakteristické tím, že všechny objekty v okolí dítěte jsou vnímány pouze podle smyslových charakteristik, konkrétně. S osvojením jazyka se u dětí objevuje tzv. symbolické myšlení, kdy se děti učí plánovat a vědomě objekty kombinovat (Poněšický, 2004). Rozvíjí se představivost a svobodné chování. Na jedné straně dětská centrální nervová soustava dozrává, na druhé straně potřebuje pro svůj vývoj správné podněty z vnějšího prostředí.

Od narození je důležitý tělesný kontakt, který nám předává mnoho informací z okolí o nás. Když uměle oddělíme tělesno od duševna, oddělujeme tím svým způsobem tělo z komunikace s okolím, a tím jej přestáváme brát v úvahu (Morschitzky, 2007). Toto umělé rozdělení se nám vrátí v podobě onemocnění našeho těla. Například pokud ve výchově toto způsobili rodiče tím, že se nezajímali o dítě a jeho citový život, ale pouze o jeho známky a úspěchy, převezme dítě tento vztah k sobě samému a ponese si ho do dospělosti (Trapková, 2009). Tady pak hrozí, že se jeho vypěstované problémy s citovým vnímáním promítnou také do vztahů s partnerem a případnými potomky.

Poněkud složitější situace nastává v případě, kdy si dítě spojilo emoční kontakt s bolestivým stavem. Toto se stává jak dětem týraným, tak například dětem dlouhodobě nemocným, o které pozorně pečují (Poněšický, 2002). Je zvláštní, že dítě a budoucí dospělý pak sám bolestivé podněty vyhledává. Důvodem, jak bylo prokázáno na opicích, je to, že potřeba kontaktu patří mezi nejdůležitější. Bez kontaktu by mohlo dojít ke smrti jedince. Kontakt je tedy důležitý pro přežití, zatímco příjemný, láskyplný a bezbolestný vztah je až věcí druhotnou (Tress, 2004). Opice, kterým se nedostalo kontaktu, nejsou schopny reprodukce. Není tedy divu, že člověk vyhledává kontakt i za cenu bolesti. Tento vzorec se v dětství naučí, a proto i v dospělosti, kdy má možnost jít svou vlastní láskyplnou cestou, volí cestu ke kontaktu, kterou zná – bolest (Tepperwein, 1998). Pokud nemá možnost si tento kontakt zajistit, vzniká tendence si podobný stav sám navodit. Týrané děti později dobrovolně přecházejí do disharmonických vztahů, a pokud netrpí dostatečně, způsobují si bolest samy, aniž by si uvědomily, co je vlastně poznamenalo. Motivem pro znovuprožívání utrpení může být také snaha se se situací vypořádat. Takový člověk se snaží dostat zpět do původní situace a zvládnout ji dle svých představ s nadějí, že mu to pomůže získat kontrolu nad situací i nad svým životem. V takové

situaci si může s agresorem i vyměnit roli a stane se jím sám. Mnoho lidí věří, že tak uzavře bolestivou kapitolu svého života a posune se dál.

Bolest se tedy zabuduje do jejich psychodynamiky a její rovnováhy a umožňuje uspokojení tak důležitých lidských potřeb, jako je sebeúcta či mezilidská komunikace (Poněšický, 2004).

Člověk nemůže za své rodiče. Neovlivní to, jak byl vychováván, zda byl emočně traumatizován, či milován a zda byl veden k překonávání problémů a nepříjemností. V dospělosti je již většinou svého štěstí strůjce, a tak se může nad svým životem zamyslet, ale málokdo se dokáže vymanit z vlivu své výchovy. Je-li například s dítětem zacházeno s výrazně nepřátelskou kontrolou, například výčitky a obviňování, pak samo dítě bude v budoucnu přistupovat ke druhým lidem s trvale kritickým postojem (Poněšický, 2004). Tento jev se označuje jako identifikace. Navíc bude dítě kritiku přicházející od druhých lidí chápat, jako by přicházela od jeho vlastních kriticky odmítajících rodičů. Tento jev se označuje jako internalizace. Mimo tyto dva dobře popsané a zdokumentované jevy bude mít tentýž člověk sklon k sebeobviňování, a to ve velké míře. Výsledkem nedostatečné nebo ubližující rodinné péče bude tedy člověk, který je ze své podstaty nepřátelský k okolí, paranoidní, chronicky deprivovaný a nejistý (Tress, 2008). Takový člověk pak s největší pravděpodobností bude vykazovat také tělesné koreláty těchto postojů.

Narušené osoby se vyznačují abnormálním chováním při utváření vazeb (Trapková, 2010). Mohou být buď extrémně přilnaví a závislí na osobě, se kterou navázali vazbu, nebo naopak příliš distancovaní až nepřátelští. V horších případech mohou tyto narušené osoby rychle střídat tyto dva extrémní póly vazby, a tak jsou nevypočitatelní a jejich navázaný vztah je výrazně disharmonický (Poněšický, 2004).

Traumatické zážitky mohou vést k paralyzující úzkosti a k neschopnosti učení. Například trestá-li rodič jakékoli agresivní projevy dítěte, dojde k tomu, že se dítě nenaučí řetězci akce a reakce a nikdy si neuvědomí možnosti, jak s agresí zacházet, tedy tato schopnost dítěti chybí. Pokud matka své dítě příliš hýčká, dítě se překvapivě také nenaučí mnoho užitečných dovedností, protože to z jeho hlediska není nutné (Poněšický, 2002). Matka za něj vždy vše udělá a vyřeší. Krátce poté, co se dítě naučí mluvit, se snaží vše dělat samo; pokud mu to není umožněno, existuje riziko, že v budoucnu nebude samo schopné si najít cestu k uskutečnění svých přání. Ke správnému vývoji dítěte je tedy třeba přistupovat vyváženě. Na jedné straně musí být dítě všemožně podporováno a musí dostat co nejvíce podnětů, aby se mohlo správně vyvíjet, na straně druhé se musí naučit samostatnosti, a proto je mu potřeba postupně odepírat pomoc a nechat jej zažít si i malé neúspěchy. Pečující rodič, který zpočátku dělá za dítě vše, se později musí změnit ve spolehlivého partnera dítěte

(Trapková, 2010). Dítě tak postupně přebírá pečující chování a začleňuje jej do svého repertoáru. Tím se učí adekvátně reagovat na různé životní situace.

Každý člověk se naučí zvládat pouze určité situace, s nimiž se v životě již setkal. Důležitá je i forma zvládnutí, která musí odpovídat naší sebedědičce (Poněšický, 2002). Nelze tedy například být v představách statečným ochráncem práva a ve skutečnosti nezakročit při jeho porušení. V takovém případě se ze zjevného konfliktu mezi představou a realitou může vyvinout nezpracovaný komplex. Například se může stát, že si zanedbávané, zstrašované dítě, stejně jako dítě hýčkané, nikdy nevyvine strategii kladení odporu a prosazování vlastního názoru. Nenaučí se formou diskuze, případně hádky prosazovat názor s rizikem, že někdy prohraje a jindy zase okolí přesvědčí. V extrémních případech se může stát, že takovéto dítě své pocity dokonce nevyvine nebo potlačí natolik, že je v dospělosti nezná. Tyto emoce jsou však velmi důležité, a proto se tyto lidé často stávají závislými na někom, kdo tuto schopnost vyvinul. Oni sami pak v situaci, ve které neumí adekvátně reagovat, propadají úzkosti nebo za ně reaguje jejich tělo.

Pokud rodiče o některých věcech před dětmi nemluví nebo je špatně spojují, mohou si děti tento problém s sebou nést dále (Trapková, 2010). Například pokud matka tabuizuje agresivní projevy dítěte tím, že je dítě nesmí projevit, nebo je matka označuje jinak, než jak jim přísluší, např. jako netrpělivost, vede to k tomu, že i později dítě na podněty spojené s podobnými situacemi reaguje reflexivně, v původní tělesné formě. Neuvědomuje si, co se děje, protože v době, kdy si přirozeně mělo tyto situace osvojit, k tomu nedošlo.

V případě psychosomatické poruchy můžeme hovořit o kognitivním tělesném i emočním defektu v prožívání, a proto musí nastoupit tělesná reakce (Poněšický, 2004). Toto tělesné napětí sice není vždy přesně vnitřně zpracováno, ale alespoň tělo reaguje. Takovíto lidé mají zúžené prožívání, což může být i existenčně ohrožující, protože chybí schopnost vnímat určité situace a reagovat na ně. Pokud například chybí člověku cit pro takt, vnímání odstupu, může ohrozit svou profesionální pozici. Pokud mu chybí schopnost vnímat lásku, protože je spojena s traumatickým odmítnutím, může trpět jeho manželství, protože dotýcný láskyplné emoce dávno pohřbil. Pokud někdo není schopen vnímat agresivní situace u okolí ani sám u sebe, snadno se stane, že nevyhodnotí riziko, které mu hrozí, nebo naopak ubližuje, aniž by si toho byl vědom (Faleide, 2010). Místo toho vnímají tyto lidé pouze výslednou poruchu mezilidské komunikace. Takto vzniklé napětí může vyústit v psychosomatickou poruchu či zneužívání zklidňujících preparátů.

Ke zhroucení dosavadního vývoje může bohužel dojít i u do té doby dobře se vyvíjejících jedinců, a to po prožitém traumatu, jako jsou války či znásilnění (Poněšický, 2004). Takovýto zážitek může vést ke zhroucení současných schémat, protože to, co člověk prožil, se ani s jedním z nich neshoduje a bylo to doposud nepředstavitelné. Může tak dojít ke zhroucení sebeobrazu a lidé najednou dokáží udělat něco, čeho dříve nebyli schopní, nebo naopak v situacích, kdy by dříve byli schopní zareagovat, nyní nekladou odpor. Je také možné, že trauma bylo tak silné, že člověk je jakoby paralyzován, není schopen se hýbat ani se nijak situaci vyhnout, a může volat o pomoc dokonce i své trýznitele, v extrémní situaci může dojít k tzv. psychické smrti (Poněšický, 2004).

Vždy se nemusí jednat o strukturální defekty osobnosti, jaké jsem popsala. Dochází také k vyhnutí se psychické reakci, protože ohrožuje sebejistotu, sebepojetí, sebeobraz či sebeúctu konkrétního člověka. Tito lidé by byli schopní emočně i tělesně zareagovat, ale neudělají to, protože reakce by měla za následek úzkost či pocit viny. V těchto případech se dostáváme na půdu neuróz, protože již nejde o přímé tělesné reagování na určité situace pro nevytvořené emocionální schéma, ale jde o aktivní, i když nevědomé použití či zneužití svého těla k vyjádření nějakého psychického hnutí či problému. Neurotický člověk nechává své tělo, aby svým způsobem vyprávělo za něj (Danzer, 2001). Tyto příběhy, z vědomí vytěsňené situace, je většinou možné rekonstruovat z toho, co pacienta k příznakům napadá. Psychosomatický problém tedy může mít kořeny v útlém dětství dítěte, kdy se nenaučí všem potřebným dovednostem.

2.4.2 Sociální souvislosti

2.4.2.1 Rodina

Psychosomatické problémy mohou vznikat také jako součást rodinné tradice (Poněšický, 2004). V takových případech je pro členy rodiny typické, že při nemožnosti zvládnout nějaký problém je například rozbolí hlava. Tím se může momentálně postižený člen rodiny stáhnout do ústraní, kde si odpočine a získá soucit. Možná bude mít v klidu čas vymyslet řešení onoho problému, nebo ho, zatímco je dotčený indisponován, vyřeší někdo jiný.

Poněkud jiný způsob vzniku psychosomatického onemocnění v rodině ukazuje systemický model rodiny (Trapková, 2009). Rodina je zde chápána jako dynamický systém, kdy členové rodiny jsou na sobě navzájem závislí a všemožně se ovlivňují. Pokud je v rodině něco v nepořádku, promítá se problém do nejslabšího člena, který se nemůže efektivně bránit,

tedy dítěte (Trapková, 2009). Jeden terapeut rodinného směru mi kdysi řekl, že situaci v rodině a zdravotní stav dítěte může kromě systematické péče odborníka zlepšit domácí mazlíček, protože problémy rodiny se budou promítat do něj a ne do dítěte.

Dalším důvodem, proč si člověk přináší psychosomatický sklon řešení svých obtíží do budoucího života, je to, že se jej naučil v rodině. Například pokud se dítě nechce nebo nemůže přizpůsobit pro něj nevyhovujícím podmínkám v rodině, může mu nemoc pomoci získat to, co potřebuje. Ať už se jedná o kontakt s rodiči, jejich pozornost, lásku, nebo péči.

2.4.2.2 Společnost

Mimo rodinu působí na vyvíjející se dítě také společnost, která nás ovlivňuje více, než si myslíme. Společensky uznávané normy a pravidla jsou všudypřítomnými formovateli každého člověka.

Chlapci jsou vychováváni ke statečnosti, k tomu, aby nikdy neplakali a zvládli snášet s klidem jakékoli útrapy a bolest. Oproti tomu dívky sice plakat mohou, ale očekává se od nich mnohem střídlivější reaktivita, vysoká míra pochopení a malá impulzivnost (Poněšický, 2004). Podobně je tomu se sexualitou. Toto omezování a genderové stereotypy pak mohou u jedinců obou pohlaví vést k vývoji psychosomatických obtíží. Dívky například často potlačují svou impulzivitu, a s tím i sexualitu. Jedním z důsledků může být například mentální anorexie nebo bolesti hlavy.

2.4.2.3 Sociální opora nemocného

Jedním ze zisků, které má nemocný, je podpora jeho okolí. Není výjimkou, když nemoc nepřímo pomůže pacientovi k vyřešení problémů nebo mezilidských konfliktů. Mnoho autorů zaznamenalo jev, že dobrá kvalita sociální opory se projeví rychlejším uzdravením pacientů, nebo alespoň redukcí možných následků nemoci a snížením konzumace uklidňujících léků. Křivohlavý (1994) v textu o sociální opoře ve zdravotnickém prostředí zdůrazňuje nutnost terapeutické aliance ve smyslu úzkého osobního vztahu pacienta s lékařem. Tento klade do protikladu k ryze profesionálnímu, neosobnímu a neúčastnému vztahu. Důležitou roli hrají také sestry a další zdravotnický personál (Janečková, 2008). Obzvláště pro vážně nemocného pacienta je toto ve stresu vzpruhou a uklidňujícím faktorem. Nesmíme zapomenout ani na pozitivní vzor, člověka, který překonal stejnou nemoc, který působí také velmi pozitivně a povzbudivě.

Mimořádně důležitá je samozřejmě také role manželů, rodičů a dětí ve zlepšování zdravotního stavu nemocného (Křivohlavý, 1994, 2002).

2.4.3 Současnost

Pomineme-li svou minulost, která nám dala dispozice ke zvládání náročných situací, musíme si uvědomit, že konkrétní problémy, například bolest hlavy, nepocítujeme celý život bez přestávky.

Predispozice k určité reakci v nás musí něco oživit. Příčina tohoto oživení, aktivování nemoci, se snadno hledá mimo nás. Snadno se zbavíme odpovědnosti za svůj stav odvoláním se na nepříznivé okolnosti. Zevní faktory dokonce mají v našich očích větší vinu, protože my si často nejsme vědomi toho, že bychom se o sebe špatně starali nebo žili nezdravě. Takováto reakce organismu je přirozená pro zvládnutí nepříjemných, ohrožujících jevů. O to přirozenější je v situacích, kdy tušíme, že bychom mohli za současný stav také zodpovídat, nést vinu, nebo se dokonce stydět (Poněšický, 2002).

Z výzkumů vyplývá, že chronicky psychosomaticky nemocní lidé jsou ve srovnání se zdravou populací v mnohem menším měřítku na počátku onemocnění v partnerském nebo manželském vztahu. Patologie partnerských vztahů je u psychogenně nemocných pacientů mnohem vyhraněnější. (Tress, 2008) S ohledem na jejich sociální kompetence a nezralé formy duševního zpracování se sami dostávají do vztahových konfliktů, které vyvolávají jejich příznaky. Dá se tedy říci, že člověk neonemocní psychosomaticky proto, že jsou životní podmínky nepříznivé, ale proto, že je tak vnímá, zpracovává a reaguje na ně.

2.4.4 Salutogeneze

Probírala jsem zde faktory hrající roli ve vzniku psychosomatických onemocnění. Všechny tyto faktory jsou takzvaně negativní. Současná medicína, psychologie i jiné humanitní vědy se zaměřují převážně na negativní jevy, aby je mohly zkoumat a pomoci tak lidem se jich vyvarovat. V roce 1987 poukázal sociolog Aaron Antonovsky na tento trend. Vznosl požadavek, aby byly v podobné míře jako faktory negativní zkoumány i faktory pozitivní. Zajímalo ho, proč i v nepříznivých životních podmínkách neonemocní všichni. Proč některé zanedbávané děti vyrostou v plně funkční a bezproblémové dospělé, zatímco jiné děti ne.

Studium pozitivních faktorů bylo dlouho opomíjeno, nebo stálo alespoň na okraji zájmu. V současné době však získává stále více zastánců. Vždyť samotný vznik pozitivní psychologie je toho důkazem.

Podklad pro slibný prospektivní výzkum posledních let poskytla již prospektivní studie *Child-Guidance Study* (Macfarlane, 1939), kde byly formulovány protektivní faktory, které chrání děti před budoucím vznikem potíží. Ukázalo se, že odolnost, tedy kompetence, pochopení situace a přesvědčení, že v současné tíživé situaci můžeme podnikat vlastní kroky a nejsme pouze vláčení okolnostmi, jsou silnými protektivními faktory, stejně jako schopnost najít si sociální oporu a přijmout od ní pomoc.

V průběhu studií se ukázala také jiná zajímavá věc. Protektivní faktory se objevují pouze v přítomnosti rizik. Pokud dítěti nehrozí žádné riziko nebo nebezpečí, není potřeba protektivních faktorů (Danzer, 2001). Toto uvědomění znesnadňuje aplikaci poznatků do praxe, protože stírá preventivní charakter zjištění. Protektivní faktory tedy nelze použít celopopulačně, pouze v ohrožených skupinách dětí. Přesto je dobré je znát a zabývat se jimi. Nevíme, co dalšího ještě lze objevit.

Závěrem kapitoly Původ psychosomatických obtíží tedy můžeme říci, že za psychosomatické obtíže mohou v první řadě okolnosti, do kterých jsme se narodili. Důležité jsou naše genetické dispozice, rodiče a jejich výchovný styl, sourozenci i okolí a jeho vliv na dítě i celou rodinu. Tím, jak dospějeme, však přebíráme, laicky řečeno, osud do svých rukou. Pokud jsme v dětství nezískali ty správné kompetence nebo si něco špatně spojili, je již jen na nás podívat se pravdě do očí a pokusit se svou situaci řešit. Pokud na nás důvěryhodný doktor při vyšetření našeho problému neshledá nic patologického, měli bychom se zamyslet nad jinou než fyzickou příčinou našich obtíží. A zde přichází na řadu kvalifikovaná psychologická pomoc – terapie.

2.5 Lékař, nemocný a problém psychosomatiky

Lékař je odborník na rozpoznávání a léčení rozmanitých chorob. Sám o sobě je také velmi významným, ne-li nejvýznamnějším léčebným prostředkem (Honzák, 1999).

V našich zemích stále převládá tradiční asymetrické pojetí vztahu lékaře a pacienta. Lékař je pokládán za dominantního, nezištného a všemocného odborníka (Honzák, 1992). Tento model se označuje jako paternalistický, protože lékař díky svým znalostem a autoritě

ve vztahu jednoznačně dominuje. Mezi lékařem a pacientem tak není osobní vztah, protože se vše řídí pouze tím, co je potřeba udělat. Onemocnění je považováno za biologickou záležitost, a tak se pacient stává pouhým objektem péče (Honzák, 1992; Janečková, 2008).

Novější model vztahu lékaře a pacienta se opírá o psychologické poznatky a respektuje biopsychosociální model nemoci. Označuje se jako partnerský nebo také jako na pacienta orientovaný a pojímá nemoc jako chorobu celého člověka. Základem tohoto modelu je spolupráce mezi lékařem, zdravotnickým personálem, pacientem a jeho rodinou. Typickým prvkem je zde komunikace a zájem o pacientovu rodinu a jeho osobní život (Vymětal, 2003). Mluví se o terapeutické alianci nebo, dle Honzáka (1999), o spojení.

Naprostá většina lidí při tělesných obtížích vyhledá lékaře. Léčení tělesna a rozhovory o tělesných problémech jsou pro ně mnohem snazší než rozhovory o pocitech a emocích. Přitom statistiky dokazují, že psychickou poruchou trpí 40 % nemocných přicházejících k lékaři prvního kontaktu, ale k psychiatrovi se jich dostane jen 5–10 % (Tress, 2008). Dále se uvádí, že až 35 % osob hospitalizovaných na interních odděleních má psychosomatické obtíže (Tress, 2008). Tyto statistiky jsou zarážející a poukazují na to, že by se měla pozornost lékařů více zaměřit i na psychosociální anamnézu nemocného a následnou reakci na nová zjištění.

Je na místě pozastavit se nad tím, proč lidé nechtějí mluvit o svých psychosociálních problémech. Mezi laickou veřejností je velmi rozšířená poučka, že s řešením tělesných problémů pomáhá lékař, s psychickými si musí každý pomoci sám. Toto smýšlení nadělalo spoustu škody, vždyť rozmach psychologických a sociálních věd dokazuje, že tomu tak není. Lidé, kteří mají nějaký problém z oblasti psychosociální, si jej buď neuvědomují, nebo mu na vznik nemoci nepřikládají žádný význam. Pokud jsou negativními výsledky vyšetření a následným pohovorem s lékařem upozorněni na možnost psychosociálního podkladu choroby, velmi často se přijetí tohoto faktu brání. Obzvláště proto, že být fyzicky nemocný není ostuda.

Fyzicky nemocným lidem se promítají mnohé povinnosti a na druhou stranu se o ně okolí ve zvýšené míře stará a zajímá. Navíc za fyzickou chorobu si člověk sám nemůže; ať by při rakovině plic kouřil sebevíc, stejně mu okolí nebude nic vyčítat. Naopak psychickou chorobu nebo nesnáze vnímá okolí člověka a často i sám nemocný jako jeho osobní selhání. Pro takto nemocného většinou neexistují úlevy a místo zvýšené péče či pozornosti se ho lidé straní a odsuzují ho. Takový člověk se pak v očích okolí nevyléčí jen tak snadno a na rozdíl od choroby fyzické, kdy se po vyléčení stává opět plnohodnotným

členem společnosti, u choroby psychosociální ani po vyléčení nezaujme své původní postavení ve společnosti (Poněšický, 2002).

Není tedy divu, že se lidé brání označení své choroby jako psychosomatické. Omezené názory společnosti jsou v tomto směru stále silné.

Pod pojmem psychosomatika se skrývá nepřeborné množství psychogenních poruch, které jsou spojeny s předsudky. Pacienti jsou poté, co slyší o možné psychické příčině svého onemocnění, znejistěni, co to pro ně vlastně znamená. Nevědí, zda tato diagnóza znamená, že jsou blázni, kteří si problémy vymýšlejí, či že nejsou schopni zvládat běžné životní situace a problémy z nich plynoucí. Převážná část veřejnosti se na tyto pacienty dívá svrchu, snad aby se sama utvrdila v dojmu vlastní zdravoti. Neméně důležitým hlediskem jsou také finance. Lidé se neúplně orientují v systému zdravotní a psychologické péče. Z toho důvodu pak vznikají různá nedorozumění, kdy se třeba lékaři podaří pacienta přesvědčit, aby psychologickou pomoc vyhledal, on to však neudělá z obav z finanční zátěže a raději vyhledá jiného lékaře, který ho „zvládne vyléčit sám“. Shrňme-li všechna hlediska, není divu, že sami pacienti psychosomatickou diagnózu odmítají a raději vyhledají jiného lékaře, který provede další a další vyšetření a třeba jim diagnostikuje „skutečnou“ chorobu.

Lékař prvního kontaktu je prvním odborníkem, na kterého se nemocný člověk obrátí. Lékaři jsou vzdělaní lidé, a proto je nutné položit si otázku, jak je možné, že psychosomatickou medicínu nepraktikují všichni. Pokud budeme věřit průzkumům, které zjistily, že třetina lidí, kteří vyhledají praktického lékaře, trpí psychosomatickými obtížemi (Poněšický, 2002), bylo by přece naprosto přirozené chtít těmto lidem pomoci pro ně nejlepším a také nejlevnějším způsobem, rozhovorem o jejich problémech (Tress, 2008). V takovém případě by ale bylo nutné se zabývat pacientem daleko hlouběji. Místo krátkého pohovoru o charakteru jeho obtíží a indikaci příslušných vyšetření by lékař musel s pacientem opravdu mluvit o jeho potížích. Takovýto rozhovor by však zabral mnohonásobně více času. Lékaři u nás mají vždy plnou čekárnu, a proto se nechtějí (a vlastně to ani není možné) věnovat jednomu pacientovi déle než pár minut. Navíc většina našich lékařů není příliš vzdělána v psychologických vědách. Psychologická průprava, kterou absolvují v rámci svého studia, je méně než dostatečná, a proto ji lékař, člověk, který se s citlivou empatií nenarodil, za studií nezíská. Jejich obava pouštět se do neznáma pacientovy duše je tedy v podstatě pochopitelná. Proto není divu, že raději předepíší množství vyšetření, jejichž výsledky jsou jasné a dobře uchopitelné, než aby si s pacientem terapeuticky promluvili. Nesmíme zapomínat ani na fakt,

že z hlediska právního musí lékař nejdříve myslet na onemocnění těla a až po jejím vyloučení se může zabývat dalšími alternativami (Marková, 2007). Pokud by postupoval opačně a pacient skutečně trpěl tělesnou chorobou bez výrazné psychické souvislosti, byl by právně postižitelný pokutou, či dokonce zákazem činnosti.

Největším problémem však je, že pokud pacientovi po všemožných vyšetřeních s negativními výsledky doporučí lékař návštěvu psychologa nebo psychoterapeuta, se kterým si může popovídat, pacient často tuto alternativu odmítne a raději vyhledá jiného lékaře. Ten opět provede sérii vyšetření a celá situace se opakuje. Dle opakovaných průzkumů v Německu i USA chodí psychosomaticky nemocní v průměru 7 let od jednoho lékaře ke druhému, než jim někdo řekne o pravé podstatě jejich onemocnění nebo než jsou na tuto myšlenku pacienti ochotní přistoupit (Poněšický, 2002).

Proto je důležité, aby lékař pacientovi citlivě vysvětlil důvody odeslání k terapeutovi či psychologovi. Lékař musí citlivě vysvětlit, že o pacientovi nesmýšlí jako o bláznovi a že tento druh onemocnění nijak nesouvisí s pacientovou schopností žít plnohodnotný život a že mu rozhodně nehrozí pobyt v psychiatrické léčebně (Tress, 2008). Také je důležité, aby byl pacient informován o tom, co vlastně taková psychoterapie obnáší a co mu může přinést. Jen v takovémto případě, kdy lékař minimalizuje pacientovy obavy a vysvětlí mu vše potřebné, může dojít k tomu, že pacient opravdu vyhledá psychoterapeuta a bude chtít svůj problém řešit jinak než prášky (Poněšický, 2004).

Může se také stát, že při neprůkazných výsledcích lékař raději pacienta poslechne a chorobu mu diagnostikuje. Následná léčba pak mechanismem placebo může pacientovi krátkodobě pomoci. Spokojený pacient pak chválí dotyčného lékaře a o prvním, který ho poslal za psychologem, nesmýšlí hezky. Přitom efekt léčby bývá pouze krátkodobý, a tak se pacient místo vyléčení stává chronickým návštěvníkem ordinací a nemocnic (Tress, 2008).

2.6 Psychosomatická medicína

Tento směr klasické medicíny je považován za součást medicíny interpersonální. Lékař zde pohlíží na pacienta v souvislostech, z hlediska jeho kontaktů s okolím, obzvláště s rodinnými příslušníky (Baštecký, 1993). Do centra pozornosti se tak dostává souvislost tělesných problémů, které pacienta přivedou k lékaři, a jeho vnitřní či mezilidské problémy. Empirické výzkumy prokázaly, že se u pacientů často objevuje psychická či somatická symptomatika bezprostředně po subjektivně obtížné emocionální situaci nebo události. Například po smrti dlouholetého partnera je riziko úmrtí druhého z páru do jednoho roku

zvýšeno na dvoj- až desetinásobek v porovnání se stejně starou věkovou skupinou (Helsing, 1981). Tato smrt je většinou způsobena akutní koronární příhodou, jako je například infarkt. Podobně je tomu v prvním roce odchodu do důchodu, kdy je úmrtnost mužů statisticky nejvyšší, bráno v celoživotním měřítku. V tomto případě však není v popředí žádná konkrétní příčina. Příčinou smrti může být cokoli od úrazů a různých infekcí přes kardiovaskulární onemocnění či karcinom až po psychickou chorobu zakončenou úspěšnou sebevraždou.

I medicína tedy chápe, že psychický stav jedince má velký vliv na jeho zdraví. Dokladem toho jsou nejen výše popsané zvýšené pravděpodobnosti úmrtí po určitých životních meznících jedince, ale také to, že dnes již medicína uznává psychický podíl na tělesných obtížích pacienta. Uznává ho do takové míry, že vznikla samostatná disciplína, prozatím nikoli atestační obor, psychosomatická medicína (Baštecký, 1993). Lékař může v tomto oboru projít školením a získat certifikát. Bohužel zatím ne všichni lékaři uznávají psychosomatickou problematiku jako takovou. Například naprostá většina lékařů chápe, že bude-li pacient pozitivně naladěný a v příjemném prostředí, tak se uzdraví snáze než pacient ve stresu. Stále malé množství lékařů si však uvědomuje, že vztah těla a psychiky funguje i obráceně. Kurzy psychosomatické medicíny by mohly toto pochopení rozšířit mezi větší počet lékařů, a tak chápání psychosomaticky nemocných zlepšit (Honzák, 2006).

Psychogenní onemocnění mají velmi rozmanitý klinický obraz. Medicína však potřebuje kategorizovat, a proto pro potřeby psychosomatických lékařů byly vytvořeny tři kategorie psychogenních onemocnění dle převažujícího projevu (Baštecký, 1993).

2.6.1 Psychogenní onemocnění s převažující tělesnou symptomatikou

Do této kategorie patří psychosomatická onemocnění v užším slova smyslu, jako je astma bronchiale, peptické vředy, ulcerózní kolitida, esenciální hypertonie, atopický ekzém a mnoho dalších. U pacientů trpících těmito obtížemi vede k trvalému vegetativnímu napětí způsob, jakým zpracovávají konflikty. Následkem toho jsou organická postižení.

Do této skupiny se řadí také funkční symptomy, do kterých se odrážejí duševní konflikty a které se formují do syndromů. Patří sem funkční onemocnění krevního oběhu, dýchacích cest, zažívacího traktu a také vylučovací a pohlavní soustavy, které se mohou jevit také jako poruchy spánku nebo sexuální dysfunkce.

Posledními zástupci této skupiny jsou pacienti s konverzními neurózami. Setkáváme se u nich především se skeletálními problémy nebo s problémy se smyslovými orgány, které se mohou

projevovat jako psychogenní hluchota, slepota, parestézie nebo paréza (Baštecký, 1993). Tyto příznaky lze brát symbolicky jako například touhu už nic neslyšet. Nikdy se zde nevyskytuje primární onemocnění orgánů.

2.6.2 Psychogenní onemocnění s převažující psychickou symptomatikou

Do této kategorie patří především pacienti s psychoneurózami, jako jsou neurotické deprese, některé formy fobií a úzkostných neuróz, nutkavé neurózy, ale také hysterie. Projevem jsou zde depresivní rozlady, úzkost, nutkavé impulzy i jednání a další jevy (Dušek, 2010).

Patří sem také pacienti s těžkými formami úzkostných onemocnění, hypochondrickými symptomy a depersonalizačně-derealizačními fenomény.

Převážně psychickou symptomatiku, pro kterou jsou řazeni do této kategorie, vykazují také pacienti s takzvanými sekundárními psychosomatickými poruchami. Tyto poruchy vznikají na podkladě organických onemocnění, jako například deprese u onkologických pacientů nebo úzkostná onemocnění u dialyzovaných (Baštecký, 1993).

2.6.3 Pacienti s poruchami převážně v sociálně-komunikační interpersonální oblasti a s poruchami chování.

Hysterická, narcistická a mnohé další poruchy osobnosti jsou poruchy, které nevedou k subjektivnímu pocitu strádání ani k žádné neurotické symptomatice a řadí se mezi charakterové neurózy. Takto postižení lidé vykazují narušení mezilidských vztahů. Tito lidé si svou neurózu neuvědomují, a proto není s podivem, že ze statistik vyplývá, že odborníka vyhledá se svým problémem spíše partner těchto neurotických osobností než oni sami (Baštecký, 1993).

Do této skupiny patří také lidé závislí, sociopati a delikventi, kteří nejsou schopni anticipovat důsledky svého chování, a často tak ztroskotávají jak v osobním, tak pracovním životě. Sami o sobě netrpí žádnými specifickými symptomy, ale spíše následky, které z nich vyplývají, jako jsou rozvody, dluhy, nezaměstnanost...

Psychosomaticky orientovaný lékař je tedy trénován k odhalení psychické příčiny problému a měl by mít také dostatek kompetencí k citlivému sdělení tohoto objevu konkrétnímu pacientovi (Tress, 2008). Může také provést základní rozhovor a rozbor problému, ale jen ve velmi omezené míře, přece jen pacienti s psychosomatickým onemocněním potřebují citlivou, dlouhodobou a pro lékaře časově náročnou péči.

Proto by měli být takto diagnostikovaní pacienti odesláni na psychoterapii, která má největší šanci jim pomoci.

2.7 Psychosomatika očima psychiatra

Psychiatrie se začala psychosomatickými poruchami zabývat přibližně v polovině 19. století. Zjišťoval se přesun neurotických obtíží na orgány (Baštecký, 1993). Sigmund Freud hovořil o reakci transformace, přesunu či přeměně emočního náboje do somatické oblasti. U nás se jako jeden z prvních věnoval této problematice Otakar Janota, profesor psychiatrie a neurologie z Nemocnice Na Bulovce v Praze. Popisoval, jak dlouhodobé nebo opakované působení intenzivních emočních podnětů jako je strach, smutek nebo úzkost může narušit psychickou rovnováhu a dát tak vznik orgánovým poruchám.

Psychiatrie jako obor stojí na pomezí mezi medicínou a psychologií. Stejně jako lékaři mohou předepisovat léky a podobně jako psychologové by měli umět s pacientem hovořit. V naší nemocnici například všichni psychiatři povinně absolvují psychoterapeutický výcvik, aby se jejich z lékařské fakulty nepřiliš rozvinutá schopnost komunikace vylepšila a oni se naučili pomáhat nejen léky, ale i rozhovorem.

Nyní si dovoluji sem zapsat rozdělení psychosomatických nemocí dle MKN-10 klasifikace, která je závazná pro lékaře všech oborů. Psychosomatická onemocnění jsou označována jako somatoformní poruchy.

2.7.1 Somatoformní poruchy (F 45)

Do této kategorie se řadí všechny poruchy, kde pacient opakovaně uvádí somatické příznaky a dožaduje se jejich vyšetření i přesto, že již byl několikrát ujištěn o negativním nálezu. Začátek těchto potíží lze vysledovat v závislosti na nepříjemných životních událostech, konfliktech nebo obtížích. Pacient vždy odmítá uznat, že by příčinou jeho obtíží byly jeho psychické problémy, a to i tehdy, když jsou přítomny zřejmé depresivní a úzkostné symptomy. (Dušek, 2010)

Často zde bývá zřejmá spojitost se snahou postižených získat pozornost, a to obzvlášť v případech, kdy se jim nedaří přesvědčit lékaře o původu svých potíží. Stejně jako hypochondričtí pacienti vyžadují stále a opakovaně další a další vyšetření, a proto je těžké je od sebe odlišit.

Somatizace je proces, kdy se do orgánů či celých orgánových soustav projikuje úzkost (Tress, 2008). Psychiatrie zná analogické mechanismy například z konverzní hysterické poruchy. Prozatím není plně objasněn přechod změn funkčních do změn organických, ale je jasné, že vždy jde zpočátku o změny reverzibilní, které později přecházejí do ireverzibilních změn postižených orgánů. Příčiny poruch jsou často připisovány osobnostnímu profilu, zejména obsedantním a anxiózním rysům nebo potlačované agresivitě a pedanterii (Dušek, 2010).

Při popisu somatoformních poruch vznikl také termín alexitymie, zavedený P. E. Sifneosem v roce 1973, který označuje neschopnost vyjadřovat emoce a obsahovou chudost fantazijního života spojenou s preferencí konkrétního myšlení. Tento způsob prožívání a chování je naučený, a proto jeho řešení spočívá s přerušení vazeb na dřívější vztahy.

2.7.2 Somatizační porucha (F 45.0)

Příznakem této poruchy jsou četné, opakované a proměnlivé symptomy, které pacient prožíval již několik let před první návštěvou psychiatra (Dušek, 2010). Pacienti jsou opakovaně somaticky vyšetřováni a léčeni bez většího nálezu či úspěchu. Symptomy se mohou projevovat na kterékoli části těla a pocházejí alespoň ze dvou orgánových soustav. Tyto problémy jsou pak většinou doprovázeny úzkostí nebo depresí (Puca, 1999). Potíže mají chronický průběh a jsou spojeny s narušením vztahů pacienta v sociální, interpersonální nebo rodinné sféře. Častěji se vyskytuje u žen a začíná v období dospívání. V anamnéze této poruchy se nachází různé stresory a závažné životní události.

Aby mohla být diagnostikována tato porucha, musí pacient splňovat následující kritéria (Dušek, 2010):

- Mnohočetné proměnlivé symptomy bez náležitého somatického vysvětlení u něj přetrvávají alespoň dva roky.
- Pacient odmítá přijmout ujištění, že jeho problémy nemají somatický podklad.
- Sociální a rodinné fungování pacienta se zhoršuje a lze ho připsat charakteru symptomů.
- Pacient musí udávat alespoň šest příznaků ze dvou níže popsaných skupin:
 - o Gastrointestinální příznaky – průjemy, zvracení, nauzea, plynatost, bolesti břicha, ...
 - o Kardiovaskulární příznaky – bolesti na hrudi, dušnost.
 - o Urogenitální příznaky – nepříjemné pocity v genitáliích, dysurie, polyurie, vaginální výtoky, menstruační potíže, sexuální potíže, ...

K pacientům s touto chorobou je potřeba přistupovat citlivě psychologicky a doporučit jim psychoterapii, zejména kognitivně behaviorální a psychofarmakoterapii, zejména antidepresiva a anxiolytika (Dušek, 2010).

2.7.3 Nediferencovaná somatizační porucha (F 45.1)

Tato porucha je velmi podobná předchozí s tím rozdílem, že příznaky jsou mnohotvárnější a ne tak výrazné. U pacientů s touto chorobou se nemusejí projevovat narušené interpersonální vztahy.

Než je diagnostikována porucha F 45.0 nebo F 45.1, je vždy nutné diferenciatně diagnosticky vyloučit somatické onemocnění, afektivní poruchy, hypochondrickou poruchu, schizofrenii a organické poruchy (Dušek, 2010).

2.7.4 Hypochondrická porucha (F 45.2)

Pacienti s touto poruchou se neustále zabývají myšlenkou na to, že mají vážnou chorobu. Často se soustředí na jeden orgán nebo orgánovou soustavu. Je výjimečné, aby obtíže měnily svou lokalizaci a orgánovou soustavu. Pacienta je nemožné přesvědčit, že není somaticky nemocen. Často se domnívá, že nebyla použita všechna vyšetření, jaká použít lze, že došlo k chybě ve výsledku, nebo dokonce že potřebná diagnostická metoda ještě nebyla vyvinuta.

U těchto pacientů se často vyskytují také projevy depresivní a úzkostné symptomatiky, které jsou nakonec důvodem návštěvy psychiatra. Pacient je přesvědčen, že vážnou chorobou již trpí, a proto se velmi pozorně sleduje a zaznamenává si jakékoli odchylky od normy, hledá si o chorobě informace. Nové příznaky, které si o své chorobě přečte, začne brzy pozorovat na sobě (Dušek, 2010). Nejčastějšími objekty hypochondrických pozorování jsou krevní tlak, puls a projevy trávicího a urogenitálního traktu.

Do této skupiny onemocnění patří také dysmorfofobie, kdy se pacient zaměří na předpokládanou deformitu nebo zohyzdění, kterou se snaží zakrýt a co nejdříve odstranit plastickou operací, cvičením či farmaky.

Aby mohla být diagnostikována tato porucha, musí pacient splňovat následující kritéria:

- Pacient musí být trvale přesvědčen o alespoň šest měsíců trvající přítomnosti jednoho nebo maximálně dvou závažných nemocí či poruch.
- Nezávisle na počtu informujících lékařů odmítá pacient přijmout vysvětlení, že žádnou tělesnou chorobou netrpí.

Stejně jako u předchozích skupin je třeba před stanovením diagnózy vyloučit somatické onemocnění.

Léčba této poruchy je obtížná. Nejčastěji se volí kombinace kognitivně behaviorální psychoterapie a antidepresiv nebo anxiolytik.

2.7.5 Somatoformní vegetativní dysfunkce (F 45.3)

Vegetativní projevy v závislosti na emocionálním stavu člověka jsou normálním jevem, například když jsme nervózní, potíme se. Až přetrvávající potíže bez zjevné příčiny můžeme zařadit do této kategorie. Nejčastěji se tato porucha projevuje kardiovaskulárními příznaky, takzvanou srdeční neurózou. Může se však projevovat i jako obtíže respirační, například kašel nebo hypoventilace, nebo jako obtíže gastrointestinálního traktu, jako je dyspepsie, plynatost či škytavka, anebo také jako urogenitální obtíže.

Tyto příznaky se dělí do dvou typů. Prvním typem jsou takové příznaky, jaké odpovídají dráždění vegetativního systému: palpitace, pocení, červenání, třes. Druhým typem příznaků jsou příznaky subjektivní a nespecifické: prchavé bolesti, pálení, svírání apod.

U některých pacientů je zřejmé spojení mezi obtížemi a stresem, u jiných nikoli.

Aby mohla být diagnostikována tato porucha, musí pacient splňovat následující kritéria:

- Trvale obtěžující projevy vegetativní aktivace, jako jsou palpitace, pocení, třes, červenání.
- Pacientovy subjektivní příznaky se vztahují k jednomu orgánu či systému.
- Pacient má obavu z onemocnění postiženého orgánu.
- Somatická porucha nebo postižení nebylo prokázáno žádnou vyšetřovací metodou.
- Pacientem prezentované symptomy jako by byly vyvolány tělesnou poruchou orgánu nebo systému, který je celý nebo z velké části vegetativně inervován.

Diferenciální diagnostika i terapie je u této poruchy obdobná jako u předchozích poruch.

2.7.6 Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F 45.4)

Pacient si stále stěžuje na přetrvávající těžkou bolest, která není somaticky vysvětlitelná a vyskytuje se v souvislosti s emočními konflikty nebo psychosociálními problémy.

Diferenciální diagnostika i terapie je u této poruchy obdobná jako u předchozích poruch.

2.7.7 Jiné somatoformní poruchy (F 45.8)

Pacienti s touto poruchou netrpí vegetativními problémy. Jejich symptomy se omezují na určité systémy nebo části těla. Patří sem například dysfagie, psychogenní svědění nebo dysmenorea.

Diferenciální diagnostika i terapie je u této poruchy obdobná jako u předchozích poruch.

2.8 Psychoterapie

První návštěva u odborníka přes psychiku bývá pro klienta těžká. Mezi veřejností kolují různé zkažky o tom, čeho všeho jsou psychologové a psychoterapeuti schopní. Přirozená obava lidí z narušení soukromí jejich myšlenek a vnitřních obran vede k tomu, že kdokoli jen trochu trénovaný v oblasti psychiky okamžitě působí nebezpečně. Lidé mají podezření, že psychologové znají triky, jakými vymámí z lidí i ta největší tajemství proti jejich vůli, nebo se dokonce obávají, že jimi bude terapeut proti jejich vůli manipulovat, jako to viděli ve filmech. Tyto představy bohužel nelze ze společnosti vymýt, a proto klient psychologického pracoviště vždy jaksi „riskuje“, než se při společné práci s terapeutem přesvědčí, že nebezpečí nehrozí (Poněšický, 2002).

Klienty, kteří navštěvují psychologické pracoviště, ať už pro psychosomatické onemocnění, nebo jiný problém, čekají velmi podobné rozhovory a následná terapie zaměřená na řešení jejich problému. Vždyť psychosomatické onemocnění je jen jiným příznakem psychického konfliktu. Dalo by se tedy říci, že není rozdíl v klientech s psychosomatickou symptomatikou a bez ní. Ale tak tomu není. Klient s psychosomatickým onemocněním se může kdykoli vrátit k somatickému lékaři a nechat se léčit symptomaticky. Pravda, často s minimálním účinkem, ale přesto téměř bez práce, tedy alespoň pro klienta. Je tedy potřeba tyto lidi předem poučit, že psychoterapie je řešení jejich obtíží, ale bude trvat delší dobu a budou se do něj muset aktivně zapojit. Toto vše musí klient nejdříve akceptovat a až poté má smysl vyhledat terapeuta (Tress, 2008).

Berme tedy klienta, který je řádně poučen a ochoten spolupracovat s terapeutem na svém ozdravném procesu. Při rozhovorech o celém životě klienta, aby si psychoterapeut mohl udělat představu o kontextu klientova problému, se často narazí na zážitky, které klient potlačoval, nebo se mu dokonce téměř podařilo je vytěsnit. V takovém případě na sebe zhoršení klientových obtíží nedá dlouho čekat. I přes subjektivně zhoršený klientův stav je nález takovéto vzpomínky dobrým znamením. Svědčí o tom, že spolupracuje i klientovo podvědomí, které nabízí zážitky související s jeho obtížemi (Poněšický, 2004). Přesto se terapeut dostává do těžké situace. Terapeut ví, že zhoršení klientova stavu jde ruku v ruce s novým zpracováním traumatických situací, které povede ke zlepšení. Musí to však klientovi také dostatečně vysvětlit, aby situaci pochopil a akceptoval ji jako svůj ozdravný proces (Baštecký, 1993).

Terapeut musí také v rámci terapie klientovi nastavit zrcadlo, aby mu ukázal, jak v situacích, kdy by měl reagovat, nic nečiní a svoje pocity dusí, nebo dokonce umrtvuje v sobě.

Tato celkově pro klienta obtížná situace je ulehčena tím, že má k terapeutovi navázán pozitivní vztah. Terapeut je mu nablízku a má pro něj pochopení, klient pak cítí jeho snahu mu pomoci.

V psychoterapii psychosomatických chorob nejde jen o zcela nové prožití a postupné zvědomování určitých lidských interakcí a vlastních reakcí, nýbrž o objevení již jednou prožitého, co bylo potlačeno do tělesné sféry (Poněšický, 2002). To se týká nejen zážitků z minulosti, které se promítají do přítomnosti, ale také vytěsnění určitých špatně naučených souvislostí a způsobů chování.

Převzetí určité role, pokud je tato spojena s úzkostí či studem, odporuje dosavadní sebeděstavě či pocitu jistoty. Tato nápodoba je pak zatlačena do podvědomí a promítá se jako tělesný problém. Tímto problémem, pokud je bolestivý, dosáhne pacient nevědomky i sebezlobování.

Klient musí překonat svůj pocit, že je takový, jaký je, a společně s terapeutem se pokusit posunout dále, zlepšit se (Poněšický, 2002). Musí se překonat úzkost z toho, že současný stav je nezměnitelný, protože když se minulost klienta promítá do jeho současného vnímání světa, stále je klient svobodným pánem svého života. Vždy existuje možnost dostat se ze začarovaného kruhu, klient na tom jen musí chtít pracovat. Terapeut je tu pak od toho, aby ho na této cestě podpořil. Klienti často také pocítují úzkost z toho, že po terapii budou jinými lidmi, že ztratí svůj dosavadní sebeobraz a že okolí jejich změně nebude nakloněno. Takovýto odpor je přirozenou součástí procesu a musí se postupně, jak se klient bude zlepšovat, překonat (Poněšický, 2002). Klienti si také často přejí změnit své prostředí, přestěhovat se, změnit práci, zkrátka začít nanovo jinde, protože si nedokáží představit, jak se se svým novým já dokáží do staré společenské skupiny zařadit. Obavy, že sebevědomější a lépe se prosazující člověk nebude mezi klientovými současnými přáteli a okolím tak dobře akceptován jako doposud, jsou pochopitelné. Současný klientův stav přece byl způsoben tím, jak se k němu v dětství stavěli a chovali rodiče, proto logicky očekává, že pokud se plně projeví, vyvolá podobné reakce také ve svém okolí. Ve skutečnosti však okolí a obzvláště přátelé většinou klientovu pozitivní změnu vnímají dobře a jsou za ni rádi (Poněšický, 2002).

Díky terapii se tedy klient naučí nové způsoby vnímání a prožívání a naučí se také lépe vnímat svoje tělo. Měl by zvládnout v podobné míře naslouchat sám sobě stejně jako ostatním, vcítovat se do sebe i do druhých a umět se v rozumné míře otevřít navenek. Měl by také zvládnout regulovat a ventilovat stres, který, nezvládnutý, zvyšuje úzkost, napětí i vyčerpání, a tak působí proti ozdravnému procesu. Rovnováhu by měl nalézt také

v činnostech tělesných a duševních a v rozumné míře je oboje vykonávat, a tak se všestranně rozvíjet.

Více a konkrétněji budu psychoterapeutickou problematiku probírat v následující části.

3 Bolesti hlavy

3.1 Bolest obecně

Bolest představuje fyziologický proces spojený s negativním emocionálním zážitkem, který varuje naše tělo před hrozícím poškozením. Vedle bolestí neuropatických, které z tohoto hlediska nemají žádný význam, bolest ve svém výsledku zprostředkovává funkci obrannou. Zámotná (2012) uvádí, že bolest je také důležitým faktorem při učení.

Bolest je nejčastějším příznakem chorob, a proto pochopení jejích mechanismů patří k základním předpokladům porozumění organickým i funkčním obtížím. Bolest není jednoduchý smyslový vjem, ale komplexní prožitek či zkušenost vycházející z poškození tkáně, nebo podobající se takovému poškození (Honzák, 2006).

Bolest je vždy subjektivní (Ševčík, 1994). To znamená, že ji nelze žádným způsobem změřit, nebo alespoň ověřit. Neexistuje žádný algimetr nebo dolorimetr, a proto jsou lékaři vždy odkázáni na výpověď konkrétního pacienta. Tato nemožnost stav pacienta změřit, a tím ho dokonale vyšetřit, je v dnešní době medicíny založené na důkazech odborníky těžce snášena. Není proto divu, že se často stává zdrojem nedorozumění mezi pacienty a lékaři. A právě to je jednou z hlavních příčin, proč je navzdory dostupným možnostem bolest stále neadekvátně léčena (Honzák, 2006).

Bolest nelze brát jen jako negativní jev. Jejím pozitivním a pravděpodobně evolučně hlavním významem je poukázat včas na poškození. Člověk by na ni měl správně zareagovat tak, že odstraní zdroj poškození, nebo alespoň zvolní, nebude danou část namáhat a odpočine si.

Jako negativní fenomén by měla být bolest vnímána až v okamžiku, kdy přetrvává i v období, kdy její varovný smysl pominul (Honzák, 2006). Tehdy je již její varovná funkce bezcenná nebo se mívá účinkem a stává se pouhým fyzickým i psychickým utrpením. Tento stresový faktor pak má ničivé a demoralizující dopady v oblasti psychosociální.

Jak jsem již napsala, bolest je prožitkem komplexním. Přesto ji lze, alespoň pracovně, rozdělit na úroveň biologickou, psychologickou a sociální. Všechny tyto úrovně se mohou stát samy o sobě zdrojem bolesti a aktivovat tak celý bolestivý komplex.

Bolestivá kaskáda začíná nociceptory, což jsou volná nervová zakončení na kůži a orgánech, která vnímají neurochemické procesy v poškozené tkáni a posílají informaci o charakteru a závažnosti bolesti do zadních rohů míšních (Ganong, 2005). Tady dojde ke dvěma akcím. Při akutní, náhle vzniklé bolesti je aktivován reflexní oblouk, kdy je odeslán

signál bez zpracování vyšším nervovým centrem zpět do místa působení bolesti. Tento impuls doběhne až na nervově svalové vlákno, kde způsobí kontrakci svalu. Tím dojde k oddálení dané části těla od zdroje bolesti. (Trojan, 2003) Proto pokud například sáhneme na horký předmět, ucukneme, aniž bychom si to přáli. Ve stejný okamžik ze zadních kořenů míšních putuje signál nervovými drahami také do centrálního nervového systému. Tady dojde k uvědomění si bolesti, k jejímu vnímání. Následně dochází ke kognitivnímu zpracování přijaté informace. Záleží na charakteristikách osobnosti daného člověka, jak s touto informací naloží nebo jaký význam jí přisoudí. Během několika málo vteřin od bolestivého podnětu tak dojde ke zpracování informace, jejímž výsledkem bude jistý typ chování (Zámostná, 2012). Budeme-li pokračovat v příkladu s horkým předmětem, bude pravděpodobně výsledkem zpracování to, že budeme dávat pozor, abychom se předmětu opět nedotkli, a zároveň upustíme od záměru se ho dotýkat nebo počkáme, až zchladne, nebo použijeme ochranné pomůcky, které nám manipulaci s předmětem bezbolestně umožní. Spolu s výše popsáním jednáním bude jedinec projevovat bolest. Bolestivé chování má etologický význam volání o pomoc. To, že cukneme, zbledneme, rozpláceme se nebo bolestivě zakřičíme je pro naše okolí signálem nebezpečí. Naše okolí se dostane do pozoru a se zbystřenými smyly je pak větší šance, že se před nebezpečím ochrání a zároveň nám i pomůže.

Honzák (2006) ve svém vystoupení na konferenci pro praktické lékaře také uvedl, že nesmíme zapomínat ani na existenciální rozměr bolesti. Je strašné cítit obrovskou bolest, ale i v tomto případě jsou významné rozdíly. Pokud cítíme bolest proto, že nás zavalila lavina, ležíme na zemi po autonehodě nebo máme bolestivou chorobu, obáváme se o svůj život. Pokud však rodíme dítě, není bolest dle dostupných svědectví o nic menší, ale přece jen pozitivněji vnímaná.

Pro to, aby se mohla bolest farmakologicky léčit, je potřeba stanovit její charakter, trvání a intenzitu. Léčba se totiž v závislosti na velikosti těchto parametrů liší.

Charakter bolesti, zda je svíravá, bodavá, pálivá, píchavá nebo tupá, pomáhá odhadnout příčinu (Ambler, 2012). Intenzita bolesti je zase důležitá pro nasazení správné léčby nebo léčebného přístupu. Jak jsem již psala, intenzita bolesti je subjektivní a nezměřitelná. Proto byly vyvinuty alespoň vizuální škály, aby si i lékař dokázal představit, co pacient prožívá. Nejčastěji používanou je vizuální analogová škála VAS. Jedná se o úsečku standardní délky, na jejímž jednom konci je napsáno žádná bolest a na druhém nesnesitelná bolest. Pacient pak vyznačí na úsečce pocíťovanou intenzitu bolesti. Vzdálenost od nuly

lze změřit a vyjádřit numericky. Takto získané údaje jsou pak považovány za validní (Honzák, 2006).



Obrázek 1: Vizuálně analogová škála

Pro děti se užívá Wonk-Bakerova škála, v níž je zakresleno šest výrazů od smíchu přes napjatý výraz až po plačící tvář.



Obrázek 2: Wong-Bakerova škála
bolestivé tváře (Wong, 1988)

Dále se sleduje kvalita bolesti, která v sobě zahrnuje charakter bolesti i celkový dopad na jedince. Zjišťujeme tedy, zda je bolest snesitelná, unavující, nesnesitelná nebo například ničující (Ambler, 2012). Pro vyhodnocení kvality bolesti se celosvětově užívá McGillův dotazník MPQ.

Trvání bolesti je také důležitý ukazatel, neboť velmi ovlivňuje psychiku nemocného. Akutní bolest zmizí do několika dní, a proto ji pacienti relativně snadno překonají. Vědí, že brzy zmizí. Pokud bolest trvá do tří měsíců, je hodnocena jako krátkodobá a pacienti na ni reagují stenicky. Středně dlouho trvající bolest, tedy od tří do šesti měsíců, již v pacientech vyvolává úzkost nebo agresivitu. Chronická dlouhodobá bolest, tedy delší než šest měsíců, pacienty vyčerpává a je provázána depresemi a rezignací (Honzák, 2006). Tato bolest je také považována za samostatný chorobný stav, pro který platí speciální léčebné postupy.

Stejně jako je bolest komplexní jev, tak je i její léčba komplexní (Gelabert, 2013). Mnoho lidí využívá nefarmakologické metody, jako je klid, spánek či pobyt na čerstvém vzduchu. Pomáhají také různé fyzikální metody, jako například studené obklady na bolesti související s překrvením tkáně, nebo naopak obklady teplé pomáhající proti bolestem souvisejícím se zúžením cév. Při přetrvávání bolesti v dnešní době snad každý sáhne po volně prodejném analgetiku. V domácnosti běžně užíváme na krátkodobé bolesti léky na bázi kyseliny acetylsalicylové nebo léčivé přípravky na bázi paracetamolu či ibuprofenu. Další alternativou zmírnění bolestí jsou také akupunktura s akupresurou nebo psychoterapie (Gelabert, 2013). S úspěchem se využívá také placebo. Naopak u velmi vážných stavů je třeba kombinovat několik velmi silných farmak včetně morfinu. U takto nemocných se pak s úspěchem využívají také chirurgické zákroky, kdy se přeruší nerv nebo zničí centrum vysílající bolest.

Ať už pacient trpí jakoukoli bolestí, je pro něj důležité, jaký přístup ke své bolesti zvolí (Marková, 2004). Zda bude využívat nebo zneužívat analgetickou léčbu nebo jiné postupy ke zmírnění bolesti. Je důležité také jeho kognitivní zvládnutí situace, zda se od bolesti takzvaně oprostí, bude s ní bojovat, nebo jí podlehne.

Pro lékaře je léčba bolesti kategorickým imperativem, protože poté, co bolest ztrácí svůj signální význam, stává se nejen utrpením, ale i reálnou noxou, která dále zhoršuje celkový zdravotní stav nemocných. (Honzák, 2006).

Dle statistik z poradny pro léčbu bolestí hlavy lze říci, že v léčbě bolesti mají svůj velký úkol také psychologové. S pokroky v medicíně je důležité lékařům neustále připomínat, že mnohé lidské bolesti jsou skrytým psychickým trápením, které může zmírnit dobře vedený rozhovor mnohem snáze než stovky tabletek.

3.2 Bolest hlavy z lékařského hlediska

Medicína označuje bolesti hlavy souhrnně jako cefaleu nebo cefalalgii. Patří mezi nejčastější příznaky objevující se napříč celou populací. Pacienty obtěžuje nejen vlastní bolestí, ale zhoršuje stav pacienta také sníženou životní pohodou, depresi a v některých případech také pocity strachu (Ambler, 2012).

Je prokázáno, že na bolest jsou citlivé všechny měkké tkáně pokrývající lebku včetně periostu, tedy kůže, vazivo, svaly i tuk. Obzvláště citlivé jsou pak artérie. Uvnitř lebky umí odeslat signál o bolestivosti žíly na povrchu mozku i venózní siny, kterými krev z mozku odtéká. Bolestivý signál vysílají také tepny, ať už se jedná o tepny tvrdé pleny mozkové,

nebo o tepny báze mozkové a jejich hlavní větve. Sama tvrdá plena mozková a její výběžky falx cerebri a tentorium cerebelli vysílají signál také. Nesmíme zapomenout ani na senzitivní mozkové nervy, tedy nerv trojklanný, lícíní, jazykohltanový a bloudivý, které se stejně jako místně příslušné části cervikálních kořenů mohou na bolestivém signálu také podílet, nebo jej i samy vysílat. Mozek jako takový nemá žádnou bolestivou senzitivní informaci (Ambler, 2012), proto nás nemůže nikdy bolet. V naprosté většině případů, kdy je s mozkem něco v nepořádku, jsou postiženy také okolní struktury, mezi které patří výše zmíněné cévy a nervy, a ty pak informují bolestivým signálem o problému v mozku nebo jeho okolí.

Nervy nevysílají bolestivý signál pouze v případech, kdy jsou ohroženy nebo poškozeny ve svém průběhu, ale také v případě, kdy je potřeba podat informaci o koncové části jejich dráhy. Většina bolestivých vjemů z obličeje je tedy odváděna trojklanným nervem a zbylá, mnohem menší část nervem lícíním nebo jazykohltanovým. Bolestivé vjemy ze zadní jámy lebny jsou pak vedeny horními krčními kořeny.

Nejčastější mechanismy bolesti hlavy jsou přímý tlak, tah nebo zkroucení daných struktur nebo poškození senzitivních nervů či jejich drah (Marková, 2004). Bolest mohou způsobit i jiné stavy, jako je vazodilatace, záněty nebo dlouhodobé stažení svalstva a samozřejmě také psychogenní reakce. Všechny tyto mechanismy se mohou navzájem kombinovat, a tak máme možnost pocítit různé typy bolesti.

Uznává se, že bolesti hlavy mohou mít mnoho forem i příčin, proto diagnóza závisí na pečlivém anamnestickém rozhovoru lékaře s pacientem a na rozboru co nejpřesněji popsaných a zdokumentovaných projevech pacienta (Ševčík, 1994) (Příloha I). Z patofyziologie hlavy vyplývá, že je vždy potřeba věnovat zvýšenou pozornost bolestem prudkým a náhle vzniklým. V níže uvedených bodech jsou přehledně shrnuty faktory upozorňující na nebezpečnou bolest hlavy (Marková, 2007):

- Náhlá velmi silná bolest hlavy, jakou pacient ještě nezažil.
- Silná bolest, která dále narůstá, případně je doprovázena zvracením.
- Silná bolest hlavy, která se objeví po těžší tělesné námaze.
- Silná bolest hlavy, pokud je provázena horečkou nebo výraznou spavostí.
- Vznik silné bolesti u pacienta nad 50 let.
- Přítomnost jakékoli neurologické ložiskové symptomatologie (paréza, epileptický záchvat, závratě).
- Malignita v anamnéze.

Z pro lékaře praktického hlediska se bolesti hlavy rozdělují do dvou skupin (Marková, 2004). První skupinou jsou primární neboli idiopatické bolesti hlavy, kde není známa příčina bolesti. Druhou skupinou jsou bolesti sekundární neboli symptomatické, kdy je bolest jen průvodním jevem jiné patologie, a tím často i upozorněním na ni.

3.2.1 Sekundární bolesti hlavy

Sekundárními bolestmi hlavy se nebudu dále zabývat, protože nejsou součástí mé práce. Jen pro úplnost doplním, že se jedná o bolesti spojené s onemocněním nebo poruchou v oblasti kraniální i extrakraniální. Spouštěčem může být úraz hlavy, různé vaskulární poruchy, nitrolební hypertenze, záněty, různé chemické látky a jejich přemíra nebo nedostatek, metabolické poruchy nebo patologické procesy v oblasti hlavy, krku, oka a zubů a další jevy (Ambler, 2012).

3.2.2 Primární bolesti hlavy

Tyto bolesti nejsou projevem jiného onemocnění a jejich příčina není dostatečně vysvětlena (Marková, 2004). Jejich hlavním charakteristickým rysem je opakování obtíží s různou intenzitou i frekvencí po měsíce a někdy i léta. Dle některých pramenů je až 30 % primárních bolestí hlavy psychosomatických (Gandini, 1972).

3.2.2.1 Migréna

Jedná se o záchvatovité onemocnění, pro které jsou typické opakované ataky převážně jednostranné, pulzující bolesti velké intenzity (Gelabert, 2013). Často je doprovázena nauzeou nebo zvracením a přecitlivělostí na světlo a hluk. Strany bolesti se mohou při jednotlivých záchvatech střídát a není výjimkou, že na vrcholu záchvatu se může bolest rozšířit na celou hlavu. Frekvence výskytu se u různých pacientů v různých obdobích života mění od několika záchvatů za týden po jeden záchvat za několik let. Často má pozitivní rodinný výskyt, kdy se objevuje i u dětí, v ostatních případech začíná nejčastěji v pubertě (Ambler, 2012).

Migrenózní záchvat bývá provázen takzvanými prodromy, tedy předzvěstmi počínajícího záchvatu. Tyto prodromy se u různých pacientů mohou lišit, nejčastěji se však jedná o předrážděnost, rozlady a pocity zaujetí vlastní hlavou. Pak se rozvíjí bolest hlavy s nauzeou nebo zvracením, závratí či bolestmi břicha. Záchvat většinou trvá několik hodin, ale může dosáhnout trvání i několika dnů. Nad tři dny se pak taková migréna označuje

jako status migrenicus a je nutné ji akutně řešit. Někteří pacienti po odeznění příznaků pocítují únavu až vyčerpání nebo mohou mít zvýšenou bolestivost svalů (Waberžinek, 2003). Mimo výše zmíněnou nekomplikovanou, prostou migrénu popisujeme také migrénu komplikovanou, která je doprovázena cerebrální symptomatickou, takzvanou aurou. Jedná se o komplex fokální neurologické symptomatologie, který před migrénou zažívá 15–20 % nemocných. Aura předchází záchvat a většinou trvá 5–20 minut, někdy však může trvat hodiny až dny. Příznaky mohou být různého charakteru, přičemž konkrétní nemocný zažívá většinou jeden typ z dále vyjmenovaných (Marková, 2004). Zrakové příznaky mohou být negativní, kdy postižený vidí méně, než by mohl, tedy mu vypadávají části zrakového pole, nebo naopak pozitivní, kdy vidí takzvaně něco navíc, jako jsou jiskry či záblesky. Řečové příznaky se většinou projeví jako postižení fatických funkcí, většinou se jedná o problémy s vyjadřováním. Aura se také může projevit jako příznaky motorické, kdy dochází k hemiparézám, nebo dokonce hemiplegiím, nebo jako příznaky senzitivní, což se projevuje jako hemiparestézie nebo hypestézie. Zvláštní formou je pak bazilární migréna, kdy mohou být výše zmíněné příznaky oboustranné nebo celkové, tedy ovlivňují vědomí pacienta. Pokud trvá některý z těchto příznaků déle než týden, může být na CT patrná ložisková nekróza v odpovídající oblasti (Ambler, 2012). Proto jsou migrény s aurou vždy podezřelé z jiné patologie a musí se řádně vyšetřit.

Etiopatogeneze migrény není spolehlivě objasněna. Širokou lékařskou veřejností je však akceptován předpoklad, že se jedná o primární paroxysmální dysfunkce přímo v mozковém parenchymu. S největší pravděpodobností půjde o hypothalamus, který svou dysfunkcí způsobí vyplavení vazoaktivních substancí vedoucích k bolestivé vazodilataci mozkových cév. Další zkoumanou možností je také systémová metabolická mozková dysregulace, jako je například porucha serotoninového metabolismu. Migrény tak mohou být vázány na menstruační cyklus stejně jako na alergické vlivy nebo stres (Ambler, 2012).

Diagnóza je jednoduchá. Stanovuje se z anamnestických údajů pacienta a normálního neurologického nálezu. (Příloha II). Migréna je paroxysmální, tedy nevyskytuje se dlouhodobě. Bylo prokázáno, že až 60 % pacientů trpících migrénou může trpět i jinými formami bolesti hlavy (Ševčík, 1994).

3.2.2.2 Tenzní cefalea

Jedná se o nejčastější typ bolestí hlavy. Bolesti jsou často oboustranné, tupé a neparoxysmální bez vegetativního doprovodu. Nástup je obvykle postupný. Bolest pak trvá hodiny až dny nejčastěji s počátkem odpoledne nebo v noci. Pacienti si často stěžují na pocit tlaku,

hypestézie skalpu, nepříjemný pocit při česání, ztuhlost šíjových svalů, pocit svíravého pásku okolo hlavy, někdy až otok okolo hlavy (Marková, 2007).

Tenzní cefalea může být kombinována s migrénou a objevují se také přechodné varianty mezi těmito dvěma bolestmi hlavy.

Často bývá vyprovokována psychogenními faktory, velkou psychickou nebo fyzickou zátěží a také nadužíváním léků. Roli při vzniku této bolesti může také někdy hrát spazmus šíjového a hlavového svalstva (Gelabert, 2013). Tenzní cefalea se často vyskytuje u dětí vystavených různým stresovým situacím, ať již doma, nebo ve škole.

Stejně jako u migrény je objektivní lékařský náález normální, proto je pro diagnózu nejdůležitější pečlivá anamnéza, kdy zjišťujeme intermitentní bolesti a provokační faktory (Marková, 2007).

3.2.2.3 Cluster headache

Bolesti tohoto typu zatím nemají svůj český termín. Vyskytují se vzácně, zejména u mužů (Ambler, 2012). Mají typický charakter silné jednostranné bolesti v oblasti orbity a jejího okolí. Tyto bolesti jsou doprovázeny zarudnutím spojivek, slzením, zduřením nosní sliznice a sekrecí z nosu (Gelabert, 2013). Často se objevuje také výrazné pocení na čele a tvářích, otoky víček a Hornerův syndrom (mióza, pokles horního víčka a zdánlivý exoftalmus). Ataky trvají několik minut až hodin a mohou se projevovat i několikrát denně po celé týdny až měsíce. Z tohoto netradičního projevování se bolesti vznikl název cluster (shluk). Období bez příznaků může trvat měsíce i léta.

Mimo tuto takzvanou epizodickou formu existuje i forma chronická, kdy po sérii záchvatů přetrvává bolest ve výše uvedené lokalizaci.

3.2.2.4 Lékově vázané bolesti hlavy

Tato důležitá skupina bolestí v dnešní době nabývá na významu (Ševčík, 1994). Vyskytuje se především u žen, které nadužívají analgetika nebo ergotaminové preparáty. Bolesti samy o sobě jsou mírné až střední intenzity, avšak jsou přítomné už po probuzení a po požití léčiva se dostavuje pouze přechodná úleva.

Zde je jediným řešením přesvědčit pacienta k přerušení konzumace léčiv a po odeznění abstinčních příznaků zhodnotit znovu jeho bolesti a zavést správnou terapii (Ambler, 2012). Více informací k bolestem hlavy z lékařského hlediska podá Příloha III, kde jsou v tabulce přehledně znázorněny různé typy bolestí hlavy a jejich projevy.

3.3 Bolest hlavy z psychologického hlediska

Západoevropská kultura přenesla sídlo já do mozku, a tím i do hlavy. Od dob Descarta „jsme, protože myslíme“. A tak byly záležitosti myšlení vyhnány do kůry mozkové, kam nyní umístujeme i naše bytí. Bolest hlavy je tedy obzvláště blízká já. Na rozdíl od bolesti končetin nebo žaludku prožívá pacient s bolestmi hlavy nebo srdce svou symptomatiku v centru své existence, v centru svého já, a proto není lehké se od bolesti distancovat. (Danzer, 2001)

Úsloví „dělá si z něčeho hlavu“ nebo „hlava je napnutá k prasknutí“ vyjadřují, že většina bolestí hlavy je spojená s napětím, a mají pravdu. Člověk, který silně prožívá své pocity, ale neřídí se jimi a místo toho se řídí jen logikou, tedy „žije podle své hlavy“, se nemůže bolestem hlavy divit. (Tepperwein, 1998). Dokonce i příslovce „hlavně“ znamená, že do hlavy projikujeme důležitá rozhodnutí, a je tak středem našeho duševního života. (Poněšický, 2002). Napětí v naší hlavě se tak stává výslednicí nejrůznějších konfliktů a problémů. Jak již bylo uvedeno, častou příčinou bolestí hlavy je psychosociální stres. Jeho podkladem mohou být problémy v partnerství či v rodinách nebo napjaté mezilidské vztahy, které obzvláště na pracovišti působí velmi silně. Někdy může jít také o stres týkající se financí, konfliktu se zákonem nebo problém při zvládání a vyrovnávání se s nemocí. Nejčastější jsou případy úzkostí týkající se výkonnosti ve škole či zaměstnání nebo se sociální úzkostí ve styku s autoritou. Nesmíme zapomenout ani na úzkostné a depresivní stavy jako takové. Svalové napětí pak může být vyvoláno i nevhodnou pozicí při práci nebo jako důsledek dlouhého sezení před televizí nebo počítačem. Překvapivě mnoho bolestí hlavy je způsobeno tím, že pacient nemá korigovanou zrakovou vadu, a proto musí být stále v napětí (Ambler, 2012). Psychoterapeuti se zabývají všemi typy bolestí hlavy, tedy tenzními bolestmi hlavy, migrénami, cluster bolestmi i bolestmi z přemíry léčiv.

Bolesti ze svalového napětí jsou většinou trvalejšího rázu a mají charakter nepříjemného napětí a tlaku. Pacienti je lokalizují do celé hlavy se zvýšenou citlivostí v chronicky napjatých místech. Často je pacient uprostřed bludného kruhu, kdy mu jeho svalové napětí působí bolest, která vede ke zvýšení nelibosti, a tím i napětí, které opět zhoršuje bolest a tak dále.

Osobnost náchylná na bolesti hlavy

Názory na osobnost člověka trpícího bolestmi hlavy se různí. Někteří autoři tvrdí, že neexistuje osobnostní charakteristika pacientů trpících bolestmi hlavy, pozitivní korelace je nacházena pouze v souvislosti s neuroticismem (Poněšický, 2002). Dnes je již překonána představa, že pacienti s týmiž tělesnými symptomy jsou zároveň stejní duševně (Tress, 2008).

Podobným způsobem byla zamítnuta teorie psychosomatického konceptu na bázi typů osobnosti. Bylo prokázáno, že neexistuje žádná snadno definovatelná osobnost člověka trpícího migrénou nebo rakovinou.

Řada dalších vědců se tak zaměřila na hledání rysů typických pro tyto pacienty a zaznamenala úspěch. Mnozí autoři přisuzují těmto pacientům rysy latentní nepřátelskosti, depresivní závislosti a úzkostlivosti, kombinované s blokováním afektivním výrazovým chováním (Tress, 2008). Ross et al. administrovali Rorschachův test skupině migreniků, neurotiků a lidí s organickým poškozením mozku, přičemž migrenici byli ve svých odpovědích nejvíce rigidní. (Ross, 1945). Také studie bezmála šedesátky dětí a mladistvých trpících bolestmi hlavy prokázala u většiny z nich emocionální rigiditu a tendenci potlačovat své, převážně negativní, emoce (Lanzi, 2001). Často se jedná o lidi, kteří pevně věří, že musí něco potlačovat a snaží se o morálně korektní postoj. Takoví lidé vystupují loajálně a zároveň ctižádostivě, ale nejsou schopni přiměřeně a zřetelně vyjádřit své vlastní agresivní a expanzivní impulzy. U 45,6 % lidí trpících tenzní cefaleou byla prokázána dysthymie a dokonce u 85,5 % porucha úzkostného spektra (Puca, 1999). Spojitost bolestí hlavy a depresí je tak častá, že bylo prokázáno, že depresivní porucha zvyšuje riziko vzniku migrény a naopak (Pompili, 2009). Podobná je situace také ve vztahu migrény a úzkostné poruchy (Stewart, 1989). Dle mého názoru o pravdivosti spojitostí bolestí hlavy s depresemi nebo úzkostmi nejvíce vypovídá národní studie provedená na 31 126 dospělých obyvatelích USA, kde byl vztah mezi těmito chorobami prokázán (Kalaydjian, 2008). Oproti názorům, že typická osobnost člověka s bolestí hlavy neexistuje, stojí zase studie, které ukazují na rozdíl mezi lidmi trpícími různými typy bolesti. Zatímco lidé ve věku 19 a 20 let trpící migrénou jsou ve zvýšené míře neurotičtí, lidé s tenzním typem bolesti hlavy se v tomto ohledu neliší od zdravé populace (Merikangas, 1993). Ve studii švýcarských vědců se dokonce uvádí, že se liší osobnost lidí trpících migrénou s aurou a bez ní. Lidé trpící migrénou s aurou vykazují hypomanií a zvýšenou úzkostnost i depresivitu, zatímco lidé s migrénou bez aury vykazují pouze úzkosti fobického typu. (Merikangas, 1993).

Alespoň u pacientů s migrénou se tedy většina odborníků shodne na určitém charakteristickém typu osobnosti. Kolektiv autorů sledoval EEG odezvu v průběhu administrace mentálních stresorů, jako jsou aritmetické úlohy a paměťové testy, a zjistilo se, že lidé trpící migrénou mají jiné EEG vzorce než lidé trpící jednoduchou bolestí hlavy a kontroly (Arellano, 1954). Osobnost migreniků je popisována jako ctižádostivá a náročná, zavázaná k vysokým výkonnostním normám, urážlivá a se sklonem k perfekcionismu. (Tress, 2008). Spouštěčem bolesti jsou pro ně nejčastěji požadavky na osamostatnění, silné

emocionální zkušenosti, nebo naopak uvolňující situace, kdy zvolní své pracovní tempo, na které jsou zvyklí. Migrenik má často podivný vztah k času. Žije v neustálém spěchu a napětí, s pocitem, že nikdy nelze dosáhnout vytyčeného cíle. Tedy si neustále dělá starosti o budoucnost. (Danzer, 2001)

Pohlédneme-li na lidi s migrénou z psychodynamického hlediska, zjistíme v nich přítomnost konfliktu, který vyplývá z obran před úzkostí a pocity viny při latentně agresivních přáních s vysokými požadavky na výkonnost. Hlubinně orientovaní psychoterapeuti vypožadovali, že se často jedná o kompenzaci přání po uznání, po blízkém vztahu a lásce. Toto vše spolu se smutkem a agresí, které s tímto nenaplněním souvisí, je překryto onou horečnou činností. (Poněšický, 2002). Migréna pak může být chápána jako vhodná příležitost k odpočinku, kdy se pacient může stáhnout do ústraní a nechat o sebe bez výčitek pečovat.

Migréna i bolesti z napětí mohou být spolupodmíněny nebo vyvolány napětím do vědomí stoupajících sexuálních a erotických impulzů, které jsou zároveň potlačovány. To by vysvětlovalo vznik migrén v období puberty, i když nesmíme pominout ani vědecky popsany hormonální vliv. V terapii je pak důležitým bodem poznání příčiny nasměrování na výkon a pomoc pacientům připustit si i například touhu po láskyplném vztahu. Často se ukáže, že matky migreniků lze charakterizovat jako přísné a otce jako slabé (Poněšický, 2002).

3.4 Léčba bolestí hlavy

3.4.1 Lékařský přístup

Terapie bolestí hlavy se liší pro každou z výše uvedených diagnóz. Všeobecně však lze říci, že terapii dělíme na léčebnou, kterou indikujeme při projevech bolesti, a na profylaktickou, kdy se snažíme omezit budoucí projevy bolesti.

Při léčbě ataky bolesti se všeobecně doporučují nesteroidní antiflogistika nebo běžně dostupná analgetika ve větší dávce, než jsou běžně užívána (Codispoti, 2001). V dnešní době se doporučení shodují na dávce 750–1000 mg. Vždy se snažíme, aby tato léčba byla pouze krátkodobá, protože se tělo na tyto látky snadno adaptuje a vzniká závislost, která může mít mimo jiné projevy další bolesti hlavy. Tyto léky lze kombinovat s antidepresivy. U těžších migrén se pak indikují antimigrenika (triptany). U bolestí typu cluster headache zase indikujeme inhalaci 100% kyslíku a dále postupujeme jako u migrény. Podporována jsou

také nefarmakologická řešení léčby akutní bolesti, jako jsou studené nebo teplé obklady, klid na lůžku a spánek (Ambler, 2012).

Všeobecným trendem v medicíně však je docílit stavu, kdy pacient bolestmi, pokud je to možné, nebude trpět vůbec, nebo pouze ve velmi omezené míře. Proto se těžší a časté bolesti hlavy léčí profylakticky. Pacient dlouhodobě, i v době bez obtíží, bere předepsané léky, jejichž hladina byla postupně navyšována až na funkční úroveň, která pacientovi pomáhá snížit počet atak bolesti, nebo alespoň snížit intenzitu bolesti v atace (Marková, 2007).

Nejsložitější situace je u migrén, proto začnu s nimi. Pacienti užívají léky z jedné nebo více skupin. Na výběr jsou betablokátory (propranolol, metoprolol), blokátory kalciových kanálů (verapamil, flunarizin), antagonisté serotoninu (pizotifen, pipethiaden), inhibitory prostaglandinů (nesteroidní antiflogistika, kyselina acetylsalicylová), antidepresiva (amitriptylin, dosulepin) a antiepileptika (kyselina valproová a její soli) (Ambler, 2012). Na druhé straně se omezuje dlouhodobé podávání ergotaminových přípravků. U ostatních bolestí hlavy se nejběžněji jako profylaxe používají slabá antidepresiva nebo betablokátory.

Současná medicína nepodceňuje psychickou složku vzniku bolesti, a tak se pacientům doporučuje také mít pevný denní režim, pokusit se minimalizovat stres a žít zdravě. V *Doporučeném diagnostickém a léčebném postupu o bolestech hlavy pro praktické lékaře* (Marková, 2007) se dále píše, že při opakovaných atakách bolesti je nutné využívat kombinaci psychologické, fyziologické i farmakologické relaxace, kdy jsou vhodná relaxační cvičení, autogenní tréninky, autorelaxace i aplikace tepla (Marková, 2007). Avšak na odborníka z oblasti psychologie doporučený postup neodkazuje, i když všechny mnou prostudované lékařské knihy poukazovaly na možný psychogenní původ potíží. Není tedy divu, že se jen málo pacientů dostane ke skutečně kauzální léčbě svých potíží.

3.4.2 Psychologický přístup

„Kdo se žene pouze za ideálem, neguje svou vlastní skutečnost. Musí se přestat řídit podle názoru jiných a začít žít svůj vlastní život, jinak celý život stráví honbou za ideálem.“ (Tepperwein, 1998).

K psychoterapeutickým postupům se naše současná medicína obrací až v okamžiku, kdy po provedení důkladné anamnézy, série vyšetření a zavedení adekvátní léčby u pacienta nedošlo k výraznějšímu zlepšení. Bylo by lepší, kdyby se na léčbě pacientova problému podílel lékař s psychologem již od počátku, ale jak bylo zmíněno v předchozím textu, pacient vždy v první řadě vyhledá lékaře.

Psychosomatické bolesti hlavy stejně jako jiné psychosomatické obtíže lze léčit různými terapeutickými postupy. V dalším textu se pokusím nastínit nejvíce používané psychoterapeutické metody a směry.

3.4.2.1 Psychoanalýza a hlubinně psychologické metody

Od doby objevu psychoanalýzy S. Freudem byly vyvinuty různé modifikace jeho původní metody se zaměřením na různé indikace (Tress, 2008). Tyto modifikace se opírají o základní předpoklad psychoanalytické nauky o nemocech a teorii osobnosti. Předmětem léčby jsou tedy nevědomé psychické konflikty a vývojové deficity, které se reinscenují v terapeutickém vztahu.

V psychoanalytické psychoterapii se terapeut v pomalých krocích (regresech) směrem do pacientovy minulosti snaží zviditelnit jeho konflikty a vztahové vzorce z raného dětství, které přešly do nevědomí. Využívá k tomu přenos a protipřenos (Sharp, 2005). Díky analytickým intervencím, jako jsou konfrontace, vyjasňování, výklad a konstrukce, získává pacient v rostoucí míře vhled do skrytých souvislostí svého života i své nemoci. Může tak společně se svým analytikem vypracovávat jiné vzorce řešení konfliktů a prožívat korigující emocionální vztahové zkušenosti.

Hlubinná psychologicky založená psychoterapie, která se vůči psychoanalýze vymezuje, může využívat formy terapie léčící aktuálně působící neurotický konflikt. Terapeut a pacient většinou sedí v místnosti naproti sobě a léčba funguje na principu „výkladu“, kdy po ústřední otázce následuje konfrontace, vyjasnění a výklad. Léčba se zaměřuje na pacientův aktuálně špatný obraz o sobě samém, na jeho obavy, ale také na jeho nesplněná přání

či touhy (Tress, 2008). Poté se snaží citlivě poukázat na dysfunkční vztahové chování z toho vyplývající. Terapie takto uvádí do pohybu pacientovy mezilidské konflikty a řeší je. Vše vychází z vyprávění pacienta o jeho rodině, práci nebo volném čase, ale také z jeho chování při terapii a z prožívání protipřenosu terapeuta.

Speciálně pro léčbu pacientů se strukturálními poruchami, tedy i s psychosomatickými onemocněními, byla vyvinuta A. Heigl-Eversovou a F. Heiglem psychoanalyticky-interakční psychoterapie (Tress, 2008). Základem této metody je autentické vymezování se terapeuta oproti zkreslením způsobeným přenosem. Terapeut je chápavým a respektujícím protějškem pacienta, avšak vztahuje na sebe pacientův maladaptivní vztahový kruh, a tím umožňuje pacientovi získat jiné vztahové zkušenosti se sebou samým a s důležitými vztahovými osobami. Při této terapii se využívá technik opírajících se o princip selektivně autentické odpovědi terapeuta na vztahovou nabídku pacienta a také o princip převzetí funkce pomocného já a o nakládání s narušeným afektivním prožíváním pacienta.

3.4.2.2 Katatymně imaginativní psychoterapie

Tato metoda vyvinutá H. C. Leunerem pracuje s technikami denního snění. Pomocí imaginace celé řady standardních motivů, jako je louka, potok, hora, dům a okraj lesa, jsou aktivovány pacientovy centrální oblasti lidských konfliktů. Ve stavu uvolnění pak před pacientovým vnitřním zrakem vznikají katatymní obrazy. Ty může sledovat a následovat. Může v nich sám sebe prožívat jako jednatelství a v dialogu s terapeutem se zaměřovat na relevantní konflikt. Tento konflikt pak může zpracovávat prostřednictvím různých terapeutických technik a režijních principů.

Katatymní psychoterapie se využívá především v krizové intervenci a krátkodobé terapii psychosomaticky nemocných osob s narušeným přístupem k afektivnímu prožívání a malou schopností introspekce. (Tress, 2008).

3.4.2.3 Kognitivně behaviorální terapeutické koncepty a techniky

Jedná se o metody odůvodněné teorií učení a zároveň metody přisuzující ústřední význam kognicím (Pešek, 2013).

Techniky opírající se o koncept klasického podmiňování, desenzibilizace, expozice úzkosti, zaplavení podněty a trénink vypořádávání se s úzkostí se s úspěchem používají pro léčbu fobií, nutkavých a sexuálních poruch i úzkostí. Tedy mohou mít důležitou

roli při léčbě psychosomatických onemocnění, protože mnoho psychosomatických lidí je zároveň úzkostných. Oproti tomu metody využívající instrumentální a operantní podmiňování se s úspěchem používají především pro léčbu závislostí a pro psychosomaticky nemocné se příliš nehodí.

Kognitivní terapeutické metody pracují se subjektivním významem událostí. Cílem těchto metod je změna myšlenkových vzorců, vnitřních schémat, plánů a přesvědčení a emocí a vztahových vzorců, které jsou s nimi spojeny. Využívají se především pro léčbu depresí a poruch osobnosti. Spolu s interpersonálními terapeutickými metodami, zaměřenými na vybudování lepšího komunikačního chování, překonávání maladaptivních vztahových vzorců a rozvoj nových strategií při řešení problému, mají v léčbě psychosomatických chorob své důležité místo (Tress, 2008).

3.4.2.4 Humanitně orientovaná psychoterapie

C. R. Rogers založil nedirektivní, na klienta zaměřený směr psychoterapie. Terapie zde spočívá v rozhovoru klienta s terapeutem, kdy terapeut nabídne klientovi specifický vztah plný empatie, takzvané „vcit'ující se porozumění“ (Tress, 2008). Terapeut pacienta bezpodmínečně přijímá a je kongruentní. Díky tomu má klient prostor pro klidnou exploraci sebe sama. Při postupující seberealizaci pak aktualizuje svůj koncept integrací dosud nekongruentních zkušeností (Nykl, 2012). Tím dochází ke zmírnění symptomu. Tato terapie může probíhat jak skupinovou, tak individuální formou.

3.4.2.5 Párová a rodinná terapie

Tato terapie se zaměřuje především na změnu dysfunkčních interpersonálních vztahů mezi jednotlivými příslušníky rodiny. Cílem terapie je, aby na základě změn vztahové dynamiky došlo k redukci problémů a obtíží jednotlivých členů (Trapková, 2005). Na rozdíl od skupinové terapie je tato terapie výjimečná tím, že se léčba přenáší do reálné scény (Tress, 2008). Dobré výsledky zde lze očekávat především tehdy, převládá-li v interpersonálním vztahovém poli párová či rodinná problematika.

3.4.2.6 Skupinová psychoterapie

Psychoanalyticky a psychodynamicky zaměřená skupinová terapie zahrnuje formy terapie, které využívají interpersonální situaci a skupinově dynamický proces malé skupiny s jejími účinnými faktory.

Pacienti si v chráněném prostoru mohou vyzkoušet nové chování na základě vhledu, pochopení nebo identifikace a prožít tak korigující emocionální zkušenost (Kratochvíl, 2007). Všechny empiricky prokázané a popsané účinné faktory skupinové terapie, jako je koheze, altruismus, katarze, identifikace a další, pak složí ke znovuprožití dřívějších rodinných struktur, vytvoření nových schémat a zlepšení obtíží nemocného (Tress, 2008).

3.4.2.7 Psychodrama a muzikoterapie

Psychodrama je psychoterapeutická metoda založená J. L. Morenem. Je obzvláště účinná při léčbě psychosomatických onemocnění i dalších poruch neurotického spektra a závislostí.

V rámci terapie jsou situace, konflikty a vztahové vzorce pacienta převáděny nad rámec verbalizace do dramatického jednání. Dojde tak k zintenzivnění emocionálního prožívání, vhledu a tělesné akce ve vztahu ke zkušenostem s vitální evidencí. Klient je nucen více vnímat a respektovat své vlastní tělo (Tress, 2008). Mezi techniky, kterými jsou konflikty uváděny na scénu, patří především výměna rolí, zrcadlení, dublování a další. Cílem terapie je změna a rozšíření schopností zpracovávat konflikty i vztahy.

Muzikoterapie používá zvuky, tóny, rytmus a melodii k docílení regresivních účinků a, prostřednictvím nonverbálních přístupových cest, terapeutických změn. Význam hudby pro léčení byl zjištěn již velmi dávno, a proto existuje celá řada specifických metod. (Tress, 2008).

Pro léčbu psychosomatických pacientů je dobré kombinovat tuto formu terapie s některou z výše zmíněných.

3.4.2.8 Terapie tvořením a ergoterapie

Terapie tvořením pomáhá tvůrčím způsobem usnadnit pacientovi přístup k afektivnímu prožívání, nevědomým konfliktům i ke zdrojům a expresím, které jsou poté zpracovány v kombinaci se specifickými psychoterapeutickými intervencemi. V tvůrčím produktu pacienta se zviditelňuje jeho emocionální stav, takže je následně možné o něm

mluvit a zpracovávat ho. Výtvarné dílo, obraz nebo socha, jako symbolický výraz pacienta samotného mohou umožnit přijetí doposud popíraných potřeb, přání a impulzů. Integrovat je a tímto způsobem podporovat vytváření identity. (Tress, 2008). Pomocí obrazu lze také komunikovat s ostatními lidmi. V neposlední řadě nelze opomenout fakt, že zkušenost s více materiály může na základě různých smyslových podnětů otevírat přístup k primárním zkušenostem (Tress, 2008). Ty pak v symbolické podobě zobrazují nevědomé, rané, konfliktní a traumatické zkušenosti já, které jsou tak zpřístupněny psychoterapeutickému procesu.

Ergoterapie oproti tomu podporuje především motivaci a dodržování pracovního režimu, kdy sebeexplorace a sebeznázornění ustupují spíše do pozadí. Proto nepatří mezi metody preferované pro léčbu psychosomaticky nemocných.

3.4.2.9 Na tělo zaměřená psychoterapie

Cílem na tělo zaměřené terapie je aktivace tělesného vnímání, pocitů blízkých prožívání tělesna, představ a fantazií, kdy tělo a já jsou propojeny. Tato terapie pomáhá pacientovi zkoumat souvislosti mezi minulými a současnými vztahovými zkušenostmi a podněcuje jeho vhled do souvislostí s aktuální symptomatikou. Ve spolupráci s terapeutem je pak umožněna změna. Přístupovými cestami k pacientovi jsou tělesné postoje, pohybové vzorce, vokalizace, dýchání a interakce mezi terapeutem a pacientem (Tress, 2008). Tato forma terapie se, ať už ve formě analytické na tělo zaměřené terapie, koncentrační pohybové terapie, komunikační pohybové terapie nebo taneční či výrazové terapie, osvědčila obzvláště při léčení psychosomaticky nemocných pacientů (Tress, 2008).

Závěrem psychoterapeutické kapitoly mé práce lze říci, že terapeutických stylů pro léčbu psychosomatických onemocnění je mnoho. Psychosomatické bolesti hlavy lze léčit individuálně i ve skupině. Ať již pacient navštěvuje kteroukoli z terapií, měla by mu pomoci uvědomit si důležitost jeho vlastních emocí a neoddělitelný vztah jeho mysli a těla. Pacient by se měl naučit naslouchat sám sobě a v přiměřené míře i svému okolí. Mimo naslouchání by měl zvládnout přiměřeně komunikovat se svým okolím, vyjadřovat své emoce a utvářet rovnocenné interpersonální vztahy.

3.5 Současný stav léčby bolestí hlavy

Ač jsou výše popsané metody lékařství a psychologie ve světě široce uznávány, mnoho lidí stále trpí neztížitelnými bolestmi. V této části své práce bych ráda krátce představila novinky ze současného výzkumu této oblasti.

Již dávno bylo prokázáno, že mnoho bolestí hlavy souvisí se zvýšeným svalovým napětím. Lidem s tendencemi k bolestem hlavy se tedy doporučuje zdravý životní styl s dostatkem pohybu, nebo alespoň protahování. Z výzkumů (Anderson, 2006) vyplývá, že nejen zdravý pohyb a cvičení, ale také cílené manuální techniky vyškoleného odborníka pomohou snížit svalové napětí, a až o 57,5 % tak snížit výskyt bolestí hlavy u zkoumané skupiny.

Na podkladě uvolnění svalového napětí je i výzkum chicagského týmu (Harden, 2009), který se zabývá léčbou cefalalgií pomocí injekcí botulinu do krčních svalů. V počátcích výzkumu zaznamenali velmi slibné výsledky, které se bohužel v dalším průběhu studie ukázaly dočasnými. Další aplikace botulotoxinu ani zvyšování dávek již později na testované osoby neměly výraznější účinek.

Další práce se pokusily zkombinovat již známé účinné terapeutické postupy a nabídnout pacientům 96hodinovou skupinovou léčbu, kde si mohli popovídat s terapeutem i mezi sebou, společně cvičili, protahovali se a také dostávali farmakologickou léčbu (Gunreben-Stempfle, 2009). Výsledky přesvědčivě dokázaly, že tento typ terapie je pro zvládání bolestí hlavy velmi účinný, avšak je potřeba jej jednou za čas zopakovat. Bohužel na tuto kombinaci známých léčebných postupů není v praxi často čas.

Jiné práce zase navrhují zavedení akupunktury do běžné terapie bolestí. Na toto téma bylo publikováno mnoho studií, které se shodují na tom, že po aplikaci akupunkturních jehel se pacientům v porovnání s kontrolami výrazně uleví (Sun, 2008). Úspěšně prokázaný pozitivní efekt akupunktury se další výzkumníci pokusili vylepšit užitím jehly se schopností vysílat slabý elektrický proud (Wang, 2007). Tato slibná myšlenka potenciace účinků akupunktury ukázala podstatné zlepšení stavu pacientů v obou skupinách, zkoumané i kontrolní placebo skupině. Mezi skupinami však signifikantní rozdíl nebyl. Z tohoto výsledku studie vyplynulo tedy jen to, že elektrická stimulační jehla pomáhá proti bolesti, avšak z úplně jiných příčin, než autoři předpokládali. Touto příčinou byl pravděpodobně v obou skupinách placebo efekt. K podobnému závěru došli vědci studující dopady biofeedbacku na frekvenci a intenzitu migrén. Výsledky ukázaly, že tyto techniky snižují frekvenci migrén, avšak změnu nebylo možno zaznamenat žádným měřicím přístrojem. Z toho autoři studie vyvodili, že biofeedback pomáhá

na podkladě zklidnění a uvolnění, další techniky jsou již jen navíc (Cohen, 1980). Což dále ukazuje na to, jak je psychika člověka mocná. V teoretické rovině vlastně jen stačí nechat ji působit a nebude potřeba žádné další řešení.

Pro mou diplomovou práci jsou důležité a zajímavé také následující výzkumy. V roce 1999 byl proveden rozsáhlý průzkum na středních školách, kde okolo 28 % studentů trpí migrénou, z toho 9 % dokonce migrénou s aurou (Split, 1999). Jiná práce na tento výzkum navázala a zjišťovala, zda bolesti hlavy nemají vliv na studium. Ukázalo se, že naprostá většina studentů trpící bolestmi hlavy má problémy se soustředěním, a s tím souvisí i zhoršené výsledky ve škole. Z toho pak vyplývá ztížená šance projít přijímacími zkouškami na vysokou školu. (Rees, 2011). Tato práce mě inspirovala. V další části se budu zabývat vlivem vysokoškolského studia na bolesti hlavy a naopak.

4 Experimentální část

4.1 Cíl práce

Cílem této studie bylo zmapovat výskyt, projevy a strategie zvládání primárních bolestí hlavy, tedy bolestí hlavy bez prokazatelné tělesné příčiny, často označovaných jako psychosomatických. Tyto obecné informace a data získaná od velkého vzorku lidí jsme se pak snažili vzájemně srovnat dle vzdělání a zaměření osob zahrnutých do výzkumného vzorku.

Zajímalo nás, zda se nějakým způsobem liší projevy bolestí hlavy a jejich zvládání v závislosti na stupni dosaženého vzdělání či na jeho zaměření.

Cílem této práce tedy bylo mimo zmapování projevů a strategií zvládání bolestí hlavy všeobecně, také zhodnocení vlivu stupně vzdělání a jeho zaměření na ně. Zajímalo nás, zda lze určitý typ vzdělání považovat za přítěžující/usnadňující faktor zvládání psychosomatických bolestí.

Pro účel studie jsme zformulovali následující hypotézy:

H₁: Psychosomatické obtíže charakteru bolestí hlavy vedou lidi k vyhledání lékaře namísto psychologa.

Ze statistik vyplývá, že psychosomatickou poruchou trpí 40 % nemocných přicházejících k lékaři prvního kontaktu, ale k psychiatrovi nebo psychologovi se jich dostane jen 5–10 % (Tress, 2008). Dále se uvádí, že až 35 % osob hospitalizovaných na interních odděleních má psychosomatické obtíže (Tress, 2008). Předpokládáme, že podobný stav bude platit také pro lidi trpící bolestmi hlavy.

H₂: Existuje rozdíl ve výskytu a projevech bolestí hlavy u lidí s vysokoškolským vzděláním a lidí bez něj.

Rees (2011) publikoval studii, kde ukázal, že většina studentů středních škol, která trpí bolestmi hlavy, má problémy se soustředěním. S tím souvisejí jejich zhoršené výsledky ve škole. Z toho pak vyplývá ztížená šance projít přijímacími zkouškami na vysokou školu (Rees, 2011).

Psychosomatické obtíže vznikají především na podkladě velkého stresu či nepohodlí (více v teoretické části). Studenti vysokých škol, kteří na své cestě za vzděláním opouštějí domov, jsou nuceni náhle a velmi razantně změnit svůj životní styl. Jistá míra osamostatnění

je vykoupena stresem z nového prostředí a nutností se rychle adaptovat. Nová látka, především její množství, které studenti musejí pochopit a naučit se, pak celému vysokoškolskému studiu dává jedinečný ráz.

Všechny tyto faktory a jistě i mnohé další studenty formují, a proto se domníváme, že mohou mít vliv i na charakter jejich potíží.

H₃: Copingové strategie zvládání bolestí hlavy závisí na stupni vzdělání.

Vzdělání ve své definici je procesem získávání poznatků, schopností a dovedností, tedy vědomostí, a prostředek nabytí kulturního kapitálu. (Linhart, 1996). Se stoupajícím stupněm vzdělání se mění pohled lidí na svět i sebe samé. Proto předpokládáme i využívání jiných copingových strategií.

H₄: Copingové strategie zvládání bolestí hlavy zdravotnických pracovníků se liší od jiných profesí.

Pracovníci ve zdravotnictví přicházejí denně do styku s nemocnými lidmi, což formuje jejich myšlení a uvažování o světě i sobě samotných. Předpokládáme, že vlivem svých možností a zkušeností budou volit jiné copingové strategie než lidé pohybující se mimo zdravotnictví.

H₅: Míra uvědomění si spouštěčů bolestí hlavy závisí na stupni vzdělání.

Uvědomit si spouštěče bolestí hlavy závisí nejen na pozorování, ale také na určité míře introspekce. Pozorování se lze naučit, k míře introspekce lze dozrát. Proto předpokládáme, že se stupněm vzdělání se bude měnit také míra uvědomění si svých vnitřních pochodů a motivů.

H₆: Míra uvědomění si spouštěčů bolestí hlavy se u pracovníků ve zdravotnictví liší od jiných profesí.

Každodenní styk zdravotníků s pacienty jim poskytuje jedinečné perspektivy a zkušenosti. Předpokládáme tedy, že vlivem svého povolání o sobě budou zdravotníci více přemýšlet a více se analyzovat.

4.2 Použité metody

Při výběru metod jsme usilovali o co největší vypovídající hodnotu získaných dat. Proto jsme se do výzkumného souboru snažili zařadit co nejvíce osob.

Bolestmi hlavy v dnešní době trpí mnoho lidí, ale zařadit jejich reprezentativní soubor do studie by bylo příliš náročné. Pro statistické vyhodnocení by to přineslo mnoho interferujících proměnných. Proto jsme zvolili homogennější populaci pacientů docházejících do poradny pro léčbu bolestí hlavy při Neurologické klinice Fakultní nemocnice Plzeň-Lochotín (více v oddílu 4.3.2 Výzkumný soubor). Speciálním podmínkám, jaké provoz nemocnice a ambulancí přináší, jsme pak museli přizpůsobit celý sběr dat. Pro naplnění výzkumného cíle a ověření hypotéz jsme použili data z databáze a sestavili dotazník, který jsme administrovali pacientům (více kapitola 4.2.1 resp. 4.2.2).

4.2.1 Zisk dat z databáze

Se svolením přednosta Neurologické kliniky jsme získali přístup do databáze pacientů ambulance pro léčbu bolestí hlavy.

V databázi jsme vyhledávali informace o charakteru bolestí hlavy, jejich průběhu a faktorech vyvolávajících bolest hlavy. Dále jsme shromažďovali informace o uvědomění si stresujících faktorů, o copingových strategiích a přístupech pacienta k bolesti hlavy. Získaná data jsme statisticky vyhodnocovali v souvislosti se vzděláním nebo životním zaměřením pacientů.

4.2.2 Dotazníky

Vzhledem k tomu, že data získaná z databáze se svou vypovídající hodnotou pro naše potřeby často lišila, připravili jsme pro pacienty poradny také dotazník. Jeho administrací se nám podařilo některé mezery v získaných datech doplnit. Zároveň jsme získali několik psychologicky zajímavých a důležitých informací.

Dotazník mimo klasických demografických údajů o respondentech obsahoval otázky na charakter bolestí hlavy, její zvládání a uvědomování si faktorů vyvolávajících bolest. K dotazníku jsme připojili také dotazník STAI a COPE. Celý sestavený dotazník administrovaný pacientům ambulance pro léčbu bolestí hlavy je v příloze (Příloha IV).

4.2.2.1 Dotazník STAI

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) byl vytvořen Spielbergem v roce 1964. Do slovenštiny ho přeložili a upravili Müllner, Ruisel a Farkaš, kteří ho roku 1980 vydali. Od té doby byl přeložen také do češtiny (Janečková, 2008) a je široce využíván. Tato metoda umožňuje rozlišit úzkost jako aktuální stav (varianta STAI I) a úzkostnost jako osobnostní rys

(STAI II). Pro tuto práci jsme využili variantu zjišťující úzkost jako rys. Důvodem pro nepoužití obou variant byla snaha o administraci co nejkratšího dotazníku, aby ho v ordinaci poradny stihli všichni pacienti beze stresu vyplnit. Při rozhodování mezi variantami jsme přihlédlí také ke skutečnosti, že pacienti docházejí do poradny po delší dobu, a tak pravděpodobnost, že budou momentálně zúzkostněni, ačkoli běžně tímto způsobem nereagují, je malá.

STAI II obsahuje 20 otázek, které lze hodnotit na škále 1–4.

4.2.2.2 Dotazník COPE

Dotazník COPE byl vytvořen týmem Carver, Scheier a Weintraub v roce 1989 a do češtiny byl přeložen Vašinou v roce 2002 (Janečková, 2008). Tento dotazník slouží ke zmapování copingových strategií. S využitím 15 škál zachycuje 15 skupin copingových strategií. Každá skupina je diagnostikována pomocí čtyřpoložkové stupnice od „nereaguji takto“ až po „reaguji takto velmi často“.

Autoři uvedeného dotazníku se zamýšleli, zda výběr určitých typů reakcí závisí na situaci nebo osobnostních rysech (podobně jako Spielberger v dotazníku STAI). Zvolením vhodných instrukcí se jim podařilo zachytit dispoziční i situační copingové strategie (Vašina, 1999; cit. Janečková, 2008). V této práci nám šlo spíše o zachycení obecné tendence volby strategie než o situační volby.

Dotazník obsahuje jak strategie, které lze považovat za adaptivní a efektivní, tak maladaptivní a neefektivní (více Obrázek 3). Nerozlišuje však coping zaměřený na problém a coping zaměřený na emoce (Janečková, 2008). Na webových stránkách University of Miami (dostupné dne 1. 4. 2014 na <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/scfCOPEF.html>) uvádí profesor Carver, že každá z jeho škál je unipolární, tedy její chybění neznamena, že je přítomen její protiklad. Metoda obsahuje přinejmenším dva páry protikladných tendencí, protože se předpokládá, že v určitých obdobích života užívají lidé široký repertoár strategií. Carver sám z dotazníku nepočítá žádnou konkrétní hodnotu COPE. Spíše než to, si všímá každé škály zvlášť a sleduje, v jakém vztahu je k ostatním proměnným. Na uvedených webových stránkách najdeme doporučení identifikovat vlastní faktory v získaných datech, protože různé soubory vykazují různé zákonitosti vztahů.

Autoři COPE dotazníku zjistili, že osoby s vnitřní lokalizací kontroly více skórují ve strategiích jako „aktivní coping“ (COPE 5) a „plánování“ (COPE 15) než lidé s vnější

lokalizací kontroly. Úzkost jako osobnostní rys, měřený dotazníkem STAI, je spojena s negativními emocemi ve stresových situacích. Ze srovnání vyplývá, že vysoké skóre v této dimenzi predikují neochotu k „aktivnímu copingu“ (COPE 5) a sklon k „behaviorálnímu odevzdání se“ (COPE 2) i „mentálnímu vzdání se“ (COPE 9) cílů. Strategie „hledání instrumentální sociální opory (COPE 4) a strategie „hledání citové sociální opory“ (COPE 11) tvoří most mezi adaptivními, efektivními, a maladaptivními, neefektivními, strategiemi (Janečková, 2008).

Název subškály	Adaptivní/ maladaptivní strategie		Příslušné položky:			
COPE 1 – pozitivní reinterpretace	A	A	1	29	38	59
COPE 2 – behaviorální vzdání se	MA	MA	2	16	31	43
COPE 3 – projevení (nepotlačení) emocí	MA	A/MA	3	17	28	46
COPE 4 – hledání (využití) instrumentální sociální podpory	A	A	4	14	30	45
COPE 5 – aktivní, konstruktivní coping	A	A	5	25	47	58
COPE 6 – popření	MA	MA	6	27	40	57
COPE 7 – obracení se k bohu, víře nebo náboženství	A	A/MA	7	18	48	60
COPE 8 – humor	A	A/MA	8	20	36	50
COPE 9 – mentální vzdání se	MA	MA	9	24	37	51
COPE 10 – odložení řešení na vhodnou dobu	A	A	10	22	41	49
COPE 11 – hledání (využití) citové sociální podpory	A	A	11	23	34	52
COPE 12 – obracení se k alkoholu, lékům, drogám	MA	MA	12	26	35	53
COPE 13 – akceptování (přijetí)	A	A/MA	13	21	44	54
COPE 14 – potlačení (odložení) jiných (interferujících) aktivit	A	A	15	33	42	55
COPE 15 – plánování	A	A	19	32	39	56

Obrázek 3: Položky dotazníku COPE dle jejich významu. (Jména a čísla položek převzata z webu profesora Carvera (dostupné dne 1.4. na adrese: <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclCOPEF.html>) . Popisky podle Carver, Scheier, Weintraub (1989): A = adaptivní/efektivní strategie; MA = maladaptivní/neefektivní strategie (cit. Janečková, 2008), Podle Vašina (1999): A = adaptivní/efektivní strategie; MA = maladaptivní/neefektivní strategie (cit. Janečková, 2008).

4.3 Sběr dat

4.3.1 Popis pracoviště

Pro účely této práce jsme, po domluvě s vedoucím Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Plzeň-Lochotín, mohli pracovat s pacienty poradny pro léčbu bolestí hlavy a jejich daty. Poradna pro léčbu bolesti hlavy je spádovým pracovištěm pro celý Plzeňský a často i Karlovarský kraj. Je v ní registrováno něco málo přes 1000 pacientů, tedy poměrně široké spektrum se všemi stupni vzdělání i zaměřením.

Až na výjimky ji navštěvují nejčastěji pacienti s migrénami, tenzním typem bolestí hlavy a jejich vzájemnou kombinací. Doporučení k návštěvě poradny nejčastěji podávají praktičtí lékaři, ale není výjimkou ani žádanka od spádového neurologa, kam pacient nějakou dobu docházel, a léčba neměla větší efekt.

Když se pacient запиše do poradny, po úvodním vyšetření, kdy je dotázán na celou historii obtíží, dostane návrh nové farmakologické léčby. Do poradny pak dochází v měsíčních až půlročních intervalech v závislosti na charakteru obtíží, aby s lékařem probrali pokroky v léčbě a zároveň se pokusili léčbu zefektivnit.

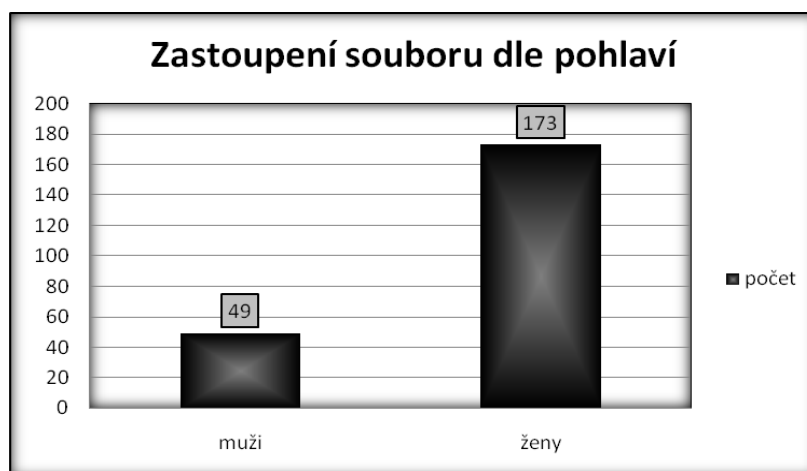
Vedoucím lékařem nám bylo vše vysvětleno a získali jsme přístup ke všem potřebným materiálům. Sám však vyjádřil názor, že na psychosomatickou stránku vzniku bolestí příliš nevěří, protože již byl prokázán jejich tělesný podklad. Z testovaného souboru 222 osob bylo tedy pouhým osmi osobám doporučeno psychologické vyšetření s následnou snahou o léčení pacienta i tímto způsobem.

4.3.2 Výzkumný soubor

4.3.2.1 Retrospektivní zisk dat

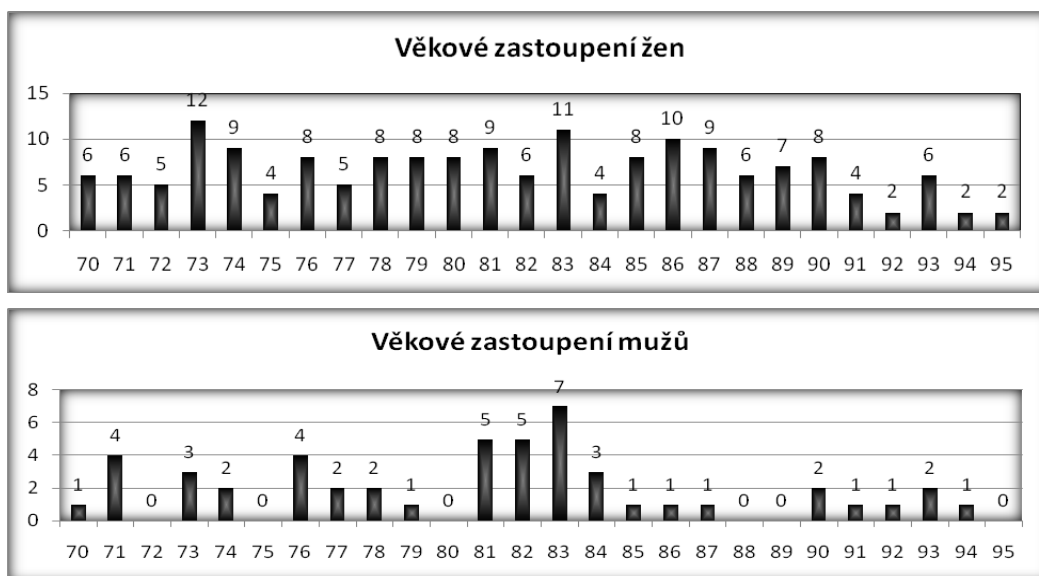
Pro tuto část studie jsme využili kartotéku poradny, odkud jsme získali data pro statistické zpracování (více 4.2.1 Zisk dat z databáze). Jednalo se o papírovou kartotéku, kde byla možnost otevřít si jakoukoli kartu pacienta a pod podmínkou anonymního zpracování z ní získat relevantní data pro práci. Forma a obsah informací o pacientovi obsažené v kartě se i přes standardní doporučení všem lékařům velmi lišila. Pro absenci důležitých dat jsme tedy museli ihned na počátku mnoho pacientů vyřadit z dalšího zpracování.

Pro zachování náhodnosti výběru jsme pacienty nijak nevybírali. Výjimkou byli pacienti narození před rokem 1970, kde již byla velká koincidence dalších onemocnění, a proto jsme pacienty těchto ročníků do studie vůbec nezařazovali. Podobně byli vyřazeni pacienti narození po roce 1995, kdy nepředpokládáme ukončené vzdělání. Taková data by neposkytla dostatečný podklad pro statistická srovnání. Více výběrových kritérií jsme nenastavili. Kartotékou jsme tedy postupovali dle abecedy. Zpracovali jsme data všech pacientů s příjmením začínajícím na A až J a pak celé S - Š. Celkem jsme tedy do diplomové práce zařadili 222 pacientů, což činí přibližně 20 % všech pacientů navštěvujících poradnu pro léčbu bolestí hlavy. Výzkumný soubor tvořilo 173 žen a 49 mužů (Obrázek 4).



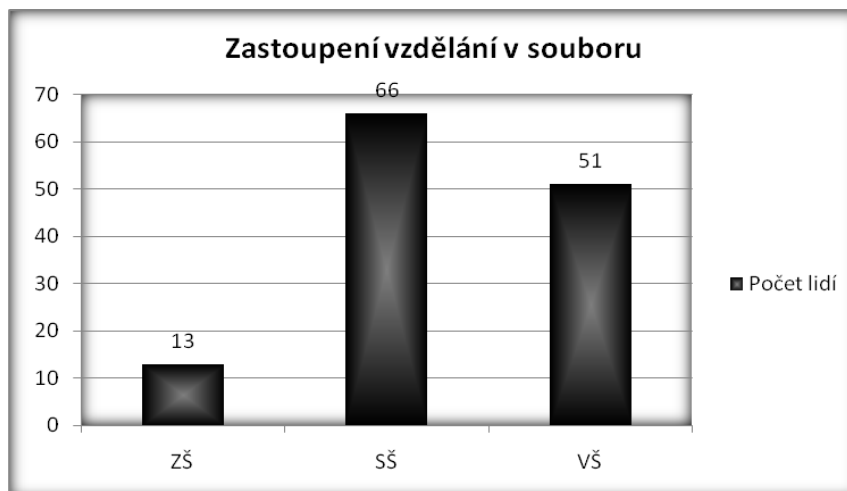
Obrázek 4: Grafické znázornění rozdělení souboru dle pohlaví

V souboru byli zařazeni lidé narození mezi lety 1970 až 1995 (Obrázek 5). Průměrný věk všech osob v souboru byl 80,9 let, pro ženy byl průměrný věk 81,4 let, pro muže 79,9 let.



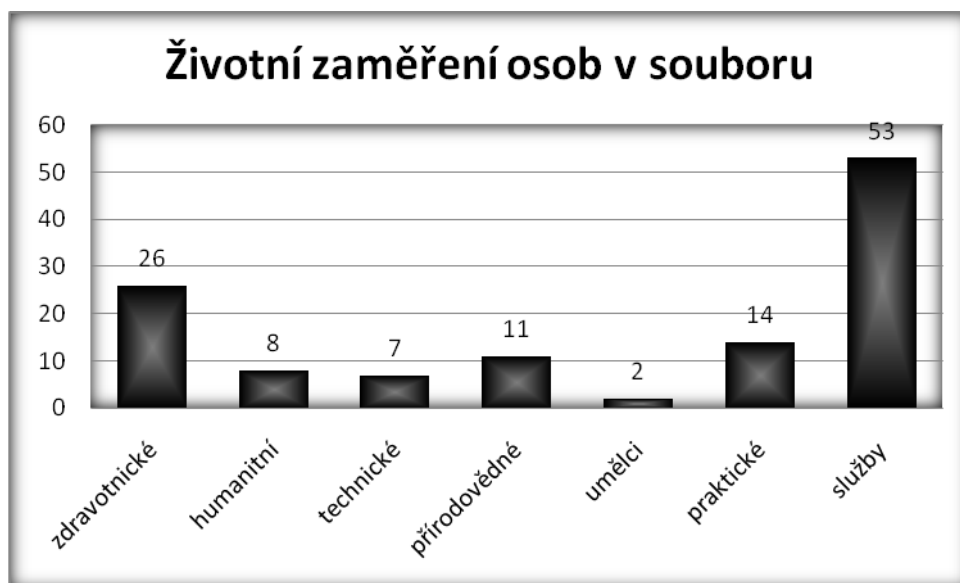
Obrázek 5: Grafické znázornění rozdělení souboru dle ročníku narození a pohlaví.

Soubor jsme dělili dle stupně dosaženého vzdělání. V souboru bylo zastoupeno 51 vysokoškolsky vzdělaných pacientů, 66 středoškolsky vzdělaných pacientů a 13 pacientů se základním vzděláním (Obrázek 6). U 92 lidí se úroveň a zaměření vzdělání nepodařilo dohledat.



Obrázek 6: Grafické znázornění rozdělení souboru dle dosaženého stupně vzdělání.

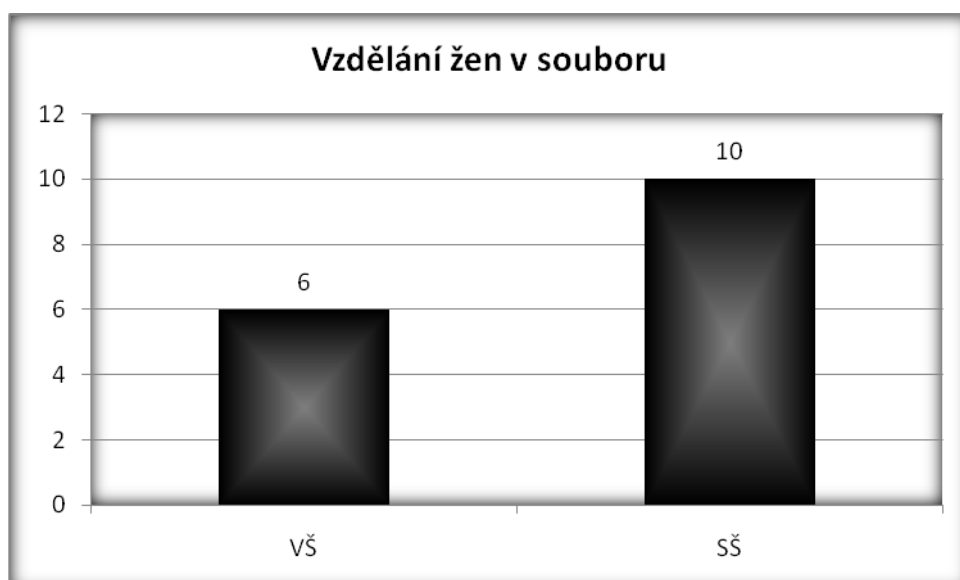
Soubor jsme dále dělili dle životního zaměření, které odpovídá vystudované škole a vykonávané práci. Z tohoto hlediska jsme osoby v souboru rozdělili do osmi kategorií. Nejpočetnější kategorií byli pracovníci ve službách ($n = 53$), kam byli zahrnuti všichni studenti a absolventi obchodní akademie stejně jako učitelé, asistentky a další osoby pracující s lidmi pro lidi. Tato kategorie byla nejpočetnější právě z důvodu nejširšího rozpětí zaměření a vykonávaných činností. Druhou kategorií byly zdravotnické profese ($n = 26$), kam jsme zařadili lékaře a sestry. Tato kategorie s jednoznačným zaměřením a specifiky byla dalece nejpočetnější specifikovanou skupinou lidí. Třetí kategorie pak zahrnovala studenty a pracovníky v přírodních vědách ($n = 11$). Čtvrtá pak humanitně vzdělané nebo humanitně pracující lidi ($n = 8$), pátá techniky a inženýry ($n = 7$). Do šesté kategorie ($n = 14$) byli zahrnuti lidi manuálně pracující, jako jsou dělníci, zedníci a podobně. Sedmou kategorií jsme vyhradili pro umělce ($n = 2$) a osmou pro ostatní lidi ($n = 101$), u nichž nebylo možné vzdělání dohledat, protože záznamy chyběly nebo se omezovaly na informaci o úřadu práce nebo mateřské dovolené (Obrázek 7).



Obrázek 7: Grafické znázornění rozdělení souboru dle životního zaměření.

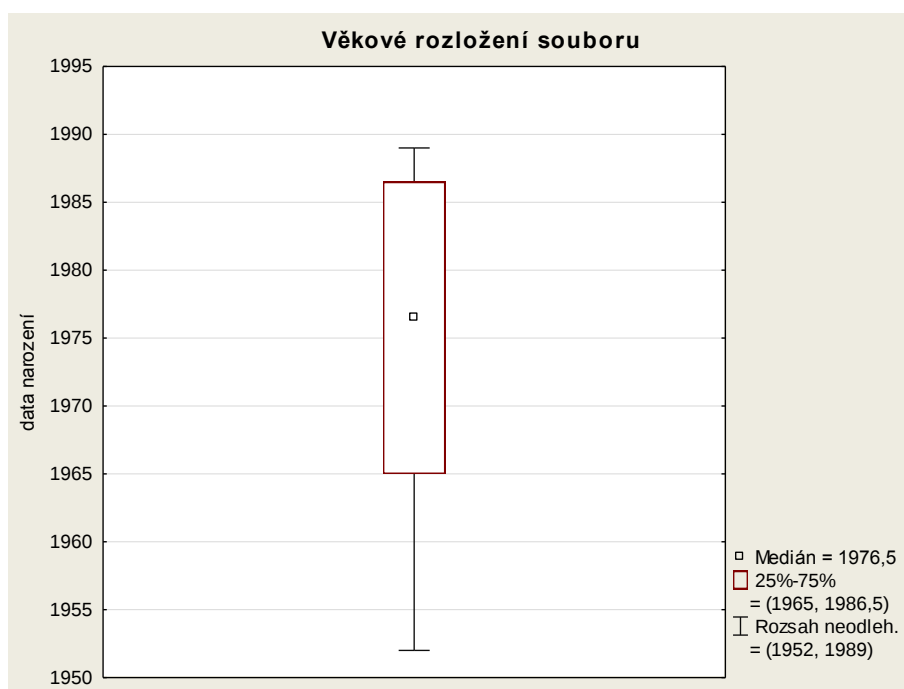
4.3.2.2 Dotazníková studie

Části pacientů jsme administrovali sestavený dotazník skládající se z běžných demografických otázek, několika položek o charakteru bolesti hlavy a copingových strategiích s připojeným dotazníkem STAI II a dotazníkem COPE. Pacienti nebyli moc ochotní dotazník vyplňovat, protože jim přišel příliš dlouhý. Nakonec jej vyplnilo 16 lidí. Z toho bylo všech 16 žen, 10 se středoškolským, 6 s vysokoškolským vzděláním (Obrázek 8).



Obrázek 8: Grafické znázornění rozdělení dotazovaných žen dle dosaženého vzdělání.

Průměrný ročník narození žen v souboru byl 1974, přičemž nejstarší žena souboru se narodila v roce 1954, nejmladší v roce 1989 (Obrázek 9).



Obrázek 9: Krabicový graf věkového rozložení souboru.

4.3.3 Průběh výzkumu

Data pro retrospektivní studii jsme získávali v průběhu podzimu 2013 a jara 2014 na základě povolení vedoucího Neurologické kliniky. Pracovníci kliniky nám umožnili přístup do všech potřebných materiálů a ochotně zodpovídali i četné dotazy.

Dotazníky byli administrovány pacientům, kteří navštívili poradnu pro bolest hlavy v období únor až duben 2014. Lékař nebo sestra vždy pacientovi sdělili účel dotazníku a požádali ho o jeho vyplnění. Pacienti, kteří svolili k vyplnění dotazníku, pak v době čekání na to, až budou na řadě, vyplnili v čekárně dotazník. Čekárny u ambulančních pracovišť jsou prostorné, a tak zajišťují určitý stupeň pohodlí. V dnešní době musí lidé při příchodu na zdravotnické pracoviště vyplnit několik formulářů, a tak jsou ambulance vybaveny psacími potřebami a tvrdými deskami na psaní. Navíc přítomnost osoby, která cosi v čekárně vyplňuje, nikoho nepřekvapí. Lepší zajištění prostoru pro vyplnění dotazníku se nám nepovedlo zařídit. I tak pacienti nebyli příliš ochotní k vyplnění dotazníku a měli k němu odpor.

Dotazník jsme administrovali osobně, proto bylo možné pacienty sledovat a také s nimi komunikovat. Pacientům nedělalo vůbec žádné problémy zodpovědět otázky na první

straně dotazníku, kde jsme se ptali na charakter bolestí hlavy a její zvládání. Někoho zaskočila otázka na provokační faktory, ale celkově lze říci, že jsou pacienti zvyklí odpovídat na podobný typ otázek. Dotazník STAI II na další straně řadu pacientů překvapil, avšak bez problémů ho vyplnili. K vyplnění dotazníku COPE na další straně bylo potřeba pacienty přemlouvat. Stěžovali si především na jeho délku a časté opakování otázek („proč se pořád ptáte na to samé?“), jiní si zase stěžovali, že se je opakující položky snaží „nachytat“. Část pacientů COPE dotazník nevyplnila vůbec nebo nedokončila. Často z časových důvodů, jindy pro nedostatek motivace.

4.4 Metoda zpracování dat

Získaná data z retrospektivního sběru dat i dotazníkového průzkumu jsme zpracovali pomocí programu STATISTICA a online kalkulátoru pro výpočet přesného Fischerova testu pro tabulky větší než 2 x 2 (dostupný dne 1. 4. 2014 na adrese http://www.physics.csbsju.edu/stats/exact_NROW_NCOLUMN_form.html).

K popisu souboru bylo využito deskriptivních statistických metod a výsledky jsme vyjádřili jak v textu, tak formou grafů vytvořených v programu Excel.

Vlastní výzkumné výsledky jsme pak, dle jejich povahy, získali využitím parametrických i neparametrických testů.

4.5 Výsledky

4.5.1 Výsledky z databáze

Data získaná z databáze byla velmi různorodá, proto jsme se soustředili pouze na sběr informací relevantních pro tuto práci. Sledovali jsme charakteristiky bolestí hlavy a jejího prožívání pacienty, charakter a uvědomění si vyvolávajících faktorů a v neposlední řadě také strategie vyrovnávání se s bolestí. Vše jsme srovnávali se stupněm dosaženého vzdělání. Vzhledem k různorodosti souboru jsme pak hledisko vlivu zaměření vzdělání a pracovního zařazení sledovali pouze u zdravotníků. Byli jedinou homogenní skupinou.

Pro zhodnocení srovnatelnosti zastoupení osob v našem výzkumném souboru s celou populací jsme použili data z Českého statistického úřadu, který sleduje různé demografické údaje. Získali jsme informace o procentuálním zastoupení vzdělanostních skupin (dostupné

dne 17. 4. 2014 na adrese <http://www.plzen.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/3101-13>) a srovnali je s osobami v souboru (Obrázek 10).

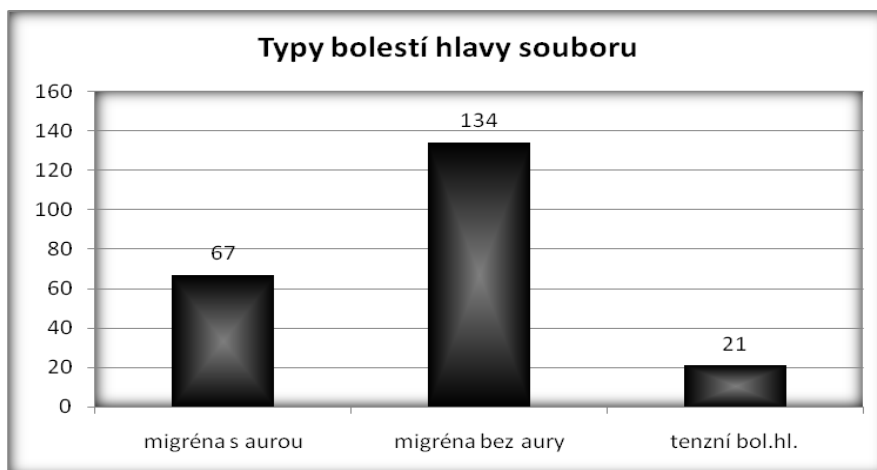


Obrázek 10 : Grafické znázornění srovnání populace plzeňského kraje a zkoumaného souboru dle dosaženého stupně vzdělání.

Ze srovnání vyplynul trend, kdy s rostoucím stupněm dosaženého vzdělání roste procentuální zastoupení lidí vyhledávajících pro bolesti hlavy lékaře. Toto prosté srovnání neumožňuje poznat, zda je zvýšená návštěvnost poradny pro léčbu bolestí hlavy způsobena větší incidencí bolestí hlavy v populaci vysokoškoláků, nebo jen jejich větší motivací k vyhledání lékaře. Více v dalším textu.

4.5.1.1 Charakteristiky bolestí hlavy

Do souboru bylo zařazeno 201 lidí s migrénou, z toho 67 lidí má před příchodem migrény auru. Zbýlých 21 pacientů v souboru trpí tenzními bolestmi hlavy (Obrázek 11).



Obrázek 11: Grafické znázornění typů bolesti hlavy a jejich četnosti.

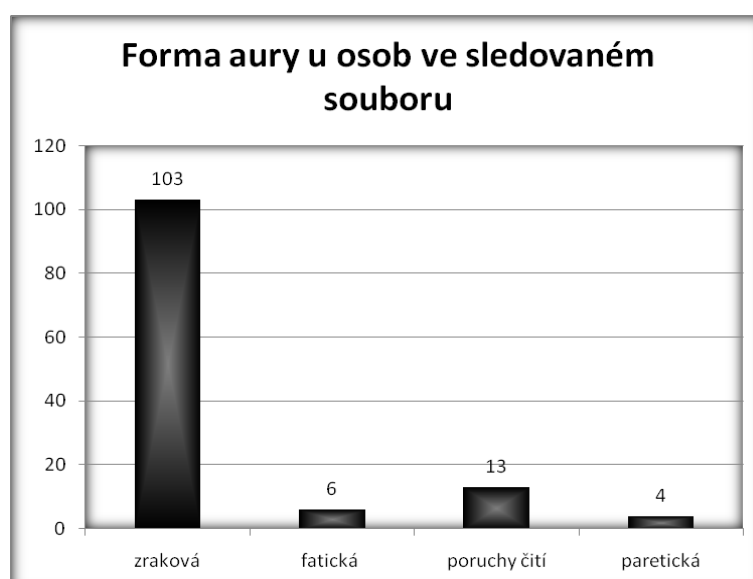
Zjišťovali jsme, zda souvisí diagnostikovaný typ bolestí hlavy se stupněm dosaženého vzdělání. Použili jsme kontingenční tabulku a online kalkulačtor pro výpočet Fischerova testu, kde nám pravděpodobnost souvislosti vyšla velmi nízká ($p = 0,138$). Dále jsme zkoumali, zda diagnostikovaný typ bolestí hlavy souvisí se zaměřením vzdělání a pracovním zaměřením. Nejprve jsme porovnali skupinu zdravotníků (lékaři, sestry) vůči ostatním lidem v souboru podle diagnostikovaného typu bolestí hlavy. Zde vyšla hladina významnosti opět neprůkazně ($p = 0,151$). Srovnání dalších skupin dopadlo podobně.

Dále nás zajímalo, zda souvisí stupeň dosaženého vzdělání s výskytem a vnímáním aury. Nejdříve jsme sledovali, zda výskyt aury závisí na dosaženém vzdělání. Po stanovení tabulky četností (Obrázek 12) jsme provedli parametrický test Pearsonův chí-kvadrát a pro srovnání také M-V chí-kvadrát, kde jsme získali hodnoty $p = 0,53929$ resp. $p = 0,52090$.

aura	Obrázek 12: Tabulka četností výskytu aury v závislosti na stupni vzdělání			
	SŠ	ZŠ	VŠ	součet
není	42	10	32	84
je	24	3	21	48
Celkem	66	13	53	132

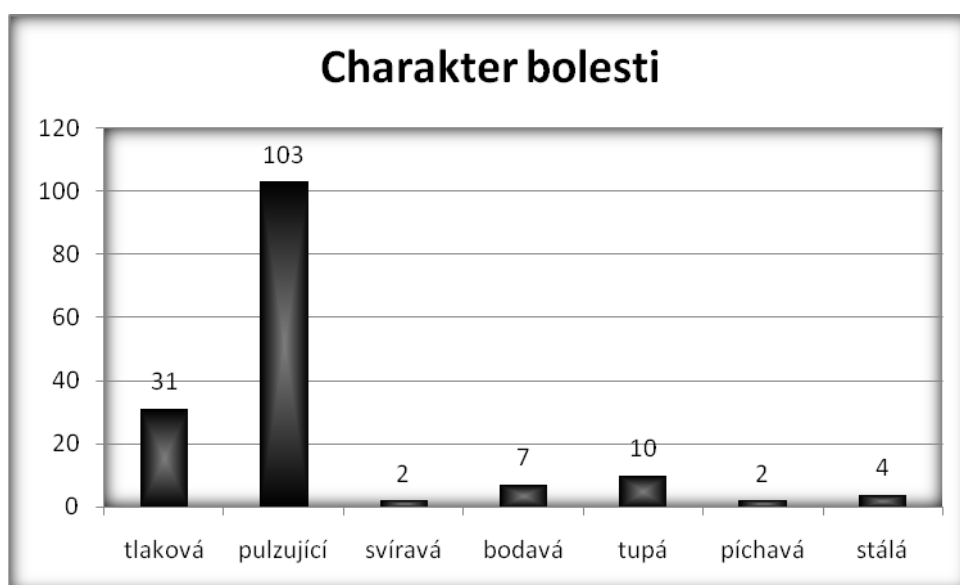
Při statistickém vyhodnocení vlivu zaměření na výskyt aury jsme srovnávali zdravotníky s ostatními skupinami, kdy hodnota Pearsonova chí-kvadrátu vyšla $p = 0,6203$.

Při zjišťování souvislosti aury a vzdělání jsme se zaměřili také na formu aury. Ze záznamů vyplynulo, že pacienti navštěvující poradnu trpí různými typy aury od zrakové, přes fatickou, kinetickou až po auru s projevy poruchy čítí (Obrázek 13).



Obrázek 13: Grafické znázornění forem aury u sledovaného souboru.

Zjišťovali jsme, zda je některá z forem charakteristická pro určitý stupeň vzdělání a zaměření. Při srovnání stupně vzdělání a typu aury jsme při srovnávání všech pacientů, i těch, kteří auru nemají, s pacienty zažívajícími jednotlivé typy projevů aury vždy došli k velmi nízké hladině významnosti, tedy p se vždy rovnalo přibližně 0,110. Avšak při vzájemném srovnávání pacientů s aurou jsme získali hodnotu Personova chí-kvadrátu $p = 0,0872$, což sice není signifikantní souvislost, přesto jsme již blízko. Po vyřazení pacientů se základním vzděláním ($n = 3$) ze statistického srovnání, jsme již získali téměř uspokojivou hodnotu Pearsonova chí-kvadrátu ($p = 0,563$). Dále nás zajímalo srovnání životního zaměření a typu aury. Zde nevyšel žádný signifikantní výsledek, pro představu uvedeme alespoň srovnání zdravotnické profese s ostatními, kde vyšla hodnota $p = 0,43587$. Zajímali jsme se také o charakter bolestí hlavy, kdy jsme zjistili, že nejvíce pacientů trpí pulzující neboli tepající bolestí hlavy (Obrázek 14).



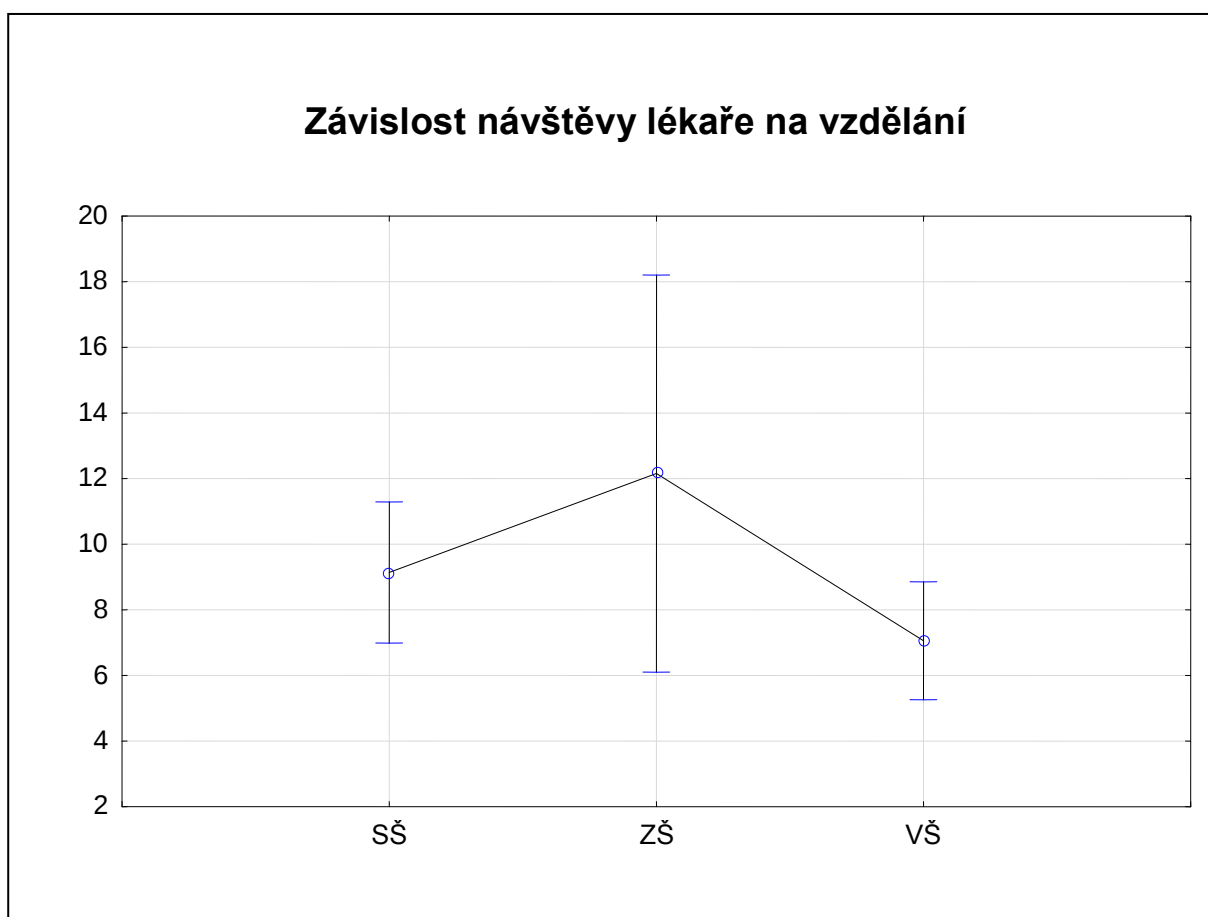
Obrázek 14: Grafické znázornění charakteru bolestí u sledovaného souboru.

Zde se nám nepodařilo prokázat ani vzdálenou souvislost se stupněm dosaženého vzdělání nebo životního zaměření. Jediná korelace je s diagnostikovaným typem bolestí hlavy. Zajímali jsme se také o četnost záchvatů v měsíci, kdy průměrně pacienti pocítí bolest hlavy 6,6krát měsíčně (medián 4krát), s maximem každý den a minimem 0,166, což odpovídá frekvenci jednou za půl roku. Zde jsme také nenalezli souvislost s dosaženým stupněm vzdělání nebo životním zaměřením.

4.5.1.2 Prožívání bolestí a jejich zvládání

Prožívání bolesti u pacientů lze jen těžko srovnávat, protože neexistuje nic jako dolorimetr nebo podobný nástroj (Honzák, 2006). I v databázi kliniky se však najde způsob, jak si udělat představu o zvládání bolesti pacientem. Hledali jsme informace o návštěvách lékaře, jak z hlediska pravidelnosti, tak z hlediska srovnání s počátky potíží a první návštěvy lékaře pro ně. Sledovali jsme také způsoby zvládání bolestí.

Zjišťovali jsme tedy, zda se liší doba prvního vyhledání lékařské pomoci od prvních příznaků u lidí s odlišným stupněm dosaženého vzdělání. Pomocí ANOVA (Obrázek 15) lze vidět patrnou velkou směrodatnou odchylku u lidí se základním vzděláním oproti lidem se vzděláním vyšším. Podobně lidé se základním vzděláním vyhledávají lékaře v delším časovém intervalu od prvních projevů obtíží. Trend je tedy patrný, avšak statisticky nevýznamný, neboť $p = 0,0986$.



Obrázek 15: Grafické znázornění vlivu stupně dosaženého vzdělání na délce intervalu od prvních projevů bolestí po vyhledání lékaře ($p = 0,09593$).

Pokud však přijmeme premisu, že chceme sledovat trend se vzrůstající úrovní vzdělání, můžeme z tohoto statistického srovnání odstranit středoškolsky vzdělané pacienty, a tím

získáme dva póly stupnice. Srovnání těchto dvou skupin již přináší statisticky významný rozdíl ($p = 0,0327$). Při sledování vlivu životního zaměření na interval mezi první bolestí a první návštěvou lékaře nenacházíme žádná signifikantní data.

Dále lze posuzovat, zda dosažený stupeň vzdělání nějakým způsobem ovlivňuje pravidelnost návštěv a kontrol u lékaře (Obrázek 16). Pro toto stanovení jsme použili opět Pearsonův chí-kvadrát a vyšla nám nízká hladina významnosti $p = 0,663$.

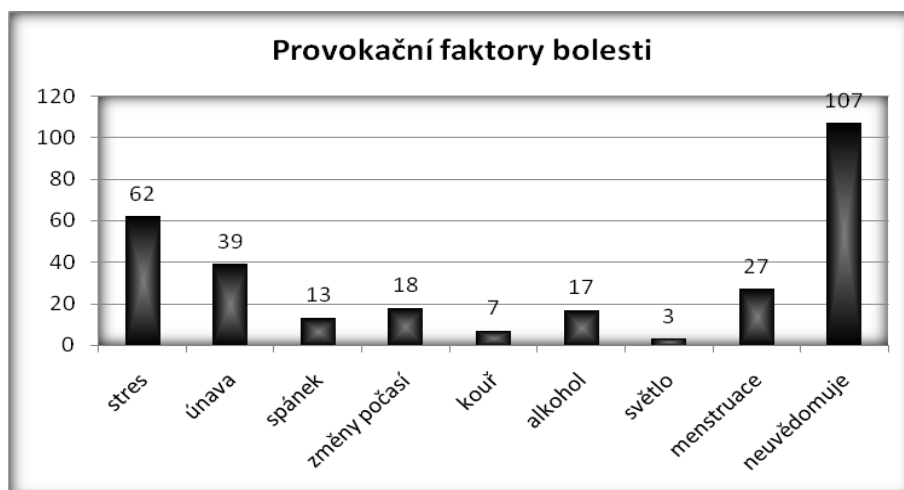
Návštěva lékaře	Obrázek 16: Tabulka četnosti pacientů s dohledatelným vzděláním v závislosti na pravidelnosti/nepravidelnosti návštěv lékaře			
	SŠ	ZŠ	VŠ	celkem
nepravidelně	42	7	30	79
pravidelně	24	6	23	53
celkem	66	13	53	132

Při srovnání pravidelnosti návštěv nám vyšla další neprůkazná data mimo srovnání skupiny zdravotníků s ostatními. Zdravotníci navštěvují lékaře pravidelně významně častěji ($p = 0,034$) než ostatní skupiny pacientů.

Dále lze z databáze vysledovat způsoby zvládání bolesti. Pacienti běžně řeší bolest hlavy klidem a analgetiky dostupnými v lékárně bez předpisu. Většina pacientů poradny pro léčbu bolestí hlavy však již užívá silný lék na předpis, proto v této oblasti nelze bohužel nic srovnávat.

4.5.1.3 Uvědomování si spouštěčů bolesti

V neposlední řadě nás zajímalo, zda si pacienti uvědomují možné příčiny svých obtíží. V teoretickém úvodu jsem psala, že se lidé obávají označení svých problémů jakožto psychosomatických. Bylo tedy zajímavé zjistit, zda přemýšlejí nad vlivy okolí i svého vnitřního naladění na svůj zdravotní stav. Jako faktory spouštějící bolest byl nejčastěji uváděn stres ($n = 62$), na dalším místě únava a vyčerpání organismu ($n = 39$), na dalších místech pak spánek, a to jeho nedostatek i nadbytek, změny počasí, konzumace alkoholu, pobyt v zakouřeném prostředí či kouř jako takový, intenzivní světlo a v neposlední řadě menstruace (Obrázek 17). Pacienti uváděli i více provokačních faktorů najednou. Téměř polovina ($n = 107$) pacientů z našeho souboru nad svým provokačním faktorem nepřemýšlela nebo na něj nedokázala přijít.

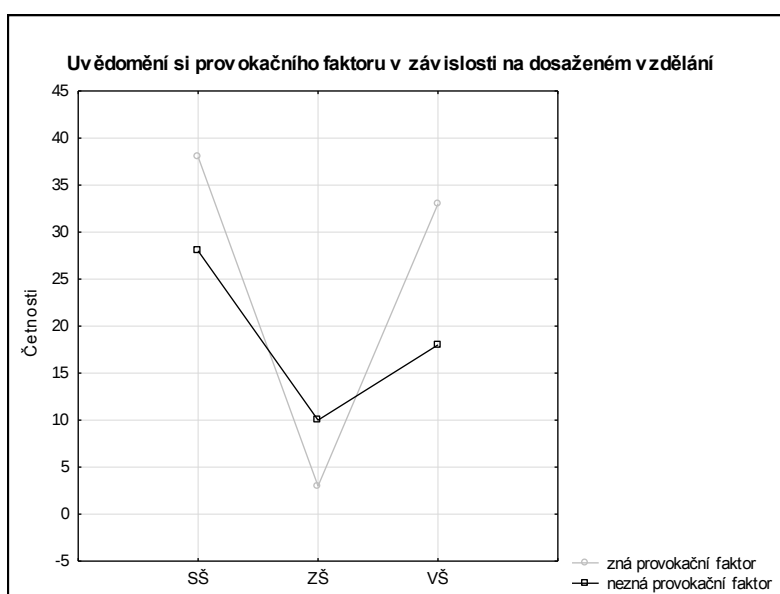


Obrázek 17: Grafické znázornění faktorů provokujících bolest hlavy u sledovaného souboru.

Zjišťovali jsme, zda má dosažený stupeň vzdělání vliv na nejvíce se objevující provokační faktor, zde však všechny testy vyšly statisticky nevýznamně. Při zjišťování míry uvědomění si provokačních faktorů jsme však zaznamenali jasný trend (Obrázek 18), kdy s rostoucím stupněm vzdělání roste také uvědomění si provokačních faktorů, a to statisticky velmi významně ($p = 0,025$). Pro názornost uvádím Obrázek 19.

Obrázek 18: Tabulka četností; srovnání stupně vzdělání a uvědomění si provokačního faktoru

Provokační faktor	SŠ	ZŠ	VŠ	Řádek.
Zná	38	3	33	74
nezná	28	10	18	56
celkem	66	13	51	130



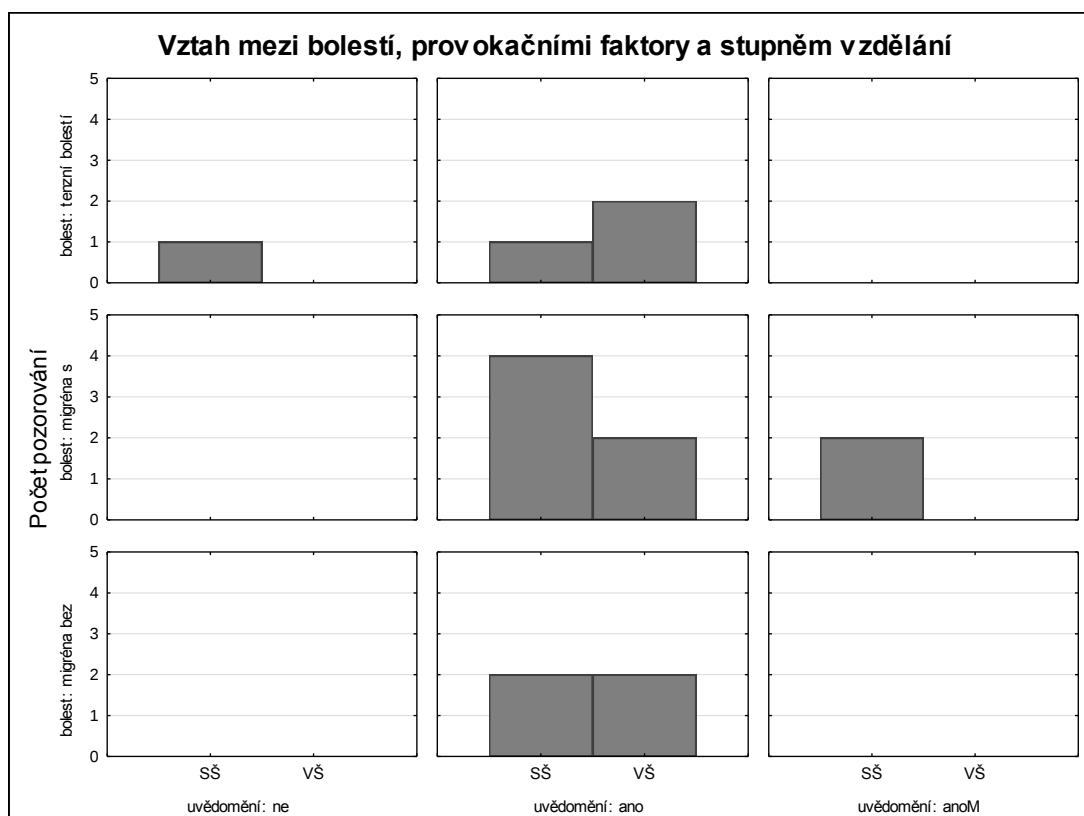
Obrázek 19: Grafické znázornění uvědomění si faktorů provokujících bolest v závislosti na dosaženém stupni vzdělání.

4.5.2 Výsledky z dotazníkového průzkumu

4.5.2.1 Bolest, provokační faktory

Ze šestnácti žen, které vyplnily dotazník, trpí migrénou 12 žen, z toho migrénou s aurou 8 žen, a 4 ženy se léčí pro tenzní cefaleu. Mimo jednu si všechny uvědomují provokační faktory vyvolávající jejich bolest hlavy, přičemž dvě hledají pouze vnější příčiny (kouř, světlo apod.) a zbylých třináct pak spatřuje provokační faktory vnější i vnitřní. Dáme-li vše do souvislosti se vzděláním, je zajímavé prohlédnout si Obrázek 20.

Na histogramu (Obrázek 20) lze vysledovat, že provokační faktory si neuvědomuje pouze žena se středoškolským vzděláním trpící tenzní bolestí. Zaměříme-li se na pravý sloupec, zjistíme, že za provokační faktory označují pouze faktory vnější opět ženy se středoškolským vzděláním. Z uvedeného grafu lze tedy říci, že vysokoškolsky vzdělané ženy mají oproti ženám se středoškolským vzděláním tendenci hledat provokační faktory v sobě i okolí. Vzhledem k malému počtu osob v souboru však nelze vytvořit průkazný statistický test, proto můžeme sledovat pouze tendence.



Obrázek 20: Kategorizovaný histogram ukazuje vztahy mezi typem bolesti, uvědoměním si provokačních faktorů a dosaženým stupněm vzdělání. (uvědomění: anoM značí uvědomění si pouze vnějších faktorů).

4.5.2.2 Dotazník STAI

Popisné statistiky naměřených hodnot rysové úzkosti v souboru přehledně udává Obrázek 21. Dle metodického pokynu pro vyhodnocování dotazníku STAI se liší normy pro muže a ženy. Našeho testování se žádný muž nezúčastnil, proto uvedená data srovnávám přímo s referenčními hodnotami pro zdravou populaci žen.

Hodnota	Výsledek pro všechny osoby, ženy, v souboru (n=16)
Průměr	41, 6250
Medián	42, 5000
Směrodatná odchylka	8, 3653
Minimum	27
Maximum	56

Obrázek 21: Tabulka popisné statistiky pro naměřené hodnoty rysové úzkosti.

Získané průměrné hodnoty ukazují, že průměrná hodnota úzkostnosti byla u našeho souboru vyšší než průměrná hodnota v populaci. Do percentilu 50 normální populace se řadí průměrné hodnoty hrubých skóre 37. Náš soubor má průměrnou hodnotu 41,6, což odpovídá hodnotě 68. percentilu. Tedy osoby v souboru se vyznačují průměrnou úzkostí stejnou nebo vyšší než 68 % populace. Hodnota to není nijak enormně vysoká, ale přesto je trend patrný.

Zjišťovali jsme korelaci s dosaženou úrovní vzdělání, kde byl patrný trend vyšší úzkostnosti u žen středoškolsky vzdělaných, avšak statistickou významnost nebylo možné prokázat ($p = 0,66$). Zjišťovali jsme také závislost uvědomění si provokačních faktorů na úzkostlivosti, ale ani zde nebyla prokázána statistická významnost ($p = 0,157$).

4.5.2.3 Dotazník COPE

Vzhledem k tomu, že sám autor testu Carver (viz výše uvedený web University of Miami) doporučuje získané výsledky pro neexistenci referenčních údajů či stupnic porovnat, provedli jsme faktorovou analýzu. Zvolili jsme metodu hlavních komponent, kde jsme hledali 2–4 vypovídající faktory, větší počet by již nebyl oprávněný (Janečková, 2008).

Následně byla všechna řešení rotována pomocí metody varimax. Pro smysluplnou interpretaci výsledků se jevílo jako optimální řešení se 3 faktory (Obrázek 22).

Proměnná		F1	F2	F3
COPE 1	pozitivní reinterpretace	0,647565	0,002197	0,500587
COPE 2	behaviorální vzdání se	0,335334	0,318167	0,101919
COPE 3	projevení (nepotlačení) emocí	-0,089707	0,125111	0,830531
COPE 4	hledání (využití) instrumentální sociální podpory	0,699747	0,246883	-0,048459
COPE 5	aktivní, konstruktivní coping	0,501342	-0,156540	0,556711
COPE 6	popření	0,320773	0,796514	0,040543
COPE 7	obracení se k bohu, víře nebo náboženství	-0,255269	0,177066	0,250964
COPE 8	humor	0,797537	0,011876	0,307500
COPE 9	mentální vzdání se	-0,160414	0,822347	0,053027
COPE 10	odložení řešení na vhodnou dobu	0,504094	0,514020	-0,106450
COPE 11	hledání (využití) citové sociální podpory	0,683586	0,275107	0,231255
COPE 12	obracení se k alkoholu, lékům, drogám	0,818828	-0,042190	-0,029294
COPE 13	akceptování (přijetí)	-0,005761	0,769114	-0,022608
COPE 14	potlačení (odložení) jiných (interferujících) aktivit	0,219104	0,510278	0,722691
COPE 15	plánování	0,201108	-0,232319	0,817940

Obrázek 22: Rotované matice komponent dotazníku COPE (n = 16, faktorové náboje větší než 0,7 jsou označeny tučně v šedivém poli).

Faktor F1 je syčen především COPE 8 a COPE 12, v menší míře pak COPE 1, COPE 4 a COPE 11. Jedná se o únikové strategie, kdy COPE 8 značí snahu osoby získat odstup od situace pomocí humoru, COPE 12 pak utíkání od tíživé situace k alkoholu, drogám, lékům. Tyto copingové strategie se ve svém spojení jeví jako neefektivní strategie zvládání problému. Na druhou stranu, přihlédneme-li i k položkám s menším nábojem, zjistíme, že se F1 vyznačuje také hledáním instrumentální sociální opory (COPE 4), hledáním citové sociální opory (COPE 11) a snahou o pozitivní reinterpretaci (COPE 1). Celkově lze tedy faktor F1 charakterizovat jako víceméně efektivní strategii zvládání situace vyhledáním opory emocionální i instrumentální a snahou o nadsled a přerámování situace.

Faktor F2 je syčen především COPE 6, COPE 9 a COPE 13, v menší míře také COPE 10 a COPE 14. K podobnému faktoru dospěl také Vašina (2002), který ho nazývá pasivní strategií. (cit. Janečková, 2008). Tato strategie je typická vzdáním se (mentálním i polevením

v úsilí), popíráním problému a pasivním akceptováním. Odložení řešení na vhodnější dobu lze v této souvislosti chápat jako snahu jedince o racionalizaci faktu, že se vzdal řešení, spíše než o skutečné odložení řešení. Faktor F2 tedy popisuje pasivní strategie zvládání problému.

Faktor F3 je syčen především COPE 3, COPE 14 a COPE 15, v menší míře pak COPE 1 a COPE 5. Jedná se o aktivní a většinou efektivní způsob zvládání zátěže s tendencí jedince projevit emoce, srovnat si situaci a naplánovat potřebné kroky k jejímu úspěšnému zvládnutí. Méně sytící faktory pak ukazují na snahu o pozitivní přerámování situace a aktivní coping. Velmi podobný faktor identifikovala ve své dizertační práci také Janečková (2008), která ho ve shodě s Vašinou (2002) nazvala jako strategii aktivního, konstruktivního zvládání (Janečková, 2008). S tím v této práci souhlasíme.

4.6 Interpretace výsledků

Níže uvádíme jednotlivé hypotézy a výsledky, které jsme při jejich potvrzování/vyvracení získali.

H₁: Psychosomatické obtíže charakteru bolestí hlavy vedou lidi k vyhledání lékaře namísto psychologa.

Statistiky tvrdí, že pouze 5–10 % psychosomaticky nemocných se od lékaře dostane k psychologovi (Tress, 2008). My jsme získali data od celkem 238 pacientů (222 retrospektivní sběr dat a 16 vyplněných dotazníků) poradny pro léčbu bolesti hlavy Neurologické kliniky FN Plzeň. Všichni pacienti zařazení do souboru nemají pro své bolesti somatický podklad. Ze zpracování jsme vyřadili méně než jedno procento pacientů poradny, kteří mají mozkové změny či jiné postižení způsobující bolest hlavy. Ze somaticky zdravých pacientů se pouze u osmi z nich podařilo dohledat, že byli podrobeni psychologickému vyšetření, z toho dle záznamů jen čtyři psychologa či psychiatra navštěvují pravidelně.

H₂: Existuje rozdíl ve výskytu a projevech bolestí hlavy u lidí s vysokoškolským vzděláním a lidí bez něj.

Pro potvrzení této hypotézy jsme se zaměřili na charakteristiky bolestí hlavy a zkoumali, zda závisí na dosaženém stupni vzdělání. Zjistili jsme, že diagnostikovaný typ bolestí hlavy se vzděláním nespojuje, podobně jako výskyt aury u migreniků, i když hladina významnosti stupně dosaženého vzdělání k výskytu aury byla téměř signifikantní ($p = 0,539$). Zkoumali jsme také typy aury a jejich závislost na stupni vzdělání. U pacientů se základním

vzděláním, které jsme zařadili do souboru, se aura vyskytovala velmi výjimečně, tak jsme je pro toto statistické porovnání odebrali ze souboru a statistická významnost vlivu vzdělání na typ aury se zvýšila na hodnotu $p = 0,563$. Domníváme se však, že v tomto ohledu je to náhoda, která by se při zpracování všech pacientů poradny pro léčbu bolesti vytratila. Zkoumali jsme také vlastnosti bolesti jako takové, zda je pulzující, tlaková, stálá, apod., ale nenašli jsme žádnou pozitivní korelaci se vzděláním, podobně jako při zkoumání vlivu vzdělání na frekvenci výskytu bolesti za měsíc. Hypotézu dvě jsme tedy nepotvrdili, protože se nám standardními metodami nepodařilo v žádném zkoumaném ohledu dosáhnout na hranici významnosti $p = 0,05$ a méně.

H₃: Copingové strategie zvládání bolestí hlavy závisí na stupni vzdělání.

Z psychologického hlediska jsou copingové strategie bolestí hlavy zajímavější než jejich stručná charakteristika, proto jsme se na tuto problematiku soustředili jak při sběru dat, tak v administrovaném dotazníku.

Při sběru dat jsme neměli možnost tuto kategorii přímo zaznamenat, protože se lékaři při návštěvě pacientů v ordinaci nezabývají jejich psychickými procesy. Usuzovali jsme tedy na copingové strategie z nepřímých informací. Zjistili jsme tak, že srovnáme-li první příznaky bolestí hlavy a první návštěvu lékaře, dostaneme velmi rozdílné hodnoty. Když tyto hodnoty statisticky vyhodnotíme, zjistíme, že tento interval na vzdělání přímo nezávisí ($p = 0,0986$), avšak je zde patrný trend prodlužujícího se intervalu spolu s klesajícím stupněm nejvyššího dokončeného vzdělání. Pokud vyřadíme středoškolsky vzdělané lidi, abychom mohli porovnat oba póly sledované stupnice, zjistíme, že je rozdíl dokonce statisticky významný ($p = 0,0327$).

Na pravidelnost návštěv lékaře však již stupeň vzdělání vliv nemá.

Sledovali jsme také copingové strategie v pravém slova smyslu, kdy jsme zaznamenávali strategie zvládání bolestí hlavy jako takových. Zajímalo nás, zda pacienti spí, odpočívají nebo užívají volně dostupné léky či léky na předpis. V tomto ohledu jsme byli zklamáni, protože údaje o nefarmakologické formě zvládání bolestí hlavy se v lékařské dokumentaci příliš nevyskytují. Z provedeného dotazníkového šetření vyplývá, že tento nedostatek záznamů není způsoben faktem, že pacienti tyto metody zvládání bolesti nepoužívají, ale spíše jen nezájmem lékařů o tyto způsoby. Užívané léky bylo snadné zjistit, avšak pacienti navštěvující poradnu užívají převážně léky na předpis, a proto není možné žádné vypovídající srovnání. Naopak z dotazníků vyplynulo, že se lidé snaží farmakologickému řešení svých bolesti vyhnout nezávisle na stupni vzdělání. Vzhledem

k malému počtu probandů, kteří vyplnili dotazník, však toto zjištění může být pouze podnětem k zamyšlení, ne statisticky významným výsledkem.

Z dotazníku COPE a faktorové analýzy jím získaných údajů vyplynulo, že se lidé trpící bolestmi hlavy ve svých copingových strategiích zaměřují na tři typy řešení. Prvním je útěk od reality formou nadužívání alkoholu, drog či léků spolu se snahou o získání pomoci u okolí. Druhou strategií řešení je rezignace neboli pasivní řešení krizové situace. Nikoli na posledním místě je pak faktor F3, který vyjadřuje aktivní zvládání situace a tvorbu efektivních plánů. Není náhodou, že pacienti poradny se vyznačují dvěma neefektivními strategiemi a jednou aktivní, efektivní. Tyto závěry souvisí s pozorováním mnoha vědců (Poněšický, 2002; Ross, 1945; Lanzi, 2001), kteří zjistili, že lidé s bolestmi hlavy se nevyznačují jedním konkrétním typem osobnosti, avšak mají mnohé společné životní strategie. Mezi ty se řadí rigidní přístup, neprojeování emocí apod., které nám vyšly i v průběhu naší studie.

H₄: Copingové strategie zvládání bolestí hlavy zdravotnických pracovníků se liší od jiných profesí.

V závislosti na textu uvedeném výše musíme dodat, že, zatímco úroveň vzdělání hraje v copingových strategiích pouze roli ukazatele trendu, životní zaměření roli nehraje téměř žádnou. Podařilo se nám prokázat pouze pozitivní korelaci mezi zdravotnickým zaměřením a pravidelností návštěv lékaře. Zdravotníci jsou tedy oproti lidovým očekáváním lepšími pacienty.

Navíc ze sledovaného počtu 222 pacientů bylo 10 lékařů a 17 sester, tedy celkem zdravotnické profese čítají 12,1 % všech pacientů našeho souboru. Je pravděpodobné, že toto procento zhruba odpovídá procentu zdravotníků v celkovém souboru pacientů poradny pro léčbu bolestí hlavy. Žádné jiné povolání nebylo v poradně zastoupeno v tak velké míře.

H₅: Míra uvědomění si spouštěčů bolestí hlavy závisí na stupni vzdělání.

Při sledování vlivu vzdělání na míru uvědomění si provokačních faktorů bolestí hlavy jsme vycházeli převážně z nasbíraných dat z kartotéky. Lékaři se po provokačních faktorech ptají, a proto bylo možné je dohledat. Zjistili jsme, že uvědomění si provokačních faktorů má rostoucí trend spolu s úrovní vzdělání. Při statistickém srovnání nám vyšla míra významnosti $p = 0,025$, tedy jako velmi významná. Při bližším pohledu na získaná data, také díky dotazníkovému průzkumu, jsme zjistili, že lidé se středním a základním vzděláním mají větší tendenci o příčinách nepřemýšlet nebo je hledat ve vnějších faktorech (počasí, kouření, alkohol apod.) než lidé s vysokoškolským vzděláním. Přičemž je možné, že právě občasné

vyvolání záchvatu bolesti například alkoholem nesouvisí ani tak s nápojem samotným, jako s příležitostí, pro jakou se pije. Mnoho lidí pije tzv. „na žal“ apod.

H₆: Míra uvědomění si spouštěčů bolestí hlavy se u pracovníků ve zdravotnictví liší od jiných profesí.

Jak jsme již uvedli výše, uvědomění si provokačních faktorů bolestí hlavy zvyšuje svou pravděpodobnost v souvislosti se vzděláním, závislost na životním zaměření však z dostupných dat vysledovat nelze.

4.7 Diskuze a závěr

Naše práce se zabývala vlivem vzdělání a životního zaměření na charakteristiky bolestí hlavy a některé charakteristiky pacientů samotných. **Pro svůj výzkum jsme získali kvantitativní data 222 pacientů poradny pro léčbu bolesti hlavy, které jsme se pokusili doplnit administrovaným dotazníkem.**

Pacienty poradny pro léčbu bolestí hlavy jsme si pro výzkum vybrali z několika důvodů. Aby byly výsledky studie homogenní a alespoň částečně vypovídající, potřebovali jsme početnou skupinu lidí různých životních zaměření i různého stupně vzdělání. Seshbírat data od takto rozdílných lidí je v běžném životě velmi náročné, nebo spíše téměř nemožné. Proto jsme se raději soustředili na již existující skupinu lidí docházejících do poradny. Docházení pacientů do poradny předpokládá, že jsou všichni řádně vyšetřeni. My si tak můžeme být jistí, že **pacienti netrpí sekundární bolestí**, tedy bolestí způsobenou tlakem nádoru nebo jinými patologiemi (Ambler, 2012). Zároveň jsme získali přesný popis bolestí hlavy s diagnózou, kterou jsme mohli dále použít pro naše statistická zpracování. Nespornou výhodou byla také možnost nahlížet do pacientovy zdravotní dokumentace, a získat tak na něj komplexnější pohled.

Lékařské zprávy mají sice jednotný charakter, přesto někteří lékaři na tento doporučený přístup nedbají. Pro získání relevantních a konzistentních dat bylo tedy **nutné data mnoha pacientů ze studie vyřadit**. Přesto se nám podařilo zpracovat data přibližně 20 % pacientů docházejících do poradny.

Při získání dat z databáze jsme zjistili důležitou skutečnost, kterou bylo to, že lékařské zprávy často neobsahují pro psychologa důležité informace. Rozhodli jsme se tedy administrovat pacientům dotazník, kterým jsme se snažili alespoň nastínit další informace. **Dotazník jsme sestavili z popisných dat a dotazníků STAI a COPE.** Se svolením lékaře jsme jej osobně administrovali pacientům. Díky tomu jsme mohli získat doplňující či zajímavé informace pozorováním a také dotazem. Například jeden z pacientů se svěřil, že podobný dotazník již vyplňoval ve spánkové laboratoři, kam byl odeslán pro potíže se spánkem. Přestože v čekárně poradny byl pro vyplnění dotazníku čas i prostor, nepodařilo se nám všechny pacienty k vyplnění dostatečně motivovat. **Muži jsou v populaci pacientů poradny zastoupeni výrazně méně než ženy** a zároveň odmítali dotazník vyplnit ve výrazně větší míře než ženy. Výsledkem tedy bylo to, že ani jeden z mála mužů ochotných vyplnit dotazník jej neodevzdal kompletní. Proto jsme je do závěrečného zpracování nemohli zařadit.

Původně jsme data z dotazníku chtěli mimo stupeň vzdělání porovnat také z hlediska životního zaměření. **Dotazník nám kompletně vyplnily převážně pracovnice ve zdravotnictví (lékařky, sestry) a ženy pracující s lidmi (asistentky, učitelky, ...).** Statistické porovnání dle životního zaměření tedy nebylo možné. Samotná situace však přece jen vypovídá o ochotě ostatních zaměření zúčastnit se a pomoci, nebo alespoň přispět k výzkumu.

Do zpracování dat z dotazníků jsme tedy zařadili celkem 16 dotazníků. Toto číslo není nijak vysoké, ale dle našeho názoru postačuje k dokreslení představy o zkoumaném vzorku pacientů navštěvujících poradnu. Je nám však jasné, že pro získání skutečně signifikantních výsledků by bylo potřeba mít větší vzorek.

Statistické zhodnocení dotazníkových dat i dat získaných ze zdravotnických karet pacientů bylo provedeno v **programu STATISTICA**. Jako prokazatelný vztah jsme hodnotili v praxi ustálenou hladinu významnosti $p = 0,05$. Urbánek (2007) uvádí (cit. Janečková, 2008), že při rozhodování o zamítnutí nulové hypotézy (detekování skutečně existujícího účinku), se můžeme v zásadě dopouštět chyb I. a II. druhu. Chyba prvního druhu znamená, že rozhodneme, že nějaký vztah nebo rozdíl existuje, aniž by tomu tak skutečně bylo. Při chybě druhého druhu soudíme, že se nám nepodařila našimi metodami vyvrátit nulová hypotéza, tím pádem tedy existuje, i když ve skutečnosti neplatí. Jestliže minimalizujeme riziko chyby jednoho druhu, roste riziko chyby druhého (Janečková, 2008). Například se může stát, že budeme mít falešné podezření na vážnou chorobu, a budeme tedy léčit zdravého člověka. Jedná se o chybu I. druhu, která je vzhledem k výskytu psychosomatických onemocnění v medicíně poměrně běžná. Pokud naopak nebudeme léčit skutečně nemocného člověka, v domněnku, že je zdravý, dopustíme se chyby II. druhu a můžeme ho vážně ohrozit. V zásadě neexistuje důvod pro použití předem stanovených mezních hodnot pro velikost chyb obou druhů (Janečková, 2008). **Ve snaze vyhnout se chybám II. druhu lze tedy v odůvodněných případech považovat hodnoty $p = 0,05-0,10$ za statisticky významné.** Tuto možnost by šlo v našich výsledcích aplikovat především na závislost rozdílu mezi prvními projevy bolestí hlavy a prvním vyhledáním lékaře pro tento problém na dosaženém stupni vzdělání. Zde jsme zaznamenali hodnotu $p = 0,0986$, přitom bylo možné vysledovat trend zkracujícího se intervalu s rostoucím stupněm dosaženého vzdělání.

Data z dotazníku STAI ukázala, že osoby v našem souboru se průměrně umísťují na hladině percentilu 68, tedy jsme u našeho souboru potvrdili **úzkostnost jako rys osobnosti**. Puca (1999) prokázal u lidí trpících tenzními bolestmi hlavy zvýšenou úzkostnost. Podobně

byla nalezena zvýšená míra úzkostlivosti u lidí trpících migrénou (Steward, 1989). Potvrzením těchto starších výzkumů byla nedávná studie provedená na velkém vzorku populace USA (31 126 lidí), která ukázala, že lidé trpící migrénou trpí také na úzkosti a deprese (Kalaydjian, 2008). Administrací a vyhodnocením tohoto dotazníku jsme tedy neprokázali nic nového. **Potvrdili jsme však, že náš soubor, ač malý, byl v tomto ohledu reprezentativním vzorkem populace lidí s bolestí hlavy.**

Ze získaných dotazníkových dat (dotazník COPE) jsme měli možnost zjistit nejčastější copingové strategie pacientů v těžkých životních situacích. Zde jsme pomocí faktorové analýzy identifikovali tři typy obecnějších copingových strategií, které vycházejí z upřednostňování nebo odmítání některých dílčích způsobů zvládání zátěže. Šlo o strategie, které jsme nazvali **strategií úniku od reality a vyhledávání opory (F1), strategií rezignace (F2) a strategií aktivního zvládání problému (F3)**. Za povšimnutí stojí, že dvě ze tří identifikovaných strategií jsou strategie pasivní, neřešící problém. Poslední identifikovaná strategie dokládá, že ne všichni pacienti trpící bolestí hlavy jsou stejní. Proto nelze hovořit o typické osobnosti trpící bolestí hlavy (Tress, 2008). Přitom však **lze vysledovat trend převažujících pasivních strategií zvládání obtížných situací** (Poněšický, 2002; Ross, 1945). Lanzi (2001) připisuje lidem trpícím migrénou tendenci potlačovat emoce. Tento poznatek mnozí další autoři potvrzují a rozšiřují (Poněšický, 2002; Ross, 1945; Tress, 2008). Z teoretické části pak víme, že potlačování emocí vede k jejich hromadění v těle a následnému vyventilování na tělesné úrovni (Poněšický, 2002; Tepperwein, 1998). Pokus o popření problému spolu s vyhledáváním podpory (F1) tedy může v člověku vystavenému tísnivé situaci umožnit propuknutí závažných zdravotních problémů, jakým dramaticky probíhající záchvat bolestí hlavy spojený například s vegetativními příznaky bývá.

Data získaná ze zdravotnických záznamů nám posloužila pro statistická zhodnocení vlivu vzdělání a životního zaměření na charakteristiky bolestí hlavy a copingové strategie pacientů.

Z hlediska vzdělání se náš soubor lišil od běžné populace Plzeňského kraje zvýšeným zastoupením vysokoškolsky vzdělaných lidí. Z našich statistik vyplynulo, že lidé s vysokoškolským vzděláním spíše vyhledají lékaře než lidé s nižším stupněm vzdělání. Toto je jistě jedním z důvodů, proč jich bylo v našem souboru více. Další důvody tohoto rozporu se nám odhalit nepodařilo.

Žádná souvislost sledovaných faktorů se životním zaměřením pacientů nebyla statisticky významná mimo skupinu zdravotníků. Sem jsme zařadili jak lékaře, tak sestry, pro velmi podobnou náplň práce, práci s nemocnými lidmi. Tato skupina byla nejpočetnější

zastoupena, proto bylo možné provést statistické metody bez obav z nízké průkaznosti. Zvýšené zastoupení této skupiny bylo zarážející také vzhledem k faktu, že se lékaři a sestry mohou k lékům a radám o bolestech hlavy dostat i jiným způsobem než návštěvou poradny. Přesto poradnu navštěvují v největším procentuálním zastoupení a nejpravidelněji ze všech sledovaných skupin. Toto může být způsobeno zvýšeným zájmem pracovníků o jejich zdraví vzhledem k pracovnímu prostředí i vnitřním charakteristikám, které nebylo možné v rámci této studie hlouběji posoudit, avšak zasloužily by si jistě ještě další zpracování.

Závěrem naší studie lze říci, že se nám nepodařilo prokázat vliv stupně dosaženého vzdělání na charakteristiky a copingové strategie bolestí hlavy v rozsahu, v jaký jsme doufali. Podařilo se nám alespoň rozkrýt některé výše zmíněné spojitosti. **Naznačili jsme hlavní copingové strategie a pokusili se je odůvodnit.**

V neposlední řadě jsme objevili výrazné zastoupení zdravotnických pracovníků v populaci pacientů poradny pro léčbu bolesti hlavy. Tento stav by jistě zasloužil hlubší zkoumání, to však již nebylo účelem naší práce.

5 Literatura

- Ambler, Z. (2012). Základy neurologie. Praha: Galén.
- Anderson, R. A., Seniscal, C. (2006). A Comparison of Selected Osteopathic Treatment and Relaxation for Tension-Type Headaches. *Headache*, 46, 8, 1273 – 1280.
- Arellano, Z., Alejandro, P., Schwab, R.S., et al. (1954). Headache: studies by means of the basal EEG. *Psychosomatic Medicine*, 16, 94–103. (Cit. dle Keefe, F. J., et al. (2002). Changing Face of Pain: Evolution of Pain Research in Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 64,6, 921-938.)
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. (1993). Psychosomatická medicína. Praha: Grada Avicenum.
- Cao, M., Zhang, S., Wang, K., Wang, Y., Wang, W. (2002). Personality Traits in Migraine and Tension-Type Headaches: A Five-Factor Model Study. *Psychopathology*, 35, 254 – 258.
- Codispoti, J. R., Prior, M. J., Fu, M., et al. (2001). Efficacy of Nonprescription Doses of Ibuprofen for Treating Migraine Headache. A Randomized Control Trial. *Headache*, 41, 665-679.
- Cohen, M. J., McArthur, D. L., Rickless, W. H. (1980). Comparison of Four Biofeedback Treatments for Migraine Headache. Physiological and Headache Variables. *Psychosomatic Medicine*, 42, 5.
- Danzer, G. (2001). Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla a duše. Praha: Portál.
- Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2010). Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada Publishing.
- Faleide, A. O., Lian, A. B., Faleide, E. K. (2010). Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika. Praha: Grada Publishing.
- Fichtel, A., Larsson, B. (2001). Does Relaxation Treatment Have Differential Effects on Migraine and Tension-type Headache in Adolescents? *Headache*, 41, 290-296.
- Gandini, G. (1972). Psychosomatic aspects of the cephalalgic syndrome. *Medicina Psicosomatica*, 17,2,153-157.
- Ganong, F. W. (2005). Přehled lékařské fyziologie. Praha: Galén.
- Gelabert, R. C. (2013). Bolesti hlavy. Praha: Advent-Orion s.r.o.

- Gunreben-Stempfle B., Griebinger N., Lang E., et al. (2009). Effectiveness of an Intensive Multidisciplinary Headache Treatment Program. *Headache*, 49, 990-1000.
- Harden, R. N., Cottril, J., Gagnon, Ch. M. (2009). Botulinum Toxin A in the Treatment of Chronic Tension-Type Headache With Cervical Myofascial Trigger Points. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study. *Headache*, 49, 732-743.
- Helsing, K. J., a kol. (1982). Causes of death in a widowed population. *American Journal of Epidemiology*, 116, 3, 524 - 32.
- Holroyd, K. A., O'Donnell, F. J., Stensland, M., et al. (2001). Management of Chronic Tension-Type Headache With Tricyclic Antidepressant Medication, Stress Management Therapy, and Their Combination. A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 285, 17, 2208 – 2215.
- Honzák, R.(2006). Psychosomatické aspekty bolesti, v rámci konference Praktický lékař a psychosomatická medicína, Sborník, usp.Kubešová H, Holík J, Marek V, Protis, Podolí (*Sborník přednášek pozvaných řečníků a abstrakt sdělení proslovených během vědecké konference, kterou ve dnech 6. A 7. Října 2006 uspořádala LF MU v Brně.*
- Honzák, R. (1992). Základy lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatického přístupu. Praha: Karolinum.
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E., a kol. (2000). Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál.
- Janečková, P. (2008). Psychosociální aspekty tyreopatie, Diplomová práce. Brno: FSS MU.
- Kalaydjian, A., Merikangas, K. (2008). Physical and Mental Comorbidity of Headache in a Nationally Representative Sample of US Adults. *Psychosomatic Medicine*, 70, 773 – 780.
- Kebza, V. (2005). Psychosocialni determinanty zdraví. Praha: Academia.
- Keefe, F. J., Lumley, M. A., Buffington, A. L. H., et al. (2002). Changing Face of Pain: Evolution of Pain Research in Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 64, 921–938.
- Kohoutek, R. (2007). Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy. Brno: Masarykova univerzita.

- Komárek, S. (2005). Spasení těla, moc nemoc a psychosomatika. Praha: Mladá fronta.
- Kratochvíl, S. (2007). Příběhy terapeutických skupin. Praha: Triton.
- Křivohlavý, J. (1994). Jak zvládat stres. Praha: Grada Avicenum.
- Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing.
- Linhart, J., et.al (1996). Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum.
- Macfarlane, J. W. (1939). The Guidance study. *Sociometry*, 2, 3.
- Manzoni, G. C., Torelli, P. (2001). Epidemiology of migraine., *The Journal of Headache and Pain*, 2, 11 – 13.
- Marková, J. (2004). Bolesti hlavy. Praha: Triton.
- Marková, J., Skála, B., Keller, O., a kol. (2007). Bolesti hlavy. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Společnost všeobecného lékařství.
- Melchart, D., Weidenhammer, W., Streng, A., a kol. (2006). Acupuncture for Chronic Headaches. An Epidemiological Study. *Headache*, 46, 4, 632 – 641.
- Merikangas, J. R., Merikangas, K. R., Angst, J. (1993). Headache Syndrome and Psychiatric Disorders. Association and Familial Transmission. *Journal of psychiatric Research*, 27, 2, 197 – 210.
- Merikangas, K. R., Stevens, D., Angst, J. (1993). Headache and Personality: Results of a community Sample of Young Adults. *Journal of psychiatric Research*, 27, 2, 187 – 196.
- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.
- Morschitzky, H., Sator, S. (2007). Když duše mluví řečí těla. Praha: Portál.
- Nykl, L. (2012). Carl Ransom Rogers a jeho teorie. Přístup zaměřený na člověka. Praha: Grada.
- Ostfeld, A. M., Chapman, L. F., Goddell, H., Wolff, H. G. (1957). Studies in Headache. Summary of Evidence Concerning a Noxious Agent Active Locally During Migraine Headache. *Psychosomatic medicine*, 19, 3.
- Pešek, R., Praško, J., Štípek, P. (2013). Kognitivně behaviorální terapie v praxi. Praha: Portál.
- Pompili M., Di Cosimoni C.D., Innamorati C.M. a kol.: Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine: a selective overview including personality traits and suicide risk

- Poněšický, J. (2002). Psychosomatika pro lékaře, psychosomatiky i laiky. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2004). Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha: Triton.
- Puca, F., Gencol, S., Prudezano, M. P., a kol. (1999). Psychiatric comorbidity and psychosocial stress in patients with tension-type headache from headache centers in Italy. *Cephalalgia*, 19, 15 - 964.
- Rees, D. I., Sabia, J. J. (2011). The Effect of Migraine Headache on Educational Attainment. *Journal of Human Resources*, 46, 2, 317 – 332.
- Rejzek, J. (2002). Český etymologický slovník. Praha: Leda.
- Ross, W.D., McNaughton, F.L. (1945). Objective personality studies in migraine by means of the Rorschach method. *Psychosomatic Medicine*, 7, 73–9. (Cit. dle Keefe, F. J., et al. (2002). Changing Face of Pain: Evolution of Pain Research in Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 64,6, 921-938.).
- Růžicka, J. (2006). Psychosomatický přístup k člověku. Praha: Triton..
- Říčan, P., Krejčířová, D., a kol. (1995): Dětská klinická psychologie. Praha: Grada.
- Sharp, D. (2005). Slovník základních pojmů psychologie C. G. Junga. Brno: Emitos.
- Smolík, P. (1996). Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf.
- Split, W., Neuman, W. (1999). Epidemiology of Migraine Among Students From Randomly Selected Secondary Schools in Lodz. *Headache*, 39, 494 – 501.
- Stewart, W. F., Linet, M. S., Celentano, D. D. (1989). Migraine Headaches and Panic Attacks. *Psychosomatic Medicine*, 51, 559 - 569.
- Strauss, A., Corbinová, J. (1999). Základy kvalitativního výzkumu. Albert, Boskovice.
- Sun, Y., Gan, T. J. (2008). Acupuncture for the Management of Chronic Headache. A Systematic Review. *International Anesthesia Research Society*, 107, 6.
- Svoboda, M (ed.); Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2009). Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál.
- Ševčík, P. a kol (1994). Bolest a možnosti její kontroly. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Šolcová, I., Kebza, V. (1996). Rozdíly v úrovni a struktuře osobnostní odolnosti u vzorku americké a české populace. *Československá psychologie*, 40, s. 480 - 487.

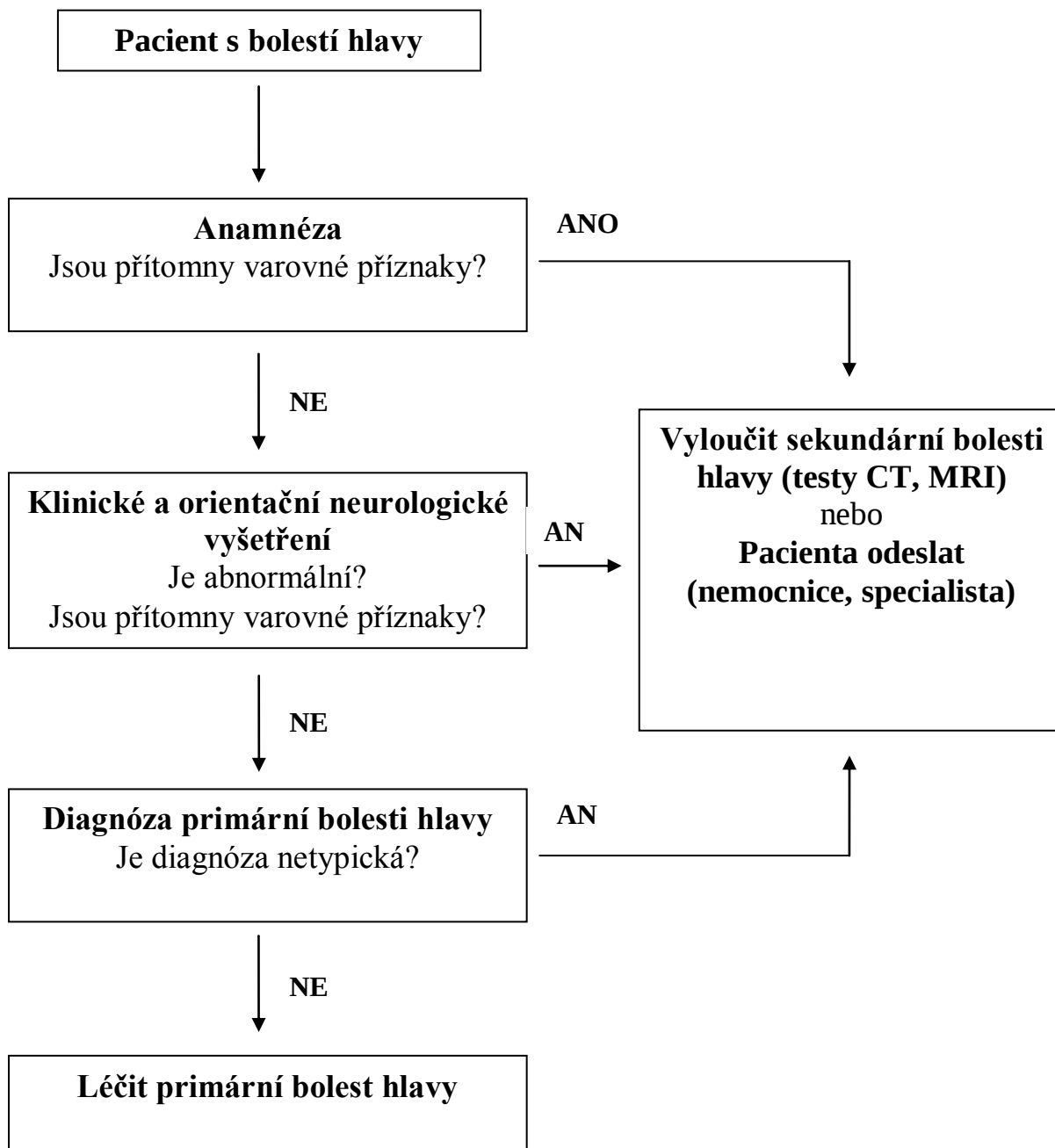
- Tepperwein, K. (1998). Skrytý význam nemoci. Naučte se rozumět řeči vlastního těla. Trnava: Eugenika.
- Trapková, L., Chvála, V. (2005). Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál.
- Tress, W. (2008). Základní psychosomatická péče. Praha: Portál.
- Trojan, S. (2003). Lékařská fyziologie. Praha. Grada Publishing.
- Vašina, B. (1999). Psychologie zdraví. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity.
- Vymětal, J. (2003). Lékařská psychologie. Praha: Portál.
- Waberžinek, G. (2003). Migréna – diagnostika, léčba. Praha: Triton.
- Wang, K., Svensson, P., Arendt-Nielsen L. (2007). Effect of Acupuncture-like Electrical Stimulation on Chronic Tension-type Headache. A Randomized, Double-blinded, Placebo-controlled Trial. *Clinical Journal of Pain*, 23, 4.
- Wong, D. L., Baker, C. M. (1988). Pain in children. Comparison of Assessment scales. *Pediatric Nursing*, 14, 1.
- Wooley, S. C., Blackwell, B., Winget, C. (1978). A Learning Theory Model of Chronic Illness Behavior: Theory, Treatment, and Research. *Psychosomatic Medicine*, 40, 5.
- Xue, C. C. L., Dong, L., Polus, B., et al. (2004). Electroacupuncture for Tension-type Headache on Distal Acupoint Only. A Randomized, Controlled, Crossover Trial. *Headache*, 44, 333 – 341.
- Zámotná, K. (2012). Fyziologický význam bolesti. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta.

Seznam obrázků a příloh

Obrázek 1	Vizuálně analogová škála.	39
Obrázek 2	Wong-Bakerova škála bolestivé tváře.	39
Obrázek 3	Položky dotazníku COPE dle jejich významu.	59
Obrázek 4	Grafické znázornění rozdělení souboru dle pohlaví.	61
Obrázek 5	Grafické znázornění rozdělení souboru dle ročníku narození a pohlaví.	61
Obrázek 6	Grafické znázornění rozdělení souboru dle dosaženého stupně vzdělání.	62
Obrázek 7	Grafické znázornění rozdělení souboru dle životního zaměření.	63
Obrázek 8	Grafické znázornění rozdělení dotazovaných žen dle dosaženého vzdělání.	63
Obrázek 9	Krabicový graf věkového rozložení souboru.	64
Obrázek 10	Grafické znázornění srovnání populace Plzeňského kraje a zkoumaného souboru dle dosaženého stupně vzdělání.	66
Obrázek 11	Grafické znázornění typů bolesti hlavy a jejich četnosti.	66
Obrázek 12	Tabulka četností výskytu aury v závislosti na stupni vzdělání.	67
Obrázek 13	Grafické znázornění forem aury u sledovaného souboru.	67
Obrázek 14	Grafické znázornění charakteru bolestí u sledovaného souboru.	68
Obrázek 15	Grafické znázornění vlivu stupně dosaženého vzdělání na délce intervalu od prvních projevů bolestí po vyhledání lékaře.	69
Obrázek 16	Tabulka četnosti pacientů s dohledatelným vzděláním v závislosti na pravidelnosti/nepravidelnosti návštěv lékaře.	70

Obrázek 17	Grafické znázornění faktorů provokujících bolest hlavy u sledovaného souboru.	71
Obrázek 18	Tabulka četností; srovnání stupně vzdělání a uvědomění si provokačního faktoru.	71
Obrázek 19	Grafické znázornění uvědomění si faktorů provokujících bolest v závislosti na dosaženém stupni vzdělání.	72
Obrázek 20	Kategorizovaný histogram vztahů mezi typem bolesti, uvědoměním si provokačních faktorů a dosaženým stupněm vzdělání.	73
Obrázek 21	Tabulka popisné statistiky pro naměřené hodnoty rysové úzkosti.	73
Obrázek 22	Rotované matice komponent dotazníku COPE.	75
Příloha I	Algoritmus diagnózy bolesti hlavy	89
Příloha II	Diagnostická a terapeutická schémata migrény pro praktické lékaře	90
Příloha III	Charakteristika jednotlivých typů bolesti hlavy	91
Příloha IV	Administrovaný dotazník	92

Algoritmus diagnózy bolesti hlavy



Zdroj Marková, 2007.

Příloha II

Diagnostická a terapeutická schémata migrény pro praktické lékaře

Diagnostické schéma migrény
Dovedete přesněji popsat, zda je bolest hlavy: Převážně jednostranná? Pulzujícího (tepajícího) charakteru? Doprovázena nevolností, případně zvracením? Doprovázena přecitlivělostí na světlo, zvuky či pachy? Zhoršuje se tělesnou námahou? Nemůžete kvůli bolesti provádět běžné denní aktivity?
Pokud odpovíte alespoň na 3 otázky ANO, je pravděpodobné, že trpíte migrénou

Terapeutické schéma migrény
Jak moc ovlivňuje bolest hlavy negativně vaše běžné denní aktivity (práci, školu, sociální aktivity, domácí práce)?
Málo (slabá migréna)
Terapie: Acetylsalicylová kyselina, Paracetamol, Nesteroidní antiflogistika, kombinace s prokinetiky
Středně (středně silná migréna)
Terapie: Triptany
Velmi (silná migréna)
Terapie: Triptany a profylaxe (vhodná konzultace specialisty)

Převzato z Marková, 2007.

Příloha III

Charakteristika jednotlivých typů bolesti hlavy

Typ BH	Lokalizace	Trvání BH	Věk začátku BH	Frekvence záchvatů	Intenzita BH	Kvalita BH	Přidružené příznaky
Migréna	hemikranie	Hodiny až max.3dny	Dětství, puberta	1-5/ měsíc	silná	pulzující	Nauzea, zvracení, fotofobie, aura
Tenzní bolesti hlavy	Difuzní, symetrická	Hodiny až dny	Od 20let	různá	Kolísavá, lehká až střední	Tlaková, tupá	Většinou ne
Cluster headache	Periorbitální, jednostranná	30-180 minut	Od 15let, více muži	1-5 atak za den a noc	Velmi silná	Pulzující, řezavá	Slzení nosní kongesce
Cervikogenní bolest	jednostranná	různé	dospělost	různé	Střední až silná	Tupá, vyzařující za oči	Šijové spasmusy
Expanze nitro lení	různá	různé	Každý věk	často stálá	střední	tupá	Zvracení, ložiskové symp., mening. iritace
Subarach. krvácení	Okcipitálně či difuzní b.	různé	dospělost	Náhlý začátek	Velmi silná	explozivní	Mening. Iritace, zvracení, porucha vědomí
Sinusitis	Maxilárně či frontálně	Při zánětu dutin	Každý věk	Stálá bolest	silná	Tupá, akcentovaná při předklonu	Rhinitis, výtok z nosu, teplota
Arteriitis temporalis	temporálně	Intermitentní, pak trvalá	Nad 55let	Stálá, horší v noci	silná	různá	Palpačně citlivá a.temporalis, zánětlivé parametry
Neuralgie trigeminu	Inervační oblast n.V	minuty	dospělost	záchvatovitá	Velmi silná	šlehavá	Spouštěcí zóny

* BH = bolest hlavy

Silberstein S.D., Lipton R.B., Goadsby P.J.(1998). Headaches in clinical practice. Oxford: ISIS Medical Media, str.219 (cit. Marková, 2007).

Dotazník pro pacienty ambulance pro léčbu bolestí hlavy

Tento dotazník vznikl za účelem získání dat pro diplomovou práci, která si klade za cíl zmapovat souvislosti bolestí hlavy a dalších faktorů. Vyplněním dotazníku pomůžete vzniku práce a zároveň přispějete k dalšímu poznání faktorů ovlivňujících bolesti hlavy. Děkuji za Vaši ochotu se sběru dat účastnit.

Jste: MUŽ x ŽENA **Váš rok narození:**
Vaše vzdělání: ZŠ, SŠ, VŠ **Jaký obor jste studovali:**
Uveďte, prosím, vaše povolání:

Otázky týkající se bolestí hlavy (Napište nebo označte, prosím, vyhovující odpověď.)

1. **Od kolika let věku trpíte bolestmi hlavy?**
2. **V kolika letech věku jste pro bolesti hlavy vyhledali lékaře?**
3. **Navštěvujete lékaře:** PRAVIDELNĚ DLE OBTÍŽÍ JEN V NOUZI
4. **Léčíte se s:** MIGRÉNOU s aurou, MIGRÉNOU bez aury, TENZNÍ BOLESTÍ, JINOU BOLESTÍ
5. **Pokud máte auru, jak se projevuje?** (můžete označit i více odpovědí):
 - a) Vidíte věci, které nejsou (záblesky, jiskry,...).
 - b) Nevidíte věci, které jsou (výpadky zorného pole, mlha,...).
 - c) Máte problémy se sluchem (hučení v uších, pískání,...).
 - d) Cítíte zvláštní pachy, máte změněnou chuť.
 - e) Máte problémy se slovně vyjádřit, nebo slovům rozumět.
 - f) Máte problémy s pohybem.
 - g) Máte poruchu čítí (cítíte brnění, pálení nebo naopak necítíte dotek, ...).
 - h) Máte poruchu vědomí.
 - i) Máte jinou formu aury. Napište, prosím, jakou:
6. **Vypozoroval/a jste, zda Vám bolest hlavy začíná po nějakém podnětu nebo situaci?** (můžete označit i více odpovědí):
 - a) stres,
 - b) únava, nedostatek spánku,
 - c) narušení denního rytmu,
 - d) prudké emoce,
 - e) prudká změna počasí, tlaku,
 - f) kouř,
 - g) alkohol,
 - h) světlo,
 - i) menstruace,
 - j) jiný provokační faktor,
 - k) nad původcem vzniku jsem nepřemýšlel/a,
 - l) nad původcem vzniku jsem přemýšlel/a, ale nic mě nenapadá.
7. **Když Vás začne bolet hlava, řešíte to** (můžete označit i více odpovědí):
 - a) Spánkem,
 - b) odpočinkem,
 - c) běžně dostupnými analgetiky,
 - d) léky na předpis,
 - e) jinak. Prosím, napište jak:
 - f) Neřešíte.

8. Níže jsou uvedené výroky, kterými lidé zpravidla popisují sami sebe. Vyberte, prosím, z čísel u každého výroku, které z nich nejlépe vystihuje vaše obvyklé pocity.

1 = téměř nikdy, 2=někdy, 3=často, 4 = téměř vždy

1	Cítím se příjemně.	1	2	3	4
2	Rychle se unavím.	1	2	3	4
3	Bývá mi do pláče.	1	2	3	4
4	Rád/a bych byl/a tak šťastný/á, jak se mi zdají druzí.	1	2	3	4
5	Přicházím o mnoho, protože se nedovedu včas rozhodnout.	1	2	3	4
6	Cítím se odpočínutá/ý a svěží.	1	2	3	4
7	Jsem klidná/ý, pokojná/ý a rozvázná/ý.	1	2	3	4
8	Mívám pocity, že těžkosti se hromadí tak, že je nedokáži zvládnout.	1	2	3	4
9	Trápí mě věci, na kterých skutečně nezáleží.	1	2	3	4
10	Jsem šťastná/ý.	1	2	3	4
11	Mám sklon posuzovat věci příliš vážně.	1	2	3	4
12	Málo si důvěřuji.	1	2	3	4
13	Jsem bezstarostná/ý.	1	2	3	4
14	Krizové situace a těžkosti mě pronásledují.	1	2	3	4
15	Bývám smutná/ý.	1	2	3	4
16	Jsem spokojená/ý.	1	2	3	4
17	Zmocní se mne bezvýznamná myšlenka a nemohu se jí zbavit.	1	2	3	4
18	Zklamání prožívám tak hluboce, že na něj nemohu zapomenout.	1	2	3	4
19	Jsem vyrovnaná osobnost.	1	2	3	4
20	Dostávám se do stavu napětí anebo neklidu, když přemýšlím o svých problémech.	1	2	3	4

9. V poslední části, prosím, zodpovězte otázky týkající se zvládání obtížných situací ve Vašem životě.

Každý z nás nějakým způsobem reaguje na obtížné životní zátěžové situace. Existuje celá řada různých reakcí na takové události. O tom, jak budeme reagovat, rozhoduje často to, jaká událost se nám přihodí. Přesto máme sklon některé reakce upřednostňovat před jinými. Proto prosím sdělte, co obvykle děláte, když se dostanete do výraznější stresové, zátěžové situace, když Vás potká něco nepříjemného.

Nyní bude uvedeno několik základních způsobů reakcí na stres (zátěžovou událost). Ke každé položce budete moci vybrat ze 4 možností vyjadřujících míru souhlasu podle toho, do jaké míry bude odpovídat vaší obvyklé reakci.

- 1 = takto vůbec nereaguji
- 2 = reaguji takto zřídka
- 3 = reaguji takto poměrně často
- 4 = reaguji takto velice často

1	Pokouším se růst jako osobnost v důsledku této zkušenosti.	1	2	3	4
2	Věnuji se práci nebo jiným činnostem, abych odpoutal/a pozornost od těchto věcí.	1	2	3	4
3	Vzruším se a projevuji to, co cítím.	1	2	3	4
4	Hledám pomoc u někoho, kdo ví jak na to.	1	2	3	4
5	Soustředím své úsilí, abych s tím něco udělal/a.	1	2	3	4
6	Říkám si: „to není možné.“	1	2	3	4

7	Vkládám svou naději do božích rukou.	1	2	3	4
8	Situace mi připadá směšná.	1	2	3	4
9	Připouštím si, že to nezvládnou a vzdám se dalších pokusů.	1	2	3	4
10	Snažím se ovládnout, abych neudělal/a něco ukvapeně.	1	2	3	4
11	Hovořím s někým, o svých pocitech.	1	2	3	4
12	Piju alkohol, užívám léky nebo drogy, abych se cítil/a lépe.	1	2	3	4
13	Zvykám si na to, že se to stává.	1	2	3	4
14	Hovořím s někým, abych více poznal/a (pochopil) tuto situaci.	1	2	3	4
15	Snažím se vytěsnit jiné myšlenky a aktivity, aby mne nerozptylovaly.	1	2	3	4
16	Sním o příjemnějších věcech, než jsou tyto.	1	2	3	4
17	Jsem vzrušený/á a jsem si toho vědom/a.	1	2	3	4
18	Hledám pomoc u Boha.	1	2	3	4
19	Naplánuji si, co udělám.	1	2	3	4
20	Vtipkuji o tom.	1	2	3	4
21	Beru to jako skutečnost, kterou nemohu změnit.	1	2	3	4
22	Čekám, až nastane příznivější situace, abych něco udělal/a.	1	2	3	4
23	Pokouším se najít podporu u přátel a známých.	1	2	3	4
24	Vzdávám se pokusů dosáhnout toho, co jsem chtěl/a.	1	2	3	4
25	Dělám další pokusy, abych problém vyřešil/a.	1	2	3	4
26	Abych na to tolik nemyslel/a, piji alkohol nebo беру léky (či drogy).	1	2	3	4
27	Odmítám uvěřit, že se to stalo.	1	2	3	4
28	Dávám najevo své pocity.	1	2	3	4
29	Pokouším se to vidět v jiném světle – z lepší stránky.	1	2	3	4
30	Hovořím s někým, kdo by s tím něco konkrétního mohl udělat.	1	2	3	4
31	Spím více než obvykle.	1	2	3	4
32	Pokouším se najít postup (strategii) jak na to.	1	2	3	4
33	Soustředuji se na věci, které s tím souvisí a je-li to nutné, ostatní odsouvám.	1	2	3	4
34	Vyhledávám nebo přijímám projevy sympatie a pochopení od někoho.	1	2	3	4
35	Piji alkohol nebo беру léky (či drogy), abych na to tolik nemyslel.	1	2	3	4
36	Mám z toho legraci (psinu).	1	2	3	4
37	Vzdávám se cíle, který jsem chtěl/a dosáhnout.	1	2	3	4
38	Hledám něco dobrého v tom, co se stalo.	1	2	3	4
39	Přemýšlím o tom, jak bych mohl/a nejlépe vyřešit tento problém.	1	2	3	4
40	Nepřipouštím si, že se to stalo.	1	2	3	4
41	Bráním se, abych unáhlenou akcí vše nepokazil/a.	1	2	3	4
42	Rozhodně se snažím zabránit tomu, aby jiné věci nerušily mé úsilí vyřešit to.	1	2	3	4
43	Jdu do kina nebo se dívám na televizi, abych na to příliš nemyslel/a.	1	2	3	4
44	Beru skutečnost takovou, jaká je.	1	2	3	4
45	Ptám se někoho, kdo byl v podobné situaci, co bych měl/a udělat.	1	2	3	4
46	Pociťuji silně nepříjemné emoce (city) a hledám, jak je co nejvýrazněji vyjádřit.	1	2	3	4
47	Snažím se o akci vedoucí přímo k řešení.	1	2	3	4
48	Hledám útěchu ve své víře (svém náboženství).	1	2	3	4
49	Snažím se, abych počkal/a na nejvhodnější dobu, kdy budu moci něco udělat.	1	2	3	4
50	Tropím si z toho žerty.	1	2	3	4
51	Polevuji ve svém úsilí vyřešit tento problém.	1	2	3	4
52	Hovořím s někým o tom, jak se cítím.	1	2	3	4
53	Piji alkohol nebo беру léky, abych přežil tuto událost.	1	2	3	4
54	Učím se s tím žít.	1	2	3	4

55	Odložím jiné činnosti, abych se mohl/a koncentrovat právě na toto.	1	2	3	4
56	Myslím usilovně na to, jak budu postupovat.	1	2	3	4
57	Chovám se jako bych se domníval/a, že se to nestalo.	1	2	3	4
58	Dělám to, co musí být uděláno, a to hned.	1	2	3	4
59	Tato situace se stává pro mne poučením.	1	2	3	4
60	Více se modlím než obvykle.	1	2	3	4

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku a přeji hodně dnů bez bolesti.