

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Vliv rodinného prostředí na výskyt psychosomatických potíží

**The influence of the family environment on the occurrence of
psychosomatic problems**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Eva Jarolímová, Ph. D

Autor:

Forbelská Aneta

Praha 2025

Poděkování

V první řadě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, paní doktorce Evě Jarolímové, za odborné vedení mé práce. Poděkování patří také všem respondentům, kteří se mi rozhodli svěřit se svými životními příběhy. V neposlední řadě děkuji i mému muži, který mi byl oporou a několikrát po mně text četl a panu doktoru Gaboru Matému, který mi byl inspirací pro vytvoření této práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Vliv rodinného prostředí na výskyt psychosomatických potíží“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Aneta Forbelská

Anotace

Bakalářská práce se zabývá propojením vlivu rodinného prostředí a výskytu psychosomatických potíží u jedinců s nediagnostikovaným psychosomatickým onemocněním.

Teoretická část se zaměřuje na konflikty a traumata, které mohou v dětství vzniknout a jejich dopady v oblasti psychosomatických potíží.

Empirická část se zaměřuje na rozkrytí, jak používané vzorce rodinného chování a přístup k emocím a stresu působí na schopnost jedince vyjadřovat své pocity a zvládat stres a jaké dopady to má na jeho duševní a fyzické zdraví.

Klíčová slova

Rodina, psychosomatické potíže, stres, emoce, komunikace, konflikty

Annotation

The bachelor's thesis deals with the connection between the influence of the family environment and the occurrence of psychosomatic problems in individuals with undiagnosed psychosomatic diseases.

The theoretical part focuses on conflicts and traumas that can arise in childhood and their impacts on psychosomatic issues.

The empirical part focuses on revealing how the used patterns of family behavior and approach to emotions and stress affect the ability of an individual to express their feelings and manage stress and what impacts this has on their mental and physical health.

Keywords

Family, psychosomatic problems, stress, emotions, communication, conflicts

Obsah

OBSAH.....	5
SEZNAM ZKRATEK.....	7
ÚVOD.....	8
1. RODINNÉ PROSTŘEDÍ.....	9
1.1 PARTNERSTVÍ	9
1.1.1 Naplňování psychických potřeb v partnerství (citová vazba).....	10
1.1.2 Zátěžové situace vztahu (obránné mechanismy)	12
1.1.3 Partnerská komunikace	14
1.2 RODINA	15
1.2.1 Vztahy	15
1.2.2 Neformální pečující	17
1.2.3 Rozvod	19
2. PSYCHOSOMATIKA	22
2.1 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL	22
2.2 MECHANISMY PSYCHOSOMATICKÝCH POTÍŽÍ (STRES, EMOCE, SOMATIZACE)	24
2.2.1 Stres	24
2.2.2 Emoce	26
2.2.3 Somatizace	28
2.3 VLIV PROSTŘEDÍ (KONFLIKTY, TRAUMATA)	29
2.3.1 Poruchy citové vazby	29
2.3.2 Nerespektování hranic	30
2.3.3 Narušení separace	31
2.3.4 Transgenerační přenosy	33
2.4 NEJČASTĚJŠÍ PSYCHOSOMATICKÉ POTÍŽE	34
2.4.1 Mentální Anorexie	34
2.4.2 Astma Bronchiale	35
2.4.3 Syndrom dráždivého tračníku	36
2.4.4 Bolesti hlavy	37
2.4.5 Atopická dermatitida	38
3. PREVENCE A ŘEŠENÍ.....	40
3.1. PRIMÁRNÍ PREVENCE	40
3.2. SEKUNDÁRNÍ PREVENCE	41

4. EMPIRICKÁ ČÁST.....	43
4.1 VÝZKUMNÝ CÍL.....	43
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	43
4.3 VÝBĚR VZORKU A PRŮBĚH VÝZKUMU.....	44
4.4 VÝZKUMNÁ STRATEGIE A SBĚR DAT.....	46
4.5 ETIKA	47
4.6 ANALÝZA DAT	48
4.7 REFLEKTIVNÍ PROCES.....	50
5. VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE.....	51
5.1 RODINNÉ PROSTŘEDÍ.....	51
5.1.1 <i>Výchova</i>	51
5.1.2 <i>Komunikace</i>	54
5.1.3 <i>Rodinné tabu</i>	59
5.1.4 <i>Konflikty a narušené vztahy</i>	61
5.2 STRES, TRAUMA A SOMATIZACE	69
5.2.1 <i>Klára</i>	69
5.2.2 <i>Václav</i>	73
5.2.3 <i>Petra</i>	76
5.2.4 <i>Filip</i>	78
5.2.5 <i>Jana</i>	83
5.2.6 <i>Simona</i>	86
5.2.7 <i>Daniela</i>	89
5.3 SHRnutí VÝSLEDKŮ.....	92
6. DISKUSE	97
7. LIMITY.....	99
8. ZÁVĚR.....	100
9. REFERENCE	101
SEZNAM PŘÍLOH.....	117

Seznam zkratk

ACTH – Adrenokortikotropní hormon

MA – Mentální anorexie

LSI – Life story interview

RS – Roztroušená skleróza

Úvod

„Vstupovat do světa psychosomatiky vyžaduje odvahu, ale především drzost -- odvahu opouštět pohodlné cesty a drzost šlapat po trávniku, na němž je umístěna po několik století výstražná cedule udržovaná medicínským establishmentem za všech panujících režimů s nápisem NEVSTUPOVAT“ (Honzák, 2017).

Psychosomatické projevy, které signalizují jedinci nutnost změny chování jsou často přehlíženy, a když už jsou v některých případech rozpoznány, nedochází k jejich řešení. Veřejnost má ve svém povědomí informace o tom, že některé zdravotní potíže mohou být vyvolány stresem, ale často nedochází již k hlubšímu prozkoumávání toho, co vyvolalo stresovou reakci, jakou roli hrají emoce a jak s těmito signály pracovat.

Předkládaná práce se zabývá propojením vlivu rodinného prostředí a výskytu psychosomatických potíží u jedinců s nediagnostikovaným psychosomatickým onemocněním. Teoretická část práce se opírá o odbornou literaturu v oblasti psychologie rodiny a psychosomatiky. Zaměřuji se na rodiny, které jsou zatíženy určitými stresory, jakými mohou být poruchy citové vazby, narušené vztahy nebo péče o stárnoucího rodiče a nahlížím na jejich dopady skrz mechanismus somatizace.

Budu se věnovat vztahům mezi partnery, konkrétně představím zajímavosti z výzkumu zabývajícího se citovou vazbou partnerů, využívané obranné mechanismy mezi partnery a kvalitní a nekvalitní styly komunikace. V další části zaměřím svou pozornost na rodinný systém a vztahy v něm, kde se dotknu tématu separace. Zaměřím svoji pozornost na situace, kdy členové rodiny pečují o stárnoucího rodiče nebo když prochází rozvodem.

V druhé kapitole se zaměřuji na propojení témat z první kapitoly skrz somatizaci. Představuji téma psychosomatiky, stresu a emocí. Nahlížím na rodinné situace, kdy vznikají traumata a konflikty, jejichž dopadem může být psychosomatická potíž. Zabývám se poruchami citové vazby, nerespektování hranic v rodinném systému, narušenou separací a transgeneračními přenosy traumatu. Představuji také nejčastěji uváděné psychosomatické onemocnění a zmiňuji možnosti řešení psychických a psychosomatických potíží.

Empirická část vznikla jako kvalitativní výzkum, v kterém jsem se snažila rozkrýt, jak používané vzorce rodinného chování a přístup k emocím a stresu působí na schopnost jedince vyjadřovat své pocity a zvládat stres a jaké dopady to má na jeho duševní a fyzické zdraví. Sběr dat jsem dělala formou polostrukturovaného rozhovoru v kombinaci s narativním rozhovorem a pozorováním, tak abych získala co nejhlubší vhled do problematiky vlivu rodinného prostředí na výskyt psychosomatických potíží.

1. Rodinné prostředí

Tato kapitola se zaměřuje na rodinné prostředí. Pojmem „prostředí“ zde odkazuje na celkovou atmosféru přítomnou uvnitř rodiny nebo páru. Zabývám se jejím důležitým vlivem na zvládání stresových či jinak frustrujících situací. V kapitole popisuji významné situace a nevědomé vzorce chování, které mají vliv na partnerský život v dyádě i na rodinné fungování. Popsané situace mohou negativně ovlivňovat životní pohodu členů rodiny i jejich zdravotní stav a mohou tak přispět ke vzniku psychosomatických potíží.

Podle definice, rodinu tvoří osoby pokrevně příbuzné nebo spojené manželstvím. Osoby v takovémto vztahu jsou propojeny několika klíčovými aspekty, které tvoří rodinné prostředí. Těmito aspekty jsou rodinné vazby a vztahy, hodnoty a normy uznávané v dané rodině, využívaný styl výchovy, emocionální klima, dosažené vzdělání členů rodiny, finanční situace, kultura a tradice. Tyto prvky mají dopad na fungování jednotlivců i celého rodinného systému. Rodina a její prostředí, tedy i aspekty tvořící rodinné prostředí, procházejí během let řadou změn a krizí, které vyžadují neustálou adaptaci a vědomé zapojení všech členů (Kraus, 2008).

Kvalita fungování rodiny je závislá na schopnosti zvládat náročné životní situace a adaptovat se na nově vzniklé okolnosti. Odolnost vůči krizím rodinného systému je vázaná nejen na sociální faktory, které působí na jedince z vnějšího prostředí, ale také na vnitřní faktory členů rodiny a celkovou rezilienci rodinného systému (Kimplová a kol., 2023).

V následujících podkapitolách se budu věnovat partnerství a dynamice v páru a poté přesunu svou pozornost na rodinu s dětmi, vzájemné ovlivňování mezi členy rodiny a situace, které mohou nastat při nesprávně nastaveném rodinném systému.

1.1 Partnerství

V této kapitole se zabývám partnerstvím dvou lidí opačného pohlaví žijících v monogamním vztahu. S ohledem na rozsah této práce se budu věnovat pouze této skupině tvořící partnerský vztah a nebudu zde zahrnovat jiné formy partnerství, jako je polyamorie či otevřený vztah. V kapitole popisuji témata, které mají úzký vliv na prožívání jedince i jeho působení na okolí. Ústředními tématy této kapitoly je citová vazba, obranné mechanismy a styl komunikace. Jedná se o významné faktory, které mají vliv na harmonické prostředí uvnitř páru i na wellbeing jednotlivce.

Volba životního partnera je pro člověka jedno z nejzávažnějších a nejnáročnějších rozhodnutí, který v širším úhlu pohledu má vliv na všechny oblasti života. Už při výběru partnera vstupuje do procesu mnoho činitelů, které výběr nevědomě ovlivňují.

Neopomenutelnými faktory je blízkost, kterou máme s protějškem, podobnost a sympatie, které k sobě partneři cítí. V hlubším pojetí na jedince působí socializace, kterou procházíme již od narození, postoj rodičů vůči světu a využívaný styl výchovy. Důležitou roli hraje také biologické nastavení jedince, pudy, emoční a psychická stránka jedince (Conroy-Beam, 2021).

Tyto činitele nám dohromady dávají ucelený pohled na člověka, docílíme tak bio-psycho-sociálně-spirituálního pohledu. Takovýto úhel pohledu má svou specifickou důležitost při pochopení jedince, tvorby vztahů a fungování ve společnosti, proto by neměl být ani jeden faktor opomíjený.

Cílem partnerství je z biologického hlediska zplození dětí, ale významnou částí je také osobní rozvoj jednotlivce i páru dohromady. Pro lepší porozumění vztahu mezi párovým soužitím a riziky vzniku psychosomatických obtíží je důležité zaměřit se na to, jak jsou emocionálně a psychologicky propojeni a jak jejich bio-psycho-sociální nastavení ovlivňuje jeden druhého.

1.1.1 Naplňování psychických potřeb v partnerství (citová vazba)

Do nového vztahu přichází jedinec významně ovlivněn výchovou, zážitky z dětství a velmi důležitou roli, při ovlivňování, hraje primární pečovatelská osoba. Jedná se o osobu, která s dítětem tráví nejvíce času a pečuje o něho, nejčastěji se jedná o matku dítěte. S touto osobou si dítě vytvoří jedinečnou citovou vazbu. Tato citová vazba (attachment), která je tvořena již v raném dětství formuje jedince ve vnímání sebe samého, ale i ve vnímání světa a predikuje určitý způsob, jakým bude dospělý jedinec přistupovat k mezilidským vztahům (Ježková a Černá, 2013).

Teorii citové vazby poprvé představil John Bowlby v roce 1969. Popsal ji jako systém založený na biologických základech, jehož cílem je udržení dlouhodobé emoční blízkosti mezi dvěma osobami. Tato blízkost je výhodná, protože rodiče motivuje v péči o dítě a dítě tak lépe přežívá. Bowlby také tvrdil, že dítě si tento typ blízkosti vytvoří s jedním hlavním pečovatelem, nejčastěji s matkou, v prvních několika letech dítěte. Pokud je vazba mezi matkou a dítětem narušena, může mít dlouhodobé negativní důsledky v oblasti navazování vztahů a emoční regulace. Nepřipoutání na hlavního pečovatele s sebou nese riziko vzniku deprese, úzkosti, problémů s důvěrou či antisociální chování (Bowlby, 2012).

Na tuto teorii později navázala Mary Ainsworthová a rozvinula ji slavným experimentem "cizí situace" (Strange Situation), v experimentu zkoumala chování dětí a jejich matek při situaci, která u dítěte spustí stresovou reakci. Díky experimentu byla

schopna popsat tři hlavní typy citové vazby: jistou, vyhýbavou a ambivalentní. Později vědci, kteří pracovali na dalším rozvinutí této teorie, přidali ještě čtvrtý typ, tzv. dezorganizovanou citovou vazbu (Winnette, 2020, 2021).

Typy citového navázání, jsou významné pro tvorbu a udržování blízkých zdravých vztahů v celém průběhu života. Mezi vzorce chování, kterými se projevuje citová vazba, patří vyhledávání blízkosti a separační protest. Pro dítě je velmi důležité, aby pečovatel poskytoval pocit bezpečí a sloužil pro něho jako „základna“, ze které může postupně a bez strachu objevovat okolí. Při ohrožení se pečující osoba mění v „bezpečný přístav“, kam se dítě může při těchto pocitech vracet a setrvá zde, dokud znovu nedosáhne emocionální rovnováhy (Lacinová a Neužilová Michalčáková, 2014).

Výše popsaná dynamika se přenáší do intimních vztahů v párovém soužití. Při zdravých dlouhotrvajících vztazích si pár navzájem vytváří pocity bezpečí a jistoty, s menším rozdílem, že při vytváření těchto pocitů se dvojce střídá podle potřeb partnerů. V případě rodiče a dítěte je tvorba pocitu bezpečí a jistoty pouze na rodiči.

Díky této dynamice, při které si je dvojce navzájem oporou a zvládají dobře reagovat na potřeby toho druhého, upevňují tak emocionální pouto a zajišťují větší stabilitu vztahu (Lacinová a Neužilová Michalčáková, 2014).

Pokud však v dětství proběhlo navázání citové vazby s nějakými konflikty mezi dítětem a pečovatelem a vazba mezi nimi je jiná než jistá, může to znamenat určité problémy ve vývoji dítěte i později v jeho dospělosti. U jedinců, kteří vyrůstali v prostředí, které pro ně bylo stresující a více se museli spoléhat sami na sebe než na pečovatele, se mohla zformovat vyhýbavá citová vazba. Kvůli této vazbě mohou mít sklon držet si emocionální odstup i v intimních vztazích v dospělém životě. V situacích, kdy potřebují podporu od partnera, mohou mít tendenci uzavřít se do sebe, a tím znemožní vyjádření svých hlubších pocitů. To může být velmi náročné pro oba partnery. Místo toho, aby hledali podporu u sebe navzájem, vznikají v páru pocity odcizení a osamělosti (Fraley a Shaver, 2000).

I lidé s dezorganizovanou nebo ambivalentní citovou vazbou mohou prožívat náročné situace, které se mohou podepsat na funkčnosti vztahu. Mohou být ve vztazích nadměrně připoutáni na druhého partnera, což může vytvářet napětí v páru. Tyto rozdíly, se kterými jedinci do páru přichází, mohou být zdrojem konfliktů a nedorozumění, které mají dopad na wellbeing jedinců i funkčnost vztahu, pokud nejsou včas rozpoznány a řešeny (Mikulincer a Shaver, 2016).

1.1.2 Zátěžové situace vztahu (obránné mechanismy)

V této podkapitole přiblížím fungování obranných mechanismů a jejich dopad na vztah a okolí, pokud jedinci nevědomě používají jejich nevyzrálé formy a neumí s nimi pracovat nebo je nadužívají.

V průběhu života se jedinec nesčetněkrát ocitne v situaci, která v něm vyvolá frustraci, strach či hněv. Tuto situaci lze označit jako náročnou či stresující. Při situacích, kdy je narušena vztahová harmonie je jednoduché sklouznout ke konfliktu s okolím. Dopady náročných situací jsou individuální, odvíjí se od odolnosti jedince, jeho zkušeností či jeho emočního rozpoložení. Je však důležité uvědomit si, že v situacích, které jsou psychicky náročné, mají lidé tendenci jednat podle naučených vzorců chování, jež si osvojili již v dětství, tedy ještě před navázáním partnerského vztahu (Jelínek, 2021).

Psychologové T. H. Holmes a R. H. Rahe sestavili žebříček náročných, stresujících životních událostí. Na první příčce tohoto žebříčku se nachází události, které podle tvůrců působí na jedince nejvíce zatěžujícím dopadem. Jedná se o úmrtí partnera, rozvod, rozpad manželství nebo o příchod nového člena rodiny, který je obecně spojován s pozitivními emocemi, ale neznamená to, že se neřadí mezi významně zatěžující životní situace. Mezi další stresující situace patří konflikty mezi partnery či v širší rodině, může se však jednat i o události týkající se finanční či pracovní sféry (Atkinson a kol., 2012).

Oblasti, jež jsou popsány v žebříčku jsou důležité pro pocity jistoty a bezpečí jedince a samozřejmě mají čistě individuální dopady. Pokud však během života dojde k narušování stability a harmonie soužití páru vlivem stresujících událostí, může se jedinec dostat do situace, během které ho pohltnou emoce a bude se za každou cenu snažit stabilitu obnovit.

Pokud se objeví zatěžující situace, které jsou závažností podobné výše popsaným, nebo se může jednat i o méně závažné situace, ale i tak pro jedince stresující, aktivují se jeho obranné mechanismy. Tyto obranné mechanismy se formují už s vývojem osobnosti dítěte, tedy vznikají v raném dětství a jejich cílem je zachovat integritu osobnosti. Děti pomáhají při náročných situacích, které v něm vzbuzují strach či frustraci, zachovat hodnoty a jeho sebepojetí. Obranné mechanismy jsou velmi důležité v dětském věku, mohou však postupem vývoje zpomalit dozrávání osobnosti a vést k chování, které je nezralé. V případě, kdy jedinec nadužívá určité obranné mechanismy a není si těchto obran vědom, mohou vznikat třecí plochy mezi partnery, které opakovaně narušují harmonii ve vztahu a mohou ovlivnit psychické i fyzické zdraví jedinců (Stark, 2022).

Obranných mechanismů je celá řada, v této práci zmíním pouze pár z nich. Primárním obranným mechanismem je agrese. Této obrany si můžeme povšimnout již v raném věku.

Když se objeví stresující situace, člověk s tímto mechanismem obrany má tendenci se bránit, bojovat nebo zastrašovat. Výhodou je rychlé uvolnění napětí, ale nevýhodou je narušování důvěry a zraňování okolí. Agrese je navíc spojena se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních onemocnění, vysokým krevním tlakem a cévními mozkovými příhodami.

U lidí s diametrálně odlišným obranným mechanismem může v krizových situacích docházet k tendenci unikat, a situaci řeší tím, že přestanou komunikovat a uzavřou se do sebe. Osoby, které využívají tento obranný mechanismus, potlačují své emoce a nejsou schopni otevřeně komunikovat, což může mít za následek celou řadu somatických potíží jako bolesti a zažívací potíže.

Obranné mechanismy se mohou projevit také přísným dodržováním určitých pravidel a rituálů. Tohoto mechanismu si můžeme všimnout u dětí v rodinách, kde je velmi kladen důraz na úklid a dodržování disciplíny či naopak v rodinách, kde je dítě vychováváno bez hranic. Tato pravidla a rituály dělají člověku strukturovanější a jednodušší život. Jedinci hledají pocit bezpečí v řádu a rutině. Nadužívání tohoto mechanismu může taktéž vést ke konfliktům a rigiditě v partnerské komunikaci.

Při obraně racionalizací má jedinec tendenci opakovaně obhajovat vzniklé situace, hledá výmluvy a důvody pro své chování. Tento mechanismus se může objevit u dětí, které často čelily kritice ze strany rodičů. Toto vyhýbavé chování omezuje jedinci přiznat si své chyby a na situaci nahlédnout z reálné perspektivy.

Posledním obranným mechanismem, který zde zmíním je humor. Zmiňuji ho zde z důvodu jeho nenápadnosti. Humor sice pomáhá krátkodobě uvolnit napětí a přináší úlevu, ale z dlouhodobého hlediska brání prožívání emocí do hloubky. Což znamená, že jedinec prožívá frustraci či zklamání pouze povrchově a nemá možnost v sobě tyto náročné emoce vyřešit (Rychnovský a Studnička, 2023).

Čím více obrany ovládají jednotlivce a jsou pro něho automatickou reakcí na stres, tím více ohrožují kvalitu fungování vztahu a může také podpořit vznik psychosomatických onemocnění. Pokud jedinec jedná nevědomě a využívá nějaký z obranných mechanismů, může se tak pár ocitnout pod tlakem, jak ze vzniklé stresující situace, tak kvůli způsobu reakce partnerů. Toto chování narušuje partnerskou komunikaci a vytváří cykly nepochopení a nespokojenosti (Vašina, 2002).

Pokud ve vztahu nastane situace, že oba jedinci jednají na základě svých nevědomých obranných mechanismů, může se dvojce ocitnout ve stagnaci. Opakované upřednostňování obran před otevřenou komunikací může vést k dalšímu cyklu konfliktů.

1.1.3 Partnerská komunikace

V této podkapitole zdůrazním důležitost otevřeného dialogu a důsledky nesprávně vedené diskuse mezi partnery.

Český psycholog a párový psychoterapeut Pavel Rataj vyzdvihuje význam aktivního naslouchání, které by mělo celý proces komunikace doprovázet. O komunikaci říká, že je pouze nástrojem. Pokud chceme, aby došlo k porozumění, musí být aktivní touha a otevřenost na straně obou partnerů.

Otevřenost je klíčovým prvkem při komunikaci v páru, velkou důležitost hraje uvědomění, že každá osoba má svá očekávání, prožitky a svět chápe svým úhlem pohledu. Tato perspektiva nám dává možnost nahlédnout na problematiku očima partnera. Nedostatečné porozumění slovům partnera může vyústit s velkou pravděpodobností v konflikt. Rataj dále zmiňuje klíčovou úlohu sebereflexe, práce s emocemi, schopnosti zacházet se strachem, frustrací či pocity zranitelnosti (Rataj, 2020).

Styl komunikace, který jednotlivec využívá v blízkých vztazích, do určité míry demonstruje, zda je vztah pro partnery zdravý a zda v něm dochází k naplňování všech potřeb.

Mezi nefunkční styly komunikace, které mohou predikovat problémy ve fungování vztahu, patří různé formy vyhýbavého chování a vzorec požadavek-stažení. Vzorec požadavek-stažení vzniká v situacích, kdy jeden z partnerů kritizuje nebo požaduje vyřešení určité situace/problému po druhém partneru, který reaguje stažením se do sebe nebo vyhýbáním se diskuse. V této situaci se partner, který vznáší požadavek, cítí nevyslyšen a druhý partner se cítí žádostmi přetížen.

Studie, která sledovala páry při diskusích a jejich imunitní a emoční zdraví, poukázala na to, že výše uvedené destruktivní vzorce mají rozsáhlé následky pro fungování vztahu a zdravotního stavu partnerů. Konkrétněji, imunitní a emoční zdraví bylo více ovlivněno u žen, jelikož ženy jsou v oblasti mezilidských vztahů více orientovány prosociálně, oproti mužům, kteří mají interpersonální orientaci zaměřenou více na své vlastní potřeby a zájmy. Méně se tak mohou starat o potřeby partnerek a žena tak nese větší břemeno při řešení partnerských problémů (Shrout a kol., 2023).

Je nezbytné, aby pro fungování vztahu partneři uměli nahlédnout na své chování a naučené vzorce, ke kterým se automaticky ubírají při diskusích, kdy se cítí být napadeni či frustrováni. Svě chování zhodnotit a být otevřený odlišným názorům svého partnera.

1.2 Rodina

V této kapitole se pokouším vysvětlit procesy a situace, které uvnitř rodiny mohou vzniknout a jakým stylem mohou ovlivňovat jejich jednotlivé členy. Hluběji se zmiňuji o emocionální funkci rodiny a o její dysfunkci. V podkapitole „Vztahy“ se zaměřuji na provázanost členů a důležitost souhry jejich spolupráce při výchově. V podkapitole „Neformální pečující“ se mírně vzdaluji od tématu dítě v rodině a zaměřím se na situaci, kdy v rodině vznikne potřeba pečovat o stárnoucího rodiče a jaké může mít tato situace plíživé následky v rodinném fungování. V poslední podkapitole „Rodinné prostředí“ se budu věnovat procesu rozvodu a dopadů na zdraví členů neúplné rodiny.

1.2.1 Vztahy

Zdravé sociální vazby mezi členy rodiny jsou důležité pro vnímání pozitivní rodinné atmosféry během celého života, ne pouze v dětském věku. Mezi členy probíhají tzv. transakce, což znamená, že každý člen ovlivňuje každého a vzbuzuje v každém určité reakce. Vzájemně, tak ovlivňují svůj psychický stav a rodinnou atmosféru (TA ČR, n.d.).

Vzájemná provázanost u většiny rodin vypadá tak, že matka zastává roli pečovatele a poskytuje dítěti emocionální podporu a otec dohlíží na dodržování disciplíny a pravidel. Pokud dítě má navázaný bezpečný vztah s matkou a má tendenci se jí svěřovat, je tak menší pravděpodobnost, že dítě bude vykazovat problémové chování a psychické obtíže. Pokud je však vztah s matkou provázen konflikty, je riziko, že dítě bude vyhledávat způsoby, jak získat pozornost nebo filtrovat stres. Otec, obvykle začne zasahovat, až tehdy, kdy se začnou u dítěte objevovat formy problémového chování tím, že nastaví hranice. Pokud dojde k tomuto vzorci, vzniká tak velké riziko odcizení dítěte od obou rodičů.

Doporučuje se tedy, aby si rodiče, otec i matka, osvojili aktivní přístup ve vytváření emočně podpůrného prostředí, protože pokud jsou vztahy zdravé, mohou tak preventivně působit vůči psychickým a psychosomatickým potížím (Fanti a kol., 2008). Pokud se budeme zaměřovat na zdravou dynamiku rodin, neplatí že emocionální podporu poskytuje pouze žena a muž pomáhá udržovat disciplínu. I když se jejich role mohou v něčem lišit, měli by být oba rodiče emočně přístupní pro dítě i pro sebe navzájem.

Podle Trapkové a Chvály (2017), rodina funguje jako systém provázaných vztahů a hovoří o tzv. sociálním porodu, což je proces separace dítěte od rodiny. Dítě během vývoje prochází několika částmi separace, ve kterých se opakovaně oddaluje od otce a přibližuje k matce a naopak. Při tomto procesu separace je důležité, aby oba rodiče byli pro dítě přítomni tak, aby si dítě mohlo vybrat rodiče, ke kterému se přikloní podle svých

aktuálních potřeb. Důležité také je, aby „nevybraný“ rodič zvládl přijmout svou roli a ustoupil do pozadí a nechal nerušeně rozvíjet vztah dítěte a „vybraného“ rodiče.

Separace dcery od matky přichází okolo 12 let, úkolem matky je začít brát dceru jako rovnocennou. Rizikem v této části je, že matka dceru předběhne a bude na ni naléhat, aby se rychleji osamostatnila, výsledkem pak může být rozvoj mentální anorexie u dcery. Dcera se v další části procesu, kolem 16 let, vydává sbližovat s otcem, v této části je důležité, aby otec čerstvě separovanou dceru utvrdil v její individualitě. Tím, že dcera pozná ve vztahu blízkost a bezpečí, bude do budoucna vybavená schopností mít zdravé partnerské vztahy.

U syna probíhá separace s malou změnou. Od 6 let je více přítomen u otce a ve 12 letech se vrací zpět k matce, prozkoumat ženský svět, aby podobně jako dcera, byl vybaven pro partnerství. V tomto období může být více citlivý vůči odmítnutí a neúspěchu. Matka by neměla k synu přistupovat jako k dítěti a otcovo chování by mělo jít příkladem, jak se s respektem a úctou chovat k ženě. Situaci může otec také zhoršovat, například ponižováním matky nebo vytahováním se před synem. Po nasycení u matky se syn kolem 16 roku vrací zpět k otci, kde je velký důraz kladen na jeho přijetí, bez ohledu na to, jak se adolescent projevuje. Nepřijetí otcem s sebou nese riziko možného vzniku poruch chování.

Dynamika mezi členy rodiny se vlivem vývoje dětí, životní situace či nastavení rodičů mění. Je ale velmi důležité pro zachování zdravého rodinného vztahového prostředí, aby členové mezi sebou cítili pocit soudržnosti, vzájemnou podporu, respekt, stabilitu, jasně vymezené role a flexibilitu. V opačných případech, kdy je dynamika rodiny narušena špatnou komunikací, nejasnými rolemi či rigiditou, může způsobovat celou řadu psychických i fyzických onemocnění, jelikož konfliktní vztahy mezi členy rodiny mohou mít za následek poruchu imunitních funkcí a zvýšení alostatické zátěže (Jabbari a kol., 2020).

Je tedy velmi důležité nenahlížet na rodinu pouze jako na seskupení lidí, kteří jsou pokrevně provázáni, ale jako na systém, ve kterém mají jednotliví členové své individuální potřeby, které musí být naplněny pro zdravé fungování celého rodinného systému (Trapková a Chvála, 2001).

1.2.2 Neformální pečující

Důraz v této podkapitole je kladen na životní etapu, s kterou se většina rodin potýká a představuje významnou zátěž pro celý rodinný systém. Pokud se situace včas a správně nepodchytí může vzniknout riziko rozpadu rodiny, či vzniku různých onemocnění na straně pečující osoby. Tato životní etapa má celé spektrum stresorů, které mohou na rodinu působit. Více se zaměřím na psychické, sociální a fyzické stresory.

Mezi primární spouštěče psychické zátěže mohou být již příznaky onemocnění člena rodiny a sekundární psychickou zátěží je uvědomění si dopadů na rodinné či pracovní prostředí pečující osoby (Cejalvo et al., 2021).

Důležitým bodem ve fázi zjištění diagnózy a prognózy je vyrovnání se pečujícího a dalších členů rodiny s nemocí či omezením, se kterým se potýká jejich blízký. Proces smířování může trvat dlouhou dobu, může se také stát, že se členové rodiny nebo sám nemocný, nemusí zvládnout vyrovnat s omezením. Vyrovnání se, je však pro pečujícího důležité, pokud je pečující schopen se s nastalou situací smířit a přijmout ji, v budoucnu bude mít větší schopnost zvládnání stresových situací, které s poskytováním péče přichází (Alfa Human Service, 2021, s. 23).

Dalším důležitým momentem je také vyhodnocení náročnosti situace a celkových možností pečujícího pro její zvládnutí. Pokud se pečující dostane do pozice, ve které cítí, že nároky na zvládnutí situace přesahují jeho možnosti, dochází ke spuštění stresové reakce. Tato reakce se může projevovat negativní fyziologickou a emoční reakcí a může být také spouštěčem pro rozvoj somatických a psychických onemocnění (Cejalvo et al., 2021).

Mnoho studií, zaměřených na téma psychické pohody rodinných pečovatelů, prokázalo negativní dopad zátěže vycházející z této psychicky, fyzicky i finančně náročné role. Ačkoli se mnohé studie shodují na negativních dopadech, mnoho výzkumů zdůrazňuje i pozitivní a přínosné dopady, převážně pokud pečující osoba má nějaké minulé pozitivní zkušenosti s pečovanou osobou. Ze studií vyplývá, že pozitivní dopady může mít převážně péče, která je poskytovaná např. stárnoucímu rodiči, který byl vůči pečujícímu v minulosti emočně přístupný a poskytoval pečujícímu podporu. Pozitivní aspekty však nezvládají nahrazovat vyčerpání, které s sebou pečování o rodinného člena nese. Pokud se v průběhu času nároky na péči navyšují a časově prodlužují, může situace dojít až k vzniku syndromu vyhoření a k dalším depresivním symptomům u pečujících osob, které mohou pak zapříčínovat nevhodné chování k pečované osobě (Kaasgaard et al., 2024).

U fyzických dopadů pečovatelské role je důležité zmínit, že nejčastěji pečují o své členy rodiny právě ženy. Péče však s sebou obnáší nároky na určitou fyzickou zdatnost, kvůli časté manipulaci se seniorem. Dopady fyzické námahy často dosahují bodu, kdy je nezbytná rehabilitace a léčba zranění. Pečující mohou často kvůli své roli potíže bagatelizovat a tím zdravotní problémy prohlubovat. Nejčastěji si pečující potýkají s bolestí zad, kloubů a narušení spánkového rytmu (Jeřábek a kol., 2013, s. 48).

Mezi nejčastěji zmiňované sociální důsledky patří sociální izolace. Pro pečujícího může být velmi složité nalézt mezi poskytováním péče čas, který si vyhradí pro sebe a ostatní členy rodiny či přátele. Upřednostňováním péče o seniora může docházet k celkovému sociálnímu vyloučení pečujícího. Následkem těchto situací může být vztek a odpor pečující osoby k senioru (Tošnerová, 2002).

Je důležité zmínit, že obecně pečující role je stále stereotypně přisuzovaná více ženám než mužům, jak jsem již naznačila, a ženy se pak vlivem přijmutí této „přirozené role“ ocitají ve velmi náročné životní situaci, jelikož často v tomto období pečují o své vlastní děti. Kloubí tak péči o seniora a děti s pravidelným docházením do zaměstnání. Osoby s tímto životním nastavením jsou označovány, jako sandwich generation. Ženy se často dostanou do situací, kdy pod vlivem pečovatelských povinností omezují, jak své volnočasové aktivity, tak pracovní sféru a tím je narušen i jejich finanční příjem, což může mít dopad, jak na sebevědomí pečujícího, tak i na celé rodinné prostředí (Mikanová, 2020).

Rodinné vztahy mezi členy mohou být pod vlivem nároků na péči narušeny, což znamená, že psychologická zátěž se netýká pouze primární pečující osoby, ale je rozptýlená po celé rodině, v které se pečuje o nějakého z členů (Amirkhanyan a Wolf, 2006, s. 248). V jednom z dalších výzkumů zaměřených na toto téma bylo zjištěno, že pokud pečující role byla v rodině zastoupená dlouhodobě, byl zaznamenán výrazný pokles pocitů štěstí mezi manželským párem (Bookwala, 2009). Konflikty v rodinném prostředí mohou vznikat z důvodu různorodosti názorů členů rodiny o poskytované péči, nedoceňování péče hlavního pečovatele, vnímání nedostatečné podpory či z důvodu finanční stránky situace. V určitých případech mohou být konflikty vážné a mohou vést k rozpadu rodiny (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016).

Prevencí před vznikem výše zmíněných potíží a zvládnutí náročné životní situace spojené s pečovatelstvím, se ve studiích ukazuje jako důležitá podpora self-efficacy pečujících. Jedná se o přesvědčení pečujících, že situaci i přes všechny náročnosti zvládnou, protože vyšší míra tohoto přesvědčení pomáhá zvládat stres, přistupovat

k náročným situacím jako k výzvě a pomáhá jako prevence vůči syndromu vyhoření (Hanyášová a Kuzníková, 2022).

Self-efficacy zahrnuje několik zdrojů. Jedním z nich je uvědomění si, že úspěšné zvládnutí situace v minulosti nám dodává sebedůvěru situaci opakovaně zvládnout, dalším zdrojem je schopnost učit ze zkušenosti někoho jiného. Dále je velmi důležité sociální zázemí a podpora od ostatních, která pečujícího motivuje a posledním zdrojem jsou fyzické a emoční stavy, které by neměly být v náročných situacích tenzní a úzkostné. Proto je důležité na celkové podpoře self-efficacy pracovat (Schunk a DiBenedetto, 2021).

1.2.3 Rozvod

V podkapitole týkající se problematiky rozvodu zaměřuji pozornost na psychické následky, které s sebou toto krizové období nese. Podle dat se nyní pohybuje podíl rozvedených manželství okolo 37 % (Český statistický úřad, 2025). Rozvod s sebou nese určité životní změny, které mohou být pro někoho úlevou, ale ve většině případů se jedná o velmi emočně náročné období změn. Kapitolou vyzdvihuji důležitost minimalizování škod, které s rozvodem přicházejí a které se podepisují, jak na dětech, tak na rodičích.

Během rozvodu i po něm by oba bývalí manželé měli mít na mysli to, že i když přestávají být manželi, nepřestávají být rodiči pro své děti. Je tedy důležité, aby si oba uvědomili, že musí povýšit zájmy dítěte nad zájmy své. Rozvod je v očích dítěte vždy traumatická událost a pro dítě je jakýkoliv spor mezi rodiči brán jako ohrožení stability a jistoty. Je tedy nutné, aby rodiče nevystavovali dítě konfliktům, uvedl v rozhovor psycholog R. Ptáček (Šrajbrová a Štvrtňová, 2024).

Na dítě stejně jako na každého působí prostředí, v kterém žije, proto je důležité s dítětem vykomunikovat vzniklou situaci zcela upřímně. Nejlépe ještě před tím, než si dítě samo začne tvořit domněnky. Komunikovat s dítětem by se mělo bez velkých emotivních výkyvů, aby nemělo pocit, že ho situace výrazně ohrožuje. Upřímná a klidná komunikace by měla probíhat také mezi rodiči (Špaňhelová, 2023).

Pokud rodiče nezvládnou ochránit dítě před konflikty mezi sebou, reakce dítěte na spory může být různorodá. Jeho prožívání je provázáno zmatením emocí a stresem. Může mít pocit, že by se mělo přiklonit k jednomu z rodičů, což ho staví do situace, v které by nemělo být. Rizikovou situací je, pokud se dítě stane spojencem jednoho z rodičů. Má tak pocit, že by mělo pomáhat s řešením vzniklé situace a s utěšováním rodiče, tímto vzorcem rodič dítě pouze zatěžuje. Dítě se také potýká se sníženou sebedůvěrou a mohou se u něj

projevovat úzkosti nebo poruchy chování. Častá je také narušená důvěra k rodičům, a proto není schopné rozvíjet zdravé vztahy s jinými lidmi (Hlaváčová, 2024).

U dítěte se také mohou vyskytovat projevy, které na první pohled s rozvodem souviset nemusí, ale při bližším prozkoumání prožívání dítěte zjišťujeme, že projevy jsou úzce vázané na prožité trauma. Mohou se u dítěte objevovat noční děsy, pomočování, somatické potíže, obvyklé bolesti břicha, nevolnosti, bolesti hlavy, nechutenství. Další oblast, která může vykazovat zhoršení, je vyjadřování v podobě koktavosti. Mohou se také objevovat pocity viny nebo změny v chování. Dítě může být vnímáno jako až moc „hodné“ nebo naopak více „zlobivé“ (Špaňhelová, 2012).

V některých případech se může stát, že u dítěte mladšího věku se nevyskytují žádné symptomy spojené s náročnou situací, ale mohou se začít projevovat až s adolescencí a mladou dospělostí. Zvyšuje se u nich riziko konzumace alkoholu a závislosti na dalších návykových látkách. Mladiství vyrůstající v neúplné rodině mohou ke vztahům přistupovat odlišně, projevují se více nestabilně a jsou velmi náchylní ke zklamání. Ocitají se ve vztazích, které pro ně nejsou uspokojivé a více se potýkají v partnerství s násilím (Roizblatt, 2018).

Pokud je rozvod plný neshod a konfliktů nejedná se ani u rodičů o klidné a harmonické prožívání. I přesto, že rodiče rozvedeného dítěte nejsou tak zranitelní jako jejich potomek. Oba se ocitají v situaci, která je pro ně zraňující a může mít také přetrvávající následky. Situaci rozvodu prožívá každý jedinec individuálně, existují však vzorce, jak jsou muži a ženy ovlivněni.

Podle dat vyplývajících z výzkumů se ukazuje, že celá řada rozvedených párů trpí následky, jakými jsou vyšší úmrtnost, depresivní stavy, vyšší pravděpodobnost výskytu závislosti nebo častější nemocnost. U rozvedených mužů i žen je o 20 % větší riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, vzniku rakoviny či cukrovky. Mají také o 23 % vyšší pravděpodobnost potíží s mobilitou. Častěji se potýkají s nachlazením kvůli chronickému stresu plynoucí z porozvodových okolností.

Ženy se častěji, než muži potýkají s finančními potížemi, které situaci mohou velmi zhoršovat, protože k zranění po rozvodu se přidávají další stresory, jako strach z budoucnosti. Chronický stres může přispívat k vzniku nízkourovňového zánětu v těle, který může podnítit vznik kardiovaskulárních onemocnění, autoimunitních onemocnění či deprese. Ženy mají také zvýšené riziko infarktu, které je po prvním rozvodu zhoršeno o 24 % a pokud se žena rozvede vícekrát riziko se zvýší na 77 %.

U mužské populace se více zvyšuje riziko úmrtnosti než u žen a čelí také vyššímu riziku mrtvic a infarktů. Více než ženy se potýkají s osamělostí a častěji přicházejí po rozvodu o přátele. Důvodem je menší sociální síť, která by jim mohla poskytnout emoční podporu. Z těchto důvodů bývají muži po rozvodech rychleji v nových vztazích. Muži mají také, častěji než ženy, sklon k návratu ke špatným návykům či osvojení si nových, jako například konzumace alkoholu (Buscho, 2022).

Reakce na rozvod může být také silně ovlivněna citovou vazbou, kterou si člověk osvojil v dětském věku. Podle výzkumu, který sledoval rozvedené páry se ukázalo, že pokud o zkušenostech z rozvodového procesu mluvil člověk, který měl osvojený úzkostný typ citové vazby měl systolický i diastolický tlak vyšší než protějšek s méně úzkostnou vazbou. Také mají více zdravotních obtíží lidé, kteří využívají neefektivní obranné mechanismy, jakými může být ruminace či emocionální potlačování, které udržují tělo ve stavu pohotovosti a stresu (Sbarra, 2015).

Je nutné, aby rodiče dítěte nepřístupovali k procesu rozvodu jako k boji, v kterém nebudou spolupracovat, ale aby přijmuli odpovědnost za vzniklou situaci. Oba partneři mají v konfliktní situaci nějakou roli a je důležité, aby se postarali o to, aby se konflikty neprohlubovaly. Při konverzaci o problémech by neměli zaujímat od začátku konverzace negativní a obviňující postoj, nekritizovat svého partnera, nepohrdat jím, nebýt defenzivní a problémy nezazdívat (Gottman, 2015).

2. Psychosomatika

Ústředním tématem této části práce je propojení témat z první kapitoly a obohacení o detaily z psychosomatického úhlu pohledu. V první části popisují vznik a vývoj celistvého pohledu na člověka a nemoci. Detailněji vysvětlují děje, které probíhají u člověka trpícího psychosomatickými potížemi zasazeného do rodinného prostředí. Zaměřují se také na téma emocí a stresu, a v druhé části této kapitoly popisují nejčastěji objevující se psychosomatické potíže a prevenci jejich vzniku.

Psychosomatika je vědní obor, který zkoumá provázanost a působení psychické složky na tělesnou a naopak. Poskytuje ucelený pohled nejen na nemoci, ale také na celého jedince. Psychosomatika pomáhá v určení správné diagnózy, ale také poskytuje možnosti řešení problému (Národní zdravotnický informační portál, 2025).

Kořeny psychosomatického úhlu pohledu pochází z území Indie, Mezopotámie a Číny, tehdy byl celistvý pohled na člověka běžnou součástí zdravotnictví. S příchodem exaktních věd přichází v 17. století také názor, že tělo a duše jsou oddělené. Tento názor měl pak za následek dualistický pohled na člověka. Nemoc, tak byla považována pouze za tělesnou záležitost (Klímová a Fialová, 2015). I přesto, že tento úhel pohledu je již překonaný, ve většinové západní medicíně v praxi přetrvává do současné společnosti (Chvála, 2016).

Autoři, kteří se k celistvému pohledu vrací, přichází se svými teoriemi především ve 20. století. Klíčovou osobností na poli psychosomatiky je Franz Alexandr, který v roce 1950 publikoval knihu, v které se zabývá diagnózami a jejich intrapsychickými činiteli. Dle jeho teorie nemoc vzniká při nepřiměřeném vyjádření emocí. Další důležitou osobností je Helena Flanders Dunbarová, která se zabývala osobnostními typy. Předpokládala, že určitý osobnostní rys vede k rozvoji somatického onemocnění (Faleide a kol., 2010). Třetí osobností, kterou zmíním je Gregor Engel, který v roce 1977 vyvinul „bio-psycho-sociální“ model skrz, který je možno celistvě nahlížet na nemoci a zdraví člověka (Universität Augsburg, 2025), více tento model popisují v následující podkapitole.

2.1 Bio-Psycho-Sociální Model

Bio-psycho-sociální model byl vytvořen G. Engelem jako alternativa, která může přinášet větší porozumění do složitějších případů onemocnění, kde pouhý biomedicínský přístup, který je zaměřen výhradně na biologické aspekty, nestačí. Později byla k modelu přidána také spirituální rovina. Důraz je v tomto přístupu kladen na prolínání biologických, psychologických, sociokulturních a duchovních faktorů. Velmi přínosný je při řešení chronických onemocnění a obtížně definovaných potíží (Chvála a Skorunka, 2017).

Podle tohoto modelu není zdraví pouze absence nemoci, ale jedná se o stav rovnováhy mezi biologickými, psychologickými a sociálními faktory. Důraz na stav rovnováhy mezi jednotlivými faktory podporuje celostní přístup k léčbě a vyzdvihuje nutnost spolupráce odborníků v těchto jednotlivých oborech (Gupta, 2020, s. 250-254).

Do biologických faktorů je zahrnuta genetika, imunitní systém, hormonální činnost a další procesy související s fyziologií těla. Mezi psychologické faktory se řadí emocionální stav, kognitivní procesy, obranné mechanismy a stres. Sociální faktory obsahují rodinné vztahy, ekonomickou situaci jedince, kulturní zázemí a možnosti lékařské péče. (Klímová a Fialová, 2015). Vliv faktorů na zdraví a nemoc jedince se liší v různých společnostech, v rozvojových zemích se nejvíce potýkají lidé s infekčními onemocněními a v zemích s lepší životní úrovní se lidé více potýkají s kardiovaskulárními a onkologickými onemocněními (Jochmannová, Kimplová a kol., 2021).

Holistický přístup pomohl jedincům se zdravotními problémy stát se aktivními účastníky na procesu údravy. Pomohl také ke snížení dualistického pohledu na člověka a služby duševního zdraví, tak byly zařazeny do sektoru primární péče. Přispěl také ke komplexnějšímu porozumění složek duševního zdraví a vyzdvihl důležitost vztahu mezi pacientem a lékařem.

I přes všechny pozitivní dopady, které tento model na zdravotnický i nezdravotnický sektor má, je v určitých úhlech kritizovaný za svou finanční, časovou a personální nákladnost. Přístup vyžaduje zjišťovat větší množství informací o pacientech. Vyžaduje také multidisciplinární tým, jejich financování a školení. Kritika se objevila, také z důvodu nejednoznačnosti pokynů k léčbě (Babalola, 2017).

Bez ohledu na kritiku tohoto modelu, která byla z velké části kvůli jeho širokému úhlu pojetí, nejednoznačností a obtížemi s aplikací v klinickém sektoru (Borrell-Carrio a kol., 2004), nelze mu odepírat fakt, že uvedení modelu změnilo pozitivně pohled na zdraví a nemoc. Zdravotní stav člověka se tedy mohl rozšířit z pouze biologických aspektů i na aspekty psychologické a sociální (Hatala, 2012).

Pro efektivitu bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví, je nevyhnutelné podpořit mezioborovou spolupráci mezi pomáhajícími profesemi a podpořit také vzdělávání, které by prohlubovalo medicínské znalosti o humanitní prvky a naopak (Borrell-Carrio a kol., 2004).

2.2 Mechanismy psychosomatických potíží (stres, emoce, somatizace)

Na vzniku psychosomatických potíží má podíl velmi pestré množství mechanismů, které se v jedinci odehrávají. V této podkapitole se však více věnuji mechanismu stresu, co vše se děje v psychice jedince, pokud je vystaven stresujícím situacím. Další část věnuji tématu emocí a jejich potlačování. V závěrečné fázi podkapitoly se věnuji somatizaci, která představuje důsledek náročné životní situace, v které byl jedinec dlouhodobě pod stresem či neměl možnost vyjadřovat své emoce.

2.2.1 Stres

Stres lze popsat jako reakci na určitý stresor, která vede k odpovědi v celém organismu. Stresorem může být životní situace nebo také prožitek, jako je třeba bolestivá vzpomínka. Nejvíce stresující životní situace byly popsány Holmesem a Rehem (viz. str. 13). U rizik spojených se stresem jsou důležité faktory jako četnost, intenzita, osobnost jedince a s jakými emocemi je stresová situace doprovázená, protože stres není nutně ve všech případech ohrožující. Pokud situaci doprovázejí pozitivní pocity jedná se o eustres, který pomáhá zvyšovat aktivitu jedince. V opačném případě, pokud stres provází nepříjemné prožívání, jedná se o distres, který znemožňuje situaci aktivně řešit a dochází při něm k neurobiologickým a psychologickým změnám (Jochmannová kol., 2021).

V případě, že je výkon nervového systému snížen, například vlivem genetických faktorů či ranných událostí, jakým může být například deprivace, je u jedince snížena také schopnost zvládnání stresu. Schopnost zvládnání stresu souvisí i s výše zmíněnou citovou vazbou dítěte k pečovateli (viz. str. 9), pokud je vazba nenarušená, dítě se po stresové situaci snadněji uklidní, v opačném případě může mít dítě narušenou schopnost regulace stresu. V ideálním případě, autonomní nervový systém, sympatikus a parasympatikus pomohou tělo připravit na stresovou reakci a následně tělo uklidnit. Pokud je tato rovnováha narušena, může docházet k přílišné aktivaci sympatiku a snížené aktivaci parasympatiku, což způsobuje horší adaptabilitu a uklidnění (Porges, 2011).

Hormony, které se aktivují na počátku stresové situace připravují tělo na zátěž, se nazývají adrenalin a noradrenalin, dále také glukóza. Na počátku tohoto procesu dochází k prokrvení končetin a celou situaci provází emoce, které přípravu doplňují, jedná se o strach, úzkost a hněv.

Další fáze, která následuje po aktivaci adrenalinu, je sekrece ACTH, kortikosteronu a kortizolu. Kortizol, zde působí jako aktivátor mozkové oblasti a pomáhá se zásobením mozku glukózou a aktivuje kardiovaskulární systém, ovlivňuje také emotivitu a tělesnou

citlivost (Jochmannová a kol., 2021, Večeřová a Honzák, 2008). Dlouhodobě trvající sekrece stresového hormonu s sebou nese spoustu rizik, které mohou zapříčinit selhávání jeho produkce, což může mít za následek chronické bolesti. Pokud nedochází k uklidnění organismu a tělo pokračuje v jeho nadprodukcí přichází riziko vzniku chronické únavy a snižuje se celková resilience člověka vůči stresu a depresivním stavům (Jochmannová a kol., 2021). Vlivem stárnutí dochází ke změnám v oblasti sekrece hormonů. Ubývá sekrece hormonů, které vyrovňávají hladiny kortizolu, ale sekrece kortizolu zůstává stejná (Stárka, 2002), což má negativní dopady na oblasti tkání, které mohou kvůli vysokému procentu stresového hormonu začít degenerovat a jedinec se tak může potýkat s revmatoidní artritidou, osteoporózou nebo myopatií apod. (Jochmannová a kol., 2021).

Při dlouhodobém trvání výše zmíněné fáze a pokud nedochází k uklidnění organismu, může se člověk adaptovat na trvající stresový stav, což vede k fyzickému i psychickému vyčerpání, a stav může doprovázet rezignace (Paulík, 2020). Napětí organismu se může přeměnit v psychosomatické poruchy, jakými mohou být poruchy v oblasti imunity. Oblast trávení může být zatížena žaludečními vředy, nebo se může jednat o onemocnění jako diabetes, bronchiální astma a poruchy štítné žlázy (Jochmannová a kol., 2021).

Vlivem dlouhodobého stresu, mozek prochází strukturálními změnami, které vedou k atrofii hipokampu, amygdaly a prefrontálního kortexu. Vlivem stresu se dendrity v neuronech zmenšují a zkracují, výsledkem jsou pak poruchy funkcí synapsí. Všechny tyto změny vedou k poškození kognitivních funkcí. Popsané potíže mohou postihovat jedince, kteří se potýkají se sociální izolací a osamělostí. Vliv má také smýšlení o sobě samém jako o člověku s nízkým sociálním postavením. U těchto osob byl zaznamenán snížený objem šedé hmoty v přední cingulární části kortexu (Kostiuk, 2021).

Důležitou roli při stresových situacích hrají také zvládací mechanismy, které jsou na rozdíl od obranných mechanismu vědomé. Může se jednat o zvládání formou sportu, umění, setkání s přáteli, meditací, ale také zvládací mechanismy s negativním dopadem, jako užívání alkoholu, kouření či přehnaného nakupování. Tyto mechanismy napomáhají k uklidnění jedince (Komárková a kol., 2001). Pokud se však v první fázi stresové situace nepodaří zvládacími mechanismy organismus uklidnit a vrátit do klidového stavu, je velmi důležité obrátit se na odbornou pomoc, z důvodu narůstajícího rizika selhání celého organismu (Godstein a Kopin, 2007).

Při reakci na stresovou situaci nejsou důležité pouze výše zmíněné zvládací mechanismy, ale také obranné mechanismy, které působí většinou na nevědomé úrovni. Nejčastěji se jedná o popření. Lidé s tímto obranným mechanismem vidí zkreslenou realitu

tak, jak by ji rádi viděli. Mohou na personál nemocnice i na své okolí působit velmi optimisticky, ale tímto mechanismem si mohou vážně uškodit. Mezi pacienty, kteří využívají nejčastěji tento mechanismus jsou lidé po infarktu myokardu. Popřením stresové situace však nedochází k ukončení stresové reakce a fyziologie těla stále pokračuje se sekrecí stresových hormonů (Večeřová a Honzák, 2008).

2.2.2 Emoce

Emoce definujeme jako tělesné děje neboli neurochemické reakce, které připravují organismus k akci. Tyto tělesné děje se odehrávají v nevědomé části, z které jsou pak překládány do vědomí. Pokud se emoce dostanou do části vědomé, mluvíme o nich jako o pocitech. Emoce pomáhají jedinci přežít v daný moment, jsou intenzivní a krátkodobé. Odborníci v oblasti emocí se shodují na základních 6 emocích, kterými je radost, strach, hněv, smutek, údiv a odpor. Pocity naopak pomáhají v procesu dlouhodobého přežívání jsou intenzitou jemnější než emoce, ale trvají déle. Jedná se o štěstí, starost, nepřátelství, depresi, překvapení a nechuť. Během života dochází také k rozvoji dalších komplexnějších úrovní emocí (Honzák, 2017).

Emoce nás informují o tom, jak se v dané situaci cítíme, můžeme pociťovat libost a nelibost. Při rychlém přenosu emočních informací přichází i rychlá spontánní fyziologická reakce, která je způsobená provázáním emocí s řídicími systémy těla. Příkladem může být reakce na emoci strachu, kterou je útek, boj nebo zamrznutí. Pokud je jedinec schopen porozumět informacím, které mu emoce přináší, je tak více schopen porozumět a akceptovat sebe samého. Naopak pokud jedinec nepřijímá informace, které od emocí dostává a bude se je snažit ovlivňovat rozumem, některé z nich favorizovat a jiné necítit, může tak docházet k jejich potlačení (Klímová a Fialová, 2015).

Potlačováním se jedinec snaží negovat existenci emocí, což jak z výzkumů vyplývá není možné ani zdravé. Bylo zjištěno, že u jedinců, kteří aktivně potlačovali své emoce aktivita sympatického nervového systému vzrostla a s ním i prožívání stresu. U lidí, kteří pravidelně potlačují své emoce je vyšší riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění a hypertenze, také se mohou cítit více sociálně izolovaní a mají vyšší sklon k úzkostným a depresivním stavům (Cullen, 2022).

Jiná studie na téma potlačování emocí, sledovala 91 párů, které spolu měly komunikovat a vždy jeden z nich měl za úkol potlačovat své emoce. Měřená byla aktivace sympatického nervového systému, jako je srdeční činnost a stažení cév. Výsledkem této studie bylo zjištění, že jedinec, který emoce potlačoval vykazoval vyšší aktivaci

sympatického nervového systému stejně jako v předešlém výzkumu. U těchto jedinců bylo také pozorováno větší stažení cév, což je spojeno s vyšší stresovou úrovní a dlouhodobě tak může přispívat k vzniku kardiovaskulárních problémů. Mezi další výsledky této studie patří zjištění, že partner, který své emoce neměl potlačovat, také vykazoval známky fyziologického stresu. Při hodnocení komunikace, která mezi páry proběhla označili komunikaci ti, kteří potlačovali emoce, jako nepříjemnější a intenzivnější a jejich partneři je vnímali jako méně srozumitelné. Studie tak potvrdila, že kontrola emocí neprobíhá v izolaci a má tak dopady, jak na fyzické zdraví člověka i na mezilidské vztahy (Peters a kol., 2014).

Psychiatr Gabor Maté nahlíží na emoce a stres z komplexního úhlu pohledu, vidí jejich potlačování jako velmi rizikový spouštěč dalších onemocnění. V rodinném prostředí vyzdvihuje důležitost emočního prožívání rodičů, které se v mnoha případech podepisuje na psychickém stavu dětí. Na depresi Maté nahlíží jako na stav mysli, který je z velké části o potlačování negativních emocí, které si jedinec nedovolí cítit z důvodu ranných zážitků z dětství. Deprese, z biologického úhlu vzniká z důvodu nedostatku serotoninu v mozku, serotonin je neurotransmiter, který se mimo jiné podílí na regulaci nálady. Pokud nahlédneme na depresi z psychologického a sociálního úhlu je nutné brát v potaz, že hladiny serotoninu se nastavují během ranného vývoje na základě emocionálních vztahů s rodiči a na základě množství stresu, které dítě prožívá v děloze skrz prožívání matky. Základní význam má práce rodičů se svými emocemi a schopnost harmonizovat prostředí, v kterém se rodina nachází (Simon, 2017).

Svůj původ v dětství může mít také neschopnost prožívat plně emoci hněvu. Během vývoje může docházet k defenzivní exkluzi. Při tomto procesu jedinec vědomě či nevědomě blokuje některé emoce, které vyhodnotí jako ohrožující či bolestivé na základě minulých zkušeností. Pokud dítě v minulosti projevilo hněv a nebylo mu umožněno ho prožít, bylo odmítnuto či za projev potrestáno. Hněv a odmítnutí se u dítěte zvnitřní a obrátí se proti němu samotnému. Díky tomuto procesu ochrání vazbu a vztah s rodiči, ale následně vede k narušení sebeobrazu, pocitům nedostatečnosti a nemístné sebekritice (Bowlby, 1980). Tyto faktory byly zaznamenány u pacientů s revmatoidními chorobami (Maté, 2023).

Při výchově dítěte je důležité, aby rodiče přebrali zodpovědnost za emoce dítěte a umožnili mu projevat jak negativní, tak pozitivní emoce. Zkušenost s podporou ze strany rodičů je pro dítě klíčová, dítě se tak naučí, že jeho emoce jsou přijímány a respektovány. Skrz tento proces je schopno naučit se postupně správně emoce regulovat. Pokud rodiče

správně reagují na emoční potřeby dítěte, je pak schopno si vytvořit zdravý vzorec chování, naopak pokud rodiče ignorují nebo trestají některé emoční projevy, mohou tak přetrvávat potíže s emocemi i v dospělém věku (Šolcová, 2012).

2.2.3 Somatizace

„Somatizace je mechanismus označující vyjadřování nezpracovaných emočních prožitků prostřednictvím tělesných symptomů bez odpovídajícího organického nálezu a je podkladem pro velkou část duševních poruch“ (Večeřová-Procházková, 2013). Při somatizaci psychosomatických potíží jedinec prochází opakovaně skrz různá vyšetření, ale často odmítá úhel pohledu, že se jedná o projev jeho psychické nepohody (Vymětal, 2007).

Výše zmíněné spouštěče pro mechanismus somatizace jako jsou potlačované emoce nebo chronický stres mohou způsobovat pestrou škálu somatizačních problémů.

Může se jednat o respirační obtíže, které mají souvislost s produkovánými látkami v těle při reakci na stresující situace. Nemusí se jednat o významně stresující situaci, ale o běžnou každodenní zátěž. Látky mohou u jedinců vyvolat generalizované zúžení průdušek či astmatický záchvat (Pavlíková, 2018).

Další oblastí, na které se mohou emoce, stres a celkový duševní stav podepsat, jsou gastrointestinální obtíže. Duševní nepohoda vede ke změnám interakcí mezi mozkem a trávicí soustavou, což vede ke vzniku poruch, jakými jsou onemocnění střev, syndrom dráždivého tračníku, peptické vředy či gastroezofagální reflux. Duševní nepohoda přispívá ke změnám v oblasti motility, sekrece, zvyšuje propustnost střev a má negativní účinky na regenerační schopnosti apod. (Konturek, 2011).

Kardiovaskulární problematika byla naznačena již výše v textu. Ve velkém množství studií byla prokázána souvislost mezi duševním stavem jedince a kardiovaskulárními potížemi. Duševní stav má vliv na rozvoj ischemické choroby srdeční, mezi nejčastěji zaznamenávané stresory jsou dlouhodobé problémy v rodině a v dalších mezilidských vztazích, sociální izolace, diskriminace a potíže v zaměstnání. Při dlouhodobé kombinaci může docházet skrz alostatické přetížení k rozvoji arteriální hypertenze, aterosklerózy, infarktu myokardu a cévní mozkové příhodě (Kostiuk, 2022).

Další oblastí je imunitní systém a jeho dysfunkce, které závisí na typu prožívaného stresu. Podle výzkumu bylo zjištěno, že pokud jedinec prožívá akutní stres, tak se imunitní systém aktivuje a posiluje své imunitní funkce. Pokud však nedochází k uklidnění organismu a jedinec se dostává do prožívání chronického stresu, dochází ke snížení počtu a funkce imunitních buněk nebo k zvýšení imunosupresivních mechanismů, a sníží se tak

jeho schopnost reagovat na patogeny (Dhabhar, 2009). Dysfunkce imunitního systému může vést zejména k autoimunitním a onkologickým onemocněním, jakými jsou například myasthenia gravis nebo lupus erythematosus (Navrátilová, 2020).

Somatizace psychosomatických potíží je neoddělitelně propojena s biologickými aspekty zdraví a nemoci, ovlivňuje i další oblasti, které jsou více rozepsány v následujících kapitolách. Následující podkapitola se zaměřuje na propojení spouštěčů, které vyvolávají výše zmíněnou somatizaci u jedinců v rodinném prostředí.

2.3 Vliv prostředí (konflikty, traumata)

V této kapitole se dostávám k tématu rodinného prostředí a traumat, které mohou vlivem nedostatečného uspořádání rodiny vznikat, ale také k tématu sekundárního zisku z nemoci, který tuto kapitolu bude na pozadí provázet. Sekundární zisk z nemoci je nevědomí a vychází z role nemocného, díky této roli jedinec může získávat více pozornosti, klidu, dominantního postavení a může na sebe připoutat někoho z členů rodiny. Podstatou potíží je nevědomá úzkost z možných ztrát, selhání či dalších nepříjemných prožitků (Honzák, 2014). Toto prožívání se odehrává na pozadí při vzniku konfliktů a je důsledkem minulých negativních zkušeností.

2.3.1 Poruchy citové vazby

Citová vazba, která je zmíněna na prvních stránkách textu, může být spouštěčem pro napětí v rodině a následné zdravotní potíže. Pokud má dítě jinou citovou vazbu ke svému pečovateli, jak bezpečnou, odvíjí se od ní kaskáda souvisejících potíží. Samozřejmě nehraje jedinou roli na vzniku duševních potíží, ale je jejím významným faktorem.

Bowlby (1980) vznik vyhýbavé a úzkostné vazby přisuzuje opakovaným zkušenostem dítěte s odmítáním nebo emoční nedostupností ze strany pečovatelů. Pokud k tomuto vzorci dochází opakovaně, dítě si navykne, že projevy jeho emocí nevedou k uspokojení jeho potřeb. Aby dítě nemuselo opakovaně zažívat odmítnutí ze strany pečovatele, vytvoří si obranný mechanismus a začne potlačovat své emoce a potřeby. Stane se tak více odpoutaným od pečovatelů a emočně nedostupným.

Jedná se o mechanismus přežití, i když dítě nevypadá pod stresem, stále prožívá fyziologické procesy, které se při stresových situacích spouští (Pietromonaco, 2015).

S narušením citové vazby dítěte může také souviset kontroverzní metoda uspávání cry-it-out, jedná se o metodu „nechat dítě vyplakat“, tato metoda může mít několik úrovní zapojení rodičů do procesu a jednou z úrovní je nechat dítě vyplakat do doby, než usne bez jakéhokoli zásahu rodičů. Okolo studií, které potvrzují pozitivní vlivy je spousta

kontroverzí. Studie často vykazují nekvalitní a nedostatečný sběr dat či nízké standardy. U dětí, které se opakovaně dostávají do situace, kdy usínají pod stresem a z vyčerpání kvůli pláči, může docházet k poškození mozkových synapsí nebo poškození nervu vagus, který souvisí se syndromem dráždivého tračníku (Narvaez, 2024).

Odlišné typy citových vazeb od bezpečné narušují rozvoj bezpečného a stabilního duševního základu. Snižují celkovou odolnost jedince a formují člověka do pozice, v které není schopen zvládat krizová období. Výsledky studií naznačují, že nejistá a vyhýbavá citová vazba je spojena se vznikem depresí, úzkostí, obsedantně kompulzivní poruchy, posttraumatické stresové poruchy, sebevražedných sklonů a s poruchami příjmu potravy. Svojí roli hraje citová vazba také v poruchách osobnosti, úzkostný typ má větší predispozice pro závislé, histriónské a hraniční poruchy a vyhýbavý typ je spojen se schizoidními a vyhýbavými poruchami (Mikulincer, 2012).

2.3.2 Nerespektování hranic

Rodinný systém je tvořen třemi nejpodstatnějšími subsystémy, jimiž jsou partnerský subsystém, subsystém rodič – dítě a sourozenecký subsystém. Základním kamenem je vztah mezi partnery. Do značné míry závisí na jejich vztahu úspěšnost rodiny jako celku. Všechny tři systémy se navzájem ovlivňují a může tak mezi členy docházet ke vzniku koalic, jako například matka – mladší dítě nebo otec – starší dítě. Pokud se v těchto koalicích setrvává příliš dlouho, může to být signál rodinného problému. Hranice mezi subsystémy by měly být pevné, ale flexibilní (Sobotková, 2012).

Pokud se rodina potýká s nejasnými nebo neflexibilními hranicemi mezi subsystémy je spojována s dvěma typy narušených hranic. Členové od sebe mohou být emocionálně vzdáleni, nekomunikují a chybí mezi nimi vzájemná podpora. Nebo naopak příliš emocionálně zapleteni, neexistují mezi nimi jasné hranice a jsou na sobě závislí. Oba typy narušených hranic jsou spojeny s internalizující i externalizující symptomatologií dětí, jako je deprese, somatické potíže či poruchy chování (Sturge-Apple a kol., 2010).

Pokud dochází k tvorbě aliancí, kde se spojí rodiče proti dítěti, může docházet k odvádění pozornosti k dítěti a „zastiňování“ problémů mezi partnery (Kerig, 1995). Pro partnery může mít tento proces zdánlivě sbližující efekt a může uklidňovat mezi manželské konflikty, čímž se může stát plně využívaným vzorcem, ale pro dítě znamená odmítnutí ze strany rodičů a vyloučení z rodinného systému (Coe a kol., 2020).

Značné narušení rodinného prostředí mohou způsobovat konflikty mezi partnery ohledně rozdílnosti názorů na užívaný výchovný styl a dopady využívaného stylu. Mezi

nejčastější ohniska konfliktů patří spory o přílišnou tvrdost, nebo naopak o přílišnou benevolenci (Kimplová a kol., 2023). Z úhlu pohledu psychosomatiky je větší riziko vzniku psychosomatických potíží u dysfunkčních rodin, kde se vyskytují znaky nedostatečně vymezených hranic mezi členy, rigidita, hyperprotektivnost a vyhýbání se řešení konfliktů (Kog a kol., 1987).

V rodinném uspořádání může za určitých situací docházet k promíchání rolí mezi rodičem a dítětem. Může se jednat o situace, kdy jeden z partnerů není schopen poskytnout emoční podporu druhému, a tak se rodič obrací na dítě. Dochází tak mezi dítětem a rodičem k emocionálnímu incestu. Dítě se ocitá pod tlakem, kvůli převzetí role emočního partnera vůči svému rodiči. Děje se tak nejčastěji v situacích rozvodů, v období truchlení, konfliktů v rodině či při pocitech strachu z opuštění. Ze strany rodičů může docházet často k pláči, při kterém očekává útěchu, k přílišnému svěřování se, k nárokování si dítěte nebo předávání přílišné odpovědnosti na dítě. Dítě poté začne ignorovat své potřeby na úkor potřeb svého rodiče, setkává se s pocitem zodpovědnosti za emoce druhých. Pociťuje potíže s vymezováním svých hranic a potýká se s potřebou sociálního uznání. Dlouhodobé dopady na duševní zdraví zahrnují závislostní chování, posttraumatickou stresovou poruchu, potíže se separací od rodičů a potíže s vytvořením vlastní identity (Telloian, 2023).

Dítě, které vyrůstá v emocionálním incestu může mít problémy ve vztazích i ve své dospělosti. U jedince se objevují pocity povinnosti svého rodiče vždy potěšit a vyhovět jeho potřebám. Toto chování může přinášet množství konfliktů a napětí do jeho partnerského vztahu (Wendt, 2024).

2.3.3 Narušení separace

Separace, kterou jsem popisovala taktéž na začátku textu, je velmi složitý proces na koordinaci dítěte, matky i otce. Pro celkový pohled vzniku psychosomatických potíží, je nutné nahlédnout na separaci i z úhlu rizik jejího narušení.

Podle Trapkové a Chvály (2017) je důležité pro správný proces separace, aby se dceři a matce kolem 12 roku zintenzivnil vztah. Díky němu si dcera může v blízkosti matky začít zkoušet hledat svou individualitu a trénovat dospělý život ženy, do kterého jí její matka pomáhá včlenit. V tomto období je velmi rizikové, pokud matka s dcerou jedná stále jako s dítětem, dceru předčasně vyhání ze svého prostředí a nutí jí přizpůsobit se jejím návykům.

Během největšího vlivu matky na dceru je také rizikovou oblastí to, jak se matka vyjadřuje a vztahuje k druhému pohlaví a jaký má vztah s otcem dcery, tyto faktory se podepisují na tom, jak bude dcera v budoucnu vycházet s muži a může s sebou nést různé komplikace (Matějček, 2017).

Ve vzájemném sbližování může dojít ke konfliktům také kvůli rychle rostoucím sekundárním pohlavním znakům dcery. V matce mohou vzbudit rozpaky a předčasně zařadí dceru již mezi dospělé ženy. Matka začne na dceru předávat přílišnou zodpovědnost, přestože dcera není stále mentálně zralá, což může mít za následek rozvoj poruch příjmu potravy (Trapková a Chvála, 2017).

Období konfliktů, kdy se dcera odpoutává od matky a přibližuje se k otci, je velmi rizikové pro vznik somatických či psychických potíží u všech členů rodiny (Trapková a Chvála, 2017). Při fázi sbližování s otcem nastávají potíže, pokud otec v rodině chybí nebo se na výchově nepodílí. Pokud dcera nemá možnost vypěstovat zdravý a intimní vztah s otcem, může se snadno zamilovat typem lásky, která je určena pouze pro otce. Jestliže k takovému zamilování dojde, jedná se tak pro dceru o náhradní vztah k otci, kde sexuální aktivita nemá své místo. Pokud dojde i k sexuálnímu styku, následky mohou mít negativní dopady na vývoj ženy a mohou se přenášet přes generace (Trapková a Chvála, 2017).

Syn byl, na rozdíl od dcery, v období 6-12 let přítomen více u otcovské figury. Toto období je velmi důležité pro separační proces. Pokud syn nemá možnost načerpat odolnost během tohoto období u otce, může dojít k výraznému zhoršení separačního procesu s negativními dopady na tělesné i psychické zdraví syna. Jedná se o opožděný tělesný vývoj nebo ženské tělesné zaoblení, opakující se nemocnost, častá bývá lenivost a nadváha (Wong a kol., 2017, Trapková a Chvála, 2017).

Okolo 12 let se syn přibližuje k matce, kde se snaží porozumět intimitě a blízkosti. Po nasycení se matčiny blízkosti se opět přibližuje k otci. Rizikem je, že se přiblížení nezdaří a syn s matkou zůstanou žít v pseudomanželství. V tomto období je také častý rozvoj poruch chování (Langmeier a Matějček, 2011), pokud dojde k rozvoji poruch chování je důležité, aby nevznikla koalice rodičů proti synovi, takováto koalice by mohla syna ohrozit a podněcovat ke zvýšení rebelie. Nemožnost přiblížení syna k otci může mít za následek také únik do fantazie her, filmů a komiksů s hrdinskou tematikou (Trapková a Chvála, 2017).

Výše zmíněné negativní zkušenosti mohou zapříčinit rozvoj psychických a somatických potíží jako panické ataky, únavový syndrom, astma apod. (Trapková a Chvála, 2017, Culpin a kol., 2025).

2.3.4 Transgenerační přenosy

Dle Matého (2021) určitým traumatem prošel každý, nemusí se jednat o prožitou katastrofickou událost, i když z ní nejčastěji transgenerační přenosy vycházejí. Trauma je tedy vnitřní zranění, které se stane v důsledku obtížné či zraňující události. Může se jednat o jakoukoliv situaci, která má pro člověka zraňující traumatizující účinek.

Jakákoli forma traumatu, ať se jedná o prožité hrůzy spojené s válkou nebo trauma spojené s rozvodem, nedostatkem péče nebo naopak přehnané péče, se mohou podepsat na změnách struktury mozku. Může se zmenšovat objem mozku či asymetrie mezi frontálním lalokem a spánkovým lalokem. Změny funkcí zahrnující aktivitu neuronálních sítí nebo změny funkce neuroreceptorů (Cross a kol., 2017).

Dopad traumatických zážitků, jak zjistili odborníci z oblasti epigenetiky, může mít i na další generace v rodě. Prožití náročné životní situace, v těle spouští biologické změny, které se skrz pohlavní buňky předávají do další generace. Hlavními mechanismy epigenetického přenosu je metylace DNA, modifikace histonů a změny v množství a aktivitě mikro RNA. Tyto mechanismy se podepisují na regulaci genové exprese, určující, kdy a jak jsou určité geny aktivovány (Švorcová, 2021).

Transgenerační přenos je významný také z hlediska mužského a ženského principu. V některých rodinách po generace může docházet k dehonestování mužského principu, kde se opakovaně za sebou opakují série slabých či „neschopných“ mužů a silných žen. Příčinou může být situace v historii, kdy byla žena donucena vlivem nepříznivé životní události, například války, převzít roli svého muže a toto schéma nevědomě předává dále. V následující generaci již nevzniká potřeba ve vzorci nadále setrvat. Žena může přesto stále jednat nevědomě podle schématu, vlivem kterého ubírá prostor muži pro realizaci v rodině. Muž následkem schématu, ztrácí kompetence a může působit jako slabý či neschopný. Výsledkem může být rozpad rodiny či somatické onemocnění, jako mozková příhoda nebo chronické onemocnění. Impulsem pro změnu, může být posílení důvěry v muže a umožnění spolehnout se na jeho schopnosti (Klímová a Fialová, 2015).

Z výše popsaných informací se může zdát, že rodiče mohou za rozvoj duševních i somatických potíží u svých dětí. Avšak způsob, jakým jsou děti vychovávány odráží naprogramování rodiče z jeho raného dětství, proto je důležité vnímat rodinu z širší perspektivy. Pokud rodiče nezvládají poskytovat takovou láskyplnou péči, jakou jejich dítě potřebuje, jsou za tím obvykle zkušenosti s hlubokými traumaty a s bolestí z dětství samotných rodičů (Maté, 2023).

2.4 Nejčastější psychosomatické potíže

V následující kapitole popisují nejčastěji vyskytovaná psychosomatická onemocnění. Popisují zde onemocnění a syndromy se zaměřením na vliv symptomatiky vycházející z rodinného prostředí. Pozornost věnuji oblasti duševní, respirační, trávicí, neurologické a dermatologické, vždy s jedním zástupcem onemocnění.

2.4.1 Mentální Anorexie

Mentální anorexie patří do skupiny duševních poruch, v MNK-11 se nachází pod kódem 6B80 (WHO, 2025).

Jedná se o duševní poruchu spojenou s vědomým úmyslem snižování hmotnosti a udržováním výrazné podváhy, nejčastěji cvičením nebo používáním projímadel. Postiženy jsou nejčastěji dívky kolem věku puberty. Pro tuto duševní poruchu je obvyklé zkreslené vnímání vlastního těla, strach z tloušťky a vtíravé myšlenky na udržení nízké váhy. Obvyklá je také ztráta zájmu jedince o jiné oblasti kromě oblasti jídla a kalorií. Důsledkem jsou psychické změny a sociální izolace. Mezi somatické důsledky patří, amenorea, zhoršená kvalita kůže, vlasů a poškození vnitřních orgánů. V kritických případech existuje riziko úmrtí z důsledků podvýživy a rozvratu organismu (Orel a kol., 2020).

Je spousta faktorů, které se na vzniku MA podílejí, v následujícím textu se zaměřím pouze na rodinný faktor. Dle Poněšického jde o komplexní reakci na negativní zásah do psychického a psychosexuálního vývoje. Může se jednat o volání o pomoc a zároveň o pomstu svému okolí. Vznik mohou podněcovat traumatické zážitky z dětství, přehnaná očekávání od rodičů nebo výchova v emočně chladném prostředí. Podíl na snaze pozastavit psychosexuální vývoj, může mít také rodinné prostředí, v kterém je sexualita a erotika tabuizována, nebo rodinné prostředí, kde dítě bylo obětí sexuálního zneužití. V rodině se také mohou objevovat konstelace, které mohou k rozvoji přispívat, jako přehnané podněcování k výkonnosti, zneužívání dítěte jako důvěrníka nebo spojence proti manželskému partnerovi, dítě snažící se zajistit soudržnost rodiny a soutěživost mezi sourozenci (Poněšický, 2014).

Z hlediska rozvoje mentální anorexie, odborná literatura upíná pozornost na dynamiku mezi postiženou dívkou a její matkou. Krch (1999) vidí jako velmi rizikový faktor, pokud se MA objevuje v rodinné anamnéze u ženského pohlaví. Ve 14 % procentech se MA objevuje u matky pacientek. Dle Krcha „anorektická matka“ je nadměrně kontrolující, dominantní, závislá na dítěti, ale často k němu vykazuje ambivalentní

postoje (Novák, 2010). V rodinné dynamice může tvořit matka s dcerou koalici proti otci a mentální anorexie může být obranou proti separaci od matky (Krch 1999).

I z matčiny strany může docházet k narušení separace, mohou si do svých dcer projektovat své naděje, strachy a přístup k ženskosti. Pokud dcera neodpovídá jejich ideálu, mohou se cítit ohrožené, což u nich může vyvolat kontrolující chování (Cassuto a Guillou, 2008, s. 39). V období dospívání mohou mít strach, že o symbiotický vztah s dcerou přijdou (Beatti, 1988).

2.4.2 Astma Bronchiale

Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, které je v MNK-11 dostupné pod kódem CA23 (WHO, 2025).

Mezi podmínky vzniku patří několik faktorů, jako je dědičnost, vystavení se alergenům, imunitní přecitlivělost nebo poškození dýchacích cest virovými infekcemi. Zánět, který je při astmatu přítomen, zvyšuje hyperreaktivitu průdušek, což má za výsledek projevy bronchiální obstrukce. Mezi hlavní projevy patří dušnost, sípání, kašel, tíha na hrudi a snížená plicní funkce. Příznaky se mohou objevovat nebo zhoršovat při virové infekci, po námaze nebo vlivem silných emocí. Pokud nedochází k brzké léčbě, onemocnění vede ke vzniku strukturálních změn a trvalému zúžení dýchacích cest, které může vyústit k invalidizaci jedince (Kašák a kol., 2001).

K projevům astmatu mohou přispět jak genetické, enviromentální faktory, také i psychosociální charakteristiky dítěte, rodiče a rodiny. Podle výzkumu se ukazuje, že v případě dětí trpících závažnějšími formami astmatu, má na vzniku podíl rodinná dysfunkce. Literatura naznačuje, že rodinné prostředí, které je konfliktní a neposkytuje dostatečnou výchovu, je rizikovým faktorem při rozvoji astmatu (Kaugars, 2004).

Konkrétně studie, která zkoumala 496 novorozenců a jejich rodiče. Přišla se zjištěním, že vyšší úroveň vnímaného stresu mezi rodiči byla spojena s vyšším rizikem opakovaného sípání u dětí (Wright at al., 2002). Studie, které se zabývaly tématikou měření stresorů v rodině a rozvojem astmatu zjistily, že nejvyšší riziko rozvoje astmatu bylo pozorováno u dětí, které byly často vystavovány stresujícím rodinným situacím a zároveň zažívaly nízkou kvalitu rodičovské péče. Naopak adaptivní rodičovství poskytující emoční podporu se schopnostmi zvládat emoční stres působilo jako ochrana proti rozvoji astmatu (Klimmert a kol., 1994).

Při rozvoji může hrát důležitou roli také kritický postoj rodiče vůči dítěti. Byla zjištěna souvislost mezi kritikou a negativním postojem ze strany pečovatелů, zvláště ze strany matky a zvýšenou frekvencí a intenzitou astmatických příznaků u dětí (Hermans, 1989).

V dalších studiích můžeme nalézt souvislosti mezi vznikem astmatu a hyperprotektivitou, nebo naopak nedostatečnou péčí vůči dítěti, která by měla u rodičů vézt z vlastní deprivace. V rodině astmatického dítěte jsou vztahy a sociální chování chladnější (Faleide, 1979). Úzkost, kterou dítě může pociťovat vlivem působení rodinné atmosféry může zintenzivňovat projevy onemocnění (Kaugars, 2004).

2.4.3 Syndrom dráždivého tračníku

Jedná se o chronickou funkční poruchu trávicího traktu. Nejčastěji se vyskytuje v mladém či středním věku jedince a postiženy jsou častěji ženy než muži. Tato porucha s sebou nese širokou škálu symptomů jako bolesti či nekomfort v oblasti břicha, nadýmání nebo změny ve frekvenci či konzistenci stolice. Na vzniku syndromu dráždivého tračníku se může podílet koordinace osy mezi mozkem a střevem, porucha střevní mikroflóry a mezi důležité faktory se řadí také vlivy z psychosociálního prostředí (Národní zdravotnický informační portál, 2025).

Postupem času došlo ke změnám v projevech dráždivého tračníku, dříve byly častější dramatické projevy a dnes se projevy staly méně intenzivními, ale častěji opakovanými. K poruchám dochází v celém gastrointestinálním traktu a mezi další časté potíže jsou řazeny pocity plnosti, říhání a pálení žáhy. U dětí je častějším projevem zácpa. Epirogeneze může mít dvojí původ, když funkční obtíže následují po prodělaném infekčním zánětu způsobeném bakteriemi anebo je hlavním spouštěčem psychosociální stres. Důležitým faktorem působícím na rozvoj dráždivého tračníku mohou mít rané stresující zážitky, jakými jsou sexuální zneužívání, emoční zneužívání či rodinná anamnéza zatížena psychickým onemocněním. Lidé trpící syndromem dráždivého tračníku mívají častěji potíže a s úzkostnými a depresivními poruchami (Honzák, 2016).

Důkazy z realizovaných studií prokázaly, že prožívání akutního nebo chronického stresu vyskytujícího se jak v dětství, tak v dospělosti, má výrazné dopady na citlivost, motilitu, sekreci a propustnost střev. Prožívání psychického stresu má vliv na změny v imunitě sliznice, centrálním nervovém systému, periferních neuronech a v mikrobiomu střeva. Změny vyvolané stresem pak působí na osu mezi mozkem a střevem, což způsobuje zhoršení nebo zesílení příznaků dráždivého tračníku (Qin a kol., 2014).

Další studie zabývající se funkční zácpou u dětí zjistila souvislosti mezi typem osobnosti matky a trávicími obtížemi dítěte. Matky dětí s trávicími potíží vykazovaly vyšší míru úzkosti, depresivitu a častější prožívání stresu. Zjištěno bylo také vyšší skóre v měření neurotických rysů, kvůli kterým mívají větší sklony k nadměrné kontrole a k úzkostnému stylu výchovy, což na dítě může přenášet stres, který pak internalizují skrz trávicí potíže (Farnam a kol., 2009).

Navzájem se neovlivňuje pouze dítě s matkou, ale také manželský pár. Manželské neshody a stres mohou ovlivňovat střevní mikrobiot u obou v páru. Vzniklá dysbióza vlivem manželských neshod může zvyšovat propustnost střeva, což má za výsledek větší pravděpodobnost zánětu a urychlení stárnutí (Kiecolt-Glaser a kol., 2019).

2.4.4 Bolesti hlavy

Bolesti hlavy jsou symptomem pro různou řadu příčin. Obecně se bolesti hlavy dělí na dva typy primární a sekundární. Primárním typem jsou bolesti, které jsou bez prokazatelné strukturální léze nebo bez jiného organického onemocnění, které by bylo spouštěčem. Sekundární bolesti se vyskytují jako příznak cerebrálního onemocnění. Mezi primární typy bolestí patří migréna, tenzní bolesti, cluster headache a proxymální hemikranie (Medová, 2011). Nejčastěji jsou bolesti hlavy zapříčiněny celkovým napětím, což zahrnuje i napětí svalového tonusu v obličejové, temenní a spánkové části hlavy a šíje (Poněšický, 2014).

Příčinou bolesti hlavy je psychosociální stres, proto je vhodné soustředit se na faktory, který stres způsobily a jejich řešení. Nejčastěji se jedná o stresory týkající se rodinných a partnerských problémů, potíže v pracovní, finanční či zdravotní sféře. Jedinci sužovaní bolestmi hlavy jsou často sužováni úzkostmi z tlaku na výkon, strachem ze sociálních kontaktů a potýkají se s větším neuroticismem (Poněšický, 2014).

Studie, která mapovala souvislosti mezi nepříznivými životními zážitky a projevem bolestí hlavy u dětí zjistila, že i děti trpící bolestmi hlavy vykazují vyšší výskyt psychických poruch jako úzkostné poruchy, depresivní poruchy a poruchy chování. Neurobiologický vývoj a náchylnost k bolestem ovlivňují nepříznivé zážitky z dětství (Polese a kol., 2022).

U lidí s bolestí hlavy se často objevují charakteristické rysy jako latentní nepřátelskost, což jsou skryté či nevyjádřené nepřátelské emoce. Zaznamenány byly také depresivní, závislostní a úzkostné rysy, které se objevovaly s kombinací blokováného afektivního výrazového chování (Tress, 2008). Toto chování může vést k napětí a frustraci, což zpětně může ovlivňovat intenzitu bolesti.

Studie zabývající se dětmi a mladistvými trpícími bolestmi hlavy, zaznamenala u respondentů charakteristické rysy, jakými je emocionální rigidita a převážně tendence potlačovat negativní emoce (Lanzi a kol., 2001).

V další studii, která sledovala dospělé bylo zjištěno, že 84,8 % respondentů má psychiatrickou poruchu nebo zažívá psychosociální stres. Přes polovinu respondentů trpělo úzkostnými poruchami. Jedna třetina se potýkala s depresivními poruchami a zbylá část trpěla somatoformními poruchami (Puca a kol., 1999).

Často se při spuštění bolesti hlavy jedná o chronické emoce nebo akutní stres, je tedy nutné při léčbě začít změnou životosprávy a přístupu k sobě samému (Nouzová, 2016).

2.4.5 Atopická dermatitida

Jedná se o velmi časté chronické zánětlivé multifaktoriální onemocnění, jehož projevy se mohou velmi různit s věkem pacienta. Vznik může být v jakémkoliv věku jedince, rozlišují se však fáze kojenecká, dětská, dospívající a dospělá (Pánková, 2015). Je pro ni typické intenzivní svědění kůže, která je suchá s tendencemi k zanícení. Ekzém se typicky objevuje v raném dětství a nejvíce obtíží s sebou přináší okolo předškolního a školního věku dítěte. U dětského pacienta se mohou objevovat ložiskové výsevy na tvářích nebo hlavičce, v pozdějším dětském věku se mohou ložiska objevovat více v ohybových částech končetin. V dospělém věku jsou ložiska nejčastěji lokalizována v ohybových partiích, v horní části hrudníku, krku, ramen, obličeji a rukou (Růžicková Jarešová, 2011).

Jedním z pestré škály faktorů, které se podílejí na vzniku, je stres. Tento fakt je sice v podvědomí lékařů, ale často nedochází k tomu, aby nabylo cíle mezioborové spolupráce mezi dermatologem, psychiatrem a psychologem (Pánková, 1985).

Psychologické faktory mohou kožní onemocnění vyvolat, udržovat a mohou ovlivňovat celý průběh zhoršením či naopak zlepšením. Důležitou roli hrají krizové životní události, chronický stres, rané zážitky z dětství a genetické predispozice (Morschitzky a Sator, 2007). Při prožívání stresu dochází k modulaci neuroendokrinních mediátorů, které mohou aktivovat lokální neurogenní zánět a narušit funkci kožní bariéry. Je důležité dodat, že psychický stres nemusí pouze vyvolat kožní reakci, ale může docházet k tzv. bludnému kruhu, kdy kožní reakce působí jako další stresor (Lönndahl a kol., 2023).

Ve studii, která sledovala emocionální charakteristiky pacientů trpících atopickou dermatitidou zjistily, že atopičtí pacienti častěji pociťují hněv, ale dochází u nich k potlačování této emoce. Zjištěna byla také častější a vyšší úroveň pociťované úzkosti a nižší schopnost při asertivním vystupování (Ginsburg, 1993, Kumar a kol., 2020)

Z perspektivy rodinného systému je potřeba nahlížet na atopický ekzém a na další nemoci jako na nemoci celé rodiny, ne pouze jednotlivce. Jelikož vznik nemoci často zrcadlí prostředí a vztahy, v kterých rodiny žijí. A dysfunkční vztahy v rodinách je nutné považovat za patogenický faktor při vzniku onemocnění (Ring a kol., 2006).

3. Prevence a řešení

Z předešlých stránek lze vyzníkat, že vznik nemoci souvisí s narušením bio-psycho-sociálního modelu zdraví. Je tedy nutné se snažit o celistvost těchto jednotlivých částí, já se však zaměřím na prevenci v oblasti psychického zdraví. Tato kapitola je rozdělena na dvě části. Úvodní část se zaměřuje na primární prevenci, kterou může jedinec využívat pro udržování psychické pohody nebo při procesu uzdravování. Ve druhé části se zaměřuji na sekundární prevenci, konkrétně na rodinnou terapii.

3.1. Primární prevence

Maté G. (2023) ve své knize sepsal 7 principů uzdravení, díky kterým by jedinec měl dosáhnout emoční kompetence, což je schopnost rozpoznávat, vyjadřovat, regulovat a efektivně využívat své emoce i emoce ostatních (Schulze, 2007).

- 1) Přijetí – Přijímat nastalé situace, tak jak jsou. Nesnažit se je popírat či racionalizovat. Být k sobě soucitný a umět se na sebe a situace podívat z nadhledu.
- 2) Uvědomění – Vrátit se zpět ke svým emocím a naučit se je rozpoznávat.
- 3) Hněv – Naučit se správně pociťovat hněv. Potlačování i extrémní prožívání hněvu je rizikovým faktorem pro vznik chorob. Velká část lidí nedovede správně projevit hněv, který je pro tělo, svaly i psychické zdraví velmi uvolňující. Velké procento lidí si plete hněv se zuřivostí, kde převládá svalové napětí, pokud se však na zuřivost podíváme více do hloubky jedná se o ventilaci extrémní úzkosti.
- 4) Nezávislost – Jedná se o nezávislost, kterou jedinec získá, pokud si zvládne vymezit hranice, zvládne se spojit sám se sebou a tím definovat své Já.
- 5) Vazby – Kvalitní sociální vztahy jsou pro celistvé zdraví velmi důležité. Mnohé studie podporují fakt, že díky kvalitní podpoře je prognóza jedince lepší.
- 6) Asertivita – Schopnost asertivity je důležitá pro projev niterného bytí, díky ní se jedinec odpoutá od potřeby dělat věci, které ho mohou zatěžovat a stresovat.
- 7) Ujistění – S uzdravením a zachováním zdraví pomohou dvě základní hodnoty a těmi jsou být v souladu s naším kreativním Já a dávat tak prostor tužbám a koníčkům, naplňovat tyto potřeby je v rámci psychické stability velmi důležité. Druhou hodnotou je starat se o spirituální spojení se světem (Maté, 2023).

Principy, které zde byly uvedeny mohou přispět k prevenci a řešení potíží u každého jednotlivce. Mezi primární prevencí pro jednotlivce i rodinný systém patří sebepoznání a přebírání zodpovědnosti za řešení svých traumat a těžkostí, které komplikují nebo mohou komplikovat psychické i fyzické zdraví (Salicru, 2021).

Z perspektivy rodinného systému je nutné, uvědomění rodičů, že cokoliv, co se děje v rodinném prostředí, má vždy určitý dopad na jejich dítě. Ve výchově dítěte je důležitá konzistence a podporující prostředí, v kterém je dítěti umožněno vyjadřovat emoce. Důraz by měl být kladen na práci s emoční inteligencí každého z členů. Efektivním způsobem prevence mohou být kurzy rodičovství, které oba rodiče připraví na jejich role matky a otce. Mezi další preventivní složku lze zařadit zlepšení komunikace v rodinných a mezilidských vztazích, díky které se snadněji a efektivněji řeší potíže (Groen, 1974).

3.2. Sekundární prevence

Pokud dojde k vzniku nějakých psychosomatických potíží, je dobré zapojit do procesu řešení oblast sekundární prevence, jejímž cílem je zabránit rozvoji vážnějších onemocnění (Maříková a kol., 1996).

Rodinná terapie se ukázala jako účinný přístup při řešení psychosomatických potíží. V terapii se snaží docílit porozumění, o co se lidé v rodině snaží, jak na sebe reagují a v jakých situacích se může rozvíjet symptomatické chování (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Jedná se o způsob řešení, který směřuje k překonání patogenních vztahových vazeb a interakcí. Díky možnosti experimentovat se změnami ve vztazích a dění v rodině mají možnost členové vydefinovat své hranice a nalézt správné postupy pro řešení jejich vztahových problémů, které jsou efektivnější než dosavadní patologické způsoby. Tím ztratí psychosomatické onemocnění svou funkci, stane se tak pro jedince postradatelným a vzniká tak prostor pro vyléčení (Říčan a Krejčířová, 2020).

Během terapie dochází často k využití metody dekonstrukce přesvědčení, tato metoda spočívá v rozbití automatických myšlenkových vzorců zažitých v rámci rodiny. Může se jednat o situace, kdy si dítě stěžuje na bolesti břicha a zažitým vzorcem chování je dítě ponechat doma, což může způsobit časté absence ve škole a opakované stížnosti na bolest. V této fázi může také docházet ke vzniku neproduktivních konfliktů mezi rodiči o vážnosti situace a zda dítě opakovaně ponechávat doma. V terapii při použití této metody dochází k pozměnění vzorce chování a nalezení efektivního řešení, například zařadit dítěti úlevu od zkoušení, které může spouštět bolesti břicha. Symptom po čase ztratí svou účelnost a bolesti odezní (Gjuričová a Kubíčka, 2003).

Další využívanou technikou je externalizace, která pomáhá oddělit potíže, s kterými se jedinec potýká od své identity. V rámci rodinného systému může být tato technika využita při řešení onemocnění členů rodiny, jako například anorexie. Na kterou celá rodina, díky

externalizaci, nahlíží jako na potíže, které přichází „zvenčí“ a mohou s ní společně bojovat, a ne jako na chování, které jedinec dělá z protestu. Tento pohled pomáhá k snížení napětí, redukuje pocity viny a zlepšuje celkovou atmosféru v rodině (Gjuričová a Kubíčka, 2003).

4. Empirická část

V teoretické části bylo nastíněno, jak psychické prožívání ovlivňuje fyzické zdraví lidí a jaká rodinná dynamika může přispívat ke vzniku psychosomatických potíží. Empirická část bakalářské práce vznikla na základě kvalitativního výzkumu, metodou rozhovorů. Rozhovory byly provedeny s předem vytipovanými respondenty, kteří mají ve svém životě zkušenosti s různými somatickými potížemi, které by mohly být vyvolané náročnými životními situacemi v návaznosti na jejich rodinné prostředí.

Cílem této části je probádat spojitost mezi vyjadřováním emocí, pocíťováním stresu a výskytem psychosomatických potíží v souvislosti s rodinným prostředím.

4.1 Výzkumný cíl

Studie se orientuje na to, zda rodinné prostředí, které není nakloněné k otevřené komunikaci, emočním a citovým projevům, může vést k potlačování emocí, a tím zvýšit riziko výskytu psychosomatických potíží. Studie se bude soustředit na rozkrytí, jak používané vzorce rodinného prostředí a přístup k emocím a stresu působí na schopnost jedince vyjadřovat své pocity a zvládat stres a jaké dopady to má na fyzické a duševní zdraví.

Studie cílí na jedince, kteří mají nějaké zdravotní a duševní potíže, ale nejedná se o diagnostikovaná psychosomatická onemocnění.

Téma psychosomatických potíží je sice v podvědomí lékařů i lajků, ale domnívám se, že je klíčové poukázat na fakt, že nestačí vědět, že některé potíže jsou zapříčiněné stresem a potlačovanými emocemi, ale je nutné s nimi začít pracovat, aby nedocházelo k přelévání na další členy v rodině.

4.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak ovlivňuje výchova a rodinná dynamika zdraví respondentů?

Výzkumná otázka 2: Jak si respondenti vysvětlují své potíže, s kterými se potýkají?

Výzkumná otázka 3: Jak respondenti pracují se stresem a s emocemi v rodinném prostředí?

4.3 Výběr vzorku a průběh výzkumu

Výběr respondentů byl realizován skrz metodu účelového výběru. Kritériem, které při výběru hrálo roli, byla zkušenost s psychosomatickými či somatickými obtížemi vázanými na rodinné prostředí a stres. Dalším kritériem pro výběr bylo chybějící psychosomatické onemocnění a nevedení respondenta u žádného psychosomatického odborníka.

První kontakt jsem pořídila skrz online platformu, kde jsem zveřejnila žádost o rozhovor do mého výzkumu. K oslovení respondentů docházelo na základě doporučení a dostupnosti, tedy skrz techniku nabalování. Tímto přístupem bylo zajištěno, že rozhovory byly vedeny pouze s respondenty, kteří projeví ochotu se mnou komunikovat, čímž bylo zajištěno otevřené a bezpečné prostředí.

Výběr souboru byl relativně časově náročný vzhledem k podmínce, nutného přiblížení rodinné dynamiky, kterou jsem pro výběr respondentů zvolila. Z řad respondentů se zkušenostmi s psychosomatickými a somatickými potíži, vázané na rodinné prostředí a prožívaný stres, se mi podařilo realizovat 7 rozhovorů. Jednalo se o 2 muže a 5 žen, které se potýkají nebo potýkali se zdravotními potížemi, které mohly být podmíněny, nebo aspoň spolupodmíněny stresem, emočním popíráním a rodinnou dynamikou. Všichni respondenti pocházejí z České republiky a rozhovory s nimi byly realizovány osobně, až na jeden z případů, kdy byl rozhovor veden skrz online prostor. Pro podrobnější informace o respondentech uvádím tabulku. Všechna použitá jména jsou smyšlená.

Tabulka č. 1 - *Charakteristiky výzkumného souboru – demografické údaje, údaje o potížích a jejich léčbě a o jejich rodině*

Jméno	Věk	Potíže	Léčba	Rodina
Klára	50 let	Záněty průdušek a ekzémy Endometrióza Záněty močového měchýře Bolesti zad a únava Sevržení žaludku	Praktický lékař Gynekolog	Rodiče + sestra Žije s partnerem a má 2 děti
Václav	25 let	Angíny Opakované chřipky Migrény Enuréza Globus faryngeus	Individuální psychoterapie Praktický lékař	Rodiče + sestra a bratr Žije s partnerkou
Petra	21 let	Respirační potíže Astma Alergie Bolesti břicha Potíže se vzhledem Depresivní stavy	Individuální psychoterapie Praktický lékař	Rodiče + bratr Žije s partnerem
Filip	35 let	Chronická rýma Zvýšené teploty Dlouhotrvající nachlazení Globus faryngeus	Praktický lékař Neurolog Praktický lékař	Rodiče+ 2 bratři (syn Jany)
Jana	56 let	Migrény Záněty ledvin Záněty močového měchýře	Praktický lékař	Rodiče + sestra Žije s manželem a má 3 děti (matka Filipa)
Simona	40 let	Roztroušená skleróza Bolesti břicha	Praktický lékař Neurolog.	Rodiče + sestra Žije s manželem
Daniela	24 let	Endometrióza Bolesti břicha Potíže se vzhledem Časté zvracení	Praktický lékař, Gynekolog, Individuální psychoterapie	Rodiče + bratr Žije s partnerem

4.4 Výzkumná strategie a sběr dat

S ohledem na zaměření práce jsem zvolila kvalitativní styl sběru dat. K sběru dat docházelo skrz polostrukturovaný rozhovor v kombinaci s narativním rozhovorem a pozorováním. V první části rozhovoru jsem používala pro bližší poznání respondenta sběr osobní anamnézy a rodinné anamnézy, kde jsem jednotlivé otázky kombinovala s metodikou Life Story Interview (McAdams, 1993). Aby došlo k plnému porozumění, jak respondenti prožívají své zkušenosti a jak jim sami rozumějí. Byl zvolen narativní přístup, který byl obohacen o upravenou verzi LSI, kterou jsem použila převážně v otázkách rozdělení života na kapitoly, prožívání nejtěžších životních událostí a změn, které u respondenta nastaly.

Pro navození raportu jsem zvolila krátký rozhovor o neformálních tématech v kombinaci se sdělením drobného osobního detailu. Poté jsem respondentovi vždy vysvětlila důvod a cíl rozhovoru. Po vysvětlení cíle a postupu rozhovoru docházelo k přečtení a vysvětlení všech jednotlivých částí informovaného souhlasu a následně k jeho podepsání. Po podepsání informovaného rozhovoru jsem představila jednotlivé části mého výzkumu. Rozhovor byl rozdělen do čtyřech tematických částí. V první části se nacházely otázky na osobní anamnézu respondenta. Respondent se zde rozmluvil v tématech jeho prožívání při důležitých životních událostech a vzniku a průběhu potíží. V další části rozhovoru je ústředním zájmem sběr informací o rodinné anamnéze, kde respondent zasazuje své potíže a prožívání do rodinného prostředí. Ve třetí části rozhovoru se zaměřuji na téma stresu a konfliktů v rodině a ve čtvrté části se zaměřuji na emoce a jejich prožívání v rodinném prostředí. Rozhovor uzavírám otázkami týkajícími se potřeb respondentů. Uvádím sem pro představu vždy jednu otázku ze čtyř zmíněných částí (všechny otázky jsou přístupné v příloze č. 3):

- S jakými zdravotními potížemi jste se během života potýkala a jak v těch chvílích vypadala atmosféra ve Vašem rodinném prostředí?
- Máte možnost otevřené komunikace a podpory mezi členy rodiny?
- Myslíte si, že způsob, jak komunikujete v rodině o stresu ovlivňuje to jak vy sama přistupujete ke stresovým situacím?
- Mluví se u Vás v rodině běžně o emocích a prožívání?

Otázky jsem vždy kladla podle možností respondentů a jejich ochotě sdílet své příběhy, ale zároveň abych docílila jejich uceleného pohledu na jejich výchovu, náročné životní události i jejich zdravotní stav. Během rozhovoru jsem při intimnějších tématech vždy

připomínala možnost neodpovědět na otázku nebo si odpověď rozmyslet. Dávala jsem tak respondentům tolik času, kolik potřebovali, aby nedocházelo k nátlaku. Během rozhovorů jsem se vždy snažila o citlivé vedení, aby nedošlo k ohrožení integrity respondentů. I když jsem se držela témat ve scénáři, snažila jsem se konzistentně doptávat, abych získala hlubší vhled do prožívání jednotlivých respondentů. Vzhledem k intimnímu charakteru rozhovoru jsem jej vedla okolo 90 minut až 120 minut. Bylo tomu tak, z důvodu obsáhlosti témat i z důvodu postupného získávání důvěry na straně respondentů. Rozhovor byl vždy ukončen poděkováním a předáním mého telefonního kontaktu a emailové adresy, pro případ, že by měli respondenti nějaké dotazy ohledně proběhlého rozhovoru nebo kdyby chtěli do rozhovoru něco doplnit.

4.5 Etika

Před rozhovorem všichni respondenti podepsali souhlas se vstupem do výzkumu a s nahráváním našeho rozhovoru (Příloha č. 2). V úvodní části byli také informováni o možnosti kdykoliv od rozhovoru odstoupit, nebo pokud by jim otázky byly nepříjemné, mají možnost neodpovídat. Tuto informaci, jsem vždy zopakovala, pokud jsem vycítila, že se pro respondenta jedná o náročné téma. Po úvodním seznámení s dobrovolností rozhovoru jsme spolu vyplnili osobní údaje a prošli všechny náležitosti u informovaného souhlasu. Po vysvětlení všech bodů respondenti podepsali souhlas a z mé strany došlo k podrobnému představení mé práce a mého cíle. Po tomto úvodním rozhovoru jsem ukončila tuto část otázkou, zda je potřeba něco ještě jednou zopakovat anebo zda respondenti nemají nějaké své otázky. Poté jsme přešli k samotnému rozhovoru, který byl nahráván a následně přepisován a anonymizován (Ukázky z rozhovoru v Příloze č. 4). I o této skutečnosti byli respondenti plně informováni. V průběhu rozhovorů jsem se nesetkala s žádnou žádostí o ukončení a všichni respondenti souhlasili s účastí.

Sběr dat probíhal od ledna 2025 do března 2025. Před zahájením sběru dat jsem s respondenty jednala telefonicky a získala, tak od nich slovní souhlas s účastí ve výzkumu a na základě jejich souhlasu jsem jim zaslala obeznámení s výzkumným záměrem (Příloha č. 1), který je přiložen v přílohách práce. Následně jsem se jich ptala, zda neví o někom ve svém okolí, kdo by s účastí, také souhlasil.

4.6 Analýza dat

Pro analýzu rozhovorů jsem zvolila interpretativní fenomenologickou analýzu (*interpretative phenomenological analysis*, dále jen IPA), díky které jsem byla schopná detailněji prozkoumat, jaký význam přikládají respondenti svým zkušenostem a jaká je podoba těchto významů, což v celistvosti pomáhá porozumět souvislostem a jednotlivým situacím (Řiháček a kol., 2013, Smith, Flowers a Larkin, 2009).

IPA je od 90. let minulého století rozvíjen J. A. Smithem. Počátek analýzy můžeme nalézt v oblasti psychologie zdraví. Od té doby se její využívání rozšířilo na různé výzkumné oblasti, které nemusí zrovna zahrnovat oblast psychologie, ale může se jednat i o sociální nebo klinickou oblast, přičemž je ale nejčastěji využívána v psychologii a v psychoterapii (Řiháček a kol., 2013, Smith, 2011).

Teorie IPA je zakořeněna ve třech zdrojích, a to ve fenomenologii, hermeneutice a v idiografickém přístupu, tyto pilíře pomáhají vytvořit celistvý pohled na zkoumaný proces.

Fenomenologie je částí, která pomáhá v kontextu IPA analyzovat individuální zkušenosti člověka a prozkoumává jakým způsobem je zkušenost vnímána v konkrétním subjektivním kontextu respondenta. Dochází tedy k prozkoumávání zkušeností konkrétního člověka z jeho úhlu pohledu, ale součástí je také výzkumník a jeho postoje a zkušenosti, které také v analýze hrají roli (Smith, 2004, Řiháček a kol., 2013).

Hermeneutika dává nástroje pro tvorbu IPA, jejím ústředním principem je nutnost chápání každého prožitku v určitém kontextu, v kterém vznikl. Dochází tak během interpretace k snaze u každého prožitku pochopit, jak sami respondenti své prožitky interpretují. Při IPA dochází ke dvojitému způsobu pochopení určitých prožitků, toto dvojité pochopení nastává v situacích, kdy sám respondent určitým stylem rozumí své zkušenosti a ze strany výzkumníka dochází k snaze porozumět, jak respondent dochází ke svému porozumění. (Smith, 2004). Výzkumník má pak možnost stavět své komentáře na tom, jak respondent přisuzuje své zkušenosti smysl. (Larkin a kol., 2006, Řiháček a kol., 2013). Při procesu analyzování dat dochází z určité části k upozadění respondenta a výzkumník vkládá své postoje a názory v rámci interpretace, do výzkumu se tak dostává určitá část z odžitých zkušeností ze strany výzkumnické osoby, ale nedochází k separaci respondenta a výzkumníka (Smith, Flowers a Larkin, 2009, Řiháček a kol., 2013).

Idiografický přístup se projevuje zaměřením rozhovoru na konkrétního jedince, díky idiografickému přístupu je možné zachytit i drobné nuance a detaily. Z toho důvodu v IPA probíhá analýza s co nejhlubším porozuměním a prozkoumáním jednoho případu a teprve

poté se přechází k analýze dalšího případu. Co se týká závěrečných fází, tak je možné odhalit nějaká společná témata u všech respondentů, ale spíše dochází k porozumění určitým situacím, zážitkům a prožitkům (Řiháček a kol., 2013, Smith, 2004). Díky této části idiografického přístupu je možné analyzovat i malý homogenní vzorek, avšak je důležitým kritériem obsáhlý a informačně bohatý rozhovor (Saunders et al., 2018).

Pro tvorbu kvalitní IPA je velmi důležitý doslovný přepis nahraného rozhovoru, aby bylo možné analyzovat každé slovo (Řiháček a kol., 2013). Vzhledem k charakteru a obsáhlosti rozhovorů jsem přepisům věnovala hodně času. Po přepisu rozhovoru, jsem si rozhovor opakovaně četla a do závorek jsem doplňovala myšlenky, které mě k jednotlivým úsekům napadaly. Důležité pasáže pro můj výzkum jsem barevně značila.

V průběhu vyznačování a hledání důležitých částí a souvislostí jsem využívala dekonstrukci textu (Řiháček a kol., 2013), díky které jsem narušila narativní tok textu a pomohla mi zaměřit pozornost na určitá slova a významy. Zvýrazněné úseky, opakující se slova i myšlenky jsem přepisovala na papír, kde jsem je postupně redukovala na několik hlavních kategorií, při této fázi jsem pracovala více se svými poznámkami než s původním přepisem rozhovoru. Během selekce důležitých částí a témat jsem přicházela na odlišnosti mezi rozhovory, které jsem vedla s respondenty, kteří mají zkušenosti s individuální psychoterapií a s respondenty, kteří tuto zkušenost nemají. Respondenti, kteří zkušenosti mají, byli více otevření a často situace popisovali příměji a obsáhleji než respondenti bez zkušeností, kde převládala větší uzavřenost a stručnost při odpovědích.

Postupem redukování docházelo k vynořování témat a kódů. Pokud došlo k vynoření hlavních témat, poznamenala jsem si je na samostatný papír jako nadpis, pod který jsem vpisovala související podtémata, nebo jsem si tvořila myšlenkové mapy. Pro lepší vizualizaci jsem si jednotlivá témata vylepila na stěnu pro vypořádání souvisejících témat. Když jsem dospěla k finálnímu seznamu témat, přesunula jsem pozornost k dalšímu přepsanému rozhovoru, kde jsem postupovala ve stejném pořadí.

Po utvoření jednotlivých analýz jsem se snažila nalézt propojení mezi nimi. I zde jsem využívala vizualizace skrz lepení papírů na zeď. V této fázi jsem si kladla otázky jako: Jaká je mezi zkušenostmi od jednotlivých respondentů souvislost? Jak téma z jednoho případu vysvětluje téma z jiného případu a které téma vystupuje jako nejsilnější? (Řiháček a kol., 2013). Výsledkem této fáze propojování jednotlivých analýz jsem si vytvořila tabulku se znázorněním vztahů mezi tématy.

Dalším krokem, který jsem při analýze udělala byla interpretace jednotlivých důležitých úseků spadajících do seznamu hlavních témat. Při interpretaci jsem se snažila

pohlížet skrz odpovědi respondentů, za nimiž jsem hledala určité psychologické teorie či fenomény, které jsem dokládala relevantními citacemi.

Interpretace analýzy je sice zakořeněna v rozhovoru respondenta, ale otevřeně přiznává, že jejím autorem je výzkumník se svým pohledem na svět a se svými zkušenostmi, které se v analýze zrcadlí. Proto je při této fázi velmi důležité udržet disciplinovanost a kritičnost vůči vlastnímu vnímání textu, reflektovat vlastní předsudky, předpoklady apod. Takováto reflexe pomáhá uvědomit si interpretativní roli a pomáhá kvalitně pracovat s daty a zjišťovat validitu analýzy (Řiháček et al., 2013).

4.7 Reflektivní proces

Výzkum jsem tvořila z perspektivy 23leté studentky bakalářského studia. S tématem mé práce jsem se seznamovala během života průběžně, jak v roli člověka s psychosomatickými potížemi, tak v roli pozorovatele svého okolí. Z více odborného úhlu pohledu jsem se s psychosomatickými potížemi nesetkala pouze v zaměstnání, ale také na stáži, kde byla nejčastějším spouštěčem nevhodně nastavená dynamika rodiny. A právě zkušenosti, se kterými jsem přišla do styku v pracovní sféře mě podnítily pro hlubší prozkoumání této oblasti.

I přesto, že víme o tom, že stres může být spouštěčem různých onemocnění a v kolektivní veřejnosti je povědomí o nutnosti udržovat psychohygienu, je pro mě důležité nedívat se pouze na zvládací mechanismy jedince, ale na celou rodinu a její prostředí, z kterého jedinec vychází a kde se své zvládací mechanismy naučil. Psychosomatické potíže pro mě znamenají varovné signály, které měly být rozeznány a vyřešeny ještě před tím, než se zhmotnily v obtíž nebo dokonce v onemocnění. Jsou pro mě ukazatelem, že je potřeba něco v našem nastavení změnit. Mluvit o tomto tématu s lidmi, kteří zažívají potíže jak v oblasti fyzického zdraví, tak v oblasti psychického ve mně podnítily myšlenky na to, jak je velmi důležité vzdělávat rodiče v oblasti výchovy dítěte a všech aspektů, které mají dopad na je samotné i na jejich děti.

5. Výsledky a jejich interpretace

V této kapitole představuji výsledky analýz rozhovorů a jejich interpretaci, které byly provedeny s cílem získat hlubší vhled do zkoumaného tématu rodinného prostředí, a s tím souvisejících zdravotních potíží. Vymezuji zde témata, která byla při analýze klíčová a byla identifikována během procesu kódování jako ústřední. Zmíněné okruhy jsou v souladu s výzkumnými otázkami.

Interpretací výsledku se pokouším, co nejlépe vysvětlit význam zjištěných ústředních témat a jejich souvislostí s teoretickou částí mé práce.

5.1 Rodinné prostředí

Mezi hlavními identifikovanými tématy bylo rodinné prostředí. Jednak to bylo z důvodu zaměření mé práce a věnování velké části pozornosti rodinnému prostředí, ale také kvůli jeho důležitosti ve všech rozhovorech, které jsem vedla.

5.1.1 Výchova

Téma výchovy jsem se zde rozhodla zmínit kvůli faktu, že všichni respondenti, s kterými jsem vedla rozhovor mi nedokázali adekvátně vysvětlit, jak vypadala výchova v souvislosti s pravidly a hranicemi, kterou prošli, nebo jakou výchovou se rozhodli vést své děti. Pravidla v rodinách byla často nejasná nebo žádná, ve dvou případech byly zmíněné i fyzické tresty.

Klára popsala výchovu kterou prošla těmito slovy: „*Výchova byla no... jako museli jsme pomáhat, když se nám řeklo, ale že bychom měli něco u nás doma nastavené, jako jak to tam funguje, to ne ... Žádný pravidla, co jsme měli dodržovat...Já jsem to teda měla akorát o dost horší než sestra, moc jsem nikam nemohla a na mě byli víc přísnější než na sestru.*“

Během celého rozhovoru bylo z Kláry cítit, že přístup rodičů k ní jí nebyl jasný, neorientovala se v něm a nevyhovoval jí. Proto, když měla možnost rozhodnout se, jak povede své děti, snažila se je vést jiným způsobem, kterým si přála být tehdy vedená ona.

„*Snažila jsem se je vést, jak nejlépe jsem uměla a myslím si, že co nejvíc šlo, to jsem jim povolila vždycky... až jsem pak začala narážet na to, že si samy vymýšlely důvody, proč to nemůžou dělat a sváděly to na mě Protože to bylo kvůli tomu, jak já jsem nic nesměla, tak to pro mě nebylo příjemný, tak jsem si řekla, že dokud budou děti fungovat a budu jim moct věřit a řeknou mě vždy kam jdou, kde jsou a s kým, tak nemám důvod zakazovat, takže jsem furt hranice posouvala a nestalo se nikdy, že bych musela něco přímo*

zakázat ... Až si pak občas věci zakazovaly samy ...ale já bych jim to povolila ... tak se na mě vymlouvaly.“

V této části je důležité zaměřit se na skutečnost, že Klára byla vedená přísněji, než její mladší sestra a takovému způsobu výchovy nerozuměla. Podle Pelikána (1995) je důležité si uvědomit, že pokud je dítě vedeno až příliš tvrdě bez respektování individuality dítěte, může se tato výchova podepsat na jedinci tak, že v budoucnu se může cítit méněcenný, může být přehnaně ustrašený a mohou být pro něho typické projevy lability nebo hypochondrie.

Zmínit musím také rozdílné vedení výchovy u obou sester, přičemž mezi sebou mají pouze rok rozdíl. Podle studií tento rodičovský postup má na sourozence a na jejich psychické zdraví negativní dopady. U dítěte, na kterého jsou rodiče přísnější se mohou projevovat sklony k úzkosti a depresím nebo k poruchám chování. Velkou roli také hraje to, že dítě si samo rozdílného přístupu všímá a jeho sourozenec mu je věkově blíže (Jensen a Thomsen, 2024).

Klára také zmínila, že se rozhodla své děti vést odlišným stylem výchovy a vše svým dětem povolovala. Klářin otevřený přístup k výchově měl však takový dopad, že si děti stavily vlastní hranice, které nedostaly od Kláry. Tento příklad může poukazovat na fakt, že pokud děti jsou vedeny až příliš volným stylem výchovy a rodiče nezasahují do procesu rozhodování mohou se u dětí objevit sklony k úzkostem (Kadoglou a kol., 2023). V tomto konkrétním případě mohlo právě docházet k narušení pocitu bezpečí a děti si tak mohly samy tvořit bezpečnější ohraničené území svými zákazy.

Podobnou výchovu zažila také Daniela, která měla vždy vše dovolené. *„No u nás to bylo takový dost volný ... Nikdo mě nic nezakazoval... Já jsem si mohla dělat úplně cokoliv co jsem chtěla ...I v dětství... No a pak v pubertě...Jako možná mamka se ještě třeba víc zajímala, kdo se mnou, kde bude a tak ... Táta asi věděl, že bych mu to stejně neřekla, nebo že bych mu kecala ... Táta chtěl vědět jen kam jedu a kdy přijedu nebo kdy pro mě má přijet“.* U dětí, které prochází výchovou bez hranic může docházet také k rozvoji poruch chování k impulzivitě a k potížím se seberegulací.

Petra má také podobnou zkušenost, akorát s rozdílem, že pochází z rozvedené rodiny a žije od svých 7 let pouze s matkou. Výchovu před rozvodem si nepamatuje, ale ví, že se táta moc nepodílel. *„Neměla jsem jako úplně žádný povinnosti nebo něco takového ... pravidla asi taky ne, to tam jako úplně nebylo ... ale spíš ... jak jsem žila s mámou sama, tak jsem jako prostě běžně pomáhala a vždy když po mě něco chtěla, tak jsem to udělala...“*

a pak ty věci, tak vyplynuly, že když máma byla v práci, tak jsem něco udělala doma a tak ... taková vzájemná spolupráce asi... ale nikdy jsme si to jako neurčili s mámou.“

Další respondent, Václav popisuje výchovu, kterou prošel takto: *„No byl to takový divný mix Třeba večerku jsem měl i když jsem byl už na střední. Když jsem byl o víkendu do půlnoci na počítači, tak mě už pak otravovali a měl jsem chodit spát v 10. Ohledně povinností jsme se taky hádali ... Jako nestanovili jsme si to ... ale prostě po mě někdy něco chtěli ... měli to asi jako nějaký výchovný prvek ... ale jako povinnosti jsme nikdy neměli ... bylo to nekonzistentní, na ničem jsme se nedohodli. Měli takové ležérní pravidla... a měl jsem pocit, že si to vymýšleli na fleku a hrozně mě to štvalo.“* Z této výpovědi vyplývá, jak sám Václav řekl, pravidla a rodinné fungování nebylo nastaveno konzistentně a pokud bychom chtěli nahlédnout do odborné literatury najdeme tam studie, které potvrzují potřebu konzistentního výchovného působení na dítě. Dítě by mělo být schopné se orientovat ve výchovných pravidlech a očekáváních, které v rodině jsou nastavená. Pokud však není pro dítě možné najít v rodinném fungování strukturu, může se cítit ohrožené, což se může projevit v úzkostném prožívání dítěte (Rosenthal, 2007).

Respondentka Jana popisovala, že jako jediné její pravidlo, co měli doma nastavené, tak bylo, že se měla dobře učit. Svým dětem, také nenastavovala žádné povinnosti a hranice. *„No asi nějaký základy slušného chování...já jsem tak nějak furt všechno vysvětlovala ... Někdy dostali na prdel... ale neměli jsme nějaký pravidla ... jak to život přinesl ...Akorát jako, že přijdou ze školy a udělají si úkol, ale kolikrát ani to nebylo ... pak to měli takový volnější.“*

Pokud jako výchovný prostředek jsou využívány fyzické tresty, je nutné zmínit, že tyto tresty jsou mnohdy kontraproduktivní a v dítěti mohou místo uklidnění nebo nápravy vzbudit agresi, pocity ponížení a narušení vztahu s rodičem. I když je dítě trestáno s nejlepším úmyslem, pro změnu jeho budoucího chování, tak dochází k opačnému cíli (Trélaün, 2005). Často také dochází k tomu, že děti, které byly fyzicky trestány, trestají v budoucnu své děti.

Zkušenosti s fyzickými tresty v roli dítěte ve své výchově měla Daniela *„No ona máma jako furt řvala, furt řešila všechno úklidem... přišla do pokoje vyházela nám skříně dala nám facky a odešla...A většinou jsem jako na ní pak byla ještě víc naštvaná a drzá a štekala jsem po ní jako ona po mě.“* Tělesné tresty narušují bezpečné vztahy mezi rodičem a dítětem. U dítěte mohou také vyvolávat touhu po pomstě a snižuje soucit a citlivost dítěte a vede k popírání pocitům (Vaníčková, 2004).

5.1.2 Komunikace

Další podkapitolu věnuji stylu komunikace mezi členy, protože komunikace byla v rámci rozhovorů vnímána také jako klíčové téma. Ve všech rozhovorech jsem z určitých částí narážela na fakt, že v rodinách nejsou schopni rozebírat zatěžující a stresující situace nebo komunikovat a sdílet své emoce.

S Václavem jsem probírala, jak moc je nakloněn k tomu, se doma svěřovat a zda je u nich v rodině otevřená komunikace běžnou záležitostí. *„Teda trochu možnost byla s tou mámou, ale ve chvíli, kdy tam nastoupil ten táta tak... tak už to nebyla otevřená komunikace. No tam stačila jeho prezence A bylo to takový očividný, že jakmile bylo něco trochu víc citlivého, tak to nikdo z nás nechtěl řešit před tátou.“*

Po této výpovědi jsem se Václava ptala, zda ví, proč to u nich takto probíhá. *„No já myslím, že to vytvořila máma... protože ta to neuměla... ona to neumí ... má pocit, že jí táta zesměšní tak... že se mi nechce ani doma svěřovat a zároveň vždycky, když jsme se o něčem bavili, tak automaticky... eh... on jako budil ten respekt, protože mě seřvával ... Já jsem jako moc nechtěl mluvit a ona na tu hru jako přistoupila... No u nás je normálně vidět, že tam lidi nedávají věci na jevo ... třeba máma nedává ty věci najevo... ta se to naučila ignorovat a nerejpat se v tom ... a sourozenci taky a všichni.“*

Dále jsem se Václava ptala, zda by byl schopný říct doma jak se cítí, pokud by ho něco trápilo. *„Dřív vůbec ... bral jsem to jako slabost a že by mě nechápali ...ted' bych se asi podělil ... ale né s něčím co prožívám zrovna ted' ale spíš s něčím co už mám prožité a zpracované.“*

Václav během celého jeho života měl potíže, se doma s čímkoliv svěřit. Na základní škole procházel šikanou a ani tu doma nesdělil. *„No myslím, že ve 4-5 třídě jsem hodně ztloustnul a tam jsem dostával buzeraci ... Vím, že jsem byl třeba ve družině hodně frustrovanéj, že jsem nemohl dohonit ty, který mě nadávali ...tam to bylo hodně nepříjemný ve škole a na fotbale to bylo to samé ... tam jsem byl hrozně ve stresu před těmi tréninky. Doma to nevěděli, tam to věděl akorát brácha, kterému jsem se jednou svěřil, ale nikdo to nikdy neřešil.“*

Václava však netrápila pouze šikana kvůli jeho vzhledu, ale také měl potíže se začleněním, které se táhnuly od základní školy až po jeho vysokou školu, a ani v tomto případě se doma nikomu nesvěřil. *„No, protože jsem měl pocit, že jsem s nimi o tom nemohl mluvit... nechtěl jsem s nimi ani o tom mluvit ... potom to totiž bylo hodně bolestivý... takže jsem to s nimi ani nechtěl řešit ... nechtěl jsem o tom vůbec mluvit,*

protože bych tím zároveň přiznával, že i já jsem jako nechopnej se začlenit do kolektivu a očividně jsem někde selhal ... že jsem divnej... a nechtěl jsem dávat najevo slabost. “

Tím, jak Václav vnímal uzavřené rodinné prostředí a nemožnost sdílet svá trápení měl pocit, že je na vše sám a toto jeho trápení vyústilo až k pokusu o sebevraždu. *„Nepřicházelo ani v úvahu, že bych to doma řekl... já jsem to nafingoval tak, že jsem se omylem předávkoval, při nemoci, že jsem si toho omylem dal víc, než jsem chtěl ...A nikdo se po ničem nepídil, ani doktoři ani rodiče... prostě nikdo. “*

I z této výpovědi je jasné, že i přes hraniční náročnost situace Václav neviděl možnost sdílet své potíže s rodiči nebo přáteli.

Studie zabývající se vlivem rodinné komunikace a duševní zdraví adolescentů zjistila, že pokud adolescenti zažívají v rodině obtížnou komunikaci nebo pokud dokonce plně chybí mají tak vyšší pravděpodobnost vzniku emocionálních a behaviorálních potíží. Během studie vyšlo najevo, že důvěrná a otevřená komunikace, převážně s otcem, může působit jako ochranný faktor pro vznik zmíněných potíží (Lacková Rebičová a kol., 2020).

Je určitě nutné také zmínit, že důvodem k nesdělování určitých těžkostí, co děti a adolescenty provází jsou podle studie tři důvody. Prvním důvodem je neškodnost a nedůležitost informací, adolescent vyhodnotí informaci jako nedůležitou a svému rodiči jí nesdělí. Druhým důvodem mohou být obavy z negativní reakce rodičů. Pokud by měl být rodič zklamán nebo by chtěl dítě potrestat, může toto očekávání vést k tomu, že dítě informaci zatají, a třetím důvodem je, že se dítě necítí sebevědomě pro sdílení svých pocitů. Mají tendenci k pochybování o sobě, mohou se bát odsouzení od rodičů. Vnímají svojí situaci jako něco „špatného“, cítí stud, a proto své emoce raději skryjí. Děti, které se rozhodnou skrývat své pocity a doma je nesdílí, se mohly také setkat s nepochopením a zlehčováním ze strany rodičů (Li, Smetana a Yau, 2022). *„No... máma, když jsem se snažil něco říct, tak měla tendenci se obhajovat a diskreditovat moje pocity a často jsme se taky vůbec nepochopili ...Z toho důvodu jsem se pak přestal svěřovat, protože jsem měl pocit, že mě máma nikdy nepochopila. “*

Podle Václavovy výpovědi mi přijde, že se u něho jednalo o kombinaci druhého a třetího důvodu, kdy sám Václav zmiňoval, že z otce jde respekt a ani jeho matka nechce při jeho prezenci rozebírat citlivé informace a potýkal se také s pocity slabosti a studu.

Ani Daniela neviděla ve své rodině možnost komunikovat o svých trápeních. *„Já bych to neřekla asi nikomu možná... já ani nevím, že bych tátovi, kdy něco takového říkala...já si myslím, že jsem jim oběma nic moc, co mě trápilo, neříkala. “* Podobně jako Václav se Daniela setkávala s nepochopením a bagatelizací. *„No jako ... máma to jako brala právě*

často na lehkou váhu a měla jsem pocit, že nad tím jako mávla vždycky rukou ... i myslím, že to období, jak jsem chodila k psychologovi, tak to nebrala moc vážně ... a nebrala to jako, že by to byl nějaký problém ... Myslím, že dlouho to nebrali všichni jako problém a že bych potřebovala nějakou odbornou pomoc ... a vlastně říkali, že je to taková fáze a že se to nějak zvládne.“

V rodině Daniely nedocházelo ke komunikaci emocí a sdělováním prožívání ohledně stresu ani na straně rodičů. „*No myslím, že táta to na sobě vůbec nedává znát, on o tom snad nikdy ani nemluvil, že by ho něco trápilo nebo, že je nějak ve stresu no ... a u mámy ta si myslím, že to řekne, ale jako tak divně ... no a já jí vždycky říkám ať přestane stresovat lidi kolem sebe...ona si to i máma vybijí na babičce na kterou je ošklivá.“*

Velmi zajímavou odpověď jsem dostala na toto téma od Filipa a Jany. Jana je matkou Filipa a v jejích odpovědích o tomto tématu byl cítit rozpor. Ptala jsem se obou, zda vnímají možnost otevřeně v rodině komunikovat. „*Jo, já mam vždycky možnost mluvit otevřeně ... a někdy i přemýšlím, že některý věci je dobrý neříkat, protože to taky zanechá šrámy.“* A mou další otázkou na Janu bylo, zda si myslí, že v rodině u nich někdo skrývá a nesdílí své pocity. „*Ne, tady se nic neskrývá... no oni o tom ty kluci moc nemluvěj, já teda když o tom začnu... snažím se otevřeně ... ale oni moc nemluví.“* Během rozhovorů s Janou pociťuji, že je velmi ovlivněna stereotypním vnímáním žen a mužů a v tomto vnímání vychovávala své tři syny. „*Když oni o tom synové moc nemluví... oni jsou takový ... že i když šli do školy a do práce, tak nikdy jsem od nich nic neslyšela, že by je něco trápilo.... Jako holka řekne všechno, i ty pocity, ale to kluci neříkají, takže já nevím.“* Tímto si Jana vysvětlovala uzavřenost svých synů ještě několikrát během rozhovoru. Je sice podle studií pravda, že dívky mají větší tendenci k svěřování se a sdílení svých pocitů rodičům nebo přátelům, ale tento rozdíl je přisuzován očekáváním a sociálním normám, které vychází právě z přesvědčení, že je pro ženy typické mluvit o pocitech a muži jsou ve výchově častěji vedeni k potlačování emocí (Papini a kol., 1990).

Často tak může při výchově docházet k tomu, že rodiče reagují odlišně na komunikaci o pocitech s dcerami a syny. Rozhovory na toto téma jsou s dívkami realizovány častěji než s chlapci, což může v praxi vést k tomu, že dívky se při svěřování mohou cítit pohodlněji a naopak chlapci mohou emocionální otevřenost vnímat jako nevhodnou nebo jako projev slabosti (Chaplin a Aldao, 2013).

Jana také zmiňovala, že jí nedělá potíže mluvit a projevovat své emoce, ale nedochází u ní v rodině k zpětné reakci. „*Já bych tak jako projevovala všechno a mluvila o všem... ale on o to nikdo jako nejeví zájem ... a někdy mě to hodně mrzí.“*

Stejnou otázku dostal i Jany syn Filip, který už takovou možnost pro otevřenou komunikaci v rodině nevidí. *“No jako myslím, že každý by to asi nějak zkousnul, kdybych o něčem chtěl mluvit... Táta by k tomu měl asi nějaký ještě poznámky, takže tam by ta komunikace byla ještě trochu horší ... ale já to teda nevyužívám.”* Stejně jak v případě Jany jsem položila Filipovi otázku, zda má pocit, že se v rodině někdo skrývá a nesdílí své pocity. *„No tak určitě já ... no ale myslím, že to děláme všichni.”* Velmi podobně jako Václav i Filip procházel na základní škole šikanou a ani on se nesvěřil s trápením doma. *„Já... neměl jsem potřebu... já jsem si to tak nějak chtěl vyřešit sám... navíc jsem si říkal co mi ... jak by mi pomohli.”*

Filip po celý rozhovor opakovaně odpovídal, že není „svěřovací“ typ (Filipova slova). *„O minulosti a možná budoucnosti mě tak ani nevedí mluvit... teda jako mě nevedí se o tom bavit s cizím člověkem, ale kdybych to měl říkat rodině, tak jako... tak to bych nechtěl.”* Ptala jsem se, kde se snaží ventilovat své pocity, když ne v rodinném prostředí, často směřoval k tomu, že si hodně věcí nechává pro sebe, ale občas něco řekne svým kolegům v práci. *„No já to řeknu v práci ... jsem tam s nimi celý den a je mi vlastně jedno co si o mě myslí a doma mi to jedno není. Já to hlavně nevyhledávám ... nepotřebuji se emočně sdílet ... Nikdo se nikdy neptal, jak se cítím.”* Pokud dítěti v rodině aktivně nenaslouchají a přichází o možnosti komunikace a sdílení, může tak docházet k psychické deprivaci a k narušení hloubky vztahů mezi rodičem a dítětem (Langmeier a Krejčířová, 2006). Nekvalitní komunikace, tak může způsobovat neshody mezi členy rodiny a může narušovat jejich vztahy. Zkušenosti, které jedinec nasbírá z rodinného prostředí, tak vytváří jeho psychosociální výbavu, která ho bude ovlivňovat v jeho budoucí komunikaci (Jedlička, 2017).

Během rozhovoru s Klárou jsem pociťovala, že dané téma ohledně komunikace a sdílení trápení s ostatními členy rodiny jí není příjemné. Její odpovědi se staly jednoslovné a došlo k prudkému snížení hlasu. Na otázku, zda má možnost sdílet své emoce s ostatními členy odpověděla: *„Částečně asi ano.”* Dále jsem se ptala jako u ostatních respondentů, zda vnímá v jejich domácnosti komunikaci jako otevřenou. *„No někdy se trochu musím hlídat o čem můžu mluvit kvůli partnerovi, on je takovej vzteklejší.”* A svěřila se, že partner není otevřený k sdílení svých pocitů, což zhoršuje celkovou komunikaci v jejich domácnosti. *„Určitě partner, on dřív vůbec nemluvil o tom, co ho trápí, možná to je teď trochu lepší ale nevím, dřív to tak bylo určitě, ale teď toho možná řekne o trochu víc no, ale já taky o těch věcech moc nemluvim.”*

Petra popisovala, že ona neměla potíže komunikovat s rodinou, když jí něco trápilo, ale v jejím případě nedocházelo k reakci rodiny na její potíže. „*U nás to často bylo tak, že já jsem měla pocit, že chci o těch věcech a o tom, co mě trápí mluvit, ale jako kdyby to úplně nikoho nezajímalo ... nebo ne nezajímalo, ale jako by s tím stejně nic neudělali... Prostě já jsem hodně říkala, co jsem měla za problémy, ale bylo to, jak mluvit do stěny.*“

Největší komunikační potíže pociťovala s otcem. „*My jsme měli pár sporů, kde jsem se tátovi snažila něco vysvětlit, ale on nebyl schopný se na to podívat z mého úhlu a měla jsem pocit, že furt všechno dělám špatně a každou chvíli jsem cítila vinu za něco ... a tak to dopadlo tak, že se nebavíme... No a jinak s mámou je teď taky komunikace taková hodně... složitá ... Dřív to bylo lepší a byly jsme si hodně blízké a hodně jsem jí sdělovala, ale teď ta komunikace vážne, protože mamka je teď hodně uzavřená a nemluví a já si teď už dávám taky pozor na to co říkám, protože to stejně nikam nevedlo a vím, že by to nikdo nepochopil a že by mi to bylo vráceno akorát útokem ... takže radši mlčím, protože se nechci hádat, když by to nemělo být vůbec o hádce.*“

Ani otevřenost vůči emocím Petra ve své rodině nevnímá „*Úplně nedávají u nás najevo, co cítí jako takový ty hluboký emoce ... všechno je takový jako povrchový ... ani taková ta hluboká vřelá radost u nás není, prostě jakýkoliv pocity jsou takový odměřený.*“

Simona, také přispěla svým pohledem na to, jak vypadala komunikace mezi ní a rodiči. „*Já přirozeně měla víc kontaktu s mámou, ale v podstatě jsem s mámou ani s tátou nic neřešila. Někdy s mámou i tátou věci do školy. Já si ty ostatní věci řešila hodně sama a moc jsem nikomu nic neříkala.*“

Od všech respondentů jsem dostávala velmi podobné odpovědi, které mě přesvědčovali o tom, že svěřování se a sdílení svých potíží mezi rodinnými příslušníky nebylo běžné. Běžným způsobem ve většině případů bylo nechávat si pocity pro sebe. Což poukazuje na skutečnost, že většina respondentů nepovažuje své rodinné prostředí za bezpečné a přijímající. V několika výpovědích byly náznaky, že se respondenti nesvěřují, kvůli tomu, že by tak projevili slabost nebo kvůli negativní reakci okolí nebo kvůli nedůvěře v okolí, že by situaci mohli pomoci řešit.

Tento přístup v rodinách respondentů může působit jako velký stresor, protože dochází k tlaku na to, být vždy silný, nepociťovat strach a neprojevovat své emoce, což jak zmiňuji v teoretické části práce, může přispívat k potlačování emocí a chronickému stresu, který ve výsledku může způsobovat široké spektrum zdravotních potíží.

5.1.3 Rodinné tabu

Dalším tématem, které bylo v rozhovorech identifikováno jako klíčové pro celý pohled na rodinné fungování, jsou rodinná tabu témata. U některých respondentů se kvůli tabu tématům ještě více uzavírá okruh témat, o kterých se členové mohou společně bavit. Z předešlé kapitoly může vyplývat, že sdílení pocitů a komunikace o stresujících životních událostech, je samo o sobě v menší nebo ve větší míře tabuizované v rodinách respondentů.

Václav ve své rodině pociťoval široké spektrum tabu témat. „*No zajímavý bylo, že jsme nikdy neřešili sex ... myslím, že je to nenapadlo a je to pro ně taky tabu a tady ty jakékoliv věci, z kterých je člověk ve stresu... věci, ze kterých má člověk strach ... neřekne se to a nepřizná se k tomu ... jo, a ještě pocity lásky.*“ Zde jsem se doptávala, zda bylo u nich doma běžné, že by si rodiče navzájem dávali najevo náklonnost. „*Ne no ... to maximálně si dali pusku na první máj jednou A celkově, všechny emoce jsou u nás docela tabu, a i ten stres ... maximálně, že si řekneme věci co nás štvou, ale zajímavý emoce jsme nikdy neprobírali.*“

Dalším respondentem, který vnímal podobná tabu témata v rodině byla Daniela. „*No já jako myslím ... no my si třeba doma neříkáme, že se máme rádi... to vidím třeba u přítele v rodině tam se všichni objímají a pusinkují se...to já vůbec neznám tohle... a je to vlastně hrozně hezký, mít takový vztah v rodině...nebo i to třeba, že já si u partnera v rodině se všemi tykám ... a partner u nás se všemi vyká ... No a třeba sex jsme vůbec neprobírali, vím že to mámu napadlo, až když už bylo pozdě.*“

Z odborné literatury vyplývá, že projevy lásky v rodině a projevy vřelosti a náklonnosti by se měly mezi členy komunikovat a rodiče by se měli snažit vyvarovat chování, které je vnímáno jako chladné, lhostejné a které u dětí vyvolává pocit odmítnutí. Pokud dítě žije v rodinném prostředí, které je emocionálně chladné a nedochází tam k projevům lásky, mohou se u dítěte objevovat potíže v oblasti emocionality, může mít potíže s nízkým sebevědomím a je také zvýšené riziko úzkostí a deprese. V sociální oblasti může mít dítě v budoucnu potíže s navazováním vztahu a může u nich docházet k izolování se (Khaleque, 2017).

S čímž měl Václav během dospívání velké potíže „*Výčleňoval jsem se na střední už od začátku ... tam jsem se cítil už fakt hodně nepříjemně ...a i oni se mi zdáli divný ... byl jsem už od začátku tichej a oni to nedokázali pochopit ...a furt na to upozorňovali a byli v šoku z toho, že tak málo mluvím ... jsem jim i řekl, že jsem se prostě takovej narodil...a koukali na mě, jak kdybych byl postiženější.*“

Nedostatek rodičovské lásky má také kognitivní dopady. Může tak u jedince docházet k horším školním výsledkům nebo k potížím s koncentrací. Nedostatek rodičovské lásky se může podepsat také na chování jedince (Khaleque, 2017), může docházet k zvýšené agresi, delikvenci nebo k zneužívání návykových látek, k čemuž měla větší sklon spíše Daniela, která v dospívání často pila alkohol. „*To jsem měla i v dospívání ... A ještě v pubertě ...no hodně jsem pila ... no a určitě jsem pila z toho důvodu, aby mě bylo líp ... to jsem skoro pila každý den a tím mi bylo líp a nemusela jsem řešit ty stresové věci kolem školy a kolem rodičů.*“

Dalším tématem, které se velmi často objevovalo v označení respondentů jako tabu, byla sexuální, vztahová témata a sex, které označil i Filip. „*Nikdy se neprobírala jako ta sexuální stránka ... neřešili se ani takové věci jako co nás čeká ... nějaká příprava na život ... u nás to bylo tak jako, že žil se život, a když náhodu něco přišlo, tak se to třeba řešilo až pak ... ale muselo to ovlivnit víc lidí ... když by něco zažil jen jeden z nás, tak se to neřešilo... a vůbec se u nás neřešili jako třeba vztahový věci a tím se cítím být dost poznamenaný.*“

Pokud je v rodinném prostředí tabuizovaná sexualita může to negativně ovlivnit děti, které v prostředí vyrůstají. Může docházet ke zkresleným představám, dítě může pociťovat stud a vinu ke svému tělu a sexualitě. Toto tabu může velmi prohloubit nejistotu při navazování vztahů v dospívání a rané dospělosti. V dospělosti se pak také mohou potýkat s potížemi v komunikaci o intimních tématech (Kučalanka a kol., 2013).

S potížemi s navázáním hlubších vztahů se mi svěřil Filip, který už v předešlé citaci naznačoval, že se tabuizací sexuality a vztahových témat cítí být poznamenaný (Filipova slova). „*Já to mám tak vždycky, když se snažím seznámit ... jako sympatie jo, ale nikdy to jako ... nedojde k tomu přiblížení ... a pak to zarazím v těch citových věcech.*“

Petra, také označila sexualitu jako jedno z tabu témat v rodině. „*Řekla bych, že máme hodně tabu témat, ale to se nedá úplně jen tak shrnout ... třeba takový ty duchovní věci nebo témata o ženskosti, o sexualitě a určitě o psychickém zdraví. Je to tak divně rozvrstvený a měla jsem pocit, že se za některý ty témata se máma stydí ... jako před svým partnerem... Já to jako teda nikdy nechápala, a často jsem nevěděla, co můžu říct a co ne. Mam ještě takový pocit, že jsou u nás tabu taky konflikty, hodně se jim snaží u nás vyhýbat.*“

Studie zkoumající rodinné komunikační vzorce a obtížné rodinné rozhovory (Keating a kol., 2013), přišla se zjištěním, že pokud v rodině převládá konzervativní typ komunikace, který je více zaměřen na poslušnost a potlačování konfliktů, je větší pravděpodobnost, že

v těchto rodinách dochází k vyhýbání se různým tématům. Rozhovory, kterým se vyhýbají častěji rodiny s konzervativním typem komunikace, jsou o tématech sexuality, o duševním zdraví a emocích. Vyhýbají se také rozhovorům o konfliktech, které budu zmiňovat v další části práce, o rodinných traumatech, nemocích nebo finančních problémech. Vyhýbání se tímto velmi důležitým tématům, může u členů rodiny vzbuzovat pocity nejistoty a strachu, jaké třeba zmiňovala Petra, když popisovala, že neví, co může říkat a co ne. Mezi další negativní dopady patří neschopnost vyjadřovat své pocity a s tím související nízká emoční gramotnost.

Dalším negativním dopadem je narušená důvěra mezi rodičem a dítětem, kterou popisoval Filip, když jsem se ho ptala na to, zda ho rodiče dostatečně podporují a zda od nich pociťuje zájem. *“Jako vím, že kdybych za nima přišel, tak asi pomůžou ... jako 100% jistotu nemám nikdy... člověk se může kdykoliv zklamat... právě... někdy mě mrzí, že oni nepřijdou sami za mnou Protože třeba když bych jako s tím chtěl pomoci a mrzí mě jako, že nepřijdou.”* I tímto tématem se budu v následujících stránkách zabývat.

Mezi další negativní dopady patří vyšší pravděpodobnost rizikového chování, jako sebepoškozování nebo vznik poruch příjmu potravy, s nimiž se potýkala Daniela i Petra, a jejich potíže budu rozebírat také v dalších kapitolách. A dalším dopadem jsou pocity samoty, se kterými se potýkala Petra, Filip a Václav.

5.1.4 Konflikty a narušené vztahy

Konflikty, byly zařazeny mezi klíčové témata z podobných důvodů jako komunikace, mezi všemi sedmi respondenty a jejich rodinami docházelo k pasivnímu řešení konfliktů, nebo naopak k agresivnímu. V žádné z rodin respondentů nedocházelo ke konstruktivnímu vykomunikování.

V Kláry případě šlo o konflikty s otcem a bývalým manželem. Jelikož Klára vyrůstala ve striktním prostředí, kde byla často omezována a otec jí tlačil do vzdělání, ptala jsem se, zda se o tom někdy s otcem bavila nebo zda si ty spory někdy vysvětlili.

„Asi nějak zásadně ne, že bychom si o tom nějak povídali, to vůbec u nás takhle nefungovalo, před tím jsem třeba měla nějaké kecy, ale to bylo tak asi všechno.” Tlak, který Klára pociťovala ze strany otce nevyřešila komunikací, ale jak sama zmínila, rozhodla se vdát, aby měla možnost řídit si život po svém.

„No já mám právě takovej pocit, že jsem se kvůli tomu právě docela brzo vdala, že jsem se z toho vymanila a pak už jsem si vlastně mohla dělat co jsem si chtěla. Možná ... nevím ... možná by to bylo stejně, ale možná to bylo kvůli tomu ... že jo...Ale já přitom

nikde nic neprováděla. Já jsem nedělala žádný zlotřilosti.“ Klára, během odpovědi sama zmínila, že konflikty nemá ráda a často se jim snaží vyhnout. *„Ano, často se vyhýbám... no nemám to ráda, už jenom z podstaty, že jsem váha, a celkově nemám ráda tyhle konflikty.“*

Vyhýbavé chování, je častěji spojované s úzkostnějším typem lidí a studie také nacházejí relevantní spojení mezi vznikem úzkostí a vyhýbavým chováním. Jedinci, kteří využívají tento typ chování, ale také zažívají v budoucnu více akutních i chronických stresujících situací, které vychází z neřešených a přecházených potíží z minulosti. Vyhýbání se také přispívá k vyšší pravděpodobnosti vzniku depresivních stavů (Holahan a kol. 2005). Tento typ chování může dostávat člověka do chronického stresu, kvůli nutnosti věnovat velké procento času snaze vyhýbat se konfliktům.

Během striktní a tvrdé výchovy mohlo, také dojít k narušení citové vazby mezi Klárou a jejím otcem, což může mít negativní dopad na vztah mezi ní a budoucím partnerem. Pokud vyrůstala Klára ve stresujícím prostředí, kde se musela spoléhat hlavně sama na sebe, mohl se tak zformovat vyhýbavý styl vazby. To by mohlo v budoucích jejích vztazích znamenat, že pokud dojde k nějakému konfliktu, je u ní větší pravděpodobnost uzavření se do sebe, což Klára dělala ve vztahu se svým bývalým manželem, kde vznikaly konflikty ohledně financí a alkoholu.

“Bývalý manžel dennodenně pil, a můj táta taky občas... pamatuju si, že byl někdy opilej ... já to nesnášela jako dítě, pro mě opilý člověk je nepříjemný, měla jsem takový odpor, měli oba blbý kecý. Při této části jsem se doptávala, zda se snažila tento problém s manželem řešit. „No s manželem asi nějaké výměny byly, ale nějakou debatu ...to úplně nevím ... to nevím... spíš to ve mně tak bublalo.“

Pokud šlo o konflikty o financích, tak Klára popisovala, že často docházelo k vyostřeným hádkám., kde docházelo k obviňování u obou manželů. *„Manžel rozhazoval, vždycky měl cigarety, vždycky měl pivo, pak si jednou vítězoslavně přinesl domu hodinky za 6000 tisíc a řekl mě, že si na ně našetřil... Tak já jsem mu říkala, že to jsem našetřila já, protože já chodím na nákupy, já vařím, já dělám každý den večere, ale to, že nemám ani krém na obličej, to ti vůbec nevadí... z každý výplaty si uložil 2 000 a za to si pak koupil hodinky, ale to není žádný umění ... to bych uměla taky, ale manžel hospodařit neuměl vůbec ... za tím si stojím teda... já jsem se omezovala hodně... já neměla v podstatě vůbec nic, abych si koupila něco na sebe nebo kosmetiku nebo něco takového to fakt ne.“*

Jejich manželství skončilo rozvodem právě kvůli nedořešeným potížím v oblasti financí a kvůli nadměrné konzumaci alkoholu ze strany manžela. *„Já už jsem měla k němu*

takový jako odpor a měla jsem docela pocit, že už s tím nic nemůžu dělat, byla to taková bezmoc.“

Klára se, ale svěřila, že se svým současným partnerem nemývají konflikty, protože se jim snaží předcházet a že u nich nedochází k otevřené komunikaci a řešení konfliktů „*On je takový vzteklejší, takže my nemíváme konflikty, protože já si myslím, že se jim snažím předcházet...a musí to člověk říct, tak aby to nebylo úplně... no musím kolem toho kroužit, protože on pak vždycky vylítne a pak i odchází z místnosti.*“

Klára, také popisovala, že s partnerem nemluví ani o tom, jak se cítí a popsala, že o pocitech mluví „odosobně“ (slova Kláry) „*Jo, občas si řekneme, jakože třeba...Byl to na houby den...a tak... Ale spíš takhle odosobně.*“

Z citací Kláry vyplývá, že žije v prostředí, kde je tlačena k neprojeování svých emocí a k neřešení konfliktů, kde jí strach ze vznětlivosti partnera drží v nutnosti udržovat „klidné“ prostředí. Je možné, že právě narušené vztahy v rodině, které měla s autoritativním otcem, jí staví do této submisivnější pozice. Jisté však je, že udržováním si role, v které se vyhýbá konfliktům nebo jim předchází, je pro Kláru velmi emočně náročné a může mít dopad na její zdravotní stav.

Respondent Václav, měl často také vyostřené konflikty mezi jím a rodiči. „*Konflikty byly teda často o tom ... o povinnostech ... o tom, že bych měl často něco dělat, jako pomáhat kolem baráku a tak a já jsem často nechtěl... mě tam teda bylo často hodně nepříjemně ... protože jsem si tam připadal jako kretén a zároveň jsem byl ve stresu z toho, že něco zkazím a že by mě mohl táta nadávat ... takže jsem říkal, že nepůjdu ... bylo to často takový přerývání se... často jsem se taky vymlouval na to, že jsme se dohodli jinak ... což byla pravda, ale jako ve finále jsem věděl, že máme něco dělat.... Ale jako hodně jsme se dořvávali.*“

U Václava často probíhaly konflikty s otcem během rekonstrukce domu, kdy otec Václava byl vznětlivý a často kritizoval a nadával. Václav vztah mezi ním a otcem popsal těmito slovy. „*No tak třeba s tátou to bylo možná na začátku dobrý jako, když jsem byl hodně malej, ale postupně, jak mě začal doma nutit do těch věcí, tak tam se potrhaly vazby hrozně moc ... a nikdy tam nebyla žádná vazba, že bychom si nějak rozuměli.*“

I tento příklad poukazuje na narušené vztahy s otcem, což samozřejmě může mít negativní dopad jako v prvním případě. Václav ve svých citacích zmiňuje, že otec pro něho byl autoritou a míval z něho strach, což při opakovaných konfliktech, kdy mu bylo vytýkáno, že něco pokazil, způsobovalo u Václava zamrznutí a často kvůli stresu nebyl

schopný fungovat. „*No já jsem se snažil všechno vypnout... snažil jsem se prostě zmizet ... a měl jsem pocit, že jsem to pokazil, že jsem špatnej a tak.*“

Opakující se pocity viny měly jistě dopad na Václavovo sebevědomí, toto tvrzení také vyplývá ze studií zkoumající dopady křiku rodičů na děti, kde se ukázalo, že křik snižuje sebevědomí dětí a je to velký zásah do jejich sebeúcty, dochází také ke zhoršení jejich výkonu (Solomon a Serres, 1999). Nové studie na toto téma zjistily, že dopady verbální agrese jsou velmi podobně ničivé jako fyzická agrese a častěji se objevuje v rodinách, kde dochází k „začarovanému kruhu“, kdy rodič křičí za účelem změnit chování u svého dítěte, ale křik rodiče podněcuje k opakování chování, které rodič chce měnit (Wang a Kenny, 2013).

Václav, také zmiňoval, že během hádek na něho křičela i matka a hádky se ukončovaly tím, že Václav překročil hranici, řekl něco ošklivého a matku tak urazil. „*No, když jsme se takhle dořvávali ... a já pak řekl něco hnusného ... tak jsem se akorát pak omluvil za to ... a máma byla z ticha a ublížená a nemluvila se mnou, dokud jsem se neomluvil. Většinou to bylo tak, že máma byla potichu nebo odpovídala naštvaně a potom jsem se omluvil ... a někdy to i vyšumělo a u táty jsem se nikdy neomluvil ... tam jsme si hodně vyčítali.*“

V tuhle chvíli jsem se doptávala, zda se ty konflikty někdo snažil vyřešit po uklidnění situace. „*K dořešení nikdy nedocházelo a vždycky to tak vyšumělo ... a dopadlo to tak, že když něco po mě chtěl, tak mě donutil a já byl naštvaněj... Trvalo to, dokud jsem to já vydržel ... já už jsem pak s nimi ani moc nemluvil a postupně se ten vztah mezi námi ubíjel ... a třeba jsme se seřvali a další den jsem byl na ně protivnej ... ale já byl pak protivnej furt na ně.*“

Václava jsem se zeptala, zda bylo něco, co od rodičů potřeboval při těchto vyostřených situacích. „*Myslím, že jediný, co mě tak napadlo... tak bylo u toho táty... tak mě to nějak vysvětlit ... že by neměl být tak zlej ... že by mě neměl dořvávat, ale v klidu dělat ty věci.*“

V případě rodiny od Petry se nejednalo o křik, ale často o naprostý opak. Petra ve svých odpovědích často narážela na ignorování konfliktů na odcházení z místností nebo nemluvení. „*S tátou si nepamatuju, že bych s ním měla nějaký konflikt v dětství, jako možná, když jsem mu jako malá řekla, že bych chtěla, aby tolik nepil a on se na mě naštval a nemluvil pak se mnou, už si ani nepamatuju, jak dlouho to bylo, ale bylo to dost dlouho, třeba 3 měsíce... Já už teda v tu dobu bydlela s mamkou, takže tak.*“

Petra se svěřila, že i mezi ní a otcem je narušený vztah již od dětství, když její otec měl potíže s alkoholem. „*No já jezdila na víkendy k tátovi a on vždycky hodně pil se sousedy a několikrát se stalo, že já už dávno chtěla večer být doma a on pil před domem... Mně*

mohlo být 7 let asi nebo tak ... a byla jsem sama v bytě a když on přišel, tak byl dost opilej a občas prostě pak někde usnul... měla jsem strach ... pamatuju si, že jsem se tam hodně bála a nechtěla tam pak ani jezdit.“

Další konflikty mezi Petrou a jejím otcem byly vždy o podobných tématech a s podobnou reakcí ze strany otce. *„Pak jsem s ním měla ještě pár konfliktů, a to bylo často kvůli tomu, že nechápal, že pro to, aby se náš vztah zlepšil, tak musí taky něco udělat a né jen mě obviňovat, že za ním nechci chodit... a jeho reakce byla, co si pamatuju, že odešel z místnosti...dopadlo to tak, že se v současnosti nebavíme.“*

Podle odborné literatury, tak častá konzumace alkoholu u rodičů, může způsobovat pocity nejistoty u dětí. Děti se mohou často cítit pod stresem z toho, že neví, v jakém stavu přijde jejich rodič domů, více se uzavírají do sebe a snaží se situaci doma klidnit, což může způsobovat, že dítě na sebe přebírá povinnosti rodičů. V dospělosti se potýkají s nižší sebedůvěrou, mají větší potřebu potvrzení a ocenění od okolí a jsou k sobě více kritičtí než lidé, kteří vyrůstali v prostředí, kde se nekonzumoval alkohol (Preslová, 2012).

Petra také popisovala, že její otec odcházel z místnosti nebo s ní nějakou dobu nemluvil, toto chování popisovala také u své matky a bratra. *„No a s mámou ... ona často zaujímala pozici jako ... že nemluvila, ... mlčela ... a musela jsem přijít s omluvou a bylo to i v situacích, kdy jsem tomu jako dítě nerozuměla a nevěděla jsem za co se omlouvám no a s bráchou jsme na sebe občas řvali, ale celkově nás rozvod docela rozdělil... a myslím jako, že mě neměl ani trochu rád... pamatuju si jak na mě křičel ať chčípnu... jako byl asi v nějakým naštvaní, ale mě to hodně mrzelo... Mrzí mě, že rodiče tenkrát nijak nezasáhli, protože pak se mnou 3 roky nepromluvil, ani když mě potkal na ulici.“*

Pokud jedinec žije v prostředí, v kterém je běžné konflikty nedořešit, mohou tak děti pociťovat vyšší míru smutku, strachu a nejistoty, což má celkový dopad na schopnosti adaptability. Dlouhodobé pocity nejistoty mohou dítě uvrhávat do chronického stresu a mohou mít dlouhodobé pocity bezmoci, což v konečném důsledku může znamenat ohrožení vztahu mezi dítětem a rodičem a vlivem toho se může dítě potýkat s psychosomatickými potíži (Lacinová, 2010), které budu popisovat v druhé části mé praktické práce.

Simony rodiče oba využívali mlčení při konfliktech. *„No u nás to bylo vždycky takový jedovatý, jako vím, že se snad ani moc nekřičelo, ale když nějaký konflikt byl, tak máma s tátou oba mlčeli... Pamatuju si, že to ticho bylo hrozně nepříjemný.“*

S matkou, která také pasivně řešila konflikty má zkušenost i Jana. *„No... ale to se mnou ani kolikrát dveře nemluvily... mamka uplatňovala, takový to, že nemluvila... Jo to*

mě štvalo... že se třeba na dva dny zavřely dveře... no a pak se mnou nemluvila... to mě hodně štvalo... no a proto, když se s manželem chytíme, tak třeba nejdřív taky jsem nemluvila, a pak jsem nad tím přemýšlela a říkala jsem si ... to je na nic ... Mě štve, že nemluvíme, k ničemu to není, takže to chce si vyříkat a mluvit dál ...ale manžel, taky nemluví.“

Podobný komunikační styl, který měla Jana s matkou, má teď se svým manželem. „*No ale von kolikrát nemluví... takže nemluvíme oba... to je vždycky kvůli nějaký blbosti... já mu občas teda něco řeknu... a on pak přestane mluvit... anebo je všechno najednou špatně... odchází z místnosti... Tak s ním taky pak chvíli nemluví, protože on vychladne.“*

Jana si, ale během rozhovoru, kolikrát vzpomene i na chvíle, kdy jí manžel často kritizuje. „*No manželovi je úplně zbytečný něco říkat, protože on si mele furt to svoje, tak to prostě nejde... já bych mu to všechno řekla a pak to vypustím, no ale on to nevypustí... On mě pak ani neřekne co ho štve... pak všechno, akorát kritizuje a vše, co jsem udělala je špatně... já jsem dala i špatně sklenici do lednice... takže jsem hned věděla, že všechno dneska bude špatně.“*

Jany jsem se ptala, jak prožívá to, když jí manžel často kritizuje. „*No prostě si připadám, jak kdybych furt dělala něco špatně... No já se ani nedivím, že synové s ním třeba nemají úplně dobrý vztahy, ale jak už jsou teď velký, že oni už mají takový rozum, že už ho prostě takovýho berou.“*

Během rozhovoru s Janou ohledně vztahu se svým manželem mám pocit z jejich odpovědí, že si často racionalizuje věci, které jí v minulosti vadily. Nepůsobilo na mě přirozeně, jak obhajuje manželovo chování a velmi často si protiřečila a upínala se k tomu, že se lidé a jejich povahy nemohou měnit. Například v situaci, kdy jsme rozebíraly manželovo časté pití alkoholu. „*No on chodí na pivo furt... já jsem za to ráda... jediné, co mi vadí, je, že potom chrápe... nebo mu říkám, že by neměl tolik chlastat... jako když si dá jedno dvě piva, tak v pohodě, ale on toho vychlastá... to je jediné, co mě štve... anebo jako moc mluví, pak kraviny a pak jsme se většinou požrali... oni se pak začnou vytahovat takový starý věci... takže jsem se naučila, že když on jde z hospody, tak já se balím a jdu... to už jsou takový ty návyky, když člověk vidí, že už to bude stát zase za nic.“*

V první větě Jana sděluje, že je ráda, že její manžel stále chodí na pivo, ale hned ve druhé větě popisuje, že jsou věci, co jí na tom vadí. Když jsem se pak doptávala, zda by nebyla možnost otevřít toto téma s manželem odpověděla, „*Ne to von nééééé ... on je svobodomyslenej, s ním nic neudělám... no nic se nedá úplně změnit, protože každý má nějakou povahu, a to se změnit prostě nedá.“*

Jana však, také prošla velkým životním traumatem, kterému se budu věnovat v dalších kapitolách, ale ráda bych jen nastínila, že Jana v sobě s velkou pravděpodobností vede velký vnitřní konflikt a často řeší konflikty právě tím, že si na ně zvykne. Ptala jsem se Jany, jestli je něco, co jí v dětství ovlivnilo a co jí ovlivňuje do současné doby. „*No asi to, že oba rodiče umřeli a můj manžel musí prostě chlastat pivo... takže časem se člověk naučí... a teď mi to nevadí, protože já mam večer volnej... no jako za tu dobu žití jsem přišla na to, že když on prostě bude chtít umřít, tak umře, že s tím nic neudělám i kdybych chtěla... kvůli mně on nepřestane chlastat že jo, a tak mě to přestalo vadit a spíš mě rozhodí, když sedí u televize a já nemůžu koukat na to, co chci.*“

Tento komplikovaný vztah, v kterém Jana žije, je jistě velmi náročný a z jejích výpovědí mi přijde, že pocity bezmoci se snaží zakrývat určitým stylem optimismu, což pravděpodobně způsobuje častý rozpor v jejích odpovědích.

Jany syn Filip popisoval konflikty s otcem těmito slovy. „*No to byly vždycky nějaký prkotiny... co se furt opakuje je... klasika, jak začaly počítače, tak jsem seděl věčně u toho, takže... furt mi bylo říkáno, ať jdu něco dělat a já na to, že nechci... takže často konflikty kvůli tomu, že se nám nechtělo jít něco dělat a byli jsme na počítači.*“

Velmi zajímavou částí mého rozhovoru s Filipem byla část, kdy jsem se ptala na to, jaký má vztah se svým otcem. Odpověď pro něho byla velmi složitá a vnímala jsem, že se mu o tom velmi těžko mluví. „*No s tátou je to takový že... on byl... když... se s ním něco dělalo, tak vždycky po jeho... Mě to nevadilo... Když mi řekl jak... tak já to udělal, jak chtěl on... ale když potom už jsem začal mít trochu svůj vlastní rozum... Tak to úplně jako... protože to bylo jakože... on něco potřeboval udělat... nám se třeba moc nechtělo no a on to je typ člověka, co čte z výrazu... no, takže často padaly poznámky... no tak, když se chceš tvářit takhle... myslím, že jsme to takhle vnímali všichni.*“

Jelikož jsem si stále nebyla jistá, jak vnímá Filip vztah se svým otcem, položila jsem otázku znovu. „*No spíš je to takový vyrovnaný... když on něco potřebuje tak já pomůžu, když já... tak on pomůže... ale jako že bychom řešili nějaký osobní věci, tak to vůbec... S mámou je to stejný.*“

Filipa jsem se také zeptala, jak konflikty vypadaly a zda docházelo ke konstruktivnímu vysvětlení situace. „*No já nevím, jestli to jako táta nebere nebo je splachovací, ale jako táta neměl nikdy potřebu řešit něco jako navíc, takže když se něco dělalo špatně... No většinou když táta řval... tak jsem věděl, že jsem to udělal špatně nebo, že jsem to vůbec dělat neměl... takže já jsem nepotřeboval... někdy mě přišlo, že to máma rozebírá zase až moc a mě to bylo vlastně nepřijemný, že se to máma snažila rozebírat.*“

Filipův popis vztahu, který má ke svým rodičům, je podle jeho citací velmi vzdálený a chybí v něm emocionální složka. Konflikty u nich probíhaly také v podobě křiku a bez konstruktivního řešení. Zajímavou částí z předešlé citace pro mě byla poznámka, že Filip žádný klidný rozhovor o tom, co bylo pointou konfliktu nepotřeboval. Působilo to na mě tak, že čím rychleji se nějaké neshody přejdou tím lépe. Dalo by se polemizovat nad tím, zda došlo k internalizaci otcova vzorce chování, protože v odpovědi se objevuje myšlenka, že táta nikdy nic navíc řešit nepotřeboval, a tak Filip také nepotřeboval nic řešit.

S podobným přístupem jako měl Filip u otce, se setkala také Daniela u své matky. *„Myslím, že ty konflikty byly vždycky nějaké blbosti a nebylo to nikdy nic velkého... myslím, že u nás byly největší konflikty právě kvůli úklidu a taky když si máma dodělávala maturitu... a vím, že jsme měli být potichu když se učila... a když jsme byli děti, tak být ticho třeba 4 hodiny úplně nešlo a měli jsme být zavření v jedné místnosti... jako já a brácha... no a během těch situací máma vždycky hrozně rychle vylítla.“*

Daniela zmiňovala, že často měla konflikty s matkou. V citacích výše se zmiňovala i o fyzických trestech, které dostávala ze strany matky. *„Nooo... já si nepamatuju, že by mě táta kdy fláknul, ale máma, ta nás řezala mnohem víc... no, a to mě jako vadilo, že neuměla ty situace v klidu řešit... a to byl jakýkoliv konflikt, tak hned řvala, a tak.“*

Komunikační styly a využívané strategie pro řešení konfliktů jsou u všech respondentů neadekvátní. Zmíněný křik, verbální agrese, fyzická agrese, mlčení a odcházení z místností nebo pouhé přehlížení a ignorování konfliktů je ohrožující pro psychické i fyzické zdraví jedince. Děti vyrůstající v prostředí, kde častěji dochází k psychickému napětí a neřešení konfliktů, mají tendenci k častějšímu somatizačnímu chování (Lacinová, 2010).

5.2 Stres, trauma a somatizace

V této kapitole se pokusím interpretovat příběhy každého respondenta zvlášť. Zaměřuji se na situace, které pro respondenty byly emočně i fyzicky náročné a snažím se v nich nalézt souvislosti a možné dopady, které mohly mít na jejich duševní i fyzické zdraví.

5.2.1 Klára

Kláře je v současné chvíli 50 let. Žije s partnerem a vychovala dvě děti. Její dětství, jak bylo popsáno v předešlých kapitolách, bylo přísné a byla ze strany otce omezována a tlačena do vzdělání. Komunikace v rodině nebyla otevřená pro řešení citlivých témat. V rodině nebylo běžné, že by vzniklé konflikty byly řešeny konstruktivně. Vztahy v rodině byly narušené na straně Kláry a otce.

S matkou měla lepší vztah než s otcem, ale stejně mezi nimi nebyla blízkost. „S mamkou jsem si měla asi víc, co říct, ale stejně si nepamatuju, že bych se jí nějak moc svěřovala s tím, co jsem prožívala a dělala. Já to spíš říkala kamarádce, protože tam jsem měla jakoby lepší důvěru.“

Vztah mezi jejími rodiči byl funkční, ale podle Kláry často docházelo k hádkám. „No pamatuju si, že často měla máma s tátou dohady o tom, že hodně pracuje... Jako občasné nás táta bral někam na výlety, ale že bychom s ním trávily nějak víc času, to se říct nedá no.“ Konflikty u Kláry v rodině nebyly řešeny a často docházelo k vyhýbavému chování, které se Klára naučila také využívat.

Během dětství Klára trpěla častými záněty průdušek a kašlí. „Jako malá jsem měla každou chvíli záněty průdušek... to jsem měla snad od školky... na to jsem trpěla hodně, lepší to bylo asi až v dospělosti.“

Psychosociální stres, který na Kláru působil prostřednictvím hádek rodičů a časté nekomunikace a nesdílení pocitů uvnitř rodiny, mohl vést k oslabení imunitního systému, což mohlo zvyšovat náchylnost k infekcím dýchacích cest (Drummond a Hewson-Bowe, 1997).

Klára měla v dětství také časté potíže s ekzémy, které se jí zlepšily až v rané dospělosti. „Problémy s ekzémy jsem měla ještě na gymplu, vím úplně přesně, že se mi to zhoršovalo se stresem a s počasím... No a když vymizely ekzémy začala mě hrozně bolestivá menstruace, ale teda ta mě držela ještě před pár lety.“

Ekzém a stres jsou v odborné literatuře velmi často spojovány a je prokázáno, že stres může v jedincích vyvolat ekzematickou reakci. Studie také prokázaly, že dívky v raném

dětství s kožními alergiemi byly v budoucím životě vystaveny většímu riziku duševních poruch (Parent, 2025).

Klára měla během svého života velký tlak na výkon, který z velké části vytvářel její otec a Klára si postupem času tento tlak zvnitřnila a propisoval se do nároků, které na sebe kladla sama Klára. Hlavně v oblasti vzdělání a rodinné péče.

„No on táta chtěl, abych se hodně učila, nooo... To bylo hrozný, on chtěl, aby ze mě byla doktorka. Já už bych ted' do toho teda nešla, ted' bych si vybrala úplně něco jiného... ale teda to byl na mě tenkrát hodně našťavaněj, když jsem se nedostala na medicínu.“

Klára se po vystudování gymnázia rozhodla, že půjde studovat zdravotní obor a šla na nástavbu, kam musela každý den dojíždět, toto období se na Kláře podepsalo jak psychicky, tak zdravotně. *„No a tam to bylo dobrý, bavily mě předměty, ale na praxích jsem byla často úplně vyřízená, protože tam byly odborný učitelky, který byly úplně blázni. Některý byly normální, ale některý ne... Měly divný přístup...tyranizovaly... Já tam nechodila, měla jsem hodně zameškaných hodin a byla jsem často nemocná z toho cestování. Měla jsem záněty močáku, protože to bylo hrozný dennodenně jezdit 6 hodin na cestách. Vstávala jsem kolikrát ve 3 hodiny a přijížděla domů večer a často jsem byla nemocná a trochu jsem se taky vyhýbala, ale hlídala jsem si splněný počet hodin, abych nemusela dělat srovnávčky. Ale pokud jsem nemusela, tak jsem tam nešla.“* Během celého studijního období Kláru trápila únava a časté záněty močáku, které dává do souvislosti s prožívaným stresem z cestování a ze studia. Ten, jak z výpovědi vyplývá, mohl hrát roli ve vzniku těchto potíží, protože stres může způsobit určitou disfunkci močových cest, které jsou pak náchylnější k infekci (Smith a Johnson, 2017, Šimizu a kol., 2021).

V tu dobu již byla Klára vdaná a po úspěšné druhé maturitě nechtěla zůstat u středoškolské odbornosti a rozhodla se studovat vysokou školu dálkově. A v průběhu studia otěhotněla. Toto rozhodnutí však neschvaloval její manžel a jeho strana rodiny. *“Když jsem mu řekla, že jdu na vysokou, tak jeho rodina se mi trochu vysmívala, ale potom mě vlastně pak i hlídali syna... jeden den byl u rodičů od manžela jeden u mých... Nebyli z toho ale nadšený, neměli pro to ani trochu pochopení.“*

Studium pro ni bylo velmi náročné, protože manžel se do chodu domácnosti a do péče o syna nezapojoval. *„On v podstatě nebyl ničím omezovaný, protože já jsem všechno doma dělala, jako kdybych do školy nechodila a když byl syn u jeho rodičů, tak tam se o něj postarala jeho máma... a pro něj ta zátěž nebyla taková... Hodně spíš pomáhali lidi kolem... on spíš jen vozil dítě... V tu dobu u nás bylo takový divný napětí... měla jsem pocit, že mě manžel jakoby dusí... ale aspoň někdy pohlídal syna... Ale celkově to období*

jsem ani nespala, protože syn vůbec nespál, on mi chodil po papírech a čmáral mi potom.“ Klára si během tohoto období velmi stěžovala na bolesti kloubů a únavu, která jí provází do současné chvíle.

Klára během života prožila další velmi náročné období, když se rozhodla odejít od svého manžela. *„Já jsem to vlastně prožila, mám pocit dvakrát. Jednou když jsem se s dětmi rozhodla odstěhovat a pak za 4 roky znovu, když jsem se už chtěla nechat oficiálně rozvést.“* Ptala jsem se Kláry, zda jí provázely během tohoto období nějaké zdravotní potíže. *„To jo... já měla v to období obrovské křeče do břicha... občas to bylo tak hrozný, že se děti o mě bály a chtěly mi volat záchranku, a to se dělo opakovaně, ale vím, že to bylo i tím, že jsem byla naprosto permanentně sevřená, všechny svaly, hlavně na břiše, jak kdybych byla furt v napětí.“*

Psychosociální stres může být spouštěčem bolestí břicha, které jsou také spojené s vyšší úrovní deprese a úzkosti (Halder a kol., 2002).

V odborné literatuře lze nalézt také souvislosti mezi prožíváním chronického stresu a snížení mechanické citlivosti svalových nociceptorů, což znamená, že nervové zakončení reaguje na menší podněty. Ve studii byla zaznamenána zvýšená spontánní aktivita nociceptorů při vystavení stresu. Tyto změny v nociceptorech tak vysvětlují zvýšenou citlivost na bolest a bolesti ve svalecth při stresujících situacích (Chen a kol., 2011).

Klára také zmiňovala, že má celý život potíže s tím, že jí je často zima, když se cítí v napětí, stěžuje si také na velkou únavu a na sevřený žaludek. *„Často mam taky bolesti zad a cítím se hrozně unavená... To mam i když ráno vstanu, málo kdy mam pocit odpočinku... Unavená jsem už od probuzení, neděje se mi, že bych byla dobře odpočatá, když ten pocit mám, tak mě ani nic nebolí, hodně bolesti souvisí u mě s tou únavou... Protože když mě bolí hodně záda a mam pak třeba dva dny volno a můžu se vyspat, tak mě ty záda přestanou bolet.“* Ptala jsem se Kláry, s čím si myslí, že by to u ní mohlo souviset. *„Myslím si, že to je stres, že jsem furt vjednom kole a ted' momentálně mám nervy z mojí mámy, o kterou se starám, a hlavně se to podepisuje na tom, že nemám klid na práci a jsem furt nervózní a permanentně mam stažený žaludek.“*

Ze studií, které zkoumaly únavu a stres vyplývá, že existuje vzájemné ovlivnění. Může tak docházet k tomu, že dlouhotrvající stresové situace mohou vést k únavě a vyčerpání, ale také přetrvávající únava může zvyšovat úroveň pocíťovaného stresu. Únava může mít také dopady na kognitivní a emocionální oblast a může tak zapříčiňovat zvýšenou citlivost na stresory (Vrijkotte a Doornen, 2016).

Klára zdravotní stav by také mohl poukazovat na syndrom vyhoření, u kterého se často objevují symptomy jako bolesti kloubů, bolesti zad, končetin, potíže se spánkem, pocit hluboké a dlouhotrvající únavy a bolesti břicha. Syndrom vyhoření nemusí být spojován pouze s pracovní sférou, ale může se jednat o reakci na celoživotní zátěž (Hammarström a kol., 2023).

Klára popisuje, že jí spoustu věcí dokáže během dne vystresovat a rozhodit. *„Hrozně mě dokáže vystresovat, když máma během dne nic nevypije, z toho jsem vždycky úplně hotová, nebo když si nevezme léky i když jí to všechno připravím... Nebo když mi nebere telefon, hned mě napadají hrozný scénáře a jsem hrozně nervózní.“*

Ptala jsem se Kláry, jak v takových situacích pracuje se vzniklým stresem. *„No jako, když jsem třeba v práci, tak si žádný projevy dovolit nemůžu, tam nikdo nic nemůže poznat... no ale s tím se ani nic dělat nedá... většinou musím počkat, než se to nějak časem urovná.“* Klára však vykazuje pasivní schopnost práce se stresem, který jí každodenně zasahuje do života a pracovní sféry. *„No a někdy se snažím vyřešit tu situaci, nějak ji zlepšit... musím jenom čekat... ale je to prostě na prd, než se situace vyřeší.“*

Se zatěžující situací se často doma nesusvěruje, hodně věcí si nechává pro sebe a má také potíže s žádáním ostatních členů o pomoc. Podle odpovědí, které mi Klára dávala, ve mně vzbuzuje pocit, že v rodině nemá možnost se dostatečně projevit a poprosit o pomoc.

Celá péče o její matku je pouze na Kláře, proto jsem se ptala, zda přemýšlela o terénních sociálních službách. *„Taky jsem přemýšlela, jenže tady to úplně neřeší to riziko pádů... No já nevím... uvidím... já o tom taky uvažuji... kdyby to už jinak nešlo... ale když by měla dennodenně někoho čekat, tak je to taky pro ni náročný a myslím si, že by jí to každý den ani nebavilo.“* V této části mi však přijde, že si Klára racionalizuje své chování. Konkrétně v části, kde popisuje, že terénní služby neřeší riziko pádů a že by její matku nebavilo každý den někoho očekávat. Tato část by mohla poukazovat na to, že pro Kláru by mohlo být i velmi náročné přijmout pomoc, zvláště pokud je celý život zvyklá spoléhat se sama na sebe. A péči od dalších členů nebo od profesionálů by mohla vnímat jako selhání, protože zatím během života musela vždy spoléhat pouze sama na sebe i v situacích, kdy pečovala o své děti.

Klára příběh je propleten velmi stresujícími událostmi, jakými byla otcova přísná výchova a jeho tlak na výkon. Tlak, který si Klára zvnitřnila, útek od otce do manželství, rozpad a rozvod manželství, péče o děti a péče o svou stárnoucí matku.

5.2.2 Václav

Václavovi je 25 let, v současné chvíli žije s přítelkyní, ale vyrůstal v rodině s dalšími dvěma sourozenci. Jak bylo zřetelné z výše popsaných citací, Václav žije v rodinném prostředí, které není otevřené sdílení pocitů a během soužití s rodinou Václav nepociťoval možnost otevřené komunikace, občasně se s něčím svěřil své matce, ale u ní opakovaně narážel na bagatelizaci jeho pocitů a na nepochopení. S otcem Václav neřešil žádné citlivé informace. Konflikty v rodině byly často řešeny otcovým křikem, s matkou byly konflikty řešeny také křikem nebo mlčením, nedocházelo ke konstruktivnímu vysvětlení a často se konflikty po několika dnech dusné atmosféry přecházely. Václav však vnímal, že měly negativní dopady na vztahy mezi ním a rodiči.

Během dětství se Václav potýkal s enurézou. „*No normálně já si myslím, že jsem byl relativně zdravější... ona to máma připisovala doplňkům stravy, který jsme brali už od dětství... akorát jsem se asi do 9 let pomočoval a vzpomínám si, že mi doktor říkal, že musím trénovat svěrač.*“ Ptala jsem se Václava, jak si své potíže vysvětloval a zda za nimi vidí nějakou souvislost v situacích, kdy se tyto obtíže objevovaly. „*No a ve třetí třídě to mohlo být ještě dost častý a od té třetí třídy to mohlo být víc nárazový... myslím si, že to mohlo být sourozenci... oni odjeli pryč z domů a já jsem se cítil docela sám... neměl jsem moc kamarády... takže jsem hodně nesl špatně když odjeli... a taky to mohlo mít spojitost s tou mojí stydlivostí...a se vztahama v rodině.*“

Noční enuréza je sice běžnou dětskou poruchou, u které je vyšší pravděpodobnost výskytu u chlapců než u dívek, ale jedná se také o poruchu, která může být zapříčiněna psychologickými faktory. Byla zjištěna souvislost mezi častým prožíváním chronického stresu vycházejícího z rodinného prostředí a vyšším rizikem enurézy (Joinson a kol., 2016).

Během jeho dospívání byl čím dál, tím častěji nemocný a častěji zůstával ze školy doma. „*No v 8-9 třídě jsem byl už určitě častěji nemocný...Joo a často, když jsem byl na fotbale na zápase, tak já jsem tam byl často nervozní a pod stresem a tam jsem měl hodně bolesti u srdíčka... to jsem si myslel tenkrát, ale teď si myslím, že to mohly být spíš zádový bolesti myslím, že to šlo spíš od zad.... Někde vzadu v plicích... jo a pak jsem taky měl hroznou dobu potíže s tím, že jsem na střední měl knedlík v krku, ani doktoři nic nenašli, ale vždycky při polykání jsem to cítil.*“

Co se týká pocitu „knedlíku v krku“, pokud se nenajde nějaká organická příčina, mělo by se na ni nahlížet z psychologického hlediska, protože příčinou může být neléčená nebo

nediagnostikovaná úzkost a léčba úzkosti tak může pomoci při řešení těchto potíží (Thejas a kol., 2023).

Během tohoto období se Václav také potýkal s potížemi ve vrstevnické sféře, kde měl potíže se začleněním. „*Měl jsem takový blbý období, že jsem se tak vyčleňoval... hodně jsem to pociťoval na výletech... kde se tvořily vždycky skupinky a já už jsem se pak přestal snažit si někoho udržovat... a prostě jsem tak nějak zůstal sám.*“ Václav však i během rozhovoru, kde jsme se bavili o jeho rodině zmiňoval, že měl často pocit, že ani v rodině nezapadá. „*No já jsem nejmladší ze sourozenců a jsme od sebe docela věkem daleko no, a tak nějak jsem nikdy neměl pocit, že bych si s někým v rodině byl blízký... s tátou jsem neměl asi žádný vztah... S mámou jsme si byli víc bližší... já jsem se svěřoval s nějakýma věcmi, ale neříkal jsem jí teda všechno... a pak to v pubertě šlo do háje.*“

Václav zmiňoval, že mu blízké vztahy s vrstevníky chyběly. „*Nikdy jsem neměl pocit, že bych byl na někoho napojený... jako na úrovni nejlepšího kamaráda... a to jsem vlastně chtěl a hrozně mi to chybělo.*“

Václav popisoval, že se s vrstevníky na střední škole zkoušel sblížit a zkoušel popírat stres, který v něm při komunikaci s ostatními vzniká, ale všechny pokusy skončily selháním. „*No na konci prvního ročníku jsem přestoupil jinam... a hrozně jsem si představoval, že ten přestup vyřeší ten můj problém... a že budu mít nový start a můžu vyměnit tu osobnost, a tak a bylo to o něco lepší a trochu jsem byl přístupnější... a hrozně jsem se hajpoval, že se budu bavit s těma lidma, ale nikdy to nešlo a vždycky jsem hodně znervózněl... a nešel mi udělat žádný tah.*“ Opakované selhávání jistě snižovalo Václavovo sebevědomí, přijde mi důležité v této části také zmínit, že Václav měl časté pocity selhání i během toho, když trávil čas se svým otcem během rekonstrukce domu. Také zmiňoval, že o svých problémech se nesvěřil doma, z toho důvodu, že by ukázal slabost a selhání, což pravděpodobně nechtěl přiznávat před otcem, kterého bral jako autoritu.

Opakovaně zažívané neúspěchy při začlenění však Václava dotlačily k pokusu o sebevraždu. „*A pak ve druháku toho na mě bylo už opravdu hodně a tam jsem se pokusil o sebevraždu a tam no bylo... ale bylo zajímavé, že jsem neměl pocit, že toho bylo nějak hrozně moc ale myslím si, že s tím souviselo to, že jsem se hrozně snažil včlenit, ale stejně to nešlo a měl jsem pocit, že už je to ztracený... a znova se stávaly ty těžký situace jako v prváku a nezvládal jsem se začlenit... a už jsem si říkal že jsem prostě marnej případ... a že už to prostě vzdávám... a že to pošlu směrem dolu... no a po tom pokusu už jsem jel v takovém režimu, že nemám co ztratit a zabít se můžu vždycky.*“ Důležité je zmínit, že

Václav na tento velký tlak byl po celou dobu sám a nikomu o svých pocitech neřekl, v tu dobu byla jeho imunita často oslabená a on zůstával doma.

„Tak trpěl jsem často na chřipky a teploty, nachlazení a rýma, to už bylo od střední školy... trochu migrény... ty byly taky hodně na střední... No a na střední škole se mi táhla angina přes celý rok, hodně se i u nás doma řešilo, že jsem byl často nemocnej, protože jsem taky hodně zameškal.“ Václav popisoval, že často mu sloužily nemoci jako určitý styl vyhnutí se nějaké nepříjemné povinnosti ve škole, konkrétně mluvil o skupinových pracích, které v něm vzbuzovaly úzkosti.

„Noooo právě to byl můj úkol, vyhnout se skupinovým pracím a tam i takticky začaly vznikat ty nemoci... a byl jsem často před těmi stresujícími věcmi... No tak tam byla vždycky angína, ale tu angínu jsem vždycky měl, nevymýšlel jsem si ji.“

Důležitým faktorem, který mohl hrát při vzniku Václavových nachlazení a angín, tak byla skutečnost, že Václav předtím, než začal chodit na individuální terapii, neměl naučený žádný zvládací mechanismus, který by při stresových situacích používal, což je pochopitelné, když zmiňoval, že se v jeho rodině o stresu nikdy nemluvalo.

„V minulosti jsem to jako... nic s tím nedělal... snažil jsem se to nějak přežít... a... byl jsem z toho paralizovanej... A potom jsem na terapii začal s prodýcháváním a přesvědčováním sám sebe... a teď... No poslední dobou... si to potřebuju nějak víc objasnit... Snažím se ty situace víc prozkoumávat a zjišťovat... proč mě to stresuje a jestli je nutný, aby mě to stresovalo.“

Zmiňoval také, že tehdy potřeboval mít pocit, že se nemusí spoléhat jen sám na sebe a chtěl, aby rodiče zakročili a přišli mu pomoci situaci vyřešit, i když je v jeho odpovědi vidět nedůvěra k jeho rodičům. *„Pomohlo by mi určitě kdybychom měli ten vztah a já se to nebál říct a abychom se pochopili... aby byla nějaká možnost jí to říct a nějak to vyřešit ... ani předtím ani teď nemám pocit, že by oni zvolili... já jim nevěřím, že by přišli s nějakým řešením... Já bych od nich potřeboval vidět, že by to vzali do ruky a za mě to vyřešili... Potřeboval jsem prostě někoho zodpovědného, kdo to vyřeší... mít tam pocit že tam někdo je.“*

5.2.3 Petra

Petře je 21 let v současné chvíli žije s partnerem, vyrůstala v rozvedené rodině, kde procházela skrz volnou výchovu. Petra měla možnost sdílet své potřeby a pocity, ale často se potýkala s tím, že rodina její potřeby nerespektovala. Konflikty byly často pasivně řešeny skrz přehlížení, mlčení ze strany rodičů nebo odcházení z místnosti. Petra vnímala ve svém rodinném prostředí spoustu tabu témat, v kterých se neuměla orientovat.

V dětství se Petra potýkala s dýchacími potíži. *„Vím, že už jako mimino jsem měla hrozný potíže s tím, že jsem se dusila a měla jsem takový ten štěkavý kašel... a často jsem s tím byla v nemocnici... Pak jsem asi určitě byla dost běžně nachlazená a ty nemoce trvaly dost dlouho... hodně opakovaný bylo ale to dušení, a to vymizelo asi, ale až kolem toho 10 roku... a mam pocit, že jsem měla i astma... a měla jsem hodně alergie.“*

Své potíže si Petra vysvětluje jako následky složité rodinné situace během soužití společně s otcem. *„No tak, když jsem byla malá, tak se kvůli tomu vyhodila i postel, protože si mysleli, že by v ní mohli být roztoči, ale teď po tom, co mam za sebou terapii bych to fakt dala do spojitosti s tím, že se trochu zlepšila atmosféra doma, protože jsme se s mámou odstěhovaly... ale zase si pamatuju, že jsem pak měla období, kdy mě brutálně bolelo břicho... já jsem jako kolikrát byla na pohotovosti s břichem... a to bylo kolem rozchodu mámy s tátou.“*

Studie zabývající se touto problematikou naznačují, že psychické a emocionální faktory v rodinném prostředí mohou ovlivnit vznik a průběh astmatického onemocnění. Studie však často směřují pozornost na rodiče. U dětí byla zjištěna vyšší úzkostnost a u matek dětí byla nalezena vyšší separační úzkost (Ferraro a kol. 2024), přičemž klíčovým rizikovým faktorem, které mohou při rozvoji astmatu u dítěte hrát, jsou depresivní nebo úzkostné symptomy u matky během těhotenství, které jsou spojovány s možným rozvojem astmatu (van Meel a kol., 2020).

Nefunkční vztah rodičů a jejich následný rozvod měl určitě na Petru dopady, které mohla skrz bolesti břicha dávat takto najevo. Ze studie zabývající se touto oblastí vyplývá, že rodinné prostředí a konflikty mohou způsobovat opakující se bolesti břicha (Balakrishnan a kol., 2025).

Rozchod rodičů, ale nemusel být jediná stresující událost, co Petra v tomto období ve vztahu s rodiči zažívala. Je důležité zmínit, že Petra se často během víkendů, kdy jezdila k otci vyrovnávala také s jeho konzumací alkoholu. *„Táta ten pije a pije od mého dětství... nebo jako prostě on pil pořád, i kouří... ale myslím, že pije až do teď a pokaždé, když jsem byla u něj na víkend nebo na návštěvě, tak jsem ho viděla pít.“*

Nejednalo se však o přiměřenou konzumaci alkoholu, protože docházelo i k situacím, kdy Petra ve svých 7 letech musela svého otce i ukládat do postele. „*Já ani nevím kolikrát se to stalo, ale pamatuju si, že kolikrát usnul v sedě na kraji postele a já jsem měla strach, aby z ní během noci nespádl, tak jsem se ho snažila jakoby položit do postele... no a bylo mi z toho vždycky hrozně špatně... Já jsem za ním pak nechtěla jezdit a máma mě ani nenutila naštěstí.*“

V dospívání už žila jen s matkou a její zdravotní potíže se proměnily v časté chřipky a duševní potíže. Měla potíže se svým vzhledem a prošla si obdobím, kdy nejedla a snažila se zhubnout. „*Začaly mi problémy s tím vzhledem... a okolo 15 let jsem hubla, cvičila a nejedla... byla jsem se sebou hodně nespokojená, ale tlustá jsem nebyla, když se na to zpětně podívám... ale hodně jsem si to tenkrát říkala... No ty potíže s tím vzhledem trvají do teď. Myslím, že kvůli tomu, že se to neřešilo tenkrát, tak to ve mně furt žije.*“

K řešení těchto potíží došlo mezi Petrou a její matkou pouze jednou, a to ve formě hádky. „*Když na to máma přišla... tak mezi námi propukla hádka a vyřešila to tím, že mi dala ultimátum, že musím začít jíst do určitého data a když ne, tak mě odveze do nemocnice, a to bylo poprvé a na posled, kdy jsme o tom mluvily.*“

Podle Trapkové a Chvály (2017) mohou mít poruchy příjmu potravy souvislost s narušenou separací mezi matkou a dcerou a Petra se svou matkou měla velmi blízký vztah, který se stal ještě bližším, když došlo k rozvodu mezi jejími rodiči. „*S mamkou jsem měla jako celý život hodně dobrý vztah byl to takový někdy i kamarádský, protože já jsem moc kamarádů během dospívání a tak, neměla, tak máma byla taková kámoška... no a celkově si myslím, že jak jsme žily jen spolu, tak jsme na sebe byly docela navázaný.*“

Vztah mezi Petrou a její matkou byl sice blízký, ale když se Petra zamýšlela nad tím, jak reagovala na její duševní potíže, s kterými se potýkala během dospívání, nerozuměla tomu, že často její matka neuměla zakročit. „*Máma měla tyhle věci naprosto naučený, skoro vůbec nespala, protože hlídala, jestli se mi neudělalo hůř, když jsem byla malá a vždycky mi hrozně pomohla, ale když jsem měla nějaký ty psychický potíže, jako třeba na základce šikana, a to že jsem špatně nesla rozvod anebo na střední jsem měla takový depresivní stavy, tak tam ta pomoc nepřicházela, tak jak bych potřebovala.*“

Zakročit musela však až Petra, když už na sobě cítila neúnosný tlak. „*Stávalo se mi, že jsem měla opravdu záchvaty pláče a tam pomoc nikdy nepřišla... a tak nějak jsme se furt divili tomu, že mi je furt opakovaně špatně no a... pak jsem přišla já s řešením a bylo to moje rozhodnutí, že chci k psychologovi, protože už jsem byla fakt na pokraji.*“

Petra zmiňuje, že se často během dospívání cítila sama na opakující se prožívané rodinné situace *“Máma měla hodně potíže se svým novým partnerem a zase tam vznikalo nějaký dusno, a jak jsme si s mámou byly blízké, tak jsem o všem věděla a byla z toho asi taky v háji nebo nevím, bylo to furt dokola... myslím, že mi tam v tu dobu chybělo nějaký pochopení a byla jsem tenkrát hodně sama a neměla jsem nikoho, kdo by to se mnou byl otevřený řešit... nebo kdo by si toho všiml a pomohl mi z toho.”*

Ani v případě Petry a její rodiny nedocházelo k tomu, že by se stresující situace snažili zvládat skrz nějaký mechanismus, ale docházelo k pasivním způsobům řešení. *„Dřív jsem se stresem a úzkostí neuměla vůbec pracovat a byla jsem tím stresem naprosto zablokovaná. Jediný, co jsem zvládla, tak jsem se trásla a plakala... Měla jsem taky potíže s výbuchy hněvu, teda to mam ještě občas i teď, ale už to není ani omylem tak častý.”*

Petra vidí velké zlepšení v tom, že začala během dospívání chodit na terapii a nyní se jí vrací jen občasné výčitky svědomí z jídla a chřipky během zkouškového. *„Asi nejvíc akutní z těch mých potíží, tak pokud to nejsou nějaký klasický chřipky, který mě vždycky přes zimu a celkově třeba přes zkouškový provází, tak mívám ještě občas výčitky kvůli jídlu... ale to je oproti tomu, co bylo dřív nic... hrozně mi pomohla terapie... a takový to, že jsem pochopila, co se mi děje.”*

Stres, který Petra zažívá během zkouškového období může vest k imunitní disregulaci. S nedostatkem odpočinku a oslabenou imunitou pak mohou vznikat nachlazení častěji u studentů ve zkouškovém období (Turner a kol., 2020).

5.2.4 Filip

Filipovi je 35 let, žije v současné chvíli sám, jeho matkou je Jana, vyrůstal s rodiči a dvěma bratry. Filip prošel skrz volnou výchovu, kde nebyly pevně stanoveny žádné pravidla a hranice. Komunikace v jeho rodině je omezená pouze na neniterné sdílení záležitostí. Se svými emocemi se nerad svěřuje a dělá mu potíže otevřít se jak ve vztazích v rodině, tak ve vztazích i mimo rodinu. Pociťuje na sobě, že v rodině byla tabuizovaná sexualita a vztahová témata. Konflikty, které v rodině zažíval byly často řešeny otcovým křikem anebo přílišným řešením ze strany matky.

Filip se v dětství potýkal s častými chřipkami a potížemi v kolektivu. *„V dětství to bylo ještě dobrý si myslím... ale je pravda, že jsem býval často doma s chřipkami, který byly takový vleklý... a taky vím, že jsem byl doma rád... já to ve škole neměl celkově moc rád, protože jsem často byl tak jako mimo skupinu a necítil jsem se tam dobře.”*

Stejně jak Klára, trpěl Filip chřipkami, které mohly být s prožívaným stresem spojeny prostřednictvím nižší slizniční imunity (Drummond a Hewson-Bower, 1997).

V dospívání se k častým chřipkám přidaly i další zdravotní obtíže. *„Začala mi alergie a s tou alergií jsem měl skoro celoročně rýmu a tý se nemůžu zbavit do teď... řekl bych, že mám chronickou rýmu... prostě to je furt... teče mi z nosu a v krku taky mám pocit, jakože je tam nějaký knedlík a musím furt pokašlávat.“*

V souvislosti s Filipovou častou nemocností jsem se doptávala, jak přistupovala jeho rodina k opakovaným nemocem. *„No táta měl vždycky poznámky, že jako... no říkal třeba... Ty už jsi zase nemocnej... no a nevěřil mi.“*

V oblasti alergií, existuje množství studií, které potvrdily vztah alergií a zvýšeného psychosociálního stresu. Fyziologický chronický stres spouští centrální nervový systém a imunitní systém, což může vyvolat reakci, která vyústí v alergické onemocnění (Lee a kol., 2012). Další studie v této oblasti, také přišla se závěrem, že psychický stres má vztah mezi dlouhotrvajícími alergickou rýmou a pokud dochází ke kontrolování stresu antidepresivy a alergie antihistaminiky, dochází ke zlepšení stavu (El Hennawi a kol., 2015).

Stejně jako Václav, i Filip má opakované potíže s „pocitem knedlíku v krku“, i v jeho případech by se dalo uvažovat o neléčené úzkosti jako o příčině tohoto pocitu (Thejas a kol., 2023).

V současné době ho trápí dlouhotrvající zvýšené teploty *„Teďka za poslední dva roky jsem... se mi často stávalo, že... Já jsem nikdy neměl průběh chřipky nebo nachlazení, že bych měl teplotu 38–39 a že by mě to za dva dny pustilo... Já jsem měl třeba hroznou dobou, třeba tři týdny 37 a to je takový, že jsem nevěděl, co s tím mám dělat... bylo mi slabo v nohách a odpoledne mě bolela hlava, byl jsem hrozně unavenější, a to se mi často opakuje.“*

Role dlouhotrvající zvýšené tělesné teploty může souviset s psychogenní horečkou, která se může objevit během chronického stresu. Pokud je jedinec vystaven akutnímu stresu, může se jeho teplota prudce zvednout, pokud ale dochází k opakovanému vystavování stresorům, může být teplota dlouhodobě zvýšená (Oka, 2015).

Filip byl s těmito potížemi opakovaně u své obvodní lékařky, která mu naznačila, že by se mohlo jednat o psychosomatickou záležitost, ale nedošlo k edukaci ani k vysvětlení situace a dostal předepsaná antidepresiva. *„Minulý rok jsem u ní byl s takovou dlouhou únavou a těmi teplotami a ona mi na to dala Cipralex a řekla, že k ní chodí pacienti, kteří se před zimou necítí dobře a potřebují nějakou podporu, to bylo vše, co mi k tomu řekla.“*

V oblasti sociální a psychické se Filip často potýká s pocity samoty a s izolací, i když otevřeně neříkal, že ho tato oblast trápí, tak z odpovědí, které mám k dispozici mám určitý pocit, že ho nedostatek sociálních kontaktů tíží. Jeho unikem byl od dětství fotbal, kde měl možnost být s ostatními vrstevníky a často na něho chodil i nemocný.

Potíže se vztahy měl již od dětství a v současné chvíli se setkává pouze s kolegy v práci, na víkendy jezdí zpět za rodiči a okruh přátel kolem sebe nemá. *„Jako občas se bavím s jedním člověkem jemu je šedesát ale... Ale jako, že bych se mu svěřoval, tak to taky ne... já si většinu věcí nechávám pro sebe.“* A když jsem položila přímou otázku, zda je takto spokojený odpověděl, že neví, co by mu mělo chybět, když nezažil nic jiného. *„No já si to jinak představit nedokážu, takže já jsem takhle asi spokojený... No, protože jsem to jinak nezažil, tak nevím, po čem se mi má stýskat.“* Což ve mně vzbuzovalo pocit, že spokojený v této oblasti není.

Na základní škole si procházel šikanou, s kterou se doma ani ve škole nesvěřil. *„Přetrpěl jsem to nějak... no přetrpěl jsem to nějak... jako chodil jsem tam normálně... Bylo tam nějaké období, kdy jsme se nepohodli se spolužákama... tak se mi tam potom, třeba nechtělo no, a protože byli blbí, tak jsem se musel omlouvat já... No a přišlo mi, že už to hraničilo trochu se šikanou, furt se mi smáli za něco a měli poznámky pokaždý, když jsem něco řekl.“* Během konverzace o tomto tématu měl Filip slzy v očích.

Filip si svou neotevřenost ke sdílení a svěřování se, vysvětluje právě touto situací, kterou prožil ve vyšších ročnících základní školy. *„Myslím si, že... mi to udělala ta základka, protože vlastně já jsem s tím klukem, s kterým jsem se nepohodl, tak jsem s ním seděl v lavici třeba od 6 třídy a v osmičce se mu něco nelíbilo, co jsem udělal, takže mi to potom dával všechno sežrat a za to, co jsem udělal jsem se musel omluvit.“* Filipa situace ranila a zrada od spolužáka, se kterým seděl ve škole v lavici, by mohla přispět k jeho uzavřenosti, ale já vidím větší souvislost právě s uzavřeností celé rodiny v oblasti sdílení. Pokud byl Filip vychovávaný v prostředí, kde se stereotypně nahlíží na sdílení pocitů, jako na dívčí záležitost, mohl si tento vzorec chování zvnitřnit (Papini a kol., 1990).

Střední školu prožíval Filip také ve větší izolaci než ostatní jeho vrstevníci. *„Noo tam to bylo všechno takový povrchový... jako nikdy jsem tam nezažil, že bychom se scházeli s lidmi tam... jako ostatní ze třídy... nikdy jsem neměl nějakého nejlepšího kamaráda tam.“*

Po střední škole šel Filip na vysokou školu, kde prožil podle něho své nejnáročnější období. Ze školy byl vyhozen, kvůli nedostatku kreditů, které ztrácel na předmětech. *„No já, když jsem nějaký předmět neudělal, tak jsem si ho mohl znovu zapsat, ale nevěděl jsem*

to, takže jsem to ani nezkusil a nikde jsem se na to neptal... takže mi ubejvaly předměty ... no a prostě už mi to nějak nešlo a nechtělo se mi chodit na přednášky.“

Během období na vysoké prožíval období, kdy nerad chodil ven z pokoje, což by mohlo naznačovat, že využíval vyhýbavé chování, mohlo se jednat o předměty, v kterých si není jistý, což u něho vzbuzovalo diskomfort, s kterým se neuměl vypořádávat, a tak unikál skrz počítač do jeho komfortní zóny.

„Jsem byl takovej neprůbojnej... a taky tomu přidalo to, že se mi nechtělo vycházet ven... No, když to takhle řeknu, tak jsem asi závislej na počítači... no a bylo to takový komfortní a nemusel jsem nikam prostě jít... možná kdybych byl na kolejích v nějakým režimu tak by to bylo lepší, ale já jsem byl na intru... Na koleje jsem nešel, protože bylo jednodušší díky střední, nemusel jsem se stěhovat a podávat nějaký žádosti.“

Filipovo zůstávání v komfortní zóně, by mohlo být nesprávně interpretováno jako pasivita nebo nedostatek iniciativy, ale podle jeho dalších odpovědí jsem nabyla spíše dojmu, že si se spoustou věcí nevěděl rady a kvůli svému nezačlenění neměl možnost se poradit, jak situace řešit.

Podobné pocity zažíval v období, kdy se vrátil zpět k rodičům. Toto období také definoval jako jedno z nejnáročnějších. Byl rok na pracovním úřadu a dotlačen k hledání práce byl až rodiči. Filip často narážel na situace, které nevěděl, jak vyřešit a pomoc nepřicházela ani v rodinném prostředí. *„Nooo já jsem byl na pracáku... ale nevím ted'ka... asi rok celej... myslím, že jsem na podzim skončil... pak jsem musel dopláctet pojistku, protože jí za mě nikdo neplatil... táta mi říkal, že to mam zaplatit, ale už mi s tím nijak nepomohl... já jsem nevěděl, ke kterému datumu skončím jako bejt student a potom jsem byl zapsaný k nějakému datumu na pracáku.“*

Filip byl pasivní v období hledání práce, což vzbuzovalo v rodině konflikty mezi ním a otcem. *„No já jsem jako... no aktivně jsem nehledal... líbilo se mi doma... no ale byl jsem do toho dotlačeněj rodičema... no já jsem nechtěl ani chodit po těch fabrikách a tohlencto... Pak jsem byl třeba donuceněj tátou... mi řekl ať se seberu a jedu.“*

V této části řekl Filip za mě velmi důležitou informaci, v které sdělil, že on sám si uvědomoval, že jeho pasivní chování je špatné, ale že to dělal kvůli strachu z nové situace. *„No já jsem věděl, že... to že to protahuju je špatně aaa... ale zase já jsem bojoval s tím, že vím, že to je špatně a já... nechce se mi někam jít, protože nevím, co mě čeká... bál jsem se toho nového... to mě provází furt tohlencto.“*

Tato informace pro mě byla nejdůležitější z celého rozhovoru, protože díky ní se mi objasnilo i vyhýbavé chování, které využíval na vysoké škole a zmínil také, že i v současné

chvíli prožívá stejné pocity. Během rozhovoru jsem se Filipa ptala, jak se cítí a upozorňoval na to, že neví, zda odpovídá správně, což ve mně vzbudilo myšlenku, zda by Filip nemohl mít potíže s nízkým sebevědomím. „*Ale nevím, jestli to, jak odpovídám, jestli je to dobře... a takhle já to mám se vším... se spoustou věcí pochybuju, jestli jsem to udělal dobře.*“

Filip také zmiňoval už v předešlých citacích, že u nich doma se neprobírala témata o tom, co ho v životě čeká. Z čehož by mohl vycházet jeho strach z nových situací a strach z toho, jestli nastalé situace řeší správně a v případech, kdy vyhrával strach, tak Filip volil pasivní přístup, buď nešel do školy nebo nechtěl hledat práci, což by mohlo podporovat i častou nemocnost.

Ptala jsem se Filipa, zda by mu v těch vypjatých situacích pomohlo, kdyby ho někdo uvedl do situace a poradil mu, co má dělat. „*Jo jo jo to by mi pomohlo.... Kdyby třeba na ten první pohovor šel se mnou někdo... to mi chybělo.*“

Ze studie, která hledala souvislosti mezi citovými vazbami a hledáním zaměstnání zjistila, že pokud se jednalo o jedince s vyhybavou citovou vazbou, měl větší tendenci se vyhybat i pokud šlo o hledání práce kvůli nízké sebedůvěře a negativnímu postoji, což mohly být projevy obranných mechanismů vůči pocitům zranitelnosti (Leenders a kol., 2018).

V oblasti volného času, tráví Filip většinu času sám doma u počítače a v situacích, kdy je nemocný a nemůže jít do práce, mívá myšlenky na prázdnotu svého života. „*No jako mě vadilo, že jsem doma, protože já jsem zvyklej chodit do práce... mě vlastně ten režim, který ta práce vytváří, tak mě vyhovuje a potom, když vlastně ten režim není... jako třeba o víkend... tak mám tendenci nic nedělat a jako v tu chvíli mi to nevadí... ale po tom z dlouhodobého hlediska... mi to vadí... no a že vlastně nedělám nic jiného, než že chodím do práce.*“

Uzavřenost Filipa, která ho provází už od dětství, by mohla mít určité dopady na jeho zdravotní stav, zvláště pokud stojí před nějakou situací, která by ho měla vyvádět z komfortní zóny a z které má strach. Protože ani v jeho případě neměl možnost naučit se správně pracovat se svým stresem a osvojil si pouze mechanismus vyhnutí se stresorům.

5.2.5 Jana

Janě je 56 let, je matkou Filipa, v současné chvíli žije se svým manželem a vychovala 3 syny. Jana vyrostla v rodině se svou sestrou. Jana měla ve výchově, kterou prošla pouze jedno pravidlo, a to dobře se učit. Jana prošla výchovou, kde podle ní probírali spoustu témat a konflikty v rodině neměly. V rodině, kterou si Jana založila vnímá také možnosti otevřené komunikace, ale dostává se tak do sporu se svým synem, který tuto možnost nevidí. Konflikty však prožívá častěji se svým manželem, které probíhají častou směřovanou kritikou vůči ní a Jana řeší konflikty tichou domácností.

Ve zdravotní oblasti se Jana potýkala ve svém dětství se záněty ledvin a se záněty močového měchýře. „*No my jsme se sestrou obě marodily s ledvinami... no já jsem měla močový měchýř špatnej, to jsem měla záněty, ale protože tatínek měl s ledvinami potíže, ale ten nevím, jestli už to měl od dětství nebo až v průběhu života... jemu přestaly pracovat ledviny a on čekal pak na náhradní ledvinu... on byl zapsaný v nějakém projektu, ale pár lidí zemřelo při tom dárcovství, tak se z toho pak odepsal, takže jezdil pak na dialýzy... No a my jsme pak měly taky třeba právě ten zánět ledvin.*“

Záněty močového měchýře mohou být, stejně jako u Kláry, také podmíněny prožívaným stresem, symptomy dolních močových cest byly spojeny se stavy úzkosti a deprese. Přesné propojení mezi funkcí močového měchýře není stále přesně známé, ale hraje v něm roli spojení hypotalamo-hypofyzární osy a disregulace serotonergních drah (Smith a Johnson, 2017). Prožívaný stres, tak může vest k dysfunkcím v oblasti močových funkcí, které mohou zapříčinit záněty (Šimizu a kol., 2021).

Dětství Jany bylo zatíženo nemocí otce. Jana i její sestra o otcově nemoci věděly, ale neměly dostatek informací o tom, jak vážný je zdravotní stav otce a jaká je jeho prognóza. Jana v tu dobu byla v předškolním věku. „*No nás se tohle vůbec nedotýkalo... protože já si akorát pamatuju, jak přijížděl z té dialýzy večer a pak spolu s mamkou dlouho do noci hovořili... Jako my jsme věděly, že je nemocnej a že mu nefungují ledviny, ale jako děti to jsme si to neuvědomovaly, že to je takhle nebezpečný.*“

Jany otec zemřel v jejích 6 letech na selhání ledvin a Jana dává do souvislosti úmrtí svého otce se začátkem jejích zdravotních potíží. „*No mě vlastně přijde, že s téma ledvinama jsme měly potíže až později, když tatínek umřel... takže je možný, že to nějaký ten stres byl... protože on si to jako člověk teď neuvědomuje, ale já si úplně pamatuju tu noc... jak se mamka vzbudila a přišla za náma a řekla, že tatínek umřel a my jsme hnedka věděly, že je to špatný a začaly jsme brečet... no a my jsme se s ním pak šly i rozloučit, protože umřel doma... ale pamatuju to jako včera... zelený ponožky měl... pak ho v rakvi*

odvezli.“ Jana se také svěřila, že po úmrtí otce už o něm s matkou více nemluvily, což by mohlo naznačovat, že její matka se s úmrtím svého manžela nemusela zvládnout vyrovnat, a tak úmrtí otce mohlo být vnímáno v rodině jako jedno z tabu témat.

Jana také popsala, že dynamika rodiny se po úmrtí otce více pozměnila „*No jako ono, když už umřel ten tatínek, tak už od té doby jsme se o tu mamku tak hodně bály... takže jako nebylo to úplně bezstarostný, ale tak nějak jsme asi víc držely pohromadě.*“

Úmrtí otce pro Janu bylo jistě velmi stresující událostí, protože ztráta rodiče je považována za jedno z nejvíce traumatizujících událostí v životě a může mít dlouhodobé negativní důsledky na dítě. Děti i dospělí mohou zažívat různé emocionální problémy. S úmrtím rodiče je spojená vyšší pravděpodobnost výskytu úzkostných a depresivních poruch. Proces truchlení může mít také dopady na rozvoj identity jedince a děti se mohou potýkat s pocity nejistoty a mohou pociťovat nedostatek ochrany. Jak sama Jana popisovala, měla strach i o svou matku, což naznačuje, že prožívala narušené pocity jistoty. Dítě se také může potýkat se silnými stresovými reakcemi, které se mohou projevit skrz několik oblastí. Emocionální oblast je spojená s projevy smutku a úzkosti. Kognitivní oblast je spojená s nedostatkem koncentrace. V behaviorální oblasti může docházet například ke stažení se do sebe a ve fyzické oblasti může docházet k rozvoji tělesných potíží (Cabal Aguirrea kol., 2024).

Jana měla potíže se záněty močového měchýře a záněty ledvin, jejichž vznik by mohl být spolupodmíněn právě odžitým traumatem. Ze studií vyplývá spojitost mezi dysurií a stresem (Braga a kol. 2019). Studie rovněž naznačují, že pozůstalé děti trpí dlouhodobou zranitelností jak k fyzickým, tak k duševním chorobám (Institute of Medicine, 1984).

Během dospívání a dospělosti si Jana stěžovala také na migrény „*No mívala jsem migrény... jako teď mě taky občas bolí hlava, ale to vím že mam třeba od žlučníku nebo jater... Ale dřív to bylo celý den... úplně úporný... furt jsem do sebe sypala nějaký prášky, ale vůbec mě to nepomáhalo... nešlo se té bolesti vůbec zbavit, taková jako tepající.*“

Během dospívání jí ale trápila i nemoc její matky, která v tu dobu bojovala s leukémií a Jana se s její nemocí velmi těžko vyrovnávala. „*No já si pamatuju, že... no že tak psychicky jsem byla ujetá, že... že jsem chodila na hřbitov a říkala jsem, ať mi tatínek ještě maminku nebere... jako člověk by řekl, že jsem blázen... Ale protože jsem viděla, že mamka dělá v hospodě, ona sama říkala, že žádněj hospodskej dlouho nevydržel... no a pak to stejně přišlo... pak měla leukemii, tak zemřela na tohle.*“

Matka Jany zemřela, když Janě bylo pouhých 21 let. Během období truchlení, ale docházelo také k sporům o její majetek a hrozilo jí vystěhování z domu. Na pozadí této

druhé velmi traumatizující situace měla Jana znovu potíže s ledvinami. „*Když mamka umřela, tak jsem chytla zánět ledvin a už jsem to měla asi po třetí za sebou a doktor mě poslal do špitálu... ono to jako nebylo asi hned po pohřbu, ale za půl roku... no a celou dobu se to kumulovalo... no a pak už jsem doktory nevyhledávala... a spíš jsem si hledala ty alternativy.*“

S náročnou životní situací jí nejvíce pomáhala její sestra a kamarádka, v tu dobu již byla ve vztahu se svým současným manželem, o kterém ale Jana říkala, že jí nezvládal dávat psychickou podporu, kterou v tu chvíli potřebovala. „*No my jsme o tom moc spolu nemluvili... on není prostě ten typ takovej, kterej by mě poňuňával... on se moc neprojevuje emočně... když jako řeknu, že potřebuju pomoci, tak pomůže, ale jako, že by po nějaký ty psychický strážce mi pomohl, tak to ne.*“

Jana, ale velmi brzy založila, tehdy ještě se svým přítelem rodinu a o rok později od úmrtí své matky, se jí narodil první syn. „*Mamka umřela 89 a syn se narodil hned další rok v 90 a to jsem ještě bydlela chvíli u babičky a manžel za mnou jezdil... no ale nejdřív byli pro něho jako na prvním místě kamarádi a pivo a pak to no... to mam zafixovaný dost, že jako pak byli ty až ty ostatní.*“

Jany traumatická situace na mě působí tak, že založení své rodiny může být součástí procesu obnovy smyslu života, který byl po úmrtí matky narušen (Weiss, 1988).

Zároveň mi přijde, že ale rodinné prostředí, které si Jana s manželem vytvořila je vůči ní velmi necitlivé a nenapomáhající při procesu léčení, ať duševního trápení nebo zdravotního trápení. „*Nemám pocit, že by mě někdo pomohl, když bych se necítila dobře... ale jedinej kdo by mě ještě uvařil čaj, tak by byl nejstarší syn... protože, když mě tenkrát bylo blbě, tak to druhého syna a ani manžela nezajímalo a ptali se mě, co budeme jíst... no oni jsou s manželem prostě vodnáři... oni jsou takový svobodomyslný a moc je nezajímá to ostatní.*“

I přes Jany optimismus, s kterým se snažila brát a omlouvat manželův nezáměr o její prožívání mám pocit, že zažívá pocity bezmoci, a právě jejím obranným mechanismem, jak se s náročnými situacemi vyrovnává, je naučená bezmocnost. V určité části rozhovoru jsem se Jany ptala, jestli se cítí být v rodině vyslyšená. „*No jako hodně málo se stane, že když třeba něco vytknu, že se mi nelíbí, tak se to stejně nezlepší... Mně samotný pak přijde, že se jich to netýká a že se to stejně nezmění, takže je to jedno... nemám k tomu důvěru, že by se cokoli změnilo... ale protože nevím tu zpětnou reakci.*“

5.2.6 Simona

Simoně je 40 let, v současné chvíli žije s manželem. Vyrůstala v rodině s o dva roky starší sestrou, kde neměly nijak striktní pravidla. I když měla možnost sdílet pocity a emoce s rodiči, vybírala si vždy, že si to nechá pro sebe. Simona během rozhovoru nejvíce upozorňovala na vztah mezi ní a otcem, kde sama viděla určité nedostatky. *„Jako z mého dětství... protože jako ta máma byla prostě taková samozřejmost u nás v té rodině, ale ten táta byl pořád pryč a pracoval.“*

Simona vzpomínala na vztah mezi ní a otcem z důvodu, že posledních pár let udržuje vztah skrz online prostor s postarším mužem, i přes svůj funkční vztah, který s manželem již 12 let mají. Svou náklonnost si sama Simona neumí vysvětlit. *„No právě my máme funkční vztah po všech stránkách a já jsem ani nic takovýho nehledala a 100% by mě nenapadlo hledat si takhle staršího člověka... já jsem si jistá a manžel jako to taky nechce a bojuje o náš vztah.“*

Simona naznačovala, že pro ni je důležitější emocionální vztah, který s výše zmíněným mužem udržuje než fyzický, což by mohlo naznačovat, že byla Simona citově deprivovaná a mohlo by to také naznačovat, že jsou určité složky, co jí v manželství mohou chybět. *„Jsem si říkala, že se chci zbavit té myšlenky na něj... a hrozně mě to tížilo, že mam takový pocity k manželovi i k tomuhle člověku... no ale jako to nemluví o tom fyzickým vztahu... ono je kolikrát důležitější ten psychický.“*

Muže, se kterým si píše a sdílí své emoce a pocity, tak vidí jako někoho, s kým jí je dobře a dostává od něho emoční podporu. *„Já jsem ho jako by brala s sebou všude na negativní i pozitivní místa... prostě jsme si psali to co jsme zažili... a začalo každodenní dopisování... a já jsem normálně měla taktový vnitřní pocit, že takového člověka do života potřebuju... já jsem to jako manželovi i říkala a on to úplně neuměl pochopit a ptal se mě, co od něj vlastně chci... a já to vůbec nechápu, já ho vidím prostě úplně jinak jako všichni ostatní asi.“*

Vzniklé situaci Simona neumí porozumět a často opakuje, že je velmi zmatená, ale spojuje svůj emocionální vztah se starším mužem s dětstvím a nepřítomností svého otce. *„No to si myslím, že to samé má i moje sestra... no já si myslím, že nějaký kvalitní vztah s otcem jsem neprožila ani já ani moje sestra... ničím jiným si to neumím vysvětlit, protože já to takhle nechtěla.“*

Trapková a Chvála (2017) zmiňují, že pokud žena nemá možnost vybudovat intimní vztah se svým otcem, může to mít negativní dopady na budoucí vztahy ženy. Ve starším muži může vidět stabilitu a ochranu, kterou v dětství nedostávala a možná nedostává ani ve

vztahu se svým manželem. Simona popisovala, že tyto vztahové potíže zasahují do jejího života každodenně a velmi jí trápí. V souvislosti s tím popisovala časté bolesti břicha.

„No... a z toho všeho jsem hrozně zmatená a sevřená... a každý den mě bolívá břicho jako kdyby taková silná křeč.“ Jak už bylo výše uvedeno ze studií vyplývá souvislost s psychickou tísní a bolestmi břicha (Halder a kol., 2002).

Otce zmiňovala Simona i při vzpomínkách na její druhé velmi náročné období, kdy jí bylo 23 let a byla diagnostikovaná s roztroušenou sklerózou. Etiologie rozpuhu její nemoci pochází z neuroboreliózy, která nebyla včas léčená a u Simony došlo k situaci, kdy měla kriticky oslabenou imunitu a následně se jí spustila autoimunitní reakce v podobě roztroušené sklerózy.

„Noto bylo tak, že jsem se vrátila z Ameriky z práce... a neměla jsem hned v plánu nastupovat do nějaký další práce... a tak jsem se za barákem opalovala a to jsem ale věděla, že hrozně štve tátu... jako sice to byl pro mě krok zpět, protože jsem přijela zpátky ze zahraničí k rodičům... a táta kolem mě lítal a viděla jsem, jak je ze mě nervózní... a tak jsem si podala žádost do práce a když jsem jednou měla noční tak... já jsem nemohla vůbec vstát... ještě že jsem měla u sebe telefon... no a pak jsem se nějak rozhýbala trochu... ale nemohla jsem nic... to byla první ataka a tak jsem šla pak k obvodákoj.“

Otce zmiňovala z toho důvodu, že měla pocit, že její zdravotní potíže nebere dostatečně vážně. *„V tu dobu jsem měla pocit, že mi táta moc nevěřil. Já se vrátila ze zahraničí, tak si on podle mě myslel, že se mě nechce pracovat.“*

Tento typ „emoční invalidace“ se také může výrazně promítnout v prožívání jedince. Může u něho docházet k pocitům nejistoty a nedůvěry, narušuje sebevědomí jedince a může přispět k potlačování emocí a podnítit tak rozvoj psychických poruch (Buckholdt a kol., 2014).

Simona v tu dobu měla u svého obvodního lékaře vystavenou pracovní neschopnost déle než třičtvrtě roku a stále u ní nedocházelo ke zlepšení stavu. *„No furt mi bylo blbě furt jsem měla zvýšenou teplotu a nemohla jsem chodit... a furt mi prodlužoval neschopenku ... A tak jsem jela sama za neuroložkou bez termínu a ona mě prohlídla a měla jsem špatný pokleповý vyšetření... a ona mi další den volala s výsledky krve a zjistilo se, že mam neuroboreliózu.“*

Po zjištění první diagnózy čekal Simonu další proces léčby a diagnostiky, která byla po třičtvrtě roku zanedbávaná. *„Nejdřív se řešila ta neuroborelióza... a to jsem tenkrát celý léto ležela v nemocnici a dostávala jsem krystalický antibiotika... byla jsem úplně hotová a vážila jsem asi 47 kg... já jsem ani nemohla komunikovat, když za mnou přijela máma...“*

padala mi hlava a byla jsem úplně hotová... a furt mi nebylo dobře... měla jsem za sebou celou terapii, a ještě mi jí prodlužovali a pak mě poslali na neurologii, odebrali mě mozkomíšní mok z páteřního kanálu a zjistili, že tam mam známky roztroušený sklerózy, takže mě poslali ještě na magnetickou rezonanci a ta byla taky pozitivní.“

Simona však celé období byla ve velké tenzi a strachu o její život „*Osobně jsem celou dobu měla hrozný strach, protože jsem byla mladá a nedokázala jsem si představit, že by tenhle stav byl definitivní a nešel zlepšit... a na začátku jsem hodně špatně nesla, že si táta asi myslel, že jsem si to vymýšlela... a myslím si, že ten můj stav, jak jsem byla, tak nervózní a oslabená klidně mohl přispět k té roztroušené skleróze.“*

Úleva pro Simonu přicházela až v podobě obou diagnóz „*Když jsem tu sice hroznou diagnózu dostala, byla jsem šťastná i když jsem věděla, co mě čeká... to byla ta neuroborelióza... no a když mě ani po té intenzivní léčbě nebylo lépe... byl to pro mě zase šok a zase jsem byla hrozně ve stresu... a když zjistili, že mam pak tu RSk, tak už jsem byla zas pak ráda.“*

Simoninu kazuistiku jsem se rozhodla zařadit z toho důvodu, že období, kdy u ní docházelo k opakovaným vyšetřováním a k opakovaným neúspěšným diagnózám, se v jejím prožívání dělo mnoho procesů, které mohly negativně ovlivňovat její zdravotní stav. Studie, která se zabývala dopady diagnostického zpoždění zjistila, že pacienti, kteří mají takto zpožděnou diagnostiku potřebovali častěji psychologickou podporu, potýkali se s frustrací a strachem (Benito-Lozano a kol., 2022). Mohou také pociťovat zvýšené psychické příznaky jako je deprese, úzkost a nedostatek důvěry v lékaře (Mitchell, 2025). V souvislosti s nedostatkem důvěry ze strany rodiny, mohla by tato velmi stresující událost spolu s výrazně sníženou imunitou přispět k rozvoji roztroušené sklerózy, protože ze studií, které se zabývaly vlivem stresu na vznik roztroušené sklerózy, byl zjištěn slabý až střední účinek stresu na vznik onemocnění (von Drathen a kol., 2025).

V souvislosti se zvládáním těchto stresujících situací si Simona často musela pomoci sama. Neměla pocit, že by si z výchovy odnesla nějaké informace a zkušenosti, jak se stresem pracovat „*Nemám vůbec pocit, že by mě rodiče připravili na to, jak zvládat stres a emoce... Jako podpořili mě třeba ve škole tím, že mě dali hodně volna a samostatnosti, slova podpory, ale myslím, že je to tím, že sami neuměli s tím stresem pracovat... a já jsem se pak hodně stahovala do sebe během těch situací, kdy mi bylo psychicky nejhůř. Vím, že jsem s nikým ani nemohla o tom mluvit.“*

V případě Simony by mohl stres při spuštění roztroušené sklerózy hrát také určitou roli, pokud se podíváme na skutečnost, že skoro rok se potýkala s nekvalitní diagnostikou u

své první diagnózy a ze strany rodiny byla také tendence k bagatelizaci jejího stavu a sama Simona sdělila, že měla strach o svou budoucnost a úlevou jí bylo až získání diagnózy.

5.2.7 Daniela

Daniele je 24 let, v současné chvíli žije s partnerem a vyrůstala s bratrem ve volné výchově. V rodině neměli žádná pravidla a hranice. Daniela v rozhovoru zmiňovala, že s rodiči o svých trápeních málokdy mluvila a pokud nějaké své potíže sdílela, často u nich docházelo k bagatelizaci. V rodinném prostředí bylo vnímáno tabu ohledně pocitů lásky, členové v rodině si nedávali najevo vzájemnou náklonnost. Konflikty probíhaly nejvíce mezi Danielou a její matkou, která při konfliktech křičela a využívala i fyzické tresty.

V dětství měla Daniela potíže s jícnovým refluxem, s opakovaným zvracením a bolestmi břicha, spojené s brzkým vstáváním do školky. *„No já jsem byla vyvolaná... to vím, že to má taky nějaký dopad a brácha ten se zase narodil dřív, než měl... a pak jsem jako dítě měla furt dokola problémy s bolestmi břicha a furt se mi chtělo jako zvracet... já jsem jako malá totiž měla problémy s jícnovou příklopkou... No, a to břicho bylo furt dokola... začalo to od školky.“* Daniela, také zmiňovala, že pokud jí vzbudili o víkendu, tak tolik s bolestmi břicha potíže nemívala.

Stejně jako Petra i Daniela měla v dětství potíže s bolestmi břicha, u kterých může stresová složka hrát určitou roli (Balakrishnan a kol., 2025, Halder a kol., 2002)

V dospívání si Daniela stěžovala na časté žaludeční potíže a zvracení spojované se stresem ze školy a rozvodem rodičů. *„Co se týká dospívání, tak to nebylo úplně nejlepší... tam jsem i docela zvracela... zvlášť v období přijímaček anebo i když jsem měla jít na nějaký hodiny ve škole... Myslím, že to bylo ze stresu, protože já to nechtěla dělat... to bylo prostě hodně stresový a ty měsíčky se tam hodně zhoršily... A vlastně pak když jsem odcházela ze školy... tak tam ještě byl rozvod... a to vím, že z toho mě taky bolelo břicho... nebo jako né z toho, ale z té situace, která kolem byla.“*

Tyto potíže se zvracením však netrápily z rodiny pouze Danielu, stejné potíže měla její matka i bratr. *„A myslím, že máma a brácha jsou na tom podle mě nejhůře... protože brácha ten fakt hodně zvracel, ten vždycky během zkouškového zhubl třeba pět kilo... ten byl hodně vystresovanej a nemohl jíst a máma taky.“*

Stresové zvracení, které popisuje Daniela, je vyvolané fyzickou reakcí na extrémní stres, je také spojen s reakcí těla „boj“ nebo „útěk“. Jedná se o potíže, která je řízena emocionálními a psychickými faktory. Provázeno bývá také dalšími projevy jako pocení,

třes nebo panika. Výzkumy poukazují také na spojitost s úzkostnými poruchami a nevolností (Charlie Health Editorial Team, 2024).

Období na střední škole pro ni bylo jedno z nejnáročnějších, protože se jednalo o školu, kterou si nevybrala ona, ale vybírala ji její matka. „*Já jsem vůbec nechtěla na tu školu, co jsem šla... já chtěla úplně jinak... no ale pak mi máma vysvětlila nějak svým stylem, že to není tak dobrý a že bych měla jít na lepší obor, kterej je lepší do života.*“

Daniela zůstala na této střední škole až do čtvrtého ročníku a celou tu dobu studia prožívala silný tlak. „*Bylo tam i přísný známkování a hodně jsem tam pracovala pod stresem, takže jsem se vždycky modlila, aby mi dali čtyřku aspoň.*“

Jelikož byla často pod velkým stresem, často se vyhýbala předmětům a do školy záměrně nechodila. Rodiče o jejích potížích nevěděli, protože k nim neměla takovou důvěru, aby se svěřila. „*A já jsem na tu francouzštinu nechodila už ani do té školy, tu jsem vždycky skipnula, angličtinu taky a účetnictví... to byly tři předměty, který mě fakt silně vadily... No, a to ukončení bylo takový jakože... já jsem furt hodně brečela, fakt jako každý den... já jsem nemohla dýchat... no byla jsem z toho vyřízená... no rozjely se mi z toho panické ataky... A rodiče to ani totiž nevěděli... já jsem byla na intru... psala jsem si omluvenky sama... no a vlastně jsem jim to nechtěla říct a začalo se to řešit, až když jsem došla úplně na tu hranici a už jsem fakt nevěděla, co dál a věděla jsem, že to nezvládnu dodělat... tak až pak se to začalo řešit.*“

Daniela následně ze školy odešla kvůli svému psychickému a zdravotnímu stavu, ale ze strany rodiny se nesetkala s takovou podporou, kterou potřebovala. „*No a vím, že v tom mě docela podporovala teta... myslím, že ta mě podporovala mnohem víc než máma... No a moje máma hrozně stresovala, že budu nějaký bezdomovec, ale teta ta byla vždycky v pohodě... jako já to tak nějak třeba tu podporu od toho táty cítila, ale nikdy jsem to neslyšela... a chtěla bych slyšet od nich, že jsou na mě pyšní... já si taky myslím, že si to ve svých rodinách taky jako neříkali... no a máma, ta mi to taky nikdy neřekla ... a vlastně to řekla až před nějakou dobou, kdy viděla, že mam jako nějaký výsledky a že se mi asi jako daří... ale v té době, kdy mi bylo nejhůř jsem to možná potřebovala slyšet víc než teď.*“

Daniela v dospívání a rané dospělosti také procházela rozvodem svých rodičů, což pro ni byl další stresor, který mimo školu vnímala. „*Jako ono se ty konflikty kolem rodičů dost táhly už docela dlouho, než se rozhodli k tomu rozvodu... Ze začátku jsem měla pocit, jak kdyby se mě to nedotýkalo... ale vím, že mě to trochu sejmulo, když jsem slavila osmnáctiny a já jsem se domu vracela pro nějaký chlebičky a moje máma tam byla se svojí kamarádkou a balila se tam... A já jsem to vůbec nevěděla, že se tam bude balit a že už se*

prostě stěhuje, a to mě jako trochu zaskočila a vím, že jsem se tam pak dost opila, že kvůli tomu, že to nebylo dobrý... A že z ničeho nic jsem viděla, jak tam hází s věcmi do kufru a... a ani mi to neřekla, že se tam půjde balit... a myslím, že táta o tom taky nevěděl.“

V této části odpovědi je vidět, že komunikace neprobíhala pouze mezi Danielou a rodiči, ale i rodiče nesdělovali důležité informace a pocity Daniele, což působí, jako kdyby Daniela byla vyčleněná z rodinných konfliktů. Důvod rozvodu se také nedozvěděla hned. *„No táta za mnou šel a říkal, že se budou rozvádět, a to bylo asi všechno... máma mi to vůbec neřekla... a ani důvod mi nikdo z nich neřekl... ten mi řekli až po dlouhý době.“*

Tím že v rodině nedocházelo ke komunikaci o náročných životních událostech, musela se Daniela sama učit zvládat stresové stavy, které dříve řešila vyhýbáním se a v současné chvíli na sobě vidí stejný zvládací mechanismus, který využívala i její matka. *„Já si myslím, že to mam hodně po tý mámě... jako já taky rychle vybouchnu... minule jsem se fakt stresovala s klientkou... a pak jsem byla hnusná i na partnera z toho stresu... musela jsem si to jakoby na někom vyřvat.“*

V současné chvíli se Daniela stále učí zvládat stres a emoce s ním spojené a využívá většinou maladaptivní zvládací strategie. *„Jako já se to furt učím, před tím to bylo pro mě hrozně těžký zvládat ty stresy, pak to bylo lepší... no a teď mam zase období, kdy to nesu trochu hůř... minule mě vystresovala klientka, kdy jsem se fakt hrozně roztrásla a udělalo se mi fakt hrozně zle a asi 40 minut mi bylo hrozně špatně od žaludku. Celkově se snažím nedržet ten stres v sobě... ale pak to odnese někdo jinej... No a možná sladký jídlo anebo jdu nakupovat... mam ráda ten rituál toho chodit po obchodech.“*

5.3 Shrnutí výsledků

V předešlé kapitole jsem věnovala pozornost představení jednotlivých respondentů a jejich příběhů v souvislosti zdravotních potíží a prožíváním stresujících životních událostí. V této kapitole shrnuji mé výsledky kvalitativní analýzy, které vzešly z mých sedmi realizovaných rozhovorů ohledně vlivu rodinného prostředí na výskyt psychosomatických potíží. Určité kategorie, byly předem stanovené a data z rozhovorů jsem do nich dosazovala.

Výchova, kterou většina respondentů procházela, tak neměla nastavená žádná pravidla a hranice či povinnosti. Jednalo se pouze o zdvořilostní pravidla, ale v žádném z rozhovorů jsem nenarazila na případ, kdy by mělo dítě jasně stanovené hranice a přidělené povinnosti, do kterých by mu nebylo zasahováno. Z výpovědí respondentů vyplývá, že doma pomáhali, ale často s odlišnými věcmi, co zrovna bylo potřeba udělat. *„Měli takové ležerní pravidla... a měl jsem pocit, že si to vymýšleli na fleku a hrozně mě to štvalo.“*

Dalším výraznou kategorií byla komunikace v rodině, která mnohdy probíhala pouze v neintimních oblastech. V pěti rozhovorech ze sedmi, respondenti neviděli ani možnost sdílet své emoce a trápení s rodinou a ve zbylých dvou rozhovorech docházelo ke sdílení potíží, ale rodina nereagovala zpět. Václav nevnímal žádnou možnost sdílet své pocity s rodinou. *„No, protože jsem měl pocit, že jsem s nimi o tom nemohl mluvit... nechtěl jsem s nimi ani o tom mluvit... potom to totiž bylo hodně bolestivý... takže jsem to s nimi ani nechtěl řešit... nechtěl jsem o tom vůbec mluvit, protože bych tím zároveň přiznával, že i já jsem jako nechopnej se začlenit do kolektivu a očividně jsem někde selhal... že jsem divnej... a nechtěl jsem dávat najevo slabost.“* Petra a Jana potíže se sdílením neměly, ale chyběla jim adekvátní reakce od rodiny. *„Já bych tak jako projevovala všechno a mluvila o všem... ale on o to nikdo jako nejeví zájem... a někdy mě to hodně mrzí.“*

Další významnou kategorií byly konflikty, které probíhaly v rodinách. Konflikty probíhaly skrz dva vzorce. 4 respondenti uvedli, že konflikty u nich byly řešeny odcházením z místnosti, nekomunikací a tichem. *„No u nás to bylo vždycky takový jedovatý, jako vím, že se snad ani moc nekřičelo, ale když nějaký konflikt byl, tak máma s tátou oba mlčeli... Pamatuju si, že to ticho bylo hrozně nepříjemný.“* U zbylých 3 respondentů konflikty probíhaly skrz křik a skrz verbální a fyzickou agresivitu. *„No ona máma jako furt řvala, furt řešila všechno úklidem.“* U žádného z respondentů nedocházelo k tomu, aby se konflikty mezi členy rodiny řešily konstruktivně, nebo aby docházelo

k rozuzlení konfliktu. „*No já nevím, jestli to jako táta nebere nebo je splachovací, ale jako táta neměl nikdy potřebu řešit něco jako navíc.*“

Důležitou kategorií, která se objevila během analýzy rozhovoru, je nedostatek podpory a zájmu v rodině. V šesti ze sedmi rozhovorů, respondenti necítili dostatečnou podporu a zájem od zbytku rodiny. „*Nemám pocit, že by mě někdo pomohl, když bych se necítila dobře... ale jedinej, kdo by mě ještě uvařil čaj, tak by byl nejstarší syn... protože, když mě tenkrát bylo blbě, tak to druhého syna a ani manžela nezajímalo a ptali se mě co budeme jíst... no oni jsou s manželem prostě vodnáři... oni jsou takový svobodomyšlný a moc je nezajímá to ostatní.*“

Narušené vztahy byly také zařazeny do kategorie klíčových témat, protože ve všech sedmi rozhovorech respondenti uvedli, že aspoň s jedním z členů rodiny mají určitým způsobem narušený vztah, přičemž otcovská postava figurovala v 6 rozhovorech. V rozhovoru s Klárou nejvíce vystupoval na povrch narušený vztah s otcem. Z výpovědi Václava vyplývá určité narušení vztahů u obou rodičů. Petra má nejvíce narušené vztahy s otcem a bratrem. U Filipových odpovědí dominuje více otec jak matka, o které se skoro nezmiňoval, ale zmínil, že jejich vztah vypadá stejně jako s otcem. Jana prošla v dětství ztrátou svého otce a v rané dospělosti ztrátou své matky. Daniela má narušený vztah od dětství s matkou.

Další kategorií byl prožívaný stres a zdravotní potíže u každého z respondentů. Klára zažívala v dětství přísnou výchovu, v které se necítila dobře a trpěla častými záněty průdušek a kašlí. Během studia spojovala své záněty močového měchýře a únavu se stresem ze školy a z rodinného prostředí. Během rozvodů měla potíže se silnými bolestmi břicha a v současné chvíli spojuje své bolesti žaludku, zad a únavu s péčí o svou stárnoucí matku.

Václav zažíval v dětství enurézu, kterou spojuje s odchodem svých sourozenců na školy a se vztahy v rodině. V dospívání měl potíže s častými chřipkami, s pocitem knedlíku v krku a dlouhotrvající angínou, kterou si spojuje se stresem týkajícího se školních povinností nebo určitých výkonů, které měl dělat doma před otcem.

Petra si spojuje své dýchací potíže z dětství s konflikty, které probíhaly mezi rodiči. Dále se potýkala s bolestmi břicha, které spojovala s rozvodem rodičů. Petru během dospívání trápily i potíže se vzhledem a depresivní stavy, které taktéž spojuje se vztahy v rodině a s nedostatkem podpory.

Filip v dětství trpěl na časté chřipky. V dospívání měl potíže s alergií a s tím spojenou chronickou rýmou a s pocitem knedlíku v krku. Filip si sice nespojoval své potíže

se stresory, ale v jeho životě docházelo již od dětství k velké izolaci a k nedůvěře ke své rodině. Na základní škole měl potíže se šikanou. Na střední škole neprožíval žádné hluboké kamarádské vztahy. Jako nejnáročnější období, zdravotně i emocionálně, označil období, kdy byl vyhozen z vysoké školy a hledal si práci.

Jana si spojuje své zdravotní potíže v podobě zánětu močového měchýře a zánětů ledvin s traumatem, kterým prošla jako dítě, když jí zemřel otec a následně začala mít výše zmíněné potíže. Dále si spojuje hospitalizaci se zánětem ledvin s úmrtím své matky.

Simona si spojuje stres, který plynul z nevědomosti své diagnózy a nedostatku podpory od rodiny, s rozvojem své finální diagnózy. Dále si spojuje své zážitky z dětství se svými problémy v manželském vztahu.

Danielu od dětství trápily bolesti břicha a opakované zvracení, které si spojovala se stresem ze školy a s konflikty, které probíhaly v rodině v období rozvodu jejich rodičů.

Ve všech rozhovorech vycházelo najevo, že respondenti jsou si vědomí spojitostí mezi stresem a zhoršením jejich zdravotních potíží. Ale ve všech rozhovorech také vycházelo najevo, že během stresujících a emočně náročných situacích, neumí se stresem zacházet a často využívají maladaptivní zvládací mechanismy, jako vyhýbání se u Kláry, zamrznutí u Václava a Petry, sociální stažení a izolace u Filipa, naučená bezmoc u Jany, uzavření se do sebe u Simony a agresivní ventilace u Daniely.

Tyto maladaptivní mechanismy byly změněny pouze u Václava a Petry po absolvování několika let individuální terapie, u ostatních stále přetrvávají ty mechanismy, které se v dětství naučily.

Tabulka č. 2 – *Přehled otevřenosti rodin pro sdílení emocí a zvládací mechanismy respondentů při stresových situacích.*

Jméno	Věk	Kraj	Sdílení emocí v rodině	Zvládací mechanismy
Klára	50	Královehradecký	Ne	Vyhnutí se
Václav	25	Pardubický	Ne	Zamrznutí
Petra	21	Středočeský	Ano (rodina nereagovala)	Zamrznutí
Filip	35	Praha	Ne	Vyhnutí se a sociální izolace
Jana	56	Praha	Ano (rodina nereagovala)	Naučená bezmocnost
Simona	40	Štýrsko	Ne	Stažení do sebe
Daniela	24	Liberecký	Ne	Agresivní ventilace

Tabulka č. 3 – Zdravotní potíže respondentů a rodinné souvislosti, které vyplynuly z rozhovorů.

Jméno	Zdravotní potíže	Rodinné souvislosti
Klára	Záněty průdušek Ekzémy Záněty močového měch. Bolesti břicha Permanentní únava	Přísná výchova Tlak na výkon Konflikty v rodině + škola Rozchod a rozvod Péče o stárnoucí matku
Václav	Enuréza Chřipky Angíny Knedlík v krku	Odchod sourozenců na intr Narušené vztahy v rodině Nedostatek podpory a zájmu v rodině Emočně necitlivé rodinné prostředí
Petra	Respirační potíže Bolesti břicha Potíže se vzhledem	Konfliktní rodinné prostředí Rozvod rodičů a narušené vztahy Konflikty + nedostatek podpory
Filip	Dlouhotrvající chřipky Alergie + rýma Knedlík v krku	Narušené vztahy v rodině Nedostatek podpory v rodině Přílišná sociální izolace
Jana	Záněty močového měch. Záněty ledvin	Trauma ze ztráty otce Trauma ze ztráty matky
Simona	Roztroušená skleróza Bolesti břicha	Narušené vztahy v rodině a manželství Citová deprivace Nedůvěra otce – při prvních příznacích nemoci (dlouho trvající diagnostika)
Daniela	Bolesti břicha Nevolnost a zvracení	Konflikty v období rozvodu rodičů Emočně necitlivé rodinné prostředí

6. Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo poodkrýt rodinné prostředí, v kterém jedinci vyrůstali, zjistit jejich možnosti v oblasti projevoování emocí, sdělování tíživých pocitů a způsobu prožívání a řešení stresu a v jakých formách by se stres u jedinců mohl projevovat skrz somatizaci.

Zvolenou metodou pro analýzu byla individuální fenomenologická analýza a data byla zpracována prostřednictvím techniky tematické analýzy. Kategorie byly stanovené již před samotným začátkem výzkumu a data z výzkumů jsem do nich řadila. Tematickou analýzu jsem použila z důvodu její specifčnosti při spojování zdánlivě neslučitelných témat, tak aby vytvořily ucelený výsledek. V mém případě šlo o propojování zdravotního stavu s emočním prožíváním respondentů a jejich postoji k fungování rodiny.

Předpokládala jsem, že otevřenost rodiny ke komunikaci o emocích a náročných stresujících životních událostech v rodinném prostředí bude mít spojitost s četností a s projevy zdravotních potíží.

Všichni respondenti hovořili o svých rodinách jako o prostoru, kde neventilují své emoce a trápení a z rozhovorů vyplývá, že u nich dochází nebo docházelo k potlačování určitých emocí. Respondenti také popisovali stavy podobné depresivním a úzkostným (Cullen, 2022), což by mohlo být následkem potlačovaných emocí.

Všichni respondenti, také uváděli mnohé zdravotní potíže, které se častěji objevovaly, pokud procházeli stresujícím obdobím. Což je v souladu s výsledky těchto studií, které se zabývají potlačováním emocí (Tyra a kol., 2023) a vlivem stresu na oslabení imunity (Segerstrom a kol., 2004).

Na základě zjištěných dat z mého výzkumu nelze konstatovat přímou příčinnou souvislost mezi rodinnou interakcí a otevřeností vůči emočnímu prožívání a fyziologickými ději, které u respondentů během života vznikaly, zvláště, když se jedná o potíže a procesy, které nelze přímo měřit.

Lze však předpokládat, že nedostatečně citlivé interakce v rodinném prostředí a narušené vztahy mezi rodinnými členy mohou přispívat k tendenci uzavírání se do sebe, k nedůvěře a neochotě sdílet své prožívání. Z výpovědí respondentů vyplývá, že v situacích, kdy zažívali náročné situace, se cítili být často rodinou nepodporováni a cítí od nich nedostatek zájmu, což by také mohlo mít negativní důsledky na jejich psychické prožívání a na zdravotní stav. Tyto výsledky vyplývají také ze studie autorů Shaw a kol. (2004), která se zaměřuje na nedostatek podpory během dětství.

Napříč zkušenostmi všech respondentů ve výzkumu můžeme vidět, že využívané styly pro řešení konfliktů, jakým bylo ve čtyřech případech vyhýbání se jim a ve třech případech impulzivita a agresivita, měly určité dopady na prožívání respondentů a jejich chování. Pokud docházelo k využívání křiku při konfliktech u Václava i Filipa docházelo k internalizujícímu efektu v chování, a agresivita měla určité dopady i na sebevědomí v obou případech. V případě Daniely došlo k externalizujícímu efektu v podobě zpětné verbální agrese. V ostatních rodinách, kde se využívalo přehlížení a vyhýbání se konfliktům docházelo k internalizujícímu efektu v chování respondentů. Podobné výsledky měli také autoři Siffert A. a Schwarz B. (2011) ve své studii o rodičovských stylech řešení konfliktů.

Dle teorie, popsané Minuchinem (1973), je větší pravděpodobnost vzniku psychosomatických potíží v rodinách, kde existuje určitá specifická dynamika mezi členy. Minuchin zdůrazňuje propletenost vztahů, rigiditu, nadměrné ochránářství a neschopnost řešení konfliktů. V porovnání s mými výsledky však dominuje u většiny případů spíše rozdělenost rodinných vztahů. Propletenost vztahů by mohla figurovat u dvou z mých respondentů, a to u Petry a Jany, kdy obě zmiňovaly sblížení s matkou po určitém traumatizujícím zážitku. U Petry se jednalo o sblížení po rozvodu jejich rodičů a u Jany o sblížení po úmrtí jejího otce.

Zbytek respondentů inklinuje spíše k oddělenosti vztahů mezi členy, což by více odpovídalo studii, jejichž autoři Wirsching a Stierlin (1985) identifikovali tři prototypické rodinné vzorce, jejichž členové mají vyšší pravděpodobnost výskytu psychosomatických potíží. Identifikoval tak rodiny rozštěpené, pro které je typická nízká míra emoční blízkosti mezi členy. Vztahy bývají chladné nebo distancované. Členové mezi sebou málo komunikují a nedostávají skrze rodinné prostředí podporu a lásku. Tyto vztahy byly popsány i v mém výzkumu, a to v pěti rozhovorech ze sedmi.

7. Limity

Hlavní limity, které z mého výzkumu vychází se týkají mé nezkušenosti s vedením a realizací výzkumu. Jednalo se o mou první zkušenost s vedením výzkumného rozhovoru a po prvním rozhovoru jsem si začala uvědomovat, že otázky a témata, která jsem měla připravená, byla často chaoticky seřazená, což občas brzdilo rozhovor. Chyby jsem se v průběhu dalších rozhovorů snažila eliminovat.

Dalším limitem je šíře výzkumné oblasti, kterou jsem si zvolila. Pro její ucelenost bylo nutné zmiňovat spoustu detailů a oblastí, které souvisely s hlavní oblastí výzkumu, což bylo velmi náročné v procesu interpretace, když jsem se snažila všechny důležité souvislosti pospojovat a interpretovat, tak jak na mě působily.

Limity vnímám také ve vybraných respondentech, a to konkrétně v jejich vztahovosti, lépe by se mi pracovalo s členy jedné rodiny, čímž bych získala hlubší vhled do dynamiky rodiny, což v mém výzkumu nebylo možné, protože se pouze v jednom z případů jednalo o respondenty s příbuzenskými vztahy.

Má subjektivní interpretace, také patří mezi limity výzkumu, přestože jsem se snažila o maximální objektivitu během interpretace, nelze zcela vyloučit zrcadlení mých postojů během procesu vyhodnocování.

A v neposlední řadě je určitým limitem citlivost výzkumného tématu a v rozhovorech tak mohlo docházet k pozměňování některých informací. I když respondenti byli ochotní se mnou spolupracovat, často jsem s nimi hovořila o tématech, která jim byla nepříjemná a byla pro ně zraňující, což mohlo způsobit rozdíly ve výpovědích.

8. Závěr

Předkládaná bakalářská práce se v teoretické části věnovala propojení rodinného prostředí s psychosomatickými projevy. Snažila jsem se o hlubší porozumění dynamice rodiny, která může mezi členy vznikat, pokud je rodina zatížená určitými stresory, jako narušené vztahy, péče o stárnoucího rodiče nebo poruchy citové vazby. Dále jsem spojovala vzniklý stres a potlačené emoce z rodinného prostředí s dopady na zdraví členů rodiny skrz somatizaci.

Tato kvalitativní práce přinesla náhled do problematiky týkající se vlivu rodinného prostředí na prožívaný stres a potlačované emoce a jejich fyziologické projevy u osob nediagnostikovaných s psychosomatickým onemocněním. Práce si kladla za cíl rozkrýt, jak používané vzorce rodinného chování a přístup k emocím a stresu působí na schopnost jedince vyjadřovat své pocity a zvládat stres a jaké dopady to má na jeho duševní a fyzické zdraví. Což si myslím, že se podařilo naplnit. Výsledky výzkumu poukazují na skutečnost, že jedinci vyrůstající v rodině, pro kterou nejsou běžné citové projevy a sdílení prožívání, mají potíže se zvládáním stresových situací a vzniká u nich častá nemocnost nebo jiné psychosomatické projevy. Pro zvládání stresu využívají často maladaptivní zvládací mechanismy, které podporují nezdravé chování, jako vyhýbání se konfliktům nebo popírání a může tak skrz působení rodičů na děti docházet k přenosu stejného vzorce chování.

Z těchto zjištění vyplývá potřeba zaměření edukace dětí i rodičů na oblasti práce se stresem a zvědomování nutnosti přebírat zodpovědnost za řešení svých traumat a nepříznivých zážitků z dětství, aby nedocházelo k přenosu negativních vzorů chování z rodiče na dítě.

9. Reference

- Alfa Human Service (2021) *Neformální péče v teorii a praxi: sborník*. Praha: Alfa Human Service, s. 23. Dostupné z: https://alfahs.cz/wp-content/uploads/2021/05/Neformalni_pece_v_teorii_a_praxi_sbornik_final.pdf [Přístup 15. února 2025]
- Amirkhanyan, A.A., & Wolf, DA (2006). Péče o rodiče a stresový proces: zjištění z panelových dat. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61 (5), S248–S255. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.5.S248>
- Atkinson, R.L., Fredrickson, B., Loftus, G.R., Wagenaar, W.A. & Hilgard, E.R., (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. 3rd ed. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0083-3.
- Babalola, E., Noel, P. & Bílá, R., (2017). Biopsychosociální přístup a globální duševní zdraví: Synergie a příležitosti. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 33(4), pp.291-296. DOI: 10.4103/ijsp.ijsp_13_17.
- Balakrishnan, K., & Chiou, E. H., (2025). Chronic abdominal pain in children and adolescents (Beyond the Basics). *UpToDate*. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-abdominal-pain-in-children-and-adolescents-beyond-the-basics/print> [Accessed 26 Apr. 2025].
- Beattie, H.J. (1988). Eating Disorders and the Mother-Daughter Relationship. *International Journal of Eating Disorders*, 7pp. 453–460
- Benito-Lozano, J., Arias-Merino, G., Gómez-Martínez, M., Arconada-López, B., Ruiz-García, B., Posada de la Paz, M. a Alonso-Ferreira, V., (2022). Psychosociální dopad v době diagnózy vzácného onemocnění. *PLoS One*. [online] 18(7):e0288875. Dostupné na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288875> [Přístup k 26. dubnu 2025].
- Bookwala J. (2009) The impact of parent care on marital quality and well-being in adult daughters and sons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 64B(3), pp. 339–347
- Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582. Dostupné z: <https://doi.org/10.1370/afm.245> [Přístup dne: 30. dubna 2025].
- Bowlby, J. (1980) *Loss*. New York: Basic Books,
- Bowlby, J. (2012) *Vazba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.

Braga, A.A.N.M., Veiga, M.L.T., Ferreira, M.G.C.S., Santana, H.M., & Barroso Jr, U. (2019). Souvislost mezi stresem a symptomy dolních močových cest u dětí a dospívajících. *Journal of Pediatric Urology*, PMID: PMC6909859, PMID: 31808405.

Buckholdt, K.E., Parra, G.R. & Jobe-Shields, L., (2014). Mezigenerační přenos dysregulace emocí prostřednictvím rodičovské invalidizace emocí: Důsledky pro internalizující a externalizující chování dospívajících. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), pp.324-332. DOI: 10.1007/s10826-013-9768-1.

Buscho, A. (2022) *The real long-term physical and mental health effects of divorce*. Psychology Today [online]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/better-divorce/202208/the-real-long-term-physical-and-mental-health-effects-divorce> [cit. 17. 2. 2025].

Cabal Aguirre, L.V., Jaramillo, A.K., Saucedo Victoria, T.E., & Botero Carvajal, A., (2024). Mental health consequences of parental death and its prevalence in children: A systematic literature review. *Heliyon*, 10(2), Article e24999. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24999>.

Cassuto, D.-A. & Guillou, S., (2008). *Když chce dcera hubnout*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-357-4.

Cejalvo, E., Martí-Vilar, M., Merino-Soto, C. and Aguirre-Morales, M.T., (2021). Caregiving Role and Psychosocial and Individual Factors: A Systematic Review. *Healthcare*, 9(12), p.1690. Available at: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/12/1690> [Accessed 7 December 2024].

Conroy-Beam, D., (2021). Couple Simulation: A Novel Approach for Evaluating Models of Human Mate Choice. *Personality and Social Psychology Review*, 25(3), pp.191-228. ISSN 1088-8683. Available at: <https://doi.org/10.1177/1088868320971258> [Accessed 28 October 2024].

Coe, J. L., Micalizzi, L., Huffhines, L., Seifer, R., Tyrka, A. R., & Parade, S. H. (2020). Effortful Control, Parent-Child Relationships, and Behavior Problems among Preschool-Aged Children Experiencing Adversity. *Journal of Child and Family Studies*, 33, 663-672. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-023-02741-7> [Přístup dne: 30. dubna 2025].

Cross, D., Fani, N., Powers, A., & Brandley, B., (2017) Neurobiological development in the context of childhood trauma. *Clinical psychology: Science and Practice*, 24(2), 111-124. doi:10.1111/cpsp.12198

Cullen, K.S., (2022). *Suppressing emotions can harm you – here's what to do*. Psychology Today. Available at: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-truth-about-exercise-addiction/202212/suppressing-emotions-can-harm-you-heres-what-to-do> [Accessed 2 Mar. 2025].

Culpin, I., Heuvelman, H., Rai, D., Pearson, R. M., Joinson, C., Heron, J., Evans, J., & Kwong, A. S. F. (2025). The impact of father absence on child obesity and health. *Journal of Child Health*, 12(3), 123-135. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10666570/>

Český statistický úřad (2025). *Sňatky a rozvody* [online]. Praha: Český statistický úřad. Available at: <https://csu.gov.cz/snatky-rozvody?pocet=10&start=0&podskupiny=135&razeni=-datumVydani> [Accessed 16 February 2025].

Dhabhar, F.S. (2009) *Enhancing versus suppressive effects of stress on immune function: implications for immunoprotection and immunopathology* [online]. 2009 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19571591/>

Drummond, P.D., Hewson-Bower, B., (1997). Increased psychosocial stress and decreased mucosal immunity in children with recurrent upper respiratory tract infections. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(3), pp. 271-278. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00002-0).

Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2015) *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9

El Hennawi, D.E.M., Ahmed, M.R., & Farid, A.M., 2015. Psychological stress and its relationship with persistent allergic rhinitis. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(3), s. 899-904. DOI: 10.1007/s00405-015-3641-6

Faleide, A. O. (1979). Personality Structure of Asthmatic and Normal Children Assessed by the Rorschach Technique. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49(1), s. 41-46. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/45115476> [Přístup dne: 30. dubna 2025].

Faleide, A.O., Lilleba, B.L. & Eyolf, K.F., (2010). *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada.

Fanti, K.A., Henrich, C.C., Brookmeyer, K.A. and Kuperminc, G.P., (2008). Toward a transactional model of parent-adolescent relationship quality and adolescent psychological adjustment. *Journal of Early Adolescence*, 28(2), pp.252-276.

Farnam, A. et al. (2009) Functional constipation in children: does maternal personality matter?, *Italian Journal of Pediatrics*, 35, p. 25. doi: [10.1186/1824-7288-35-25](https://doi.org/10.1186/1824-7288-35-25).

Ferraro, V. A., Spaggiari, S., Zanconato, S., Traversaro, L., Carraro, S., & Di Riso, D., (2024). Psychological Well-Being of Children with Asthma and Their Parents. *Journal of Clinical Medicine*, 13(17), 5100. DOI: 10.3390/jcm13175100. PMID: 39274313; PMCID: PMC11396512.

Fraley, R.C., Garner, J.P. & Shaver, P.R., (2000). Adult Attachment and the Defensive Regulation of Attention and Memory: Examining the Role of Preemptive and Postemptive Defensive Processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), pp.816-826. ISSN 0022-3514. Available at: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.816> [Accessed 13 October 2024].

Ginsburg, I. H. et al. (1993) Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis, *International Journal of Dermatology*, 32(9), pp. 656–660. doi: [10.1111/j.1365-4362.1993.tb04021.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1993.tb04021.x).

Gjuričová, Š., Kubička, J., (2003). *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0415-3. Dostupné také z: <https://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:b46428d0-9d8d-11e4-a2db-005056825209>

Godstein, D.S., Kopin, I.J., (2007) Evolution of concepts of stress. *Stress*, 10(2), pp.109-120. DOI: 10.1080/10253890701288935. PMID: 17514579.

Gottman, J. M., Silver, N., (2015) *Sedm principů spokojeného manželství: praktický průvodce fungováním dlouhodobých vztahů*. V Brně: Jan Melvil Publishing, ISBN 978-80-87270-74-5. Dostupné také z: <http://kramerusndk.nkp.cz/search/handle/uuid:42d7af60-a4c7-11ea-b0db-005056827e52>

Groen, J. J., (1974). The Challenge of the Future: the Prevention of Psychosomatic Disorders, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 23(1/6), pp. 283–303

Gupta, S., Gupta, M., (2020). Biopsychosocial Model of Health – The Need for More Effective Patient Care. *Journal of Medicine Research*, 5(17), s. 250–254. Dostupné z: https://www.medicinearticle.com/JMR_20205_17.pdf [Přístup: 22. února 2025].

Halder, S. L. S., McBeth, J., Silman, A. J., Thompson, D. G., & Macfarlane, G. J. (2002). Psychosocial risk factors for the development of abdominal pain: Results of a large prospective population-based study. *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1219-1224. doi:10.1093/ije/31.6.1219.

Hammarström, P., Rosendahl, S., Gruber, M., & Nordin, S., (2023). Somatic symptoms in burnout in a general adult population. *Journal of Psychosomatic Research*, 168, 111217. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2023.111217.

Hanyášová, H., Kuzníková, I., (2022). Self-efficacy v kontextu zátěže neformálních pečovatelů, *Československá psychologie*, 66(5), pp. 514–523. DOI: 10.51561/cspsych.66.5.514

Hatala, A. R., (2012). The Status of the “Biopsychosocial” Model in Health Psychology: Towards an Integrated Approach and a Critique of Cultural Conceptions. *Open Journal of Medical Psychology*, 1(4), 51–62. Dostupné z: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=23900>

Hermanns, J., Florin, I., Dietrich, M., Rieger, C., Hahlweg, K., (1989). Maternal criticism, mother-child interaction, and bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(4), 469–476. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(89\)90008-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(89)90008-1)

Hlaváčová, P., (2025). Válka rozvádějících se rodičů a co děti? *Pestalozzi*, available at: <https://pestalozzi.cz/valka-rozvadecich-se-rodicu-a-co-deti/> [Accessed 26 April 2025].

Holahan, CJ, Moos, RH, Holahan, CK, Brennan, PL a Schutte, KK (2005). Vznik stresu, zvládání stresu pomocí vyhýbání se stresu a depresivní symptomy: 10letý model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 658–666. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.658>

Honzák, R., (2014). Sekundární zisky z nemoci. *Psychologie.cz* [online]. [cit. 2025-03-05]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/sekundarni-zisky-z-nemoci/>

Honzák, R., (2016). Postinfekční versus non-postinfekční dráždivý tračník. *PSYCHOSOM* [online]. (1-2), 31-42 [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://www.psychosom.cz/images/archiv/Psychosom-2016-1-2.pdf>

Honzák, R., (2017). *Psychosomatická prvouka*. V Praze: Vyšehrad, ISBN 978-80-7429-912-4.

Chaplin, T. M. and Aldao, A., (2013). Gender differences in emotion expression in children: a meta-analytic review, *Psychological Bulletin*, 139(4), pp. 735–765. doi: [10.1037/a0030737](https://doi.org/10.1037/a0030737).

Charlie Health Editorial Team, (2024). The Link Between Stress and Vomiting. *Charlie Health*. Available at: <https://www.charliehealth.com/post/the-link-between-stress-and-vomiting> [Accessed 26 April 2025].

Chen, X., Green, P.G., Levine, J.D., (2011). Stress Enhances Muscle Nociceptor Activity in the Rat. *Neuroscience*, 185, 166-173. doi:10.1016/j.neuroscience.2011.04.020.

Chvála, V. (2016). Stačí bio-psycho-sociální přístup ke zdraví a nemoci? *Vesmír*, 95(9), s. 532. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/2016/cislo-9/staci-biopsychosocialni-pristup-ke-zdravi-nemoci.html> [Přístup dne: 30. dubna 2025].

Chvála, V., Skorunka, D., (2017) Bio-psycho-social approach offers more understanding, *Psychiatrie pro praxi*, 18(1), pp. 42–46. doi: [10.36290/psy.2017.040](https://doi.org/10.36290/psy.2017.040).

Institute of Medicine (US) Committee for the Study of Health Consequences of the Stress of Bereavement (1984). *Bereavement: Reactions, Consequences, and Care*. Edited by M. Osterweis, F. Solomon and M. Green. Washington, DC: National Academies Press (US).

Jabbari, B., Schoo, C., & Rouster, A.S. (2020). Family Dynamics. *StatPearls Publishing*. Available at: <https://europepmc.org/article/NBK/nbk560487> [Accessed 25 Apr. 2025].

Jedlička, R. (2017). *Psychický vývoj dítěte a výchova: Jak porozumět socializačním obtížím*. Praha: Grada Publishing.

Jelínek, M., (2021). Naučené vzorce chování: Kdy mohou škodit a kdy pomáhat?, *Český rozhlas Dvojka*. Dostupné z <https://dvojka.rozhlas.cz/naucene-vzorce-chovani-kdy-mohou-skodit-a-kdy-pomahat-8489334> [Accessed 26 April 2025].

Jensen, A.C., Thomsen, A.E., (2024). Parental differential treatment of siblings linked with internalizing and externalizing behavior: A meta-analysis. *Child Development*. doi:10.1111/cdev.14091

Jeřábek, H., (2013). *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), ISBN 9788074191176.

Ježková, Z., Černá, R. (2013). Attachment: o důležitosti citového pouta v životě, o jeho poruchách a léčení, *Šance Dětem*. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/attachment-o-dulezitosti-citoveho-pouta-v-zivote-o-jeho-poruchach-leceni> [Přístup: 29. října 2024.]

Jochmannová, L., Kimplová, T., a kol., (2021). *Psychologie zdraví: Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-2569-2.

Joinson, C., Sullivan, S., von Gontard, A., & Heron, J., (2016). Stresující události v raném dětství a vývojové trajektorie nočního pomočování ve školním věku. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(7), 830-839. DOI: 10.1111/jcpp.12522.

Kaasgaard, M., Grebosz-Haring, K., Davies, C., Musgrave, G., Shriram, J., McCrary, J.M. and Clift, S., (2024). Is it premature to formulate recommendations for policy and practice, based on culture and health research? A robust critique of the CultureForHealth (2022) report. *Frontiers in Public Health*, 12, p.1474967. Available at: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1474967/full> [Accessed 7 December 2024]

Kadoglou, M., Tziaka, E., Samakouri, M., & Serdari, A., (2023). Preschoolers and anxiety: The effect of parental characteristics. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. doi:10.1111/jcap.12445

Kašák, V., Špičák, V., Pohounek, P., (2001). Asthma bronchiale. *Interní medicína pro praxi* [online]. (10), 442-443 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2001/10/02.pdf>

Kaugars, A. S., Klinnert, M. D., Bender, B. G., (2004). Family Influences on Pediatric Asthma, *Journal of Pediatric Psychology*, 29(7), pp. 475–491. doi: [10.1093/jpepsy/jsh051](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh051)

Keating, D. M., Russell, J. C., Cornacchione, J., Smith, S. W., (2013). Family communication patterns and difficult family conversations. *Journal of Applied Communication Research*, 41, 160-180. doi:10.1080/00909882.2013.781659

Kerig, P. K. (1995). Triangles in the family circle: Effects of family structure on marriage, parenting, and child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 9(1), 28–43. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.9.1.28>

Khaleque, A., (2017). Worldwide Implications of Parental Love and Lack of Love on Children's and Adults' Psychological Adjustment and Maladjustment: Meta-analytic Evidence, *Journal of Mental Disorders and Treatment*, 4(1). doi: 10.4172/2471-271X.100015.

Kiecolt-Glaser, J. K., Wilson, S. J., Madison, A., (2019). Marriage and Gut (Microbiome) Feelings: Tracing Novel Dyadic Pathways to Accelerated Aging, *Psychosomatic Medicine*, 81(8), pp. 704–710. doi: [10.1097/PSY.0000000000000647](https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000647).

Kimplová, T., Jochmannová L., Svoboda J., (2023). *Psychologie rodiny*. Praha: Grada, ISBN 978-80-271-3064-1.

Klímová, J., Fialová M., (2015). *Proč (a jak) psychosomatika funguje?* Praha: Progressive consulting, ISBN 978-80-260-8208-8.

Klinnert, M. D., Mrazek, P. J. and Mrazek, D. A. (1994). Early asthma onset: the interaction between family stressors and adaptive parenting, *Psychiatry*, 57(1), pp. 51–61. doi: [10.1080/00332747.1994.11024668](https://doi.org/10.1080/00332747.1994.11024668).

Kog, E., Vertommen, H. & Vandereycken, W., 1987. Minuchin's psychosomatic family model revised: a concept-validation study using a multitrait-multimethod approach. *Family Process*, 26(2), pp.235-253. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1987.00235.x. PMID: 3595827.

Komárková, R., Slaměník, I., Výrost, J. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie: sociálněpsychologický výcvik; [Díl] 3*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0180-4.

Konturek, P.C., Brzozowski, T. & Konturek, S.J., (2011). Stress and the gut: pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment options. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 62(6), pp.591-599. DOI: 10.1843/22314561. PMID: 22314561.

Kostiuk, P. (2022). Chronický stres a kardiovaskulární onemocnění. *Edukafarm* [online]. (3), 24-25 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z: https://edukafarm.cz/show-pdf?path=../../data/public/images/article/2812/3c9f3ef008e636c0983d50ec7d179b3b_1.pdf

Kostiuk, P. (2021). Biotherapeutics, 1/2021. [online] *Edukafarm*. Dostupné z: <https://edukafarm.cz/periodika/biotherapeutics/1-2021> [Citováno 27. 2. 2025].

Kraus, B., (2008). *Základy sociální pedagogiky*. 1.vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-383-3

Krch, F. (1999) *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-7169-627-7

Kumar, A., Singh, R., & Sharma, S., (2020). Impact of Stress on Psychosomatic Disorders: A Review, *Journal of Psychosomatic Research*, 135, pp. 1-10. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110123. PMCID: PMC7498125.

Kuvalanka, K.A., Weiner, J.L., Russell, S.T., (2013). Sexuality in Families: The (Re-) Creation of Sexual Culture. In: Peterson, G., Bush, K. (eds) *Handbook of Marriage and the Family*. Boston MA: Springer. Available at: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3987-5_19

Lacinová, L. (2010). Děti a konflikt mezi rodiči ve vývojové perspektivě. *Habilitační práce*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie.

Lacinová, L., Neužilová Michalčáková, R., (2014). Citová vazba a naplňování základních psychických potřeb v partnerských vztazích v období dospělosti. *Psychologie pro praxi* [online]. (1-2), 99-109 [cit. 2024-10-13]. Dostupné z: https://karolinum.cz/data/clanek/962/PPP_1-2_2014_09_Lacinova.pdf

Lacková Rebičová, M., Dankulincová Veselská, Z., Husarová, D., a kol., (2020). Zmírňuje rodinná komunikace souvislost mezi nepříznivými zkušenostmi z dětství a emocionálními a behaviorálními problémy? *BMC Public Health* **20**, 1264. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09350-9>

Langmeier, J., Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.

Langmeier, J. a Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.

Lanzi, G., Zambrino, C., Ferrari-Ginevra, O., a kol. (2001) Osobnostní rysy v dětství a dospívání Bolest hlavy. *Cefalalgie*. 2001;21(1):53-60. doi: [10.1046/j.1468-2982.2001.00144.x](https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2001.00144.x)

Larkin, M., Watts, S., Clifton, E., (2006). Giving voice and sense making in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3, pp. 102–120

Lee, M.-R., Son, B.-S., Park, Y.-R., Kim, H.-M., Moon, J.-Y., Lee, Y.-J., & Kim, Y.-B., (2012). The Relationship Between Psychosocial Stress and Allergic Disease Among Children and Adolescents in Gwangyang Bay, Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 45(6), pp. 374-380. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2012.45.6.374>.

Leenders, M. V. E., Buunk, A. P., & Henkens, K., (2018). Attachment Avoidance and Attachment Anxiety as Individual Characteristics Affecting Job Search Behavior. *Journal of Career Development*, 46(5), 487-501. <https://doi.org/10.1177/0894845318772091> (Original work published 2019)

Li, Y., Smetana, J.G., Yau, J., (2022). Vzorce důvodů pro nezveřejňování osobních aktivit a pocitů matkám a otcům mezi etnicky různorodými adolescenty, *Journal of Youth and Adolescence*. Epub 2022, 28. července. doi: 10.1007/s10964-022-01662-w.

Lönndahl, L. a kol., (2023). Psychological Stress and Atopic Dermatitis: A Focus Group Study, *Annals of Dermatology*, 35(5), pp. 342–347. doi: [10.5021/ad.22.035](https://doi.org/10.5021/ad.22.035).

Maříková a kol. (1996) *Velký sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Karolinum, [ISBN 80-7184-311-3](https://doi.org/10.1007/978-80-7184-311-3).

Maté, G., (2022) *Když tělo řekne ne: jak stres souvisí s nemocemi*. 3. vydání. Praha: PeopleComm, ISBN 978-80-87917-90-9.

Matějček, Z. (2017). *Rodiče a děti*. Praha: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-797-7.

McAdams, D. P., (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: Guilford Press.

Medová, E. (2011). Diferenciální diagnostika bolestí hlavy. *Medicina po promoci* [online]. (2) [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/diferencialni-diagnostika-bolesti-hlavy/>

Mikanová, A., (2020). Rodinná péče o seniora z pohledu pečujících. *Univerzita Karlova*. Available at: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/104226/Anna_Mikanova_81-88.pdf [Accessed 7 December 2024].

Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2016) *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. 2. vydání. New York, New York: The Guilford Press, 2016. ISBN 1-4625-2555-5

Mikulincer, M., Shaver, P.R., (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), pp.11-15. DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.003. PMID: 22294997; PMCID: PMC3266769

Minuchin, S., (1973). *Families and family therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press,

Mitchell, J.L., (2025). Pochopení dopadu opožděné diagnózy a chybné diagnózy systémového lupus erythematoses (SLE). *PLoS One*. [online] PMCID: PMC11668484. Dostupné na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288875> [Přístup k 26. dubnu 2025].

Morschitzky, H., Sator, S., (2007). *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál.

Národní zdravotnický informační portál (2025). *Psychosomatika: základní informace*. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/712-psychosomatika-zakladni-informace> [Přístup k 20. únoru 2025].

Narvaez, D., (2011). The dangers of crying it out, *Psychology Today*, 15 December. Available at: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/moral-landscapes/201112/dangers-of-crying-it-out> (Accessed: 5 March 2025).

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Families Caring for an Aging America*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/23606>

Navrátilová, M., (2020). Duševní zdraví a imunita. *PSYCHIATRIE PRO PRAXI* [online]. (2), 83-84 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/incpdfs/psy-202002-0005_10_001.pdf

Nouzová, A., (2016). *Psychosomatika ve zdraví a nemoci – Bolestihlavy.com*. Available at: <https://www.bolestihlavy.com/psychosomatika-ve-zdravi-a-nemoci/> (Accessed: 13 March 2025).

Novák, M., (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, ISBN 978-80-7204-657-7

Oka T., (2015). Psychogenic fever: how psychological stress affects body temperature in the clinical population. *Temperature* (Austin). 2015 Jun 3;2(3):368-78. doi: 10.1080/23328940.2015.1056907. PMID: 27227051; PMCID: PMC4843908.

Orel, M., (2020) *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, ISBN 978-80-271-2529-6.

Pánková, R., (1985). *Psychické faktory v patogenezi a průběhu dermatóz* (Autoreferát kand. dis., LF, UK). Praha

Pánková, R., (2015), Atopická dermatitida – co je nového? *Medicina pro praxi* [online]. (12), 13-14 [cit. 2025-03-15]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/01/03.pdf>

Papini, D.R., Farmer, F.F., Clark, S.M., Micka, J.C., Barnett, J.K., (1990). Early adolescent age and gender differences in patterns of emotional self-disclosure to parents and friends, *Adolescence*, 25(100), pp. 959-76. doi: 10.1037/a0018115.

Parent, C., (2025). Childhood eczema and mental health: Where is the link? *News-Medical.net*. Available at: <https://www.news-medical.net/health/Childhood-eczema-and-mental-health-where-is-the-link.aspx> [Accessed 26 Apr. 2025].

Paulík, K. (2020). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada

Pavlíková, D., (2018). Věděli jste, že stres může způsobit vážné problémy s dýcháním? *EUC* [online]. 1-2 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z: <https://euc.cz/media/1640/v%C4%9Bd%C4%9Bli-jste-%C5%BEE-stres-m%C5%AF%C5%BEE-zp%C5%AFsobit-v%C3%A1%C5%BEn%C3%A9-probl%C3%A9my-s-d%C3%BDch%C3%A1n%C3%ADm.pdf>

Pelikán, J. (1995). *Výchova jako teoretický problém*. Ostrava: Amosium Servis.

Peters, B. J., Overall, N. C., Jamieson, J. P., (2014). Physiological and cognitive consequences of suppressing and expressing emotion in dyadic interactions, *International Journal of Psychophysiology*, 94(1), pp. 100–107. doi: [10.1016/j.ijpsycho.2014.07.015](https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2014.07.015).

Pietromonaco, P.R. & Powers, S.I., (2015). Attachment and Health-Related Physiological Stress Processes. *Current Opinion in Psychology*, 1, pp.34-39. DOI: 10.1016/j.copsyc.2014.12.001. PMID: 25729755; PMCID: PMC4341899

Polese, D. et al., (2022). Psychological disorders, adverse childhood experiences and parental psychiatric disorders in children affected by headache: A systematic review, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 140, p. 104798. doi: [10.1016/j.neubiorev.2022.104798](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104798).

Poněšický, J., (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 2. doplněné vydání. Praha: TRITON, ISBN 80-725-4216-8.

Porges, S. W., (2011). *The polyvagal Theory*. New York: W.W. Norton.

Preslová, I., (2023). Dopady alkoholismu rodičů na děti. *Šance Dětem*. Available at: <https://sancedetem.cz/dopady-alkoholismu-rodicu-na-deti> (Accessed: 22 April 2025).

Puca, F., Genco, S., Prudenzano, M.P., Savarese, M., Bussone, G., D'Amico, D., Cerbo, R., Gala, C., Coppola, M.T., Gallai, V., Firenze, C., Sarchielli, P., Guazzelli, M., Guidetti, V., Manzoni, G., Granella, F., Muratorio, A., Bonuccelli, U., Nuti, A., Nappi, G., Sandrini, G., Verri, A.P., Sicuteri, F., & Marabini, S. (1999). Psychiatric comorbidity and psychosocial stress in patients with tension-type headache from headache centers in Italy. *Cephalalgia*, 19(3), 159-164. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.1999.1903159.x>

Qin, H.Y., Cheng, C.W., Tang, X.D., Bian, Z.X., (2014). Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome, *World Journal of Gastroenterology*, 20(39), pp. 14126-14131. doi: 10.3748/wjg.v20.i39.14126.

Rataj, P., (2020). Když vztah ztěžkne. *Psychologie.cz* [online]. [cit. 2024-10-14]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/kdyz-vztah-ztezkuje/>

Ring, J., Przybilla, B., Ruzicka, T., (2006). *Handbook of atopic eczema*. Berlin; New York: Springer.

Roizblatt, S., Leiva, V.M.A. and Maida, A.M., (2018). Separación o divorcio de los padres: Consecuencias en los hijos y recomendaciones a los padres y pediatras. *Revista chilena de pediatría* [online], 89(2), pp.166-172. Available at: <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000200166> [Accessed 31 December 2022].

Rosenthal, D. (2007). The Importance of Orientation in Child Upbringing. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 567-575. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.567> [Přístup dne: 30. dubna 2025]

Růžicková Jarešová, L., (2011). Akné a atopická dermatitida v ordinaci pediatra. *Pediatr. praxi* [online]. (12), 309–310 [cit. 2025-03-15]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2011/05/05.pdf>

Rychnovský, T., Studnička M., (2023). *Každá bolest má svou příčinu*. 2. vydání. Brno: BizBooks, 2023. ISBN 9788026510314.

Říčan, P., Krejčířová, D., (2020). *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2020. Psyché. ISBN 80-247-1049-8.

Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R., (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.

Salicru, S., (2021). Responsibility, freedom, empowerment, and mental health, *Psychology Today*. Available at: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/psychology-insights-new-world/202111/responsibility-freedom-empowerment-and-mental-health> (Accessed: 19 March 2025).

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, 72 H., & Jinks, C., (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

Sbarra, D. A., (2015). Divorce and health: Current trends and future directions, *Psychosomatic Medicine*, 77(3), pp. 227–236. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4397145/> (Accessed: 17 February 2025).

Segerstrom, S. C., & Miller, G. E., (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>

Shaw, B.A., Parker, M., University of Michigan., (2004). Lack of parental support during childhood associated with adult depression and chronic health problems. *University at Albany*. Available at: https://www.albany.edu/news/releases/2004/mar2004/adult_depression.htm [Accessed 24 Apr. 2025].

Shrout, M.R., Renna, M.E., Madison, A.A., Malarkey, W.B. and Kiecolt-Glaser, J.K., (2023). Marital negativity's festering wounds: The emotional, immunological, and relational toll of couples' negative communication patterns. *Psychoneuroendocrinology* [online], 149, pp.105989-105989. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105989> [Accessed 14 October 2024].

Schulze, R. a Roberts, R.D. (2007) *Emoční inteligence*. Praha: Portál.

Schunk, D.H., DiBenedetto, M.K., (2021). Self-efficacy and human motivation, *Annual Review of Psychology*, 72, pp. 115–140. Available at: https://www.researchgate.net/publication/346894235_Self-efficacy_and_human_motivation (Accessed: 15 February 2025).

Siffert, A., a Schwarz, B., (2011). Parental Conflict Resolution Styles and Children's Adjustment: Children's Appraisals and Emotion Regulation as Mediators. *The Journal of Genetic Psychology*, 172(1), 21–39. <https://doi.org/10.1080/00221325.2010.503723>

Simon, T., (2017). Gabor Maté: The Roots of Healing. *Sounds True*. Available at: <https://resources.soundstrue.com/podcast/gabor-mate-the-roots-of-healing/> [Accessed 26 April 2025].

Smith, A., a Johnson, B., (2017). Role environmentálního stresu na symptomy dolních močových cest. *Aktuální názor v urologii*, 27(3), 1. DOI: 10.1097/MOU.0000000000000379.

Smith, J. A., (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, 39–54.

Smith, J. A., (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9–27.

Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M., (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage Publications.

Sobotková, I., (2012). *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0217-2.

Solomon, C.R., Serres, F., (1999). Effects of parental verbal aggression on children's self-esteem and school marks. *Child Abuse & Neglect*, 23(4), 339-351. DOI: 10.1016/s0145-2134(99)00006-x. PMID: 10321771.

Stark, P., (2022). Defense Mechanisms Protect Us Until They Prevent Us. *Psychology Today*. Dostupné z <https://www.psychologytoday.com/us/blog/dude-where-s-my-car-tharsis/202202/defense-mechanisms-protect-us-until-they-prevent-us>

Stárka, L., (2002). Vliv stresu na organizmus a jeho projevy. *Interní medicína*, 6, 45-50. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/06/05.pdf> [Přístup 27. února 2025]

Sturge-Apple, M.L., Davies, P.T., Cummings, E.M., (2010). Typologies of Family Functioning and Children's Adjustment During the Early School Years. *Child Development*, 81(5), 1337-1350. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01471.x>

Šimizu, T., Šimizu, S., Higashi, Y. a Saito, M., (2021). Účinky na močové funkce vyvolané psychologickým/duševním stresem: Možné molekuly mozku související s účinky vyvolanými psychickým/duševním stresem na močové funkce. *International Journal of Urology*. [online] Dostupné na: <https://doi.org/10.1111/iju.14663> [Přístup k 26. dubnu 2025].

Šolcová, I., (2012). Regulace emocí v perspektivě vývoje, zdraví a kultury jedince. *Disertační práce*. Univerzita Karlova v Praze. Available at: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/57640/140021349.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Accessed 2 March 2025].

Špaňhelová, I., (2012). Vliv rozvodu na duši a chování dítěte, *Šance Dětem*, 3 April, updated 19 December 2020, available at: <https://sancedetem.cz/vliv-rozvodu-na-dusi-chovani-ditete> [Accessed: 20 March 2025].

Špaňhelová, I., (2010). *Dítě a rozvod rodičů*. Vyd. 1. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3181-0.

Šrajbrová, M. & Štvrtňová, G., (2024). Rozvod je pro dítě vždycky rána, když v ní budou rodiče dál rýpat, říká psycholog Ptáček. *Aktuálně.cz*. Available at: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/rozvod-je-pro-dite-vzdycky-rana-kdyz-v-ni-budou-rodice-dal-r/r~9b7a101691b111e88a270cc47ab5f122> [Accessed 26 April 2025].

Švorcová, J., (2021). Epigenetický přenos traumatu. *Vesmír* [online]. (2), 102-103 [cit. 2025-03-09]. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/2021/cislo-2/epigeneticky-prenos-traumatu.html>

TA ČR (n.d.). *Transakční analýza*. Dostupné z: <https://ta-cata.cz/transakcni-analyza/> [Přístupné dne: 12. února 2025]

Telloian, C., (2023). Emotional Incest: When Is Close Too Close? *Psych Central*. Dostupné z: <https://psychcentral.com/sex/emotional-incest-when-is-close-too-close> [Přístup k 6. březnu 2025]

Thejas, S.R., Sharanya, J. & Rajamohan, G., (2023). Generalized anxiety causing globus pharyngeus: A prospective study. *Medical Journal of Health Sciences*, 11(4), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1097/MJHS.0000000000000001>.

Tošnerová, T., (2002). *Průručka pečovatele: starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál?* Praha: Ambulance pro poruchy paměti, ISBN 80-238-8541-3

Trapková, L., Chvála, V., (2001). Rodina jako sociální děloha. LIRTAPS, o.p.s. Dostupné z: <https://www.lirtaps.cz/rodina-jako-socialni-deloha/>

Trapková, L., Chvála, V., (2017). *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0523-4.

Trélaün, B., (2005). *Překonávání konfliktů v rodině*. Praha: Portál.

Tress, W., (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál

Turner, L., Galante, J., Vainre, M., Stochl, J., Dufour, G., & Jones, P. B., (2020). Immune dysregulation among students exposed to exam stress and its mitigation by mindfulness training: findings from an exploratory randomised trial. *Scientific Reports*, 10(1), 5812. DOI: 10.1038/s41598-020-62274-7. PMID: 32242145; PMCID: PMC7118166.

Tyra, A.T., Fergus, T.A. & Ginty, A.T., (2023). Potlačení emocí a akutní fyziologické reakce na stres u zdravé populace: kvantitativní přehled experimentálních a korelačních výzkumů. *Health Psychology Review*, [online] Epub 2023, 30. srpna. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37648224/> [Accessed 24 Apr. 2025].

Universität Augsburg (2025). *Bio-Psycho-Soziales Krankheitsmodell*. Dostupné z: <https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/med/profs/medpsych/schwerpunkte-lehre/bps/> [Přístup k 20. únoru 2025].

van Meel, E. R., Saharan, G., Jaddoe, V. W. V., de Jongste, J. C., Reiss, I. K. M., Tiemeier, H., El Marroun, H., & Duijts, L., (2020). Parental psychological distress during pregnancy and the risk of childhood lower lung function and asthma: a population-based prospective cohort study. *Thorax*, 75(12), 1074-1081. DOI: 10.1136/thorax-2020-215123.

Vaničková, E., (2004). *Tělesné tresty dětí: definice, popis, následky*. Praha: Grada

Vašina, L., (2002). *Klinická psychologie a somatická psychoterapie*. Brno: NEPTUN, ISBN 80-902896-4-9.

Večeřová, A., Honzák, R., (2008). Stres a jeho vliv na zdraví. *Interní medicína*, 4, 265-272. Dostupné z: <https://internimedicina.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf> [Přístup 27. února 2025]

Večeřová-Procházková, A., (2013). Somatizace a somatoformní poruchy – aktuální pohled. *Revizní a posudkové lékařství* [online]. (2), 43-49 [cit. 2025-03-03]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/revizni-posudkove-lekarstvi/2013-2/somatizace-a-somatoformni-poruchy-aktualni-pohled-41209>

von Drathen, S., Gold, S.M., Peper, J., Rahn, A.C., Ramienová, C., Magyariová, M., Hansen, H.-C., Friede, T. a Heesen, C., (2025). Stres a roztroušená skleróza - Systematický přehled a metaanalýza souvislostí s nástupem onemocnění, rizikem relapsu a progresí invalidity. *PLoS One*. [online] Dostupné na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288875> [Přístup k 26. dubnu 2025].

Vrijkotte, T.G.M., van Doornen, L.J.P., (2016). Fatigue and stress. In: *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 138. Elsevier, pp. 511–527. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128009512000431> [Accessed 17 Apr. 2025].

Vymětal, J., (2007). *Speciální psychoterapie-2.*, druhé vydání, Praha: Grada Publishing as

Wang, M.-T. & Kenny, S., (2013). Yelling doesn't help, may harm adolescents, Pitt-led study finds. *University of Pittsburgh News*. Available at: <https://www.news.pitt.edu/news/yelling-doesn-t-help-may-harm-adolescents-pitt-led-study-finds> (Accessed: 21 April 2025).

Wendt, T., (2024). What Is Emotional Incest? *WebMD*. Dostupné z: <https://www.webmd.com/parenting/what-is-emotional-incest> [Přístup k 6. březnu 2025]

Weiss, R. S. (1988). Loss and Recovery. *Journal of Social Issues*, 44(3), 37-52. doi:10.1111/j.1540-4560.1988.tb02075.x.

WHO, 2025. *Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize (MKN-11)*. [online] Ženeva: Světová zdravotnická organizace. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/cs> [Přístup 8. března 2025]

Winnette, P., (2020). Attachment, poruchy attachmentu, diagnostika a terapie s otázkami. *Institut Natama* [online]. 2020, 2-9 [cit. 2024-10-12]. Dostupné z: <https://www.natama.cz/userfiles/page/338/cd44bddd6eace8b81a4fbc0167f23013.pdf>

Winnette, P., (2021). *Poradenství a terapie dětí s adverzními dětskými zkušenostmi (ACE) a narušeným vývojem attachmentových vztahů* [online]. Praha: Natama Publishing, 2021 [cit. 2024-10-12]. ISBN 978-80-907830-4-1. Dostupné z: <https://www.natama.cz/userfiles/page/334/c4c41398179aa0fcb597ae64f75665e2.pdf>

Wong, M.S., Jones-Smith, J.C., Colantuoni, E., Thorpe Jr, R.J., Bleich, S.N. a Chan, K.S., (2017). The longitudinal association between early childhood obesity and fathers' involvement in caregiving and decision-making. *Obesity*, 25(10), s.1754–1761

Wright, R. J. a kol., (2002). Parental stress as a predictor of wheezing in infancy: a prospective birth-cohort study, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 165(3), pp. 358–365. doi: [10.1164/ajrccm.165.3.2102016](https://doi.org/10.1164/ajrccm.165.3.2102016).

Wirsching, M., & Stierlin, H. (1985). Psychosomatics: I. Psychosocial characteristics of psychosomatic patients and their families. *Family Systems Medicine*, 3(1), 6–16. <https://doi.org/10.1037/h0089645>

Seznam příloh

Příloha 1 - Informační list

INFORMAČNÍ LIST PRO ÚČASTNÍKA ROZHOVORU

Fakulta husitská teologická Univerzita Karlova v Praze
Pacovská 350/4, P.O.BOX 56, Praha 4, 140 21

Nejdůležitější informace

Co je cílem výzkumu:

Výzkum se orientuje na to, zda rodinné prostředí, které není nakloněné k otevřené komunikaci, emočním a citovým projevům, může vést k potlačování emocí, a tím zvýšit riziko výskytu psychosomatických potíží. Studie se bude soustředit na rozkrytí, jak používané vzorce rodinného prostředí a přístup k emocím působí na schopnost jedince vyjadřovat své pocity a jaké dopady to má na fyzické a duševní zdraví.

Jakou formou výzkum probíhá:

Výzkum probíhá formou polostrukturovaného rozhovoru. Mám připravené okruhy a témata o kterých se budeme bavit, ale je jen na vašem zvážení, o kterých tématech budete chtít více hovořit a o kterých méně. Předpokládám, že se budeme bavit o Vašich vztazích v rodině o tom jaké jste zažíval/a náročné životní období a zdravotní potíže a o tom, jak na to reagovala Vaše rodina. Pokud by Vám otázka nebo téma nebylo příjemné máte možnost odmítnout odpovědět nebo kdykoliv rozhovor ukončit a od výzkumu odstoupit. Míra Vaší otevřenosti je pouze na Vašem rozhodnutí.

Délka rozhovoru je velmi individuální a záleží na vaší otevřenosti. Obvykle se délka rozhovoru pohybuje okolo 90 až 120 minut.

Rozhovor bude zaznamenáván na diktafon a následně anonymizován a přepisován do psané formy. Digitální záznamy a přepsané rozhovory jsou uloženy pouze pod číselným kódem a všechna data jsou přísně chráněná v rámci podmínek zákona o ochraně osobních údajů (zákon č.: 101/2000 Sb.)

Kdo povede rozhovor

Rozhovor vede Forbelská Aneta, studentka Univerzity Karlovi v Praze a bude také obsluhovat nahrávací zařízení. Rozhovory provádí pod supervizí vedoucí projektu.

Na koho se mohu obrátit

S dotazy se můžete obrátit na Forbelskou Anetu, skrz email anetaforbel@seznam.cz nebo skrz telefonní kontakt: 7773792482

Nebo na vedoucí projektu PhDr. Evu Jarolímovou, Ph.D., skrz emailovou adresu: eva.jarolimova@htf.cuni.cz

Příloha 2- Informovaný souhlas

FAKULTA HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ

Univerzita Karlova

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Souhlas účastníka výzkumného projektu s pořízením zvukového záznamu rozhovoru (a následného přepisu rozhovoru) a se zpracováním osobních a citlivých údajů

Subjekt realizující výzkumný projekt:

Univerzita Karlova v Praze, Fakulta Husitská teologická

Pacovská 350/4, P.O.BOX 56, Praha 4, 140 21

Kontaktní osoby: PhDr. Eva Jarolímová, Ph.D., eva.jarolimova@htf.cuni.cz

Jméno výzkumníka: Forbelská Aneta, anetaforbel@seznam.cz

Osoba, která provedla poučení účastníka výzkumného projektu: Forbelská Aneta

Účastník výzkumného projektu:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

(dále též jako „účastník výzkumu“)

Výzkumný projekt: Vliv rodinného prostředí na výskyt psychosomatických potíží

Vážení/á pane/paní

obracíme se na Vás s žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zkoumání, zda rodinné prostředí a způsob komunikace v rodině o emocích a stresu, má vliv na výskyt psychosomatických potíží. Prostřednictvím informačního listu, který tvoří nedílnou součást tohoto Souhlasu účastníka výzkumného projektu s pořízením zvukového záznamu a se zpracováním osobních a citlivých údajů Vám byly představeny základní informace o výzkumu.

1. Udělení souhlasu s poskytnutím zvukového záznamu

Udělují svolení podle ust. §§ 84 a 85 a ust. § 892 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, zvukového záznamu a jejich kopií týkající se účastníka výzkumu za účelem zkoumání, zpracování, analýzy a zveřejnění anonymizovaných výstupů v bakalářské práci.

Prohlášení účastníka výzkumu:

Současně prohlašuji, že jsem byl seznámen se skutečností, že jednou dané svolení k pořízení zvukového záznamu účastníka výzkumu lze kdykoliv odvolat, a to na základě písemného vyrozumění adresovaného subjektu realizujícímu výzkumný projekt.

2. Informace o zpracování osobních údajů účastníka výzkumu v průběhu a po skončení výzkumného projektu

Veškerá práva a povinnosti při zpracování osobních údajů se řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“). Pro účely vedení

evidence týkající se výzkumného projektu a pro účely týkající se evidence, vyhodnocení a použití výsledků projektu, budou subjektem realizujícím výzkumný projekt zpracovány následující osobní a citlivé údaje o účastníkovi výzkumu:

- Jméno a příjmení
- Datum narození, věk
- Pohlaví
- Adresa, telefonní číslo, email
- Počet osob v domácnosti
- Země narození
- Etnická příslušnost/národnost
- Informace o zdravotním stavu (diagnóza, věk při diagnostikování)
- Vzdělání

Poskytnutí osobních a citlivých údajů účastníkem výzkumu subjektu realizujícímu výzkumný projekt je dobrovolné. Pokud účastník výzkumu odmítne poskytnout subjektu realizujícímu výzkumný projekt uvedené osobní a citlivé údaje, nemůže se výzkumného projektu zúčastnit.

Zpracováním osobních a citlivých údajů se rozumí shromažďování těchto osobních a citlivých údajů, ukládání na nosiče informací, jejich vyhledávání, používání, uchovávání, přepis záznamů obsahujících osobní a citlivé údaje do písemné podoby a případně reprodukce těchto písemných přepisů třetími osobami, třídění a likvidace. Subjekt realizující výzkumný projekt bude zpracovávat osobní a citlivé údaje pouze v souladu s účelem, k němuž byly shromážděny. Osobní a citlivé údaje budou subjektem realizujícím výzkumný projekt zpracovávány po dobu neurčitou.

Beru jako účastník výzkumu na vědomí také následující poučení činěné ze strany subjektu realizujícího výzkumný projekt v souvislosti s výše popsaným zpracováním osobních údajů dle čl. 13 nařízení, popř. podle čl. 15 až 22, 34 a 77 nařízení:

- Účastník výzkumného projektu má dle čl. 15 nařízení právo získat od subjektu realizujícího výzkumný projekt potvrzení, zda osobní údaje, které se jej týkají, jsou či nejsou zpracovány, a pokud jsou zpracovány, má právo získat přístup k těmto osobním údajům a k souvisejícím informacím vymezeným čl. 15 odst. 1 písm. a) - h) nařízení;
- Účastník výzkumného projektu má za podmínek dle čl. 15 nařízení právo na bezúplatné poskytnutí jedné kopie zpracovávaných osobních údajů;
- Účastník výzkumného projektu má dle čl. 16 nařízení právo na opravu nepřesných osobních údajů, které se jej týkají, případně právo na doplnění neúplných osobních údajů;

- Účastník výzkumného projektu má dle čl. 17 nařízení právo na to, aby subjekt realizující výzkumný projekt bez zbytečného odkladu vymazal osobní údaje, které se jej týkají, a to za podmínek stanovených článkem 17 nařízení, tedy zejména pokud:
 - a) osobní údaje již nejsou potřebné pro účely, pro které byly shromážděny nebo jinak zpracovány;
 - b) je odvolán souhlas, na jehož základě byly údaje podle čl. 6 odst. 1 písm. a) nařízení nebo čl. 9 odst. 2 písm. a) nařízení zpracovány, a neexistuje žádný další právní důvod pro zpracování;
 - c) jsou vzneseny námitky proti zpracování podle čl. 21 odst. 1 nařízení a neexistují žádné převažující oprávněné důvody pro zpracování nebo jsou vzneseny námitky proti zpracování podle čl. 21 odst. 2 nařízení;
 - d) osobní údaje byly zpracovány protiprávně;
 - e) osobní údaje musí být vymazány ke splnění právní povinnosti stanovené v právu Evropské unie nebo členského státu, které se na správce osobních údajů (subjekt realizující výzkumný projekt) vztahuje;
 - f) osobní údaje byly shromážděny v souvislosti s nabídkou služeb informační společnosti podle čl. 8 odst. 1 nařízení;
 - Účastník výzkumného projektu má za podmínek stanovených čl. 18 nařízení právo žádat, aby subjekt realizující výzkumný projekt omezil zpracování osobních údajů;
 - Účastník výzkumného projektu má podmínky dle čl. 34 nařízení právo být informován o nastalém porušení zabezpečení osobních údajů, a to je-li pravděpodobné, že takový případ porušení zabezpečení osobních údajů bude mít za následek vysoké riziko pro práva a svobody fyzických osob;
 - Účastník výzkumného projektu má v souladu s čl. 77 nařízení právo podat stížnost u některého dozorového úřadu, zejména v členském státě svého obvyklého bydliště, místa výkonu zaměstnání nebo místa, kde došlo k údajnému porušení, pokud se domnívá, že zpracováním jeho osobních údajů je porušeno nařízení.
- Beru jako účastník výzkumu na vědomí, že další informace o právech účastníka výzkumu ve vztahu ke zpracování osobních údajů obsahují čl. 15 až 22 a 34 nařízení.
- Účastník výzkumu je oprávněn v souladu s čl. 7 nařízení kdykoli svůj souhlas odvolat, a to sdělením o odvolání souhlasu, adresovaným subjektu realizujícímu výzkumný projekt. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování osobních údajů před odvoláním souhlasu.

3. Informace o způsobu využití výsledků výzkumného projektu:

Výsledky výzkumného projektu budou využity ke zpracování bakalářské práce.

4. Prohlášení účastníka výzkumu:

- Potvrzuji, že jsem si přečetl/a tento informovaný souhlas týkající se výše uvedeného výzkumu, včetně všech jeho příloh, a porozuměl/a mu.
- Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti klást otázky a ty mi byly uspokojivě zodpovězeny. Rovněž prohlašuji, že všem výše uvedeným skutečnostem a poskytnutým informacím rozumím a беру je na vědomí. Nemám žádné další otázky ani nejasnosti a vyslovuji svůj výslovný souhlas s účastí účastníka výzkumu na výzkumném projektu.
- Prohlašuji, že jsem plně způsobilý/á k právním úkonům a jako takový/á prohlašuji, že jsem informován/a o skutečnosti, že účast účastníka výzkumu v projektu je dobrovolná a že účastník výzkumu je oprávněn kdykoliv z výzkumného projektu odstoupit.
- Prohlašuji, že беру na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.
- Tento souhlas je sepsán ve dvou vyhotoveních s povahou originálu, přičemž jedno vyhotovení obdrží účastník výzkumu a jedno vyhotovení obdrží subjekt realizující výzkumný projekt.

Účastník výzkumu

Jméno a příjmení (tiskacím):

Podpis:

Místo:

Datum:

Výzkumník:

Jméno a příjmení (tiskacím):

Podpis:

Místo:

Datum:

Příloha 3 – Scénář rozhovoru

Scénář pro vedení rozhovoru

1. Úvodní část

→ Účel rozhovoru

Cíl rozhovoru – prozkoumat oblast zdravotních potíží a dát je do souvislostí s rodinným prostředím

Zajímá mě budoucí témata – nemoci, jak vypadali vztahy v rodině, náročné životní události, reakce rodiny na prožívané krize, práce s emocemi a stresem

Nechci v rodině hledat žádného viníka, protože, často bývají vzorce chování předávány z generace na generaci procesem učení.

→ Podpis souhlasu – vysvětlení všech náležitostí (anonymita, nahrávání)

2. Osobní Anamnéza

- Základní informace: věk, zaměstnání, stav
- Vývoj: porod, dětství, dospívání, dospělost, školy, důležité životní události
- Současné potíže, potíže během života, životní styl (cvičení, odpočinek)
- Pracovní vztahy, přátelské vztahy, koníčky
- Stravovací návyky / spánkový režim
- Návštěva odborníka (lékař/ psycholog)
- Medikace/ drogy / alkohol

3. Rodinná Anamnéza

- Struktura rodiny: vztahy mezi členy během dospívání + současnost
- Léčí se nějaký člen rodiny s nějakou poruchou, onemocněním + medikace
- Užívání drog a alkoholu mezi rodinnými členy
- Využívaný styl výchovy v rodině, z které respondent vychází i kterou založil
- Možnosti otevřené komunikace a podpory mezi členy rodin
- Jak si členové rodiny vyjadřují vzájemnou podporu a zájem?
- Rodinné konflikty/problémy: typy, řešení, dopady

4. Finance

- Finanční situace: hodnocení (škála)
- Stres z nedostatečného zajištění
- Ovlivňují finance vztahy mezi členy rodiny
- Omezování kvůli výdajům

5. Psychosomatické potíže a jejich vývoj

- Historie potíží: první záznam, symptomatika
- Dění v rodině a širším okolí při výskytu symptomatiky
- Intenzita, trvání, proměnlivost
- Strategie zvládání potíží
- Situace, které zmírňují a zhoršují potíže
- Pomáhá někdo při zvládání obtíží
- Spojení s psychickým vypětím
- Ovlivnění každodenního života

6. Stres

- Poznáte obvykle na rodinných členech, že jsou ve stresu nebo prožívají nějaké těžké období, jsou schopni o tom s Vámi mluvit?
- Co jako první uděláte, když vidíte, že někdo z vaší rodiny prožívá něco pro něj náročného? (Jakou roli zaujmete)
- Kdo ve vaší rodině stres zvládá nejlépe a kdo naopak nejhůře? Jak to ovlivňuje vzájemnou komunikaci?
- Když jste ve stresu, mluvíte o tom s rodinnými příslušníky? Pokud ano, jaká bývá jejich reakce?
- Máte pocit, že ve vaší rodině někdo záměrně skrývá své pocity spojené se stresem? Jak to ovlivňuje atmosféru doma?
- Existují u vás v rodině nepsaná pravidla, která ovlivňují, jak se o stresu mluví? (např. „o problémech se nemluví“ nebo „všichni si musí pomáhat“)
- Převládá ve vaší rodině spíše klidná, konstruktivní komunikace, nebo naopak hádky a vyhýbání se diskusi? Má to podle Vás vliv na zvládání stresu?
- Jsou ve vaší rodině situace, kdy se stres vybíjí na ostatních (např. zvýšenou kritikou, hádkami)? Pokud ano, jak to ovlivňuje vaše vztahy?
- Myslíte si, že způsob, jak komunikujete o stresu v rodině, ovlivnil váš přístup ke zvládání stresu v životě mimo rodinu? Pokud ano, jak?

7. Mechanismy zvládání stresu

- Strategie zvládání – účinnost
- Podpora v rodině
- Individuální pohled na zvládání náročných situací/ co je zvládnutý stres?
- Vyhýbání se stresujícím situacím
- Zdroje podpory mimo rodinu

8. Prozkoumávání emoční oblasti

- ➔ Máte možnost vyjadřovat své emoce? Jak na ně reaguje okolí?
- ➔ Zvládáte mluvit o svých emocích v rodině i mimo ni?
- ➔ Máte pocit, že Vaše rodina respektuje vaše emoce?
- ➔ Je běžné u Vás v rodině mluvit o emocích?
- ➔ Cítíte se v rodině vyslyšeni, když něco citlivého sdílíte?
- ➔ Jaké máte zkušenosti, když projevíte své emoce?
Máte spíše pozitivní nebo negativní zkušenosti?
- ➔ V jakých situacích si raději necháváte pocity pro sebe?
- ➔ S jakými emocemi máte největší problém? A které se vám projevují snadno?
- ➔ Kdy jste naposledy projevovala emoce, které Vám dělají větší problém projevovat?
- ➔ Myslíte, že své emoce dokážete ovládat?
- ➔ Kdo ve vaší rodině vám nejvíc pomohl, když jste prožívala silné emoce a náročná období?
- ➔ Cítíte někdy tlak na to, abyste před rodinou nebo blízkými skrývala své pocity?
Co vás k tomu vede?
- ➔ Které situace nebo období ve vašem životě byly emočně nebo zdravotně nejnáročnější? Jak jste to zvládla, kdo Vám pomohl?
- ➔ Probírají se v rodině důležité životní změny společně nebo nějaké aktivity?
Nebo rozhoduje někdo za všechny?

9. Rozvíjení rozhovoru na individuální téma respondentů (neformální pečující, rozvod, nevěra, alkoholismus, porucha příjmu potravy)

- ➔ pohled na problematiku
- ➔ reakce rodiny
- ➔ zdroje podpory
- ➔ jejich pocity a potřeby

Příloha 4 – Ukázky rozhovorů

Uvádím zde pouze ukázky relevantních částí rozhovorů z důvodu jejich obsáhlosti.

Celé rozhovory jsou k dispozici na vyžádání.

Respondentka č. 1

Jedná se o ukázku, kde respondentka popisuje svou vytíženost v období studia, když se snažila kloubit vzdělání s péčí o dítě a domácnost

Koukám na to, že jste musela být hodně motivovaná

Jo jo byla, protože z gymplu nemáš úplně žádnou odbornost, takže jsem si chtěla dodělat ještě tu střední, abych tu odbornost měla.

A bylo to Vaše rozhodnutí, že tam půjdete?

Jo jo, moje, ale pak jsem šla ještě dál a nechtěla jsem zůstat u střední. A vysokou jsem začala ve 25 letech.

A v tu dobu už jste byla těhotná tedy?

Ve druháku už jsem měla mimino.

Jaký to bylo studovat s těhotenstvím a pak s miminem?

Bylo to hrozně náročný, ale na jednu stranu jsem si do školy jezdila odpočinout, furt jsem musela lítat kolem mimina a když jsem jeden den byla ve škole, tak jsem si tam chodila odpočinout. Seděla jsem tam a nemusela nic dělat... na praxi to bylo jiný. Bavilo mě to, ale bylo to náročný... protože syn nespál a připravit se na zkoušky bylo hrozný, ale udržovalo mě to... připravovala jsem se v noci... (Velký stresor)

Takže toto období jste asi nechodila úplně pravidelně spát?

No my jsme vůbec nespali, když syn nespál, on mi chodil po papírech, čmáral mi potom

A Váš manžel Vám pomáhal? Cítila jste od něho podporu?

Když jsem mu řekla, že jdu na VŠ tak jeho rodina se mi trochu vysmívali, ale potom mě vlastně pak i hlídali syna... jeden den byl u rodičů od manžela jeden u mých... Nebyli z toho ale nadšený. (Nepodpora od rodiny manžela)

Respondent č. 2

Ukázka z rozhovoru, kde respondent hovoří o období, kdy procházel šikanou ve škole kvůli nadváze a spojuje jí se situacemi doma.

A řešila se Vaše nadváha mezi členy rodiny i když jste se nesvěřil s tou šikanou ve škole?

Ne vůbec, akorát mohli od nich přicházet nějaký poznámky, jen tak rejпали a dělali si srandu.

A od rodičů, také přicházely tyto poznámky?

No myslím si, že od sourozenců jo, že si šťouchli a buzerovali mě... a všichni se tomu smáli... (zranění od sourozenců)

I rodiče?

Jo... nooo a to bylo nejhorší ... (zranění od rodičů)

Jak vypadalo období, kdy jste hubnul, bylo to nějak cílené hubnutí nebo to vyřešil vývoj?

Nooooo...Jakoooo ...jaaaaa jsemmmm... Se jako vytáhnul, ale mentálně jsem měl furt problém s tím, že jsem byl tlustej... a i celý pak dospívání jsem si připadal tlustej... no, takže z toho jsem se nějak nikdy mentálně nedostal...

A co pro Vás byl ten ideál, kterého jste chtěl dosáhnout?

Noo ono... Já jsem furt viděl svoje břicho... ale těžko říct... potom mi už šlo i spíš o ty svaly... už to asi nebylo tak o té tloušťce, ale spíš o těch rysech... Chtěl jsem žíly vystoupilý, spodní bříšáky místo pupíčku ...

A byl tam nějaký důvod, proč jsi tak chtěl vypadat?

Protože jsem chtěl být namakanej... nejlepšší... nejvíc velkej a budící respekt.

Respondentka č. 3

Jedná se o ukázkou, kde se ptám respondentky na přátelské vztahy, její koníčky, stravovací režim a spánkový režim.

Jak to u Vás vypadá v okruhu přátel, udržujete s někým přátelské vztahy?

No já jsem měla v životě vždy dvě kamarádky... a měla jsem potíže se začleněním, ale chtěla jsem mít hodně kamarádů... ale od dětství mám dvě kamarádky, s kterými se bavím až do teď... a v práci kolegy, s kterými se poslední dobou začínám sbližovat... mě totiž dlouho trvá, než se uvolním a než jsem schopná se zapojit do společných aktivit a tak.

A jak trávíte svůj volný čas? Setkáváte se s přáteli nějak pravidelně?

Noooo jakože poslední dobou je to takový plnější, kvůli škole, ale občas se nám podaří sejít se... Ale jinak mým koníčkem bylo dlouhou dobu péče o zvířata, vlastně jakékoliv... ale to s tím jsem musela teď skončit... neměla jsem čas, ale postupem času se mým koníčkem stalo čtení odborné literatury a malba obrazů a na střední jsem taky psala takový umělecký texty...

Před chvílí jste říkala, že Vás trápí váš vzhled, udržujete si nějaké stravovací návyky nebo to už teď není aktuální?

V současné době ne... mám hodně strach z toho, že, když bych upřela pozornost zase na to, tak by se to mohlo zvrtnout... (strach)

A co se týká spánkového režimu, udržujete si nějaký režim, že byste chodila spát ve stejné časy a tak?

Jooo... určitě... snažím se, ale někdy to nevychází, ale třeba oproti tomu, co jsem dělala na střední je to teď skvělý... Na střední jsem byla furt hrozně vyčerpaná a špatně jsem spala, hodně jsem se v noci budila a bála jsem se i tmy, takže jsem usínala s rozsvícenou lampičkou, a to už ten spánek není tak kvalitní. (vyčerpanost)

Respondent č. 4

V této ukázce se bavím s respondentem o konzumaci alkoholu v jeho rodinném prostředí a o využívaném výchovném stylu.

Ted' se zase posuneme malinko dál...Užívá nějaký člen rodiny nějaké drogy nebo alkohol?

Noo... myslím, že táta se v důchodu uchlastá.

A bylo to tak vždycky, během celého Vašeho dětství?

Ani né tak dětství... jak spíš, když jsme odjížděli na intr... myslím si, že jak nebylo přes týden co, že jsme nebyli doma... jako on jako se taky krotí... ale... (omlouvá otce)

A když se opije, tak jaký to pro Vás je, jak se k Vám chová?

On táta, když se napije, tak je filosof, takže to jsou potom všichni blbci... je moc chytrý najednou a pak říká ať užíváme života, že za chvíli umře...

No a jak jste se cítil při tom, když tohle táta říkal?

Jako já jsem věděl, že je vožralej takže... jako vadily mi ty řeči... ale nevadilo mi, že je opilej... věděl jsem, že se z toho prostě vyspí a ráno to bude dobrý... (nevadí mu opilý otec)

A jak vypadala Vaše výchova, měli jste nějaké pravidla a povinnosti?

Taková klasika... asi když jsme někam chtěli... jako já to měl tak v sobě, takže jsem to ani nevnímal... prostě jsem řekl, když jsem někam chtěl jít a tak... ale že bychom měli nastavené nějaké povinnosti, tak to ne... ale třeba táta přišel a řekl, jdeme něco dělat.

Respondentka č. 5

Ukázka zachycuje část rozhovoru, kde se s respondentkou bavíme na téma řešení konfliktů s jejím manželem.

Tak to je fajn a funguje vám to, když si to vyřikáte?

No ale von kolikrát nemluví... takže se nemluví... to je vždycky kvůli nějaký blbosti... já mu občas teda něco řeknu... a on pak přestane mluvit... anebo je všechno najednou špatně... odchází z místnosti... Tak s ním taky pak chvíli nemluví, protože on vychladne.

A zkoušela jste ho poprosit o to, že když právě nastanou takovýhle chvíle, tak že byste se snažili neřešit to tím mlčením, ale třeba si zkusit v klidu sednout a nějak to vysvětlit?

No ono to s ním stejně nejde. On, když je nasranej tak prostě... no ja nevím...

No je právě složitý, že je potřeba aby mluvili oba, když mluví jen jeden, tak se to těžko řeší.

No právě ... a já taky občas mě to nejde třeba úplně nejlíp vysvětlit... já mam i s kolegyní v práci blbý vztahy... takže jsem jako z toho taková vytrénovaná, že mě ten jeho ksicht ani tak už nenaštve jako dřív, že by mě to úplně zdeptalo, to že jsme jako rozhádaný, takže v tomhle tom už jsem taková otužilá (obranný mechanismus)

A dřív Vás to hodně rozhazovalo?

No... to jsem úplně měla zkaženou náladu a už jsem se nebavila, to jsem byla i ve velkém stresu... ale ono si myslím, že tím věkem, že si člověk prostě tak vyztuží... ne že bych jako chtěla, ale je to tím životem a těma zkušenostma... jinak se s tím stejně nic nenadělá. (obranný mechanismus)

Respondentka č. 6

Úryvek zachycuje část rozhovoru, kde se bavím s respondentkou o náročných situacích, které si prožila od dospívání do doby, než jí diagnostikovali s RS

Bylo to pro Vás náročný odtrhnout se ve 14 od rodiny?

Jako jo je to náročný, ale člověk má hrozně síly mladistvý... ale nikdy jsem jako nebyla utržená z toho bydlet na intru a vím, že jsem to ale brala jako, že to jinak nemůže být... no nelíbilo se mi, že jsem tam neměla svůj prostor... nemohla jsem se tam ani pořádně učit... A už na prvním stupni jsem věděla... že tenhle hezkej rodinej život mě skončí.

A to jste jako chtěla z domu odejít nebo právě ne?

No právě že ne... mě se to doma hrozně líbilo, ale já jsem věděla, že už tam dál nebudu moct zůstat... protože pak mi přišla nabídka jet do zahraničí, a to byl pro mě dobrej začátek jak pro jazyk, tak profesně... Já si i teď občas řeknu, k čemu ty všechny věci jsou, proč jsem tak hodně chodila do školy, když teď mam roztroušenou sklerózu a jsem jako úplně v háji...

A kdy Vám diagnostikovali roztroušenou sklerózu?

S: Ve 23 letech

Jak jste to období prožívala, a jak se na ní přišlo?

No to bylo tak, že jsem se vrátila ze zahraničí z práce... a neměla jsem hned v plánu nastupovat do nějaký další práce... a tak jsem se za barákem opalovala a to jsem ale věděla, že hrozně štve tátu... jako sice to byl pro mě krok zpět, protože jsem přijela zpátky ze zahraničí k rodičům... a táta kolem mě lítal a viděla jsem, jak je ze mě nervózní... a tak jsem si podala žádost do práce a když jsem jednou měla noční a já jsem nemohla vůbec vstát... ještě že jsem měla u sebe telefon... no a pak jsem se nějak rozhýbala trochu... a já jsem nemohla nic... to byla první ataka a tak jsem šla pak k obvod'ákoj...

Respondentka č. 7

Ukázka zachycuje část rozhovoru, kde s respondentkou řeším ukončení její první střední, na které nechtěla být a nástup na druhou střední, kde se její psychický stav zlepšil.

No a když jste tedy ukončila tuhle střední... měla jste nějaký další plán... věděla jste, co byste chtěla?

Ne já vůbec nevěděla, že půjdu ještě někam jinam... možná jsem tak věděla, že si udělám nějaký kurzy a že budu prostě pracovat... ale pak jsem si říkala, že by to chtělo nějaký papír... No a vím, že v tom mě docela podporovala teta... myslím, že ta mě podporovala o mnohem víc než máma... No a moje máma hrozně stresovala, že budu nějaký bezdomovec, ale teta, ta byla vždycky v pohodě.

A cítila jste tedy od mamky víc nedůvěry?

No podle mě asi jo no... bylo vidět, že mě soudí za to, že nemám maturitu...

Takže myslíte, že by to bylo lepší mezi vámi, kdyby ve Vás víc věřila?

Jo jo přesně... no ono se to pak jako zlepšilo, když už viděla, že mi to třeba jde... ale teta mi i jako první nabídla pomoc... a pak jsem začla studovat to svoje, co jsem chtěla.

A jak to vypadalo pak na té škole, kterou jste si vybrala?

No tak tam to bylo super... to mě normálně ani břicho ráno nebolelo... a ani jsem neměla zameškaný hodiny... a fakt mě to tam bavilo a ty učitele mě tam taky měli rádi.