

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Brno 2009

Roman Brázda

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Psychopatologické projevy osobnosti ve vztahu ke krizovým životním situacím

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Hana Žeravová

Vypracoval:
Roman Brázda

Brno 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Psychopatologické projevy osobnosti ve vztahu ke krizovým životním situacím“ zpracoval samostatně a použil jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Brno 9.2.2009

.....
Roman Brázda

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji tímto paní PhDr. Haně Žeravové za odborné rady a postřehy a celkovou pomoc, kterou mi poskytla při vypracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěl poděkovat své manželce Mgr. Lucii Brázdové, Ph.D. za vytvoření podmínek ke studiu i práci, za odborné rady, pomoc a ochotu v době, kdy to bylo nejvíce potřeba.

.....

Roman Brázda

OBSAH

Úvod	2
1. Krize	4
1.1. Vymezení pojmu krize	4
1.2. Příčiny krize	7
1.3. Typologie krizí	8
1.4. Fáze krize	12
1.5. Determinanty průběhu krize	14
1.6. Reakce člověka na krizi	19
1.7. Pomoc v krizi	21
2. Psychopatologické důsledky krize	24
2.1. Definice psychopatologie	24
2.2. Depresivní porucha	26
2.3. Neurotické poruchy	30
2.4. Psychosomatické poruchy	32
3. Cíl výzkumu	33
3.1. Výběr a popis použité metody	33
3.2. Kazuistika	34
3.3. Závěry výzkumu	39
Závěr	40
Resumé	41
Anotace	43
Seznam použité literatury	44
Seznam příloh	46

„Netrpíme, protože bychom z utrpení měli požitek, ale potřebujeme trápení, bolest, strasti a ztroskotání jako nevyhnutelnou zkušenost, abychom mohli růst jejich překonáváním!“

Anonym

Úvod

Téma vztahující se ke krizovým životním situacím jsem si vybral záměrně.

V životě každého člověka existují etapy, které jsou proloženy jak kladnými, tak zápornými emocemi, prožitky, ale také bolestí. Tyto krizové situace neoddělitelně patří k životu, a je především na každém z nás, jak se k takovéto situaci postaví, jakou jí přiloží váhu, i jakým způsobem zapracuje na jejím řešení.

Krizi se nevyhne žádný z nás a konkrétní níže popsany případ nebyl výjimkou. V dané chvíli člověk nepřemýšlí ba ani neuvažuje o všech jejích příčinách, zákonitostech i souvislostech.

Rozhodl jsem se proto ve své práci prozkoumat pojem krize, typologie krizí, krize z hlediska trvání a příčin, jejich řešení a mechanismy zvládnutí, dále se budu zabývat krizovou intervencí a fyziologickými, psychickými a behaviorálními příznaky krize. Ve vztahu k nemocem, duševním poruchám a vadám zmapuji možné následky.

Cílem v teoretické části práce je vymezení ucelenějšího pohledu ke krizovým životním situacím, možné spojení s psychopatologií a vztah k lidskému chování a prožívání.

V praktické části jsem si vzal za cíl popsat vliv krizové životní situace na proměnu osobnosti a zjistit, jak probíhají změna člověka na vnitřní i vnější úrovni. V této části rozeberu v kazuistice dopad psychické krize na člověka, na jeho reakce a individuální vnímání. Metodou pozorování, rozhovoru, ale i sebeanalýzy a

introspekce sledované osoby hodlám získat poznatky a vyhodnotit zvládání krizových životních situací.

1. Krize

Původní význam termínu krize pochází jednak z řeckého krisis, ale i z latinského crisis, které označovalo soudní proces, kde je vysloven rozsudek či rozhodnutí, kterým je uzavřen konflikt dvou nebo více stran. Obecným významem je konečná fáze situace, která směřuje k neodkladné nebo nutné změně. Pokud má být naším cílem v krizi správné rozhodnutí, je potřeba dobře rozhodovat a hlavně rozlišovat mezi dobrým a špatným. Krize se jako pojem neužívá jen v psychologii, ale její význam často nacházíme v mnoha různých oborech.

Za krizi nemůžeme označit jen obtížnou část lidského života, protože pro nás může být i důležitým impulsem k získání znalostí a životních zkušeností, okamžikem zvratu nebo přerodu naší osobnosti. S některými krizemi si víme rady sami, k řešení jiných potřebujeme radu či pomoc druhých.

Impulsy, které mohou v životě člověka vyvolat krizi, jsou mnohé. Může se jednat o narození dítěte nebo posléze o jejich odchod do samostatného života, ztrátu zaměstnání, rozvod, havárii a samozřejmě i nesčetné další impulsy. Jedinec se najednou nachází v situaci, na kterou není připraven. Jeho vyrovnané „váhy života“ se náhle naklání, což způsobuje distress vyvolaný ztrátou, změnou nebo nutností volby. Jelikož všem krizím se vyhýbat nelze a mnohé jsou od lidského života neoddelitelné, poskytla příroda lidem strategie, které mu pomáhají se z těmito krizemi vyrovnat. Pokud tyto strategie nezabírají, nastává čas pro odbornou pomoc.

1.1. Vymezení pojmu krize

Na začátku uvedu názory a definice některých autorů, kteří se problematice krize resp. psychické krize věnují či věnovali.

„Krize je situace, která postihuje společnost a její instituce, postihuje komunity a jiné sociální skupiny. Krize je ale také především záležitostí týkající se jedince. V laickém slova smyslu je tento termín používán pro téměř jakoukoliv situaci, která je vnímána negativně. Pojem krize můžeme tedy použít k popisu všech situací, při

kterých se něco dramaticky mění a tato změna je doprovázena negativními emocemi. Podle současných psychologických koncepcí představuje krize přechodný stav vnitřní nerovnováhy způsobený kritickými událostmi nebo také životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení.“¹

Jan Vymětal „chápe krizi jako časový a dynamický pojem, ale i stav, určité vyvrcholení děje, který dospěl do rozhodující chvíle obratu. Je to předěl, zlom, bod zvratu v nějakém dění a jeho řádu.“²

Dle Verany Kastové „hovoříme o krizi tehdy, když se člověk ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním významem problému a možnostmi zvládnutí, které má k dispozici. V krizi jedinec cítí ohrožení své identity, kompetence utvářet svůj vlastní život.“³

Když porovnáme výše uvedené citace, nacházíme v nich podobné termíny a výrazy jako jedinečná, dramatická změna, zátěž, vyvrcholení děje, ohrožení vlastní existence. Je proto zřejmé, že ačkoliv má každý autor svůj popis originální, nacházíme zde mnoho významově podobného. Existují však také autoři s pozitivnějším přístupem.

„Krizi můžeme ovšem chápat také jako příležitost. Příležitost vyzkoušet sebe sama, prověřit své možnosti, své meze. V tomto smyslu je krize, přestože ji nezdědka doprovázejí stavy a prožitky bolesti, něčím ozdravujícím. Vždyť nejdnou brání člověku ustrnout na dosažené úrovni.“⁴

Pro obsah mé bakalářské práce budou mít větší význam definice, které jsou svým obsahem mnohem specifičtější a definují termín psychická krize.

Zdeněk Mlčák „chápe psychickou krizi jako specifickou stresovou reakci, při které člověk prožívá negativní pocity subjektivního ohrožení své existence nebo některé její podstatné kvality.“⁵

Podle J. Vymětala, „se dostáváme do duševní krize, střetneme-li se s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, eventuálně za pomoci nám

¹ ŠPATENKOVÁ, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 15 s.

² VYMĚTAL, J. Duševní krize a psychoterapie. 1. vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. 11 s.

³ KASTOVÁ, V. Krize a tvořivý přístup k ní. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 15 s.

⁴ EIS, Z. Krize všedního dne. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. 5 s.

⁵ MLČÁK, Z. Základy psychopatologie. 1. vyd. Ostrava: PdF OU, 2003. 19 s.

blízkých zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem. Duševní krize bývá reakcí člověka na náročnou životní situaci, kdy dochází k ohrožení jeho základních hodnot.“¹

Ještě bych chtěl uvést, jak problém krize definují některé slovníky. Jedná se o následující definice pojmu krize:

- Rozhodná chvíle, rozhodný obrat, literárně: část děje (dramatu, románu), v níž vrcholí rozpor protikladných sil.²
- Těžká, svízelná situace, svízel, potíže, tíseň, nesnáz, zmatek, medicínsky: a) náhlá změna v průběhu některých chorob, b) zřídka náhlé klesnutí teploty při horečce.²
- V psychiatrii, psychologii, psychoterapii výraz pro extrémní psychickou zátěž, nebezpečný stav, životní událost, rozhodný obrat v léčbě.³

I když jsou předmětem mého zájmu především psychické krize, nemohu nezmínit tu skutečnost, že je tento termín v nemalé míře používán jak v lékařském prostředí a praxi, tak i v lékařské literatuře.

Je tedy vidět, že původní právní pojem krize z dob antiky dostal v současnosti hned několik dalších významů a z teoretických pohledů, definic a přístupů má dnes odlišný obsah. V procesu u soudu ve starověkém Řecku, kde vrcholil spor, označil zlomový, rozhodující, krizový okamžik soudce. Dnes bychom mohli podobnou paralelu najít ve vztahu lékař – pacient. V současné době chápeme a definujeme krizi spíše v psychologickém pojetí a lze ji vnímat jako subjektivně ohrožující situaci, která má značný dynamický potenciál z něhož vyplynou možnosti změny.

¹ VYMĚTAL, J. Duševní krize a psychoterapie. 1. vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. 13 s.

² KLIMEŠ, L. Slovník cizích slov. 1. vyd. Praha: SPN, 1981. 383 s.

³ HARTL, P. Psychologický slovník. 1. vyd. Praha: Jiří Budka, 1993. 93 s.

1.2. Příčiny krize

Příčiny krize můžeme rozdělit na vnitřní, které nastávají v případě, že se člověk není schopen vypořádat se situací, která vyžaduje jeho rozhodnutí či další krok a vnější příčiny, které jsou způsobeny akcelerátory, mezi které řadíme ztrátu, změnu nebo nutnost volby.

Aby mohla vzniknout určitá reakce organismu, musí dojít k propojení vyladěnosti organismu s vnějším spouštěčem. Jako vnější urychlovače jsou označovány tři aspekty – ztráta objektu (smrt, rozchod, zklamání, zrada, stud, zranění, rozplynutí očekávaného - nedostaví se očekávané povýšení, nezdaří se zkouška, potrat, narození postiženého dítěte), změna (zdravotního stavu, rodinného, pracovního, atmosférické změny, změna letního a zimního času) a volba mezi dvěma stejnými kvalitami.¹

U vnitřní příčiny krize se musí jednotlivec přizpůsobit svému vlastnímu vývoji a ke krizi dojde, když není schopen zvládat dílčí vývojové cíle. Další vnitřní příčina bývá označována řeckým termínem hybris, které je volně překládáno jako náhradní opatření. Při tomto náhradním opatření je použit nevhodný regulační mechanismus. Moment krize pak nastává, když si uvědomíme, že náhradní mechanismus nefunguje nebo se nedá užít a nejsme schopni provést tvořivý krok k řešení krize, k jejímu úspěšnému zvládnutí.

Je prakticky nemožné vytvořit úplný seznam situací, které u člověka vyvolávají krizi. Jedním z problémů je individuální vnímání každého z nás, které subjektivně určuje, co za krizi považujeme. Taková situace, kterou označíme za kritickou, může u druhé osoby působit bezvýznamně, což potvrzuje odlišnost a specifickou vnímání u každého jedince.

Je však možné vytvořit výčet situací či životních událostí, které se o vznik krizí zaslouhují největší měrou. O toto roztrídění se v roce 1964 pokusili autoři T. H. Holmes a T. R. Rahe (viz tabulka), kteří po několikaletém klinickém výzkumu obodovali nejčastěji se vyskytující situace, které byly původcem krize. Zároveň také určili nutné časové úseky, které jsou potřebné k tomu, aby se jedinec s danou situací vyrovnal. I když na prvním místě v tomto výčtu figuruje úmrtí partnera, nelze za

¹ VODÁČKOVÁ, D. et al. Krizová intervence. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 543 s.

všechny příčiny životních krizí označit negativní události. I kladně cítěné situace mohou být vnímány jako příčiny duševních krizí. Na předních místech se jako původci krize vyskytly situace jako sňatek, smíření manželů nebo narození potomka.

Přibližně si míru stresu můžeme spočítat sami. Jedná se o součet obodovaných situací, kterým jsme v průběhu 12 měsíců vystaveni, a pokud tento součet překoná limitní hranici 250 bodů, je to pro náš organismus taková zátěž, při které se ocitá na pomezí vlastních rezerv. Krize pak přichází, když je situace, do které se člověk dostane, vyhodnocena jako velmi nebezpečná a on sám není schopen nalézt řešení, jak se s touto situací vyrovnat. I zde je nutné mít na zřeteli, že situaci si jako kritickou označuje každý sám.

Jiní autoři, kteří se zabývali podobným tématem, soustředili svůj výzkum na kritické situace v rámci rodinných vztahů. Pokud se ve výzkumech, které se tématu věnovaly obšírněji, objevovala na prvním místě „Smrt partnera“, pak u situací, které se vztahují k rodinným krizím, je to „Smrt dítěte“. Bylo by však jistě zajímavé posoudit validitu těchto výzkumů ve vztahu k věku i pohlaví dotazovaných. Zatímco pro mladý pár bude větším stresorem ztráta dítěte, u staršího páru je možno předpokládat jako bolestivější ztrátu partnera. Stejná situace pak může nastat u ženy (dítě) a muže (partnerka). Podobný výzkum by se mohl stát zajímavým tématem na případnou magisterskou diplomovou práci i s ohledem na současný názorový posun společnosti. Každopádně se zde potvrzuje teorie, že ne událost samotná, ale subjektivní hodnocení životní situace a vlastní možnosti jsou zdrojem krizí.

1.3. Typologie krizí

V rámci typologie krizí zmíním u nás asi nejrozšířenější Baldwinův systém, dále vymezení podle J. Vymětala a blíže se budu věnovat typologii podle Naděždy Špatenkové.

Baldwinův systém klasifikuje krize podle stupně závažnosti na následujících 6 typů:

- krize situační (dispoziční)
- krize tranzitorní (krize z očekávaných životních změn)

- krize traumatické
- krize vývojové
- krize psychopatologické a
- neodkladné krizové stavy.

Ve svém vymezení dal J. Vymětal přednost rozdělení krizí podle toho, jak náročné životní situace různě působí. Uvádí následující výčet:

- krize vývojové a traumatické
- krize latentní a zjevné
- krize akutní a chronické.¹

N. Špatenková vymezila typy krizí na:

- Krize vývojové neboli celkové (nebo také krize z očekávaných životních změn, normativní krize)
- Krize situační, epizodické (nebo také traumatické krize)
- Krize kumulované (nebo také chronické krize).²

Z vymezení autorky vyplývá, že vývojové krize jsou očekávané a v určité části života nevyhnutelně postihnou každého z nás. Za takovou životní změnu či zákonitost lidského vývoje můžeme označit nástup do školy, období dospívání, odchod od rodičů nebo nástup do práce. Souhrnně by se také tyto krize daly označit za krize zrání, jak je pojmenovala další autorka D. Vodáčková. Jedná se o „předvídatelné procesy růstu a vývoje, které se rozvíjejí v určitém časovém období. Můžeme je definovat v rámci života jednotlivce (např. puberta, adolescence, klimakterium) nebo v rámci života rodiny (výběr partnera, sňatek, narození prvního dítěte atd.).“³

Za situační krizi můžeme označit událost, která je spuštěna stresem, který nelze předpovědět a vznikne vždy neočekávaně, kdekoliv a kdykoliv. Mezi nejčastější spouštěče patří podle D. Vodáčkové: „ztráta a její hrozba (ztráta zdraví,

¹ VYMĚTAL, J. et al. Speciální psychoterapie 1. vyd. Praha: Psychoanalytická nakladatelství, 2000. 481 s.

² ŠPATENKOVÁ, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 129 s.

³ VODÁČKOVÁ, D. et al. Krizová intervence. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 543 s.

ztráta blízkého člověka, obava z neúspěchu při zkoušce, nemožnost pokračovat v nějaké činnosti apod.), změna a její anticipace (rozvod, změna postavení v zaměstnání, stěhování), volba (rozhodování mezi dvěma partnery či partnerkami, rozhodování o budoucím studiu apod.).¹

Za vnější krize je také možno označit náročné životní situace autorů T. H. Holmese a T. R. Rahea uvedené v tabulce č. 1.

Za krizi kumulovanou je označena taková, kterou se dostatečně nepodaří vyřešit a má vleklé, dlouhodobé trvání. Nezřídka bývá skrytá a naplno se projeví s další obtížnou situací. Narozdíl od náhlé, akutní krize, u které se doba trvání předpokládá v rozsahu 6-8 týdnů, může být u krize kumulované doba trvání i několik let, kdy konkrétní problémy stále přetrvávají. Dalším určujícím dělením je konkrétní chování člověka, který se s krizí vyrovnává. U náhlé krize člověk stále ještě zápasí, ať už formou agrese, zlosti nebo úzkosti, přičemž má před sebou vidinu budoucnosti. U krize kumulované již marným bojem s krizemi předchozími došly člověku síly, což se projeví jeho bezmocností, bezradností, apatií a depresí. Takovému člověku kromě sil chybí i životní stimul. Objevuje se sebelítost a často se v této situaci stává osobou s vnější lokalizací kontroly.

Jedná se zřejmě dle mého názoru o nejzávažnější a nejkomplicovanější formu krize, jelikož nezasahuje jen samotného člověka, ale postihuje i jeho okolí a může být problematickou i pro osobu poskytující odbornou pomoc. U člověka je problematickou dobou trvání a následně možnou změnou psychodynamiky osobnosti, vznikem duševních poruch a nemocí apod. Pro okolí člověka bývá největším problémem nepochopení situace, ve které se nachází krizí postižený jedinec. U osoby, která mu má s krizí pomoci, může nastat problém v rozlišení krize a tomu uzpůsobený zásah, dlouhodobost řešení a vlivem vyčerpanosti a vysílení i špatná spolupráce „lčeného“.

D. Vodáčková v této souvislosti přichází ještě s dalším typem krize, kterou nazývá „krize pramenící z psychopatologie“ nebo též „krize v kontextu psychopatologie“.² Aktivátorem těchto krizí mohou být všechny již dříve uvedené stresory. Na rozdíl od předchozích, je zde důležitá dispozice k duševním nemocem

¹ VODÁČKOVÁ, D. et al. Krizová intervence. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 37 s.

² VODÁČKOVÁ, D. et al. Krizová intervence. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 37 s.

u jedinců postižených krizí. Jedná se o jedince, kteří jsou mnohem citlivější, více zranitelní, obtížněji zvládají zátěž a nároky vývoje. Jakmile krize odezní, je u takových lidí většinou navržena psychologická nebo psychiatrická léčba.

1.4. Fáze krize

Pokud hovoříme o začátcích teorie krize, je třeba zmínit především dvě jména. A to E. Lindemanna působícího ve 20. letech 20. st. a na něj ve 40. letech 20. st. navazujícího G. Caplana. Ten ve své práci vyzvedl dva základní principy. Prvním z nich je princip homeostázy. Jde o reakci díky níž se na základě stimulu z okolí nebo impulsu zevnitř dostává organismus do rovnováhy. Druhým principem je princip sociálního učení, kdy člověk vyřeší výkyvy rovnováhy trvající krátkou dobu automaticky, u těch závažnějších se vydává cestou pokusů a omylů a pokud se napětí ještě navýší, snaží se o inovativní řešení situace. Pokud byl užitý postup řešení úspěšný, zařadí ho do seznamu svého chování. Tato strategie je použita i v případě neúspěchu, kdy se člověk poučí z negativní zkušenosti.

G. Caplan formuloval stádia krizového stavu ve vztahu k emoční rovnováze jedince ve 4 fázích:

„V první fázi krize dochází u jedince vlivem ohrožení jeho emoční rovnováhy ke krátkodobému a často i nepozorovanému zvýšení tenze, která může být poměrně snadno redukována obvyklými vyrovnávacími strategiemi, což se pro někoho může odehrát v rovině svépomoci, někdo hledá pomoc u blízkých lidí. Důsledkem bývá zvýšená úzkost. Neosvědčí-li se to, nastupuje druhá fáze (odehrává se v horizontu minut až hodin, maximálně několika málo dnů).

V druhé fázi krize, kdy si plně uvědomujeme pocit zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací, je možné dosáhnout emoční rovnováhy pouze vědomou snahou vyřešit problém pokusem a omylem, třeba kontaktováním linky důvěry (odehrává se v horizontu hodin až několika dnů).

Ve třetí fázi krize se spolu s dalším růstem ohrožení jedince, které je subjektivně prožíváno jako úzkost a nepohoda, objevují zcela nové vzorce adaptivního chování. Jsme obvykle schopni připustit si pocity a dělat rozhodnutí. V této fázi jsme nejpřístupnější pomoci (časový horizont velmi podobný druhé fázi).

Čtvrté stadium krize se podle Caplana vyznačuje závažnou psychologickou dezorganizovaností. Úzkost a reakce na ni se podobají stavům paniky. Objevují se hluboké kognitivní, emocionální a psychologické změny. Síla vnitřního utrpení zkrasluje vnitřní prožívání. Zorné pole člověka má tendenci se zužovat na úzký

výsek vjemů. Síla hledat vhodnou pomoc zde v této fázi proto někdy chybí (odehrává se v horizontu dnů až týdnů)¹.

Dalším autorem, který se zabýval pořadím a vymezením fází psychické krize, je M. J. Horowitz, který se ve výkladu svého členění shoduje s mnoha dalšími autory. Individuální úseky dělí podle závislosti k vědomému i nevědomému prožívání a podle fyziologických, emocionálních a behaviorálních symptomů. Jeho dělení do pěti fází nevyžaduje, aby tyto fáze probíhaly v seřazeném pořadí, mohou se jakkoliv měnit, vzájemně se prostupovat, některé mohou být vynechány nebo se k nim člověk naopak vrací. Těmito fázemi jsou:

Fáze výkřiku je charakteristická zřetelnou citovou odezvou člověka na kritickou událost. Tato událost se může objevovat v rozličných podobách ve formě paniky, maximálně vyhroceného strachu, zmatku či zděšení a nezřídká je projevem vznik depresí nebo náhlých psychických slabostí.

Po této fázi nastává **fáze popření** (negace). Zde se jedná především o nevědomou snahu člověka, který se ve svém vědomí snaží utlumit současně zraňující a naléhavě působící kritická fakta. Fáze popření je typická citovým útlumem, netečností a celkově snížením motivace k jednání člověka. Jedná se o úsilí odstranit z vědomí vše, co má vztah k duševnímu otřesu a dostat se z jeho vlivu. Charakteristickou je souhrnná sensorová otupělost nebo výběrově zaměřená pozornost ke všem událostem, které ani v náznacích nesouvisejí s kritickým jevem, kterému má potřebu se člověk vyhnout. V mysli člověka může někdy dojít i k odmítnutí skutečnosti nebo úbytku schopností vidět jejich smysl. V okruhu chování a jednání je charakteristická citová apatie, necitlivé jednání a útlum.

Další je **fáze intruze** (vtírání), pro kterou je příznačné nutkavé vtírání kritických myšlenek, které mají vztah k události, která nastala. V některých případech může vlivem tohoto nutkání dojít i k psychickému zhroucení jedince. V této části jsou časté poruchy spánku a denní snění. U pozornosti člověka se můžeme setkat s nadměrnou ostražitostí, v jeho představách se neustále vrací ke kritické události. Myšlení je rozvrácené a zmatečné. Nastávají poruchy efektivity, které se pohybují od duševní nabuzenosti až k rychlé psychické únavě a následné

¹ VODÁČKOVÁ, D. et al. Krizová intervence. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 39 s.

vyčerpanosti. Jedná se o velmi nesnadnou fázi, která je náročná na zvládnutí a psychicky vyčerpává celý organismus.

Ve **fázi vyrovnání** (adaptace) se člověk pokouší o řadu pokusů, které mají sloužit k vyrovnání se s kritickou událostí, která byla příčinou krize. U této fáze člověk přemýšlí nad různými možnostmi přizpůsobení. Pokud nedochází k vyrovnání se situací nebo adaptace nenastane, dojde ke špatné adaptaci a pak mohou nastat tělesné nebo duševní poruchy. Může dojít k vyčerpání adaptační schopnosti a to se stává příčinou psychosomatických chorob.

Poslední pátou fází nazývá M. J. Horowitz **fází smíření** (akceptace). Zde je již dle jeho názoru člověk schopen přemýšlet o krizi bez vedlejších nežádoucích projevů. S krizí, kterou prodělal se duševně smíří. Je si vědom, že jeho stav nelze zásadním způsobem změnit a jeho další prožitky, myšlenky a chování toto berou v úvahu.

1.5. Determinanty průběhu krize

Každý člověk je jedinečnou bytostí s různými zkušenostmi i schopnostmi, rozdílnou povahou, charakterem i osobností. A zřejmě právě proto má každý z nás jinak nastavenou hranici citlivosti na vnitřní bolesti. To, co sami protrpíme, čemu odoláme a jsme schopni vydržet, může být pro druhé příčinou pádu. Odolnější vůči krizi bývá hlavně ten člověk, který je schopen vzít na sebe odpovědnost, spoléhá se raději sám na sebe, snaží se být nezávislý na okolí, vnitřně si rozumí a sami před sebou nic nepředstírá. Rozdíl je také možno pozorovat u žen a mužů, jak krizi prožijí a zvládnou, Ženy, jako sdílnější část populace, dávají své emoce dříve najevo a případnou oporu hledají dříve a problémům se snaží předcházet. U mužů je stále zakořeněn pocit, že by jejich podobné jednání bylo okolím vnímáno jako slabost a o pomoc si říkají jen velmi neradi. Někdy se však se svou situací sami nevypořádají. Ze statistik potom vyplývá, že typickým sebevrahem je muž kolem čtyřicítky, rozvedený, který má sklony k alkoholu nebo omamným a psychotropním látkám.

Je možno souhlasit s názorem N. Špatenkové: „Krise je za každých okolností subjektivní záležitostí. Hloubka a rozsah psychických změn vyvolaných kritickou

událostí není závislá pouze na intenzitě působícího faktoru, ale hlavně na individuálních vlastnostech jedince, který danou událost prožívá.“¹

Další určující parametr průběhu krize je sociální situace, ve které se ze svého osobního hlediska postižený nachází. Z uvedeného důvodu je nejvýznamnější pevný vztah v kruhu rodinném, mezi přáteli, ale i na pracovišti a dalších místech.

Podobné vyjádření můžeme nalézt u J. Vymětala: „Odolnost lidské bytosti čelit psychosociální zátěži, ať už se jedná o dítě, dospívajícího nebo dospělého, souvisí z psychologického hlediska se třemi okruhy proměnných. Prvý je tvořen rodinným zázemím, druhý určitými osobnostními charakteristikami a třetí navyklym způsobem, jímž jsme se naučili řešit svízelné situace.“²

Mechanismy adaptace

V krizovém stavu má člověk nepočítaně možností jak se chovat a rozdíl může být jen v maličkostech. Množství obměn a proměn je důsledkem jedinečnosti každého člověka. Dalším rozhodujícím faktorem průběhu krize je tedy také schopnost zvládnutí náročných životních situací, při kterých se využívá copingových strategií nebo-li zvládnutí. Těchto obran použije člověk ve všech zátěžových situacích, ve kterých má sklony ke zbavení se subjektivně nepříjemných projevů. Úkolem je zvládnutí nebo minimálně zmírnění následků. V literatuře se nejvíce setkáváme s dělením na dva základní způsoby. První zvládnutí se orientuje na řešení problémů a druhé se zaměřuje na vylepšení emoční bilance vedoucí ke zmírnění záporných prožitků. U obou mechanismů používá člověk své předchozí zkušenosti. Mechanismy, které nám pomáhají se s krizí vyrovnat, způsoby a formy našeho chování a jednání, jsou člověku přirozeně dané a vytvořily se ze základních starých mechanismů, kterými jsou obranné reakce útok a únik. Možnost volby, kterou techniku použijeme, záleží na zkušenosti a člověk opakovaně užívá těch technik, se kterými byl dříve úspěšný. Pro názornost uvádím některé z reakcí:

¹ ŠPATENKOVÁ, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 33 s.

² VYMĚTAL, J. Duševní krize a psychoterapie. 1. vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. 22 s.

▪ **Odvozené od úniku**

- 1) Útěk – faktický (skutečný, opravdový).
- 2) Regrese – člověk zareaguje chováním, které je charakteristické pro nižší úroveň. Dospělý člověk se navrácí k pubertálnímu chování. Starší dítě se slovně i svým vystupováním snaží přiblížit mladšímu sourozenci.
- 3) Potlačení – problém si nepřipustíme ani v mysli a nakonec dojdeme k přesvědčení, že vlastně ani žádný problém neexistuje.
- 4) Popření – odmítáme uznat skutečnost problému, naprosto jej přehlízíme.
- 5) Opačné reagování – nehodící se chování na vzniklou situaci, naše odezva je neočekávaná, např. reakcí na hroznou zprávu je smích.
- 6) Negativismus - charakteristický je negativní postoj a odmítání řešení problému.
- 7) Identifikace - jedná se o ztotožňování se s chováním a jednáním vzorové či modelové osoby, většinou někoho, koho obdivujeme, jehož vlastnosti a úspěchy bereme za své.
- 8) Racionalizace - opření vlastní viny na neúspěchu vyhledáváním tzv. „objektivních“ příčin, které nám zabránily v dosažení cíle.
- 9) Únik do nemoci, do spánku, do fantazie.
- 10) Pokus o sebevraždu a vyhrožování sebevraždou.

▪ **Odvozené od útoku (vždy se jedná o aktivní obranu)**

- 1) Útok - fyzický nebo slovní (úder, naznačování, výhrůžky, nadávky, ironie, ...).
- 2) Kompenzace a sublimace - neúspěch na straně jedné je vyrovnán úspěchem v jiné oblasti (dělám chyby v pravopisu, ale zato skvěle počítám; nejdou mi cizí jazyky, ale vynikám po sportovní stránce). Jedná se o přijatelnou reakci, pokud nedojde k nahrazení k společensky nevhodným způsobem (nejrychleji nastartuji ukradené auto). U sublimace je nerovnováha vyrovnána speciálními technikami prostřednictvím meditace a relaxace (hudba, cvičení, ...).
- 3) Projekce - při této technice přenáší člověk svou nedokonalost na jinou osobu, které pak obvykle dává vinu za své vlastní neúspěchy.
- 4) Humor - jestliže jsme schopni zasmát se sami sobě a stát se tak chtěným terčem, je většinou ostatními dobře snášen. Pokud ho však obrátíme směrem k ostatním (ironie, zesměšňování,...), pak prohlubuje napětí. Užitím ve správnou dobu, bez úmyslu někomu uškodit či ukřivdit, je skvělým nástrojem pro odlehčení situace.

V pozadí každého útočného chování se skrývá strach a úzkost z možných následků cizích útoků, kterým je člověk vystaven. Většinou pak útočí z důvodu vlastního strachu.

U některých autorů se mimo dvou výše uvedených základních vyrovnávacích strategií setkáváme ještě se třetí, kterou B. Baštecká označuje jako *fázi ohromení*¹ a N. Špatenková jako *panický způsob chování*.² Jan Vymětal nahradil strategie

¹ BAŠTECKÁ, B. Terénní krizová práce 1. vyd. Praha: Grada, 2005.

² ŠPATENKOVÁ, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004.

ohromení a paniky za takovou, kterou nazval *strategie volání o pomoc*.¹ Člověk podle něj takto reaguje nejen v situaci ohrožení nebo samoty, ale i ve chvíli, kdy se v krizi obrací s oporou na autoritu. Nejedná se tedy jen o konflikt nebo kapitulaci, ale i vyžadování pomoci od druhých, které je vždy třeba. Ke zhodnocení všech vstupních informací a k jejich racionálnímu vyhodnocení, je třeba objektivní zpětné vazby. V důsledku emočního stavu je myšlení, vnímání i hodnocení jedince značně subjektivně zkreslené. V takové chvíli je hlavní, aby u jedince postiženého krizí nepřevládlo přesvědčení, že zůstal v celé situaci sám.

¹ VYMĚTAL, J. Duševní krize a psychoterapie. 1. vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 1995.

1.6. Reakce člověka na krizi

Pokud si vedle sebe postavíme dva pojmy, a to krize a stres, zjistíme, že mají mnoho společného. Nahromaděný stres vede ke krizi. V této bakalářské práci popisují určitou zvláštní stresovou reakci, kterou je psychická krize. V následujících kapitolách budu všeobecně hovořit o tom, jaké fyziologické a psychické příznaky a změny v chování člověka ve stresu (krizi) mohou nastat.

Nejlépe vše vysvětlíme na příkladu. Fyziologicky má stres souvislost s pudem sebezáchovy. Jedná se vlastně o boj organismu přežít. Reakce našeho těla na setkání se spouštěčem krize (stresorem) je naprosto stejná, jako setkání s agresivním tvorem, který se na nás hodlá vrhnout. Naše tělo ihned uvede do pohotovosti veškeré naše síly. Zrychluje se nám dech, rozpumpuje tep, zvýší se pocení, dostupná energie se přesune do svalstva a pro zastrašení protivníka se zvětší objem těla naježením srsti či ochlupení. Dochází k útoku nebo úniku. Před domem se dnes zpravidla nesetkáme s predátorem, ale i tak nastávají situace, kdy zažíváme nepříjemný pocit ohrožení, které nemusí být jen fyzické. K takové situaci postačuje i maličkost - přetržená tkanička v době spěchu, půl snídaně skončí na zrovna oblečeném dítěti, setkáme se s někým, koho jsme zrovna potkat nepotřebovali.

Náš organismus reaguje stejně, jako když stojíme naproti šelmě. Výchova a vybrané způsoby nám zabraňují vrhnout se na všechny, kteří nás štvou, a preferováno je sebeovládání. Kam však s nahromaděnou energií, adrenalinem a ostatními stresovými hormony, které zůstanou v těle? Než jsme schopni odreagovat se jiným způsobem, uplyne nějaký čas, nebo k němu nemusí vůbec dojít. Toto odkládání je hrozbou a nebezpečím pro naše srdce, cévy a nervy a narušuje naše zdraví fyzické i psychické.

V okamžiku, kdy se nacházíme ve stresu, máme často problém vnímat potíže, které jsou se stresem spojené nebo jim nepřikládáme význam. Ale právě tyto různé drobné problémy s ním mohou souviset. Je jednodušší, dát těmto potížím za vinu virózu nebo nachlazení a k jejich léčbě použít přípravků z domácí lékárničky.

Problémy, které doprovázejí stres, se projeví nejen v oblastech fyzických a psychických, ale jsou nezdědka doprovázeny změnou chování. K této situaci je často mnohem vnímavější naše okolí, než my sami. Následně uvedu nejběžnější příznaky (symptomy), které tvoří skupiny příznaků (syndromů) charakteristických pro krizi.

Stres a krize se v první řadě projevují v našem těle. Mezi **fyziologické příznaky** patří:

Zvýšený tlukot srdce, srdeční arytmie, bolesti a tlaky na hrudi, vyšší krevní tlak, problémy se zažíváním, zvýšená potivost, bolesti zad, nedostatečné prokrvení periférií, záškuby kolem očí, svalová ztuhlost, chvění, třesy, pocit sucha v ústech, stažení krku, zvýšená nutkavost k močení, snížení sexuální touhy, bolest svalů a hlavy přecházející až v migrény, kožní projevy, duální vidění. Typickými tělesnými reakcemi na krizi jsou pocit napětí, bolest v různých částech těla, poruchy funkcí, zhoršené dýchání, narušená rovnováha, dušnost, ztuhlost svalů, zhoršená koordinace pohybů, ztráta citlivosti nebo opačná přecitlivělost, nemoci vylučovacího a pohlavního ústrojí, pocit únavy, bolest hlavy, snížená obranyschopnost organismu, zhoršení stavu již prodělaného onemocnění.

Mezi **psychické reakce** lze uvést:

Různé změny citového prožívání zahrnující pocity úzkosti, vzteku a agrese, vznik depresí a apatií, pocity vyčerpání, poruchy spánku zahrnující nespavost či zvýšenou spavost, pocit napětí, hrozby, ničím neodůvodnitelné obavy, nepřátelství, výbušnost, pocity opuštěnosti, narušené soustředění, výpadky paměti, zvýšená dráždivost a citlivost, snížená trpělivost, pocity lítosti a sebelítosti, ztracená radost z práce.

Ke **změnám v chování** patří:

Nadměrná chuť k jídlu nebo pocity přesycením, uhýbání povinnostem, mohutná gestikulace, kousání nehtů, agresivní postoje, letargie, zrychlený pohyb, přebíhání z jednoho místa na druhé, schovávání se v koutě, hlasitá mluva, skákání do hovoru, nadměrná konzumace alkoholu, neustále kouření, zvýšené denní snění, změna rytmu života. Taková dlouhodobá přetěžování a nevyřešená krize vedou k důsledkům jako jsou nerozhodnost, bezmocnost, beznaděj a pasivní stav organismu, který je způsoben úzkou schopností produkce nebo vyplavování některých stresových hormonů.

Většina těchto změn v chování jedince je jeho okolím zaznamenána. Záleží potom na citové vázanosti k danému člověku, jestli je situace řešená jeho opuštěním s cílem nepřipustit další konfrontace, nebo je takové chování po určitou dobu

tolerováno se snahou dát mu najevo změny, které u něj v chování nastaly. Nezřídka se ale stává, že tato snaha upozornit je brána jako výpad nebo útok na vlastní osobu. Jedinec pak reaguje zvýšenou agresí nebo uzavřením se v sobě, které pouze přispěje k dalšímu prohloubení zátěže. Následkem bývají neshody v profesním i soukromém životě. U přetíženého člověka dochází ke snížení schopnosti objektivně posoudit svou situaci a provést účinný a včasný zásah, což vede k vytrvalému prodloužení, prohloubení a přetěžování jeho stavu.

1.7. Pomoc v krizi

Dostat se do stavu krize může každý z nás a není důležité, jakým názvem tuto svou situaci označí. Podstatnější částí je proces, kterým se z takovéto situace dostane. Rozeznáváme tři druhy pomoci.

Svépomoc

Každý z nás se v první řadě snaží využít sil a zdrojů ze svých vlastních zásob a takto vzniklou krizi řešit svépomocí. Již jsem se zmínil, které zvládací mechanismy a jednotlivé způsoby copingu je možno užít. Aby byla metoda účinná je nutné mít alespoň dílčí představu o našem budoucím životě a jeho smyslu. Každý z nás našel v životě něco nebo někoho, na kom mu záleží a dává mu smysl života. To, co potřebujeme, je zdroj (záliba, přítel, zaměstnání aj.), který nás posunuje vstříc lepší budoucnosti. Zápornou stránkou se může stát omezenost našeho subjektivního pohledu na sebe sama a z něj vyplývající nesprávně chápaný krizový stav, který může vést k málo účinným nebo dokonce i škodlivým východiskům z tohoto stavu.

Pomoc blízkého okolí

Člověk postižený krizí se většinou upne na své záporné, těžko udržitelné nefungující mechanismy. Ale až následně většina z nás (i když si to někdy neuvědomujeme nebo nechceme přiznat) opustí svépomoc a snaží se nalézt zdroj pomoci z vnějšku u jiných lidí. I tak není vždy snadné se k těmto lidem přiblížit. Nejběžněji vkládáme naděje v rodinu, dobré přátele, naše nejbližší okolí

s očekáváním porozumění a doufáme v poskytnutí pomoci v řešení pro nás bezvýchodné situace. I když je tato citová pomoc našich nejbližších spíše neformální, představuje pro zvládnutí krize velmi významnou roli. U těchto sociálních opor nacházíme podstatný vliv, který snižuje úzkost a deprese, potlačuje strach a má kladný vliv na sebedůvěru. Dochází k utlumení krizové situace, zbavení se bázně a takto postižený člověk přestává mít zábrany sdělit své pocity, co ho trápí a jaké má starosti. I když je tato forma pomoci postiženými kladně přijímána, nemusejí se v některých případech obejít bez problémů. Ty mohou nastat v případě, že krize zasáhne i blízké okolí člověka, které pak je nuceno samo vyhledat pomoc. Další problém může nastat, pokud poskytovaná pomoc není dostatečně účinná. Nezáleží zde na tom, jak moc pomoc chtějí, ale poskytování jejich rad a informací bývá často citově ovlivněno a nezřídka jsou zde uplatňovány rady ve formě příkazů. Nejhorší možný způsob nastává, pokud je postižená osoba utěšována, je v ní vzbuzována naděje nebo podporována lítost. S odstupem času mnohým dojde, že utěšování se v takové chvíli má účinkem, naděje jsou klamné a darovaná finanční pomoc měla jen dočasný efekt, kdy problém, by spíše řešily poznatky, jak takové soběstačnosti dosáhnout vlastními silami. Kategorické žádosti a nařízení ve stylu „musíš“, „nikdy“ nebo „v žádném případě nesmíš“ nejsou přiměřené či reálné a směřují člověka k dalším potížím, kdy se stává více manipulativním, závislým a pasivním.

Krizová intervence

Jak jsem již uvedl dříve, může nastat situace, kdy se s krizí není schopen člověk vypořádat sám a od svého okolí se pomoci nedočká, není dostatečně účinná nebo nepřijde vůbec. Člověk si sám neví rady a na řadu přichází pomoc krizového pracovníka – profesionála.

V díle N. Špatenkové je krizová intervence definována: „...jako formální, institucionalizovaná pomoc osobám v krizi, která bývá zpravidla poskytována profesionály (psychology, psychiatry, sociálními pracovníky, praktickými lékaři, psychoterapeuty, pracovníky krizových center).“¹ Do konce 80. let 20. st. fungovaly v našem státě telefonické linky důvěry, které se v letech 90-tých rozšířily o provoz

¹ ŠPATENKOVÁ, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 129 s

některých pracovišť krizové intervence. Pro jejich správnou činnost je potřeba splnit několik podmínek. Podstatná je dosažitelnost pro všechny a v každé době, místní dostupnost, nepřetržitý provoz a schopnost přijmout postiženého, aniž by musel dlouze čekat.

Bohumila Baštecká charakterizovala krizovou intervenci sice krátce, ale výstižně jako: „zásah v krizi.“¹ Důraz dává na přístup krizového pracovníka, kde upřednostňuje komplexnost spojenou s individuálním přístupem se zaměřením na charakteristické zvláštnosti jedince v krizi. Na prvních pěti až deseti setkáních, která vedle osobních mohou probíhat i telefonicky, použije intervenční pracovník některé specifické přístupy a postupy. Použití odborných metod a strategií napomůže klientovi rozpoznat, co bylo impulsem krize, vedou k omezení negativních emocí a v konečné fázi ve vyrovnání se s krizovou situací. Za stabilní můžeme označit přinejmenším takový stav, kdy se klient ocitá na úrovni před krizí a ideálním cílem krizového pracovníka je klientův pokrizový růst. Ne vždy, je krizová intervence definitivním řešením, ale může se stát branou k následné psychiatrické nebo psychoterapeutické péči.

Jsem si vědom, že téma krizové intervence by vystačilo na další samostatnou práci a zde jsem ho v rámci přehledu pouze stručně charakterizoval.

¹ BAŠTECKÁ, B. Terénní krizová práce 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 299 s.

2. Psychopatologické důsledky krize

Vývoj krizových stavů se může ubírat v několika směrech, mohou se časem vytrátit, ale také mají sklon se prohlubovat, způsobit poruchu či onemocnění nebo se případně stanou i chronickými. Ve chvíli, kdy se nám nedaří krizový stav zvládat, dochází k jeho prohloubení, které ve svém důsledku může vyplynout v syndrom psychického ohrožení. Vzhledem k individuálnímu vnímání každého z nás je předpověď životních událostí, ze kterých se stanou zátěžové, které vyzní jen v psychickou únavu a které skončí jako psychická porucha, velmi nesnadná.

Krizové stavy se projevují různě. Petr Klimpl charakterizuje jejich rozpětí velice široce: „Od těch, jež tradičně patří do péče psychiatrů a klinických psychologů (deprese, suicidální úmysly a pokusy), až k těm, pro něž většinou odborná péče vyžadována nebyla (nekomplikovaný smutek, tranzitorní psychické poruchy u obětí násilných trestných činů, následky týrání v rodině). Charakteristickým znakem krize je dobrá prognóza spontánní remise. Dojde-li k selhání strategií zvládnání, objeví se chronifikace krize a přechod do patologického průběhu s nebezpečím suicidia, dlouhodobá psychiatrizace problému, vývoj psychosomatické nemoci nebo posttraumatické stresové poruchy. Vzácností není somatizace s chronifikací, pokud lékař neakceptuje, že se za přítomnými příznaky neskrývá organický nález.“¹

V dané kapitole hodlám uvést poruchy, které bývají velmi často diagnostikovány a vyskytují se u lidí, u kterých krizová situace nastala.

2.1. Definice psychopatologie

Různé zdroje definují psychopatologii různě obsáhle, ale význam zůstává stejný. Zdeněk Mlčák uvádí, že psychopatologie je samostatná základní teoretická disciplína, která patří do systému psychologických věd a zabývá se problematikou patických psychických jevů ve smyslu odchylek od psychické normality. Cílem je vytvoření komplexní teorie abnormálního prožívání a chování člověka. Předmětem

¹ KLIMPL, P. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 35 s.

studia tohoto vědního oboru jsou nejen abnormální psychické symptomy (příznaky) a syndromy (sdružené soubory příznaků), ale také psychické poruchy v jejich komplexnosti (nozologické jednotky), které zkoumá v jejich reálných projevech.

Psychopatologie je nauka zabývající se příznaky duševních chorob, dále klasifikací těchto chorob, poruch a hraničních stavů.¹

Psychopatologie je psychologická disciplína zabývající se charakteristikou poruch jednotlivých psychických funkcí i celé osobnosti a charakteristikou duševních chorob.

V psychopatologii se nejčastěji setkáme s následujícími termíny:

Symptom (příznak) - jednotlivý příznak choroby, který neumožňuje poznat chorobu jako celek. Je možno ho dále rozdělit.

Nespecifické - vyskytuje se u mnoha chorob (teploty, bolesti hlavy, únava → jsou příznačné pro řadu nemocí; deprese, úzkosti, emoční labilita → často společné duševním chorobám).

Specifické - typické pro určitou chorobu (např. bludy a poruchy vnímání, čichové a tělové halucinace u paranoidních psychóz).

Subjektivní - sdělení problému samotným pacientem (k zjištění těchto symptomů se nejčastěji užívá rozhovor).

Objektivní - zjištěné samotným pozorováním nebo laboratorně. Nemusí být totožné s příznaky subjektivními - sdělenými pacientem.

Syndrom - skupina symptomů, která má blíže k určení choroby jako celku a spoluvytváří klinický obraz = celkový projev choroby (např. u depresivního syndromu je skupinou symptomů hluboký smutek, zpomalené tempo myšlení a snížení motorického tempa).

Nozologická jednotka - termín, který zobecňuje určitou patologickou situaci v organismu jako stav, který je svou patogenezi, etiologií, projevem a výskytem vyhranění oproti jiným nozologickým jednotkám. V praxi se dá definovat jenom

¹ viz <http://www.ssvp.wz.cz/pato.html>

tehdy, je-li daná nemoc způsobena jedinou velkou příčinou (infekce), při multifaktoriálních nemocích jsou pouhým zjednodušením situace.¹

Asi nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice jsou ještě duševní porucha, zdraví a normalita.

Duševní porucha (nebo také psychická porucha) je v širším pojetí označení pro některé psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka, znesnadňující jeho fungování ve společnosti. Definice duševní poruchy je ale více. Mezi duševní poruchy se řadí ty z poruch, které se prvotně týkají myšlení, prožívání nebo vztahů k ostatním lidem. V minulosti se v obdobném významu užíval například termín „šílenství.“²

Z této definice vyplynulo, že u duševní poruchy se vždy jedná také o poruchu adaptace jedince na vnější především sociální prostředí.

Zdraví definují experti Světové zdravotnické organizace jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci.

Marie Vágnerová vidí vymezení normy jako úkol značně obtížný a nejednoznačný. Normu je možno chápat z více úhlů - statistická, funkční nebo sociokulturní. Hranici oddělující normu a abnormalitu označuje za plynulou představující kontinuum. Vymezení pojmu je závislé na mnoha faktorech. Těmi mohou být v první řadě aktuální úroveň společnosti, která se u různých skupin liší, podléhá vývoji v čase a nemá konečnou platnost.³

2.2. Neurotické poruchy

Mimo vrozených dispozic, které mají vliv na vznik neurotické poruchy a je možno je označit za vnitřní, jsou významným určujícím faktorem v životě krizové situace, které mají vnější, psychosociální vliv. Pro takto vzniklé psychické poruchy je typická hlavně změna prožívání a v důsledku narušených emocí dochází ke změnám u fyziologických reakcí, jedinec se jinak chová a rozdílně uvažuje. Jádrem takových potíží jsou pocity ohrožení, zhoršuje se emoční ladění, které má spojitost

¹ viz <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nemoc>

² viz http://cs.wikipedia.org/wiki/Duševní_porucha

³ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s

s pocitem napětí, strachem a úzkostí. Neurotický člověk se může chovat nápadně i neobvykle, ale nedochází k překročení základních sociálních norem. Takto postižení lidé si většinou své odlišné projevy uvědomují a sami je považují za obtěžující.

Úzkost

Úzkost se řadí mezi klíčové významy u klinických projevů krizí. Jsou pro ně typické pocity, které se nepříjemně opakují, jejichž zdroj pochází ze samotného lidského myšlení. Tím se odlišuje od strachu, u kterého nacházíme konkrétní, hmatatelný podnět z venčí. Úzkosti jsou důsledky nejistot, uvědomění si dočasnosti našeho života a působení spousty sociálních vlivů, které narušují naši rovnováhu. Jejich mírná hladina může mít i pozitivní, ochranný vliv, a pokud na příklad zvažujeme míru rizika, dá se hovořit o sebezáchovném charakteru. Projevy úzkosti bývají nápadné a nepřehlédnutelné a většina nemívá problém mluvit. Zvláště nápadnými bývají projevy tělesné a vegetativní (větší potivost, zrychlený dech, tlučení srdce, podlamující se kolena, návaly zimy a horka, vzrůst krevního tlaku, úzkostné výrazy v obličeji, nesouvislá, ale naléhavá řeč, problém setrvat v klidu na místě, nechutenství), které ve svých důsledcích vedou po určité době k únavě a vyčerpání. Pokud má člověk pocit osamělosti, mohou se objevovat záchvaty úzkosti, které někdy přicházejí i v noci. Spontánní úzkost nastává, jestliže je její rozvoj neočekávaný a při vysoké intenzitě přechází ve spontánní paniku. V případech, kdy je úzkost vázána na určité okolnosti, dává nám tak možnost ji předpovědět, se jedná o úzkost situační nebo fóbickou, která opět může v závislosti na intenzitě přerůst v situační nebo fóbickou paniku. Pokud je moc intenzivní, neadekvátní situaci a člověk je jí přesycen, stává se úzkostí chorobnou. Je-li její trvání dlouhodobé a potlačuje jiné prožívání, přispívá k celkově výrazně zhoršené kvalitě života. V těchto případech hovoříme o úzkostných poruchách. V mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10 verze 2008) byly úzkostné poruchy v rámci rozlišení poruch psychických nově pojaty:

F40 - fóbické úzkostné poruchy (agorafobie, sociální fobie, specifické – izolované fobie).

F41 - jiné anxiózní poruchy (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostná a depresivní porucha).

Záměrně neuvádím podskupiny tzv. jiných poruch, které odkazují na jiné přidružené nemoci.

Úzkost jako porucha bývá nejčastějším duševním onemocněním a dle statistik zasahuje až 25% populace. Postupy při léčení těchto poruch mohou být jak psychotherapeutické, tak farmakologické. Nejvíce účinným léčebným postupem se ukázala kognitivně-behaviorální terapie a dalšími typickými jsou nácviky sociálních dovedností, expozice, relaxační nácviky a v některých případech psychodynamické postupy. Z medikamentů se dle specifických příznaků užívají antidepressiva, anxiolytika a antihistaminika.

Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

U těchto skupin poruch existuje předpoklad, že byl jejich vznik podmíněn akutním těžkým stresem nebo pokračujícím krizovým traumatem, bez kterého by nevznikly. Psychosociální stres má podíl na vývoji či udržení psychopatologie i v dalších skupinách duševních poruch, ale u výše uvedených je význam specifický.

Akutní reakce na stres F43.0

Je to přechodná porucha, která vzniká u jedince bez jakékoli zjevné duševní poruchy jako odpověď na výjimečný fyzický nebo duševní stres. Obvykle odeznívá během několika hodin nebo dnů. Stresorem může být zdrcující traumatický zážitek, zahrnující vážné ohrožení bezpečnosti nebo tělesné integrity jedince nebo blízkých osob (např. živelná pohroma, úraz, ozbrojený konflikt, přepadení, znásilnění), nebo neobvykle náhlá a ohrožující změna v sociálním prostředí anebo v mezilidských vztazích jedince, např. ztráta mnoha blízkých osob nebo požár v domácnosti. Riziko rozvoje poruchy je větší, je-li též přítomno fyzické vyčerpání nebo organické faktory (např. stáří). Individuální zranitelnost a schopnost zvládat stres ovlivňují výskyt a závažnost akutních reakcí na stres. Proto ne u všech lidí exponovaných mimořádnému stresu se vyvine tato porucha. Příznaky mohou být různé. Příznaky ukazují smíšený nebo obvykle se měnící obraz (mimo to lze kromě počátečního stavu „omámení“ pozorovat depresi, úzkost, zlost, zoufalství, zvýšenou aktivitu nebo naopak stažení, ale žádný typ příznaků dlouho nepřetrvává). Velmi typicky se objevuje úvodní stav „ustrnutí“ se zúženým vědomím a pozorností, neschopností

chápat podněty a dezorientaci. Příznaky se obvykle objeví během několika minut po dopadu stresujícího podnětu nebo události a mizí během 2-3 dnů (často během několika hodin). Na toto období může být částečná nebo úplná ztráta paměti. Pokud k příznakům nedojde okamžitě, dostaví se obvykle během několika minut.¹

Posttraumatická stresová porucha F43.1

Posttraumatická stresová porucha Začíná jako opožděná nebo protahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je sto způsobit silné rozrušení téměř u každého. Predisponující faktory, jako rysy osobnosti (nutkavé, astenické) nebo neuróza v anamnéze, mohou snižovat práh vzniku tohoto syndromu nebo zhoršovat jeho průběh, ale pro vysvětlení jeho vzniku nejsou nutné ani dostačující. Typické jsou epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacks“), snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie a vyhýbání činnostem a situacím, upomínajícím na traumatický zážitek. Obvykle se objevuje vegetativní hyperreaktivita a zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce a nespavost. S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese a nejsou řídké ani suicidální myšlenky. Začátek následuje po traumatu s latencí od několika týdnů do několika měsíců. Průběh je kolísavý, ale ve většině případů dochází k úpravě. V malém počtu pacientů může nastat chronický průběh po léta a trvalá změna osobnosti.²

Porucha přizpůsobení F43.2

Stavy subjektivních obtíží a emoční poruchy, které obvykle zasahují do sociální oblasti funkce i výkonu. Začínají v období adaptace na výraznou změnu životní situace nebo stresovou životní událost. Stresor může narušit integritu sociální sítě pacienta (úmrť v rodině, bolestná ztráta drahé osoby, osamocení), široký systém sociálních opor a hodnot (stěhování, emigrace) nebo reprezentující velké vývojové přechody nebo krize (chození do školy, stát se rodiči, selhání v získání žádaného osobního postavení, důchod). Individuální predispozice nebo zranitelnost hraje důležitou roli v riziku vzniku a způsobu manifestace choroby z poruchy

¹ <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/neuroza/klasifikace-reakce.html>

² <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

přízpusobivosti, ale nicméně se předpokládá, že tato porucha nemůže vzniknout bez stresoru. Příznaky jsou různé, jako depresivní nálada, úzkost, strach (nebo jejich kombinace): pocit neschopnosti řešit situace, plánovat dopředu nebo pokračovat v současné situaci: určitý stupeň poruchy v provádění 9 běžných denních zvyklostí. Poruchy chování mohou být také přítomny, zvláště v dospívání. Dominující vlastností může být krátká nebo prolongovaná depresivní reakce nebo porucha jiných emocí a poruchy chování.¹

2.3. Depresivní porucha

Deprese je nemoc postihující celý organismus. Pro toto nemocnění jsou typické pocity zoufalství, beznadějí, ztráta radostného prožívání a úbytek energie i vůle. Na rozdíl od pocitů, které přináší běžný smutek nebo rozladěnost, je toto onemocnění mnohem vytrvalejší a hlubší, má delší dobu trvání a nepříznivý vliv na výkonnost. Je potřeba připomenout, že se u takto postiženého jedince nejedná o projev slabosti, nedostatku vůle či sebekázně. Takto nemocného člověka také nelze označit za „nenormálního“ nebo „bláznivého.“ Charakteristický je zde pocit prázdnoty a ztráty energie, smutná nálada a u člověka se kupí výčitky. Díky neschopnosti soustředit se přestává zvládat běžné denní záležitosti. Chybí pocity radosti i z věcí a situací, které mu je v minulosti přinášely. K typickým příznakům deprese zařazujeme:

Dlouhotrvající, smutné, úzkostné či prázdňové nálady, záporný pohled na svou osobu a sebeznevažující myšlenky, ztráta naděje, bezmoc a pesimismus, sebeobviňování, postrádání smyslu života, úbytek zájmů a radostí, nespavosti a brzké probouzení či opačně ospalost a spaní i přes den, nechutenství, úbytek na váze nebo naopak přejídání spojené s narůstáním váhy, úbytek energie, únava, malátnost (běžné věci potřebují mnoho námahy), ztráta sexuální chuti, opakované posedávání a polehávání, nemožnost se k něčemu přinutit, odklad činností, nápady k smrti a sebevraždě včetně pokusů, nervozita, ztráta klidu, předrážděnost, problém soustředit se, něco si zapamatovat, na něco vzpomenout a celkové problémy s pamětí (pouze přechodné) a problém se rozhodnout.

K přetrvávajícím tělesným příznakům patří bolesti hlavy, problémy s trávením, zácpy, dlouhotrvající bolesti, tlaky na hrudi, ztuhlé nebo ochablé

¹ <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

svalstvo, rychlá únava a opakující se pocity napětí. V mé práci bylo důležitým faktorem, že v důsledku stresu se může vyvinout deprese. Nelze to však zjednodušit a udělat ze stresu příčinu poruchy. Dalším důležitým předpokladem jsou dispozice, ať už se jedná o vrozené či získané. Pobídku může dát také přílišný stresor, mezi který můžeme zařadit rozvod, dlouhodobé odloučení, partnerova smrt a jiná závažně nepříznivá životní událost. Zároveň existuje předpoklad změny reaktivity na stres v průběhu našeho života. Začínající malé stresy vyplynou v drobné výkyvy nálad, kdy se ještě nejedná o deprese, ale důsledkem je větší citlivost na stres, která v budoucnosti vede k reakci, kdy i menší stres způsobí větší depresi. Výsledkem je, že se deprese vyskytují už bez vnějších příčin a nezřídka mohou být i sezónní (co půl roku). Důvodem depresí může být mnoho. Je možné dojít k závěru, že se jedná o obecnou reakci našeho mozku na mnoho odlišných stavů. Přesto se jedná o psychickou poruchu, která je nejlépe léčitelná a takřka u všech léčení pomůže. Bez léčby trvají příznaky i několik let, což má vliv na ztrátu výkonnosti, izolovanost a celkově zhoršený zdravotní stav v důsledku nižší obranyschopnosti. Je možné nalézt přímou úměru – včasná léčba → rychlejší odeznění deprese. Pro samotnou léčbu i prevenci návratu deprese má důležitý význam užití antidepresiv, ale některé lehčí formy je možno zvládnout psychoterapií. Nejvhodnější cestou se jeví oba přístupy kombinovat. Léčbu antidepresivy dělíme na akutní a udržovací. Léčbou akutní dosáhneme odeznění příznaků a psychika se vrací k původnímu správnému fungování. Doba trvání bývá nejčastěji v řádu 3-6 týdnů. U velké části pacientů existuje riziko recidivy a je proto nutné po fázi akutní přejít k léčbě udržovací. Doba trvání udržovací léčby je závislá na stupni závažnosti a počtu předchozích potíží a může se pohybovat v měsících i letech. Medikamenty zůstávají stejné, které se užily u akutní léčby, pouze se sníží dávkování. Léčba psychoterapií má za cíl dopátrat se informací, jaké změny u nemocného jedince nastaly. Snaží se člověka naučit, jak se vypořádat s příznaky a řešit životní úkoly a následně ho učí dovednostem, které mu napříště pomohou zabránit rozvíjející se nové epizodě.

2.4. Psychosomatické poruchy

Pokud jsme jako jedinec jednotkou tělesného a duševního, nelze u následků krizí opomenout psychosomatické poruchy. Mezi klasická psychosomatická onemocnění, která uvádí většina autorů, patří:

Astma, revmatická onemocnění, vředové choroby, vysoký krevní tlak a další. Existuje blízký vztah psychické a somatické složky člověka, které spolu dohromady utvářejí jednotný organismus. M. Vágnerová to ve svém díle charakterizuje takto: „Existují psychosomatické a somatopsychické vztahy, které fungují zcela nenápadně za normálních okolností, ale mohou nabývat i patologických forem.“¹

¹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 59 s.

3. Cíl výzkumu

Jako cíl výzkumné práce jsem se rozhodl popsat autentickou krizovou životní situaci. Na jedné straně popisuji příčiny a typy krizí, postup jednotlivých krizových fází, způsoby chování sledované osoby, její reakce a snahu okolí pomoci jí s jejím krizovým stavem. Za nejdůležitější cíl považuji zhodnocení proměny osobnosti, na který měly vliv zásadní životní události.

3.1. Výběr a popis použité metody

V praktické části své práce jsem zvolil metodu rozhovoru a pozorování, ale i sebezpozorování a introspekce, které se objevují v celé kazuistice. Metoda introspekce bývá chápána jako typ případové studie, konkrétně se jedná o intrinzitní případovou studii. Odborná literatura ji popisuje jako takovou, která se případu věnuje jen proto, že dotyčný případ vznikl a existuje. Do hloubky je popsán konkrétní případ. Nešlo přitom jen o test hypotéz či návrhy teorií, ale cílem bylo poznat vnitřní aspekty konkrétního případu.

U takto koncipované metody vidím vysoký přínos v informační hodnotě a srozumitelnosti jak pro pozorovatele, tak i samotnou sledovanou osobu. Vzhledem k časovému úseku, který uplynul od prožití krizových situací a měl kladný vliv na popis a nahlížení na problém s odstupem, byl problém posoudit subjektivní hodnocení situace vlastním vnímáním. Bylo však již popsáno výše, že teorie zabývající se krizemi hovoří o tom, že krizi vždy definuje jedinec samotný

Velkým přínosem pro mne bylo, že se jednalo o osobu blízkou, která své pocity zaznamenávala do kalendáře a vznikla tak určitá forma deníku, ze kterého se dalo čerpat a uvádět aktuálně prožívané pocity.

3.2. Vlastní kazuistika

Je to skoro deset let, co Janě zemřel manžel. Byli spolu osmnáct let. Zemřel po týdnu na následky autonehody. Přestál velkou operaci, ale zranění hlavy rozhodlo o výsledku. Přišlo to jako rána z čistého nebe. Odjel něco zařídít po městě a už se nevrátil. Z poklidného života Janu vytrhl telefonát z oddělení ARO nemocnice U sv. Anny v Brně. Jejich sdělení byla pro Janu nepochopitelná a šokující. Děti dala na hlídání a jela do nemocnice. Teprve na místě jí začalo docházet, co se stalo a jak vážná je situace. Přístup zdravotnického personálu byl vysoce profesionální. Byli chápaví, ochotní a vše jí jasně a přesně vysvětlili. Zdravotní stav jejího muže byl vážný. Prodělal náročnou operaci, ale poranění hlavy a následné poškození mozku vedlo ke komatu. Až doteď vše zvládala s klidnou hlavou. Pohled na něj, jak leží po operaci na oddělení, ji srazil na kolena. Týden trávila mezi domácností a nemocnicí. Doma dělala jen to nejnnutnější a pak honem do nemocnice. Vracela se pozdě v noci unavená, ale spát nemohla. Chystala dětem věci na ráno, žehlila, vařila. A věřila, že šance na zlepšení stále je. Zprávy byly po operaci příznivé, ale vždy na konci zaznělo: „Uvidíme, co ta hlava.“ Jana sedávala u jeho lůžka, mluvila na něj, hladila ho, někdy ho jen držela za ruku a vzpomínala. Byl jí vším. Pochopila, že i po osmnácti letech ho miluje, a snad ještě víc, než si kdy myslela. To všechno dovede strach vytáhnout na povrch. Děti za ním pustit nechtěla, stačilo, že viděly, v jakém stavu je ona. A lékaři jí dávali za pravdu, že by to nebylo vhodné pro všechny strany.

Pátý den po autonehodě se krvácení rozšířilo, Janin manžel upadl do komatu a už se neprobudil. Jana čekala za dveřmi pokoje a věřila, že až lékaři vyjdou, sdělí jí, že manžel jen usnul a bude to dobré. Resuscitace byla neúspěšná a při vyslovení té zprávy, že je konec, se jí všechno zhroutilo. Co bude dělat?...

Už je to deset let. Deset dlouhých let, ale někdy to Janě připadá jako věčnost, někdy jako včerejší den. A co bylo dál po smrti manžela? Čas běžel dál, doma čekaly děti, volala jí práce. Jen ty jejich společné plány vzaly za své. Její budoucnost se vytratil do neznáma. Zbyla jí jen krutá a neúprosná přítomnost.

Jana nemá chuť na jídlo, necítí hlad, nemá potřebu spát, je sama, samotná ve strašlivé tmě. Všechno je jak ve špatném snu, ze kterého se nedokáže probudit. Připadá si sama uprostřed oceánu, který s ní zmítá sem a tam, a nikde žádná pevnina, žádné znamení, kam by měla plout. Cítila jenom přítomnost, tady a teď. Sama není,

má děti, ale je na ně sama. Musím jim dokázat, že na to má. Sice neví jak, ale musí. Nemůže tady klečat a brečet, musí se zvednout a jít. Ale kam? Vždycky šli spolu, byli na dobré i zlé dva. Ale teď je na to sama, bez něho jí to připadá nereálné, neskutečné, nemožné. Možná je to jen špatný sen, ona se probudí a on přijede z té projížďky po městě, večer si budou povídat kam na dovolenou a vše bude ve starých kolejích.

Děti mají třináct a devět. Jak jim to má říct? A může to vůbec vyslovit: Není schopna pojmenovat skutečnost, vyřknout dvě slova: „Táta zemřel!“. Počkala až se děti vrátí ze školy. Oddaluje to, ale nakonec to musí říct. Starší dcera se jí schoulí do náruče a pláče. Syn tam je chvíli s nimi a pak se zamkne u sebe v pokoji a chce být sám. Dcera řeší, kdo s ní pojedou na zaplacený kurz potápění do Egypta? Jana jen krčí rameny. Je večer a syn konečně přišel. Je zamlklý a bledý. Pak se stroze ptá, co se stalo, proč to tak bylo a hledá něco, co by mohl nazvat příčinou toho všeho. Stále se ptá, zda to lékaři nemohli vyřešit jinak. Odpověď je stále stejná: „Ono to už nešlo.“ Večer řeší školu, úkoly, co bude zítra. Děti se jí nastěhovaly do postele. Když si jde za nimi lehnout, usíná a kupodivu spí až do rána. Potřebovala něčí přítomnost a hlavně tím získat pocit, že se musí postarat a zvládnout to. Už kvůli nim.

Přestože se jí svět zahalil do mlhy, byly některé okamžiky zcela jasné. Nejistota se střídala s pevně stanoveným datem pohřbu, lhostejnost a apatie s nutnými „pracemi“ jako zařídit pohřeb, vyřídít úmrtní list atd. Bylo toho na všechny moc. Bála se pohřbu, ale zároveň věděla, že to bude bod zlomu. Něco skončí – definitivně – a bude tu jen další a jen její etapa života. Na rodiče svého již mrtvého manžela se v danou chvíli spolehnout nemohla. Tchýně to nezvládla psychicky a zhroutila se. Proto došlo k dohodě, že se neuskuteční veřejný pohřeb, bude to jen v úzkém kruhu rodinném. Její švagrová dokonce navrhl, aby se žádný obřad nekonal. S tím se Jana neztotožnila a nakonec byla ráda, že si prosadila své. Díky obřadu byla teprve schopna a ochotna přijmout tragédii a bojovat s touto životní krizí.

„Pro ženy je smrt manžela vysoce pravděpodobným typem ztráty. Nejsou na něho psychicky, sociálně ani materiálně připraveny. Právě tato nepřipravenost vyvolává řadu sekundárních stresů“.¹

¹ ŠPATENKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vyd. Praha: ISV, 2001. 62 s.

V následujících řádcích se pokusím o výčet, psychických prožitků a způsobů chování, které Jana popisovala, tak jak je u sebe zaznamenala.

Pochybovala o sobě, cítila vinu. Proč nejela s ním, proč ho nepřesvědčila, že to může počkat. Vždycky byl sám sebou a řídil si své pracovní záležitosti. Asi by ho nepřesvědčila, ale co kdyby náhodou? Proč, když vidí známého, se hned rozpláče? Ví, co bude. Buď bude dělat, že ji nevidí, nebo se zastaví, bude se snažit mluvit, ale nebude vědět o čem si mají povídat. Obávají se její známí, že by je to mohlo také potkat? Nebo nevědí, jak mají naložit se svými emocemi? Ona ale to, co cítí, potřebuje říct. Není jim to sice příjemné, ale ona to v té chvíli potřebuje! Snaží se s tím vyrovnat a má potřebu o tom hovořit. Někdy jsou její pocity protichůdné a hlavně vyčerpávající. Především hovořit o tom s dětmi je náročné. Jsou na tom podobně, ale každý to zvládá jinak rychle, jinak věci chápe, přijímá a bere za své. Logika jde bohužel stranou, vládnou jen pocity – emoce.

Za čtvrt roku si uvědomila, že se některé věci zlepšily, lépe se vrací k normálu. Jana lépe spí, netrápí ji nepříjemné sny, přijímá pozitivní reakce, více přemýšlí a konkrétněji přemýšlí. Pomalu se vyrovnává se skutečností a začíná řešit, co bude. Více také jí, nejen že má chuť, ale i cíleně nabírá zpět, co shodila. Přestává být jako robot a více si připadá jako člověk. Její práce, podnikání, které spočívá v práci s domu, po telefonu a přes internet, ji nutí nezaobírat se jen sama sebou. Vyhovuje jí, že nemusí být s lidmi v přímém kontaktu. Zároveň ji to ale nenutí ke společenskému životu a uzavírá se sama do své reality. Pracuje, když se k tomu přinutí nebo ji k tomu doženou okolnosti. Např. skutečnost, že z jednoho platu živí tři lidi. Je to spíše nárazová činnost, než pravidelnost a rutina. Na státní podporu spoléhat nemůže, zatím musí jen sama na sebe. A co s tím skončit a nechat se zaměstnat? Vyhovovalo by jí to, polepšila by si? Nedokáže na to racionálně odpovědět.

Takto vzniklá situace ve svém důsledku ovlivnila i vztahy. Lidé v krizi potřebují emočně podpořit a to nejen utěšit, ale potřebují vzbudit naději, potřebují být přijati a vyžadují porozumění. Žila s pocitem, že má dost kamarádů, známých. Měla je? Rychle zjistila, že tomu tak není. Počet těch, kteří byli ochotni jí pomoci, se zredukoval na minimum. Ti, co zůstali, těm je zavázána, těm ostatním odpustila. Asi nebyli schopni najít sílu a odvalu zpracovat emoce, které je zasáhly. Tím, že o svých pocitech mluvila, ji změnilo myšlení. Z pesimistických myšlenek přecházela

k pozitivním a získávala sebedůvěru a především motivaci vše zvládat. Kamarády potřebovala i pro praktický život. Chyběly jí technické informace, aby zvládla domácnost i za chlapa. Čištění okapů, nedodělaný venkovní krb, přestavba koupelny, to byl velký problém, ale kamarádi jí pomohli.

Děti jí po několika měsících koupily lístky na koncert. Poslouchat známé písničky a zažít znovu něco hezkého jí postavilo na nohy. Uvědomila si, že nemůže jen truchlit, že musí žít. Přišel čas začít znovu být sama sebou. Pak ale přišel okamžik, kdy znovu padla na kolena. Při dědickém řízení se zjistilo, že manžel měl dluh, o kterém, nevěděla. Závazky přešli na ní a ona byla opět v krizi. Znovu to přestala psychicky zvládat. Dalo to dost dlouhou dobu, než to rozdýchala. Ale teď už věděla, kdo jí opravdu pomůže. Nakonec se právníci dohodli. Vznikla jí tak dlouhodobá finanční zátěž, ale měla reálnou hranici. Opět se musela postavit situaci čelem a řešit ji. Její příjmy sotva postačily na pokrytí rozpočtu tří lidí. Splátky toto narušily, musela hledat další zdroj financí. Zvážila pro a proti a rozhodla se. Někteří to nechápali, ale ona věděla, proč to dělá. Nastoupila do domu s pečovatelskou službou jako pomocná síla. Po pracovní době měla čas pro své příjmy a ještě studium. Fyzicky namáhavé zaměstnání vykompenzovala duševní činností. Navíc cítila, že potřebuje být mezi lidmi a možná takovými, kteří pomoc ostatních potřebují. Plat sice mizerný, ale splátky to pokrylo.

Po půl roce jí dokonce nabídli lépe ohodnocené místo. A co to má společného s krizí? Pro ní toho je hodně. Nenadálá situace jí poskytla změnu. Více si věřila, věřila, že to nejhorší, je za ní a to, co přijde, zvládne. Vlastní zkušenost jí paradoxně v práci pomohla. Úmrtí seniorů jsou bohužel součástí „chodu“ domu s pečovatelskou službou. A byly to její zkušenosti, které jí pomohly přijímat, chápat a šifrovat chování pozůstalých lépe a s větší empatií, než tomu bylo u jejích kolegyně. Po roce probírala svůj život, možnosti, co bude dál. Měla pocit, že potřebuje ještě zaměstnat hlavu a řešit něco smysluplného. Jana si vybrala studium. Hned napoprve to nevyšlo, ale ona byla rozhodnutá, že to nevzdá. Cítila, že studium splatí její dřívější dluh. Nakonec se ukázalo, že to byla v „výhra“ i pro její zaměstnání.

Dalším zlomovým rozhodnutím bylo, že nechce zůstat sama bez partnera. Seznámila se s několika muži, ale žádný nevyhovoval jejím představám. Věděla, že bude vyžadovat takového muže, na kterého bude spolehnout, bude citlivý a inteligentní. Bohužel narážela na sexuchtivé milovníky nebo muže „na konci svých

psychických sil“. Měla obavy, že padne za oběť prvnímu, trochu ucházejícímu člověku. Být milý, zalichotit jí mu mohlo postačit, aby jí získal na svou stranu. Tak se i stalo. Všechno to zpočátku přešel pocit, že konečně žije. Ale brzy vyšla pravda na povrch a ona přestala raději kohokoliv dalšího hledat. Po nějaké době se přeci jen objevil člověk, na kterého jako na budoucího partnera nepřemýšlela. Byl jí nápomocný při problémech, jako počítač, zapojení nové televize, atd. Povídali si, když byl u ní, přijímaly ho i její děti. Měl o ní zájem, nejen jako o člověka, ale i jako o ženu. Ale z její strany žádné vzplanutí nenastalo. Řešila, co s tím dělat? Byl na něho spoleh, co slíbil, splnil. Tak si řekla, že vztah z rozumu bude asi to nejlepší. Trvalo to přes čtyři roky. Byl to vztah o dvou lidech žijících vedle sebe, o společném životě vedle sebe. Pro většinu to byl happy end. Asi byla naivní a stále jí něco chybělo. Byl sice obětavý pro ní i pro děti, pomáhal jí, byl hodný, někdy až moc. Její manžel býval hodně dominantní, dával své pocity jasně najevo. A najednou tu byl někdo, kdo jí opečovával jako v bavlnce. Lichotilo jí to, ale časem už jí to bylo nepříjemné. Ukázalo se, že život s manželem jí vnuknul tolik striktně daných věcí, že je nedokázala změnit. Srovnávala ty dva pány. Byla konzervativní a nechtěla nebo nebyla schopna zažité věci změnit. Trvala na zvycích, věcech, rituálech. Změny pro ní byly důvodem k nespokojenosti a vedly ke sporům. Nepřijímala jeho názory, pocity, připomínky a potřeby. Oba čekali, co ten druhý udělá, jestli to bude vytoužené vstřícné gesto. Dokonce se chovala tak, jak to u svého manžela neměla ráda. Nikdo z nich toho druhého nepochopil a tak se rozešli. Důvodem byl pravděpodobně vztah k jejímu bývalému, zesnulému manželovi, který nedokázala vymazat ze života. Možná k tomu přispěla i vyčerpání a stres se zkouškami. Nebo to prostě nebyl ten pravý. Ale asi všechno dohromady. V důsledku bylo ukončení vztahu další krizovou situací.

3.3. Závěry výzkumu

Úmrtí osoby blízké (partnera), v této konkrétní situaci manžela, je zařazeno do typů krizí situačních, které je také možno označit za traumatické.

Pokud se přikloním k rozlišení krizových fází podle M. J. Horowitz, nastala první fáze výkřiku u sledované osoby dvakrát. Nejdříve, když jí bylo oznámeno, že byl její manžel hospitalizován na oddělení ARO, a poté se opakovala při sdělení, že se manžel z kómatu již neprobral. Další fáze popření se zároveň prolínala s fází výkřiku až do okamžiku pohřbu. Poté nastala třetí krizová fáze - intruze, která měla dobu trvání přibližně 7-8 týdnů. V tomto okamžiku, kdy cítila, že se začíná na nastalou situaci adaptovat, došlo v důsledku zjištění dalšího problému (dluhu) k opětovnému přesunu na začátek. V tomto případě se jednalo o jiný spouštěč krize, který měl podíl na vzniku přidruženého (sekundárního) stresu. Tím se celá situace zkomplikovala, jelikož uplynulá doba od smrti manžela nebyla dostatečná k vyřešení krize a prohloubila problém, jak se s krizí vyrovnat. Přestože by v této chvíli bylo dle odborné literatury nejlepší podrobit se psychoterapii nebo vyhledat pracovníka krizové intervence, rozhodla se sledovaná osoba spolehnout na své vlastní síly a pomoc svého nejbližšího okolí. Vlivem časového odstupu od životní krize, která osobu nasměrovala jinam, je možno provést zhodnocení a posouzení změn z vnějšího pohledu i subjektivně samotnou osobou. Zřejmě i vlivem příbuznosti se nemohu pasovat do role zcela nezaujatého pozorovatele, i když jsem se o to v rámci objektivnosti snažil. U sledované osoby hodnotím vystupování, i to jak se chová, jak jedná a vnímá rozličné situace, jako sebe kontrolované a v rámci norem. Subjektivní pohled na hodnocení je však rozdílný. V určité rovině spatřuje v prožité životní krizi i výhody, kterými jsou samostatnost, větší výkonnost, tvořivost, praktičtější přístup k zvládnutí každodenních povinností, větší sebejistota a sebevědomí. V poměrně krátkém období se jí podařilo zvládnout všechny nesnáze, které vyvstaly. Jako opačný pól uvádí složitost vnitřního prožívání a její psychiky. Za neukončený a stále pokračující považuje proces vnitřní změny. K tomu, aby měla úspěchy v zaměstnání, nebo byla schopna nového partnerského vztahu, musí vynaložit více sil a s větší úsilí vynakládá na své vnitřní prožívání. Její vnější realita se musí vyrovnat s vnitřní.

4. Závěr

Za cíl své práce jsem si vytyčil prozkoumat problematiku krizových životních situací ve vztahu s možnými souvislostmi s psychopatologií.

Úvod a první kapitola tvoří teoretickou část práce, ve které byly všeobecně shrnuty poznatky. Pro jedince představují krize stav, kdy je přechodně zatížen vnitřní nerovnováhou, kterou způsobily životní události. Tento stav vyžaduje zásadní změnu a volbu řešení. Na to, jak krize proběhne, má vliv intenzita stresoru, momentální zdravotní stav člověka, konkrétní věk, způsob jakým reaguje jeho okolí, míra sociální opory, ale hlavně jeho osobnostní vlastnosti. Krizi není možno považovat jen za nebezpečnou nebo ztrátovou situaci, ale je potřeba v ní vidět i příležitost něco změnit nebo nově začít. Vyřešení a zvládnutí krize každého posílí, ač se mu to v době, kdy prožívá akutní krizový stav, zdá neuvěřitelné.

Další kapitola je zaměřena na psychopatologii. To, zda vznikne duševní porucha, záleží na individualitě a nikdo s tím není předem seznámen. Je mi jasné, že popsané psychické poruchy a choroby vzniklé v důsledku životních krizí, nejsou všechny. Nebylo to také cílem této práce. Snažil jsem se v přehledu psychopatologických následků uvést, které bývají nejčastěji diagnostikovány. Zpracovat by se dala i další témata, více rozvést by si zasloužila např. závislost, do které může krize patologicky vyústit. Větší pozornost by mohla být věnována psychózám nebo suicidiální krizi.

Přestože jsem na začátku studia předpokládal, že téma mé bakalářské práce bude vlivem mé profese spíše z právní oblasti, jsem dnes přesvědčen o správnosti své volby. Situace podobné té, kterou popisují v kazuistice, nastávají v různých obměnách každý den. Čas, který od události uběhl, přispěl k adekvátním reakcím na vzpomínky a příbuzenský vztah s popisovanou osobou prožívající osobní krizi, měl pro mou práci praktický přínos. Již předem mi bylo jasné, že vyvolání starých vzpomínek bude citově náročné. Při porovnání s poznatky získanými studiem odborné literatury jsem zjistil, že některé popisované fáze nebyly zcela prožity a jiné se zase vracely a krize je u sledované osoby i po uplynulých letech stále zpracovávána. Za absurdní považuji fakt, že zpracování této bakalářské práce označila sledovaná osoba (i přes vyvolání emočně nepříjemných pocitů) za přínosné i pro ni samotnou.

Resumé

Ve své práci jsem se věnoval problémům životních krizí a jejich působení na člověka, u kterého se v jejich důsledku projevují příznaky duševních chorob. V první části jsem rozebral pojem krize jak z historického hlediska, kdy měl největší vztah k právu, tak i současnou situaci, kdy tento pojem chápeme a definujeme spíše v psychologickém pojetí jako situaci, která nás subjektivně ohrožuje. Není třeba termín krize brát jen jako negativní situaci, neboť se ukázalo, že je určujícím faktorem v našem dalším směřování, od života je neoddělitelná a v mnoha faktorech působí kladně.

Příčiny krizí dělíme prvořadě na *vnější*, mezi které řadíme ztrátu (smrt, zrada, ...), změnu (zdravotního stavu, roční období, ...) a nutnost volby mezi dvěma stejnými kvalitami a *vnitřní*, které nastávají v případě, že se nejsme schopni vypořádat ze situací, kdy se musíme rozhodnout nebo udělat další krok. Není možné vytvořit úplný seznam situací vyvolávajících krizi, ale byl vytvořen výčet situací či životních událostí, které se o to největší mírou zasluhují. Ve své praktické části práce jsem se přidržel typologie dělení podle M. J. Horowitz, který fáze rozdělil na fáze výkřiku, fáze popření (negace), fáze intruze (vtírání), fázi vyrovnání (adaptace) a fázi smíření (akceptace). Některé z těchto fází se mohou opakovat nebo se k nim člověk vrací, jiné je možno přeskočit. V rámci mechanismů adaptace jsem se soustředil na ty, které byly odvozeny od úniku (regrese, potlačení, popření, ...) a druhé, které byly odvozeny od útoku (projekce, kompenzace a sublimace, ...) U reakcí člověka na krizi jsem v názorných případech popsal fyziologické příznaky, psychické reakce a změny v chování, které jsou u člověka postiženého krizí pozorovatelné jeho okolím. V kapitole *Pomoc v krizi* jsem se věnoval výhodám a nevýhodám svépomoci, pomoci okolí a krizové intervenci (odborná pomoc).

Dále jsem rozebral pro mou práci stěžejní pojem *Psychopatologie* zde se nejčastěji vyskytující termíny a důsledky, kterými mohou být neurotické poruchy (úzkost, reakce na závažný stres, ...), depresivní poruchy a možnosti jejich léčby a psychosomatické poruchy.

Cílem výzkumné (praktické) části práce bylo popsat konkrétní krizovou životní situaci u sledované osoby, příčiny vzniku krize, typy a postup jednotlivých fází, způsoby chování a reakce osoby a jak se k její situaci postavilo nejbližší okolí.

Zřejmě nejdůležitějším cílem bylo zhodnocení proměny osobnosti vlivem zásadních životních událostí.

Výsledná práce potvrdila teoretické rozdělení fází podle M. J. Horowitze včetně možnosti jejich opakování, předpoklad, že situaci si jakou kritickou označuje individuálně každý sám a možnost vzniku pozitivních důsledků i z negativně prožívaných situací. Na druhou stranu se nepotvrdil předpoklad, že v rámci události, která má nejvyšší bodovou intenzitu zátěže vyhledává žena pomoc v rámci krizové intervence, ale naopak se největší měrou snažila o vyřešení formou svépomoci.

Anotace

Bakalářská práce s názvem *Psychopatologické projevy osobnosti ve vztahu ke krizovým životním situacím* popisuje krizi jako součást každodenního života, které je člověk vystaven. Práce je zaměřena především na psychopatologické projevy, kterými jsou neurotické poruchy, deprese a psychosomatické poruchy. Teoretické poznatky k tématu byly aplikovány na konkrétní případ - úmrtí partnera.

Ve výsledku se ukázalo, že krize přináší člověku zátěž, ale může působit i pozitivně.

Klíčová slova:

Krize, psychopatologie, pomoc, svépomoc, smrt

Bachelor thesis entitled *Psychopathological manifestations of personality in relation to life crisis situations* describes life crisis as part of everyday life, that man is exposed. The work is focused on the psychopathological symptoms, such as neurotic disorders, depression and psychosomatic disorders. Theoretical knowledge on the subject have been applied to a specific case - the death of a partner.

As a result, it became clear that the crisis brings to man the burden, but may also act positively.

Keywords:

Crisis, psychopathology, help, self-help, death

Seznam použité literatury

1. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 420 s. ISBN 80-7178-7735-3.
2. BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-247-0708-X.
3. BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 299 s. ISDN 80-247-0708-X
4. EIS, Z. *Krize všedního dne*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. 121 s. ISBN 80-85424-56-8.
5. HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Jiří Budka, 1993. 297 s. ISDN 80-901549-0-5
6. KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 168 s. ISBN 80-7178-365-X.
7. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: SPN, 1981. 790 s.
8. KONEČNÝ, R.; BOUCHAL, M. *Psychologie v lékařství*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1979. 368 s.
9. KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vyd. Praha: ISV, 2001. 267 s. ISBN 80-85866-82-X.
10. MLČÁK, Z. *Základy psychopatologie*. 1. vyd. Ostrava: PdF OU, 2003. 71 s. ISBN 80-7042-263-7.
11. NAKONEČNÝ, M. *Základní otázky psychologie*. 1. vyd. Praha: SPN, 1968. 174 s.
12. ŠPATENKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vyd. Praha: ISV, 2001. 267 s. ISDN 80-85866-82-X
13. ŠPATENKOVÁ, N. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 129 s. ISDN 80-247-0888-4
14. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN ISBN 80-7178-214-9
15. VODÁČKOVÁ, D. et al. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9
16. VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. 1. vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. 88 s. ISBN 80-901773-4-4

17. VYMĚTAL, J. et al. *Speciální psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytická nakladatelství, 2000. 481 s. ISDN 80-86123-15-4

Další informační zdroje

1. <http://www.ssvp.wz.cz/pato.html>
2. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nemoc>
3. http://cs.wikipedia.org/wiki/Duševní_porucha
4. <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/neuroza/klasifikace-reakce.html>
5. <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Přílohy

TABULKA: Životní událost (bodové vyjádření intenzity zátěže)

Životní událost	Bodové vyjádření intenzity zátěže
Úmrtí partnera	100
Rozvod	73
Rozchod manželů	65
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Výkon trestu	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Odchod do důchodu	45
Smíření manželů	45
Onemocnění člena rodiny	44
Těhotenství	40
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Sexuální potíže	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	38
Závažné neshody s partnerem	37
Konflikty se zetěm/snachou	35
Problémy s příbuznými partnera	29
Manželka začala nebo přestala pracovat	29
Odchod dítěte z domu	29
Vynikající osobní úspěch	28
Zahájení nebo ukončení studia	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Změna bydliště	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna sociálních aktivit	18
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	16
Změna stravovacích návyků	15
Vánoce	12
Drobné porušení zákona	11