

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra Psychologie

**BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI
SEKUNDÁRNÍ AMENOREY**

**BIOPSYCHOSOCIAL BACKGROUND
OF SECONDARY AMENORRHOEA**



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Šárka Urbanová

Vedoucí práce: PhDr. Martina Fülepová

Olomouc 2016

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma
Biopsychosociální souvislosti sekundární amenorey vypracovala samostatně pod
odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a
literaturu.

V dne Podpis

V první řadě bych ráda poděkovala PhDr. Martině Fülepové za odborné a laskavé vedení mé práce. Jsem velmi vděčná za její čas, ochotu, rady a připomínky, které byly velmi cenné (nejen) pro zhotovení této práce. Dále děkuji všem respondentkám, které se se mnou ochotně a otevřeně podělily o své životní příběhy. V neposlední řadě děkuji také všem, kdo mi byli podporou, a tím se nepřímou rovněž podíleli na zdárném dokončení této práce.

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1. MENSTRUAČNÍ CYKLUS	6
1.1 Ovulační (ovariální, vaječnickový) cyklus	7
1.2 Endometriální (děložní, uterinní) cyklus:	8
1.3 Řízení menstruačního cyklu.....	8
2. SEKUNDÁRNÍ AMENOREA.....	10
3. HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....	13
4. DOSPÍVÁNÍ A ČASNÁ DOSPĚLOST	15
4.1 Dospívání	15
4.2 Časná dospělost	17
5. VÝVOJ K ŽENSTVÍ.....	19
5.1 Formování ženské identity v průběhu dospívání	19
5.2 Význam matky v rámci formování ženské role	20
5.3 Význam otce v rámci formování ženské identity	21
5.4 Rodinné zázemí a jeho význam pro formování žensko identity	22
5.5 Ženská identita ve věku časně dospělosti	23
6. MENSTRUACE A ŽENSTVÍ.....	25
7. BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ POJETÍ	28
7.1 Psychosomatika	28
7.2 Původ psychosomatických onemocnění:	29
7.3 Psychogynekologie	31
7.4 Psychoneuroendokrinoimunologie	31
7.5 Psychosomatika a ženství	32
7.6 Biopsychosociální model sekundární amenorey	32
7.7 Provázanost stresu a sekundární amenorey	33
8. PROVÁZANOST PŘIJETÍ ŽENSTVÍ A SEKUNÁRNÍ AMENOREY	35
VÝZKUMNÁ ČÁST	36
9. VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	36

9.1 Výzkumné cíle	36
9.2 Výzkumné otázky.....	36
10. APLIKOVANÁ METODIKA.....	37
10.1 Design výzkumu:.....	37
10.2 Metody získávání dat:.....	37
10.3 Metody zpracování a analýzy dat:.....	38
11. ETIKA VÝZKUMU	40
12. VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	41
12.1 Výběr souboru respondentek:	41
12.2 Popis souboru respondentek:	41
13. REFLEXE AUTORKY PRÁCE	43
14. ANALÝZA DAT	45
14.2. Analýza dat jednotlivých případů.....	50
14.3 Společná analýza: interpretace dat	70
14.4. Odpovědi na výzkumné otázky	73
16. DISKUSE	75
17. ZÁVĚRY.....	80
SOUHRN.....	81
Seznam použitých zdrojů a literatury.....	83

ÚVOD

V této práci se budeme zabývat biopsychosociálními souvislostmi sekundární amenorey a zkušenostmi žen, u nichž se tato porucha menstruačního cyklu vyskytla.

Sekundární amenorea, čili vynechání menstruačního krvácení delší než tři měsíce, je vcelku nenápadným jevem, jelikož nebývá provázena bolestí ani na pohled patrnými vnějšími projevy. I to může být důvodem, proč je jí věnováno poměrně málo pozornosti jak na poli klasické medicíny, tak psychosomatiky. Pro ženy, které bez zjevné příčiny (těhotenství, menopauza..) přestaly menstruuovat, je však tento jev velmi nepříjemný, vyvolává v nich mnoho pochybností o nich samotných, a tak může být spouštěčem dalších psychogenních obtíží.

Cílem výzkumu je zmapovat, jaké mohou být biopsychosociální souvislosti sekundární amenorey, přesněji řečeno, zda vůbec a případně jaké jsou podobnosti mezi ženami, u kterých došlo k vynechání menstruačního krvácení po dobu delší než 3 měsíce, aniž by byl u nich pro tento jev zjištěn konkrétní organický nález jasné etiologie.

V rámci diplomové práce se snažíme blíže prozkoumat, jaké faktory mohou hrát významnější roli pro rozvoj sekundární amenorey. Význam naší práce by mohl spočívat také v poskytnutí jiného úhlu pohledu na původ sekundární amenorey, a tím případně ke zlepšení přístupu k léčbě jak ze strany lékaře, tak pacientek, které přestaly menstruuovat, aniž by si byly vědomy proč, a které lékař často bez jakéhokoliv vysvětlení obeznámí s tím, že „se to může stát“ a řešením je buď nasazení hormonální antikoncepce, či vyčkávání, až „se to srovná“. Vezmeme-li totiž v úvahu, že menstruační cyklus může být ovlivněn také hormony uvolňovanými ve stresu, zmatek a pochyby, které v ženě vyvolá vynechávání menstruačního cyklu, obavy o vlastní reprodukční zdraví a pochyby o svém ženství jako takovém, ženám se sekundární amenoreou rozhodně neprospívají.

V práci se soustředíme také problematiku ženské identity, jelikož i toto téma může být pro rozvoj sekundární amenorey významné. Z toho důvodu se zabýváme vývojovými obdobími dospívání a časně dospělosti, jednak pro jejich provázanost s menarche a sekundární amenoreou a zároveň proto, že se obě pojí s uvědoměním vlastního ženství a upevnění sebepojetí.

Práce si tedy klade za cíl pokusit se porozumět kontextu a pozadí problému s ohledem na rodinné prostředí, dospívání a přijetí vlastního ženství.

TEORETICKÁ ČÁST

V současné době je již jisté, že sekundární amenorea může být psychogenního původu, a může se tak jednat o psychosociálně podmíněný jev. Jako taková je často dávána do souvislosti se stresem. V rámci tzv. psychodynamických poruch menstruačního cyklu Čepický (2011) upozorňuje také na to, že v 60% takových případů byl nepřítomen otec v rodině. Někteří odborníci (např. MUDr. Helena Máslová) se domnívají, že sekundární amenorea souvisí s nepřijímáním ženské role. Northupová (2003) uvádí, že pravidelnost menstruace ovlivňuje složitá interakce mezi mozkem (hypothalamem, hypofýzou a spánkovými laloky), vaječníky a dělohou, dále pak změny ročních období, světelné poměry, cestování, výživa a stres v rodině. V teoretické části práce se tedy budeme soustředit na témata menstruace, sekundární amenorea, vývojová období dospívání a časně dospělosti, vývojem k ženství, biopsychosociálním pojetím, a v závěru tato témata propojíme.

1. MENSTRUAČNÍ CYKLUS

V této kapitole popisujeme jednotlivé fáze menstruačního cyklu, hormonální řízení a neurofyzilogické procesy, které jsou pro jeho průběh klíčové.

Menstruační cyklus představuje významnou součást lidské reprodukce a jeho význam spočívá zejména v přípravě co nejlepšího prostředí pro oplodněné vajíčko a pro růst zárodku (Doleček, 1987). Na rozdíl od samců, u samic probíhají v reprodukčním systému pravidelné cyklické změny, které představují jakousi přípravu na oplodnění a březost, v případě člověka těhotenství. V případě lidského druhu hovoříme o menstruačním cyklu, jehož nejvíce nápadným projevem je periodicky se opakující menstruační krvácení, při kterém dochází k odlučování částí děložní sliznice (endometria). K tomu dochází v případě, že žena ve stávajícím cyklu neotěhotněla (Rob, Martan & Citterbart et al. 2008; Křepelka, 2013; Ganong, 2005).

V rámci menstruačního cyklu rozlišujeme cyklus ovulační (ovariální, vaječnickový) a endometriální (děložní). Každý z nich je složen z několika fází a je řízen určitými hormony (viz následující podkapitoly) (Ganong, 2005).

První menstruace je označována jako *menarche* a dochází k ní v pubertě (ve fyziologicky normálním rozmezí 10-15 let). Průměrným věkem nástupu menstruace v naší populaci je 12,5 let. Začne-li menstruace dříve, hovoříme o *menarche praecox* v rámci předčasné puberty (Hrodek & Vavřinec et al., 2002). Jestliže se menstruace nedostaví do dovršení 15 let věku dívky, jedná se o primární amenoreu (Hrodek & Vavřinec et al., 2002).

Délka trvání menstruačního cyklu bývá nejčastěji udávána v rozmezí 25-30 dní, průměr je stanoven na 28,5 dne (Rob et al. 2008). Někteří autoři však udávají, že za určitých situací může být i délka cyklu v rozmezí 13-50 dní stále ještě považována za normální.

V prvních cyklech zpravidla ještě nedochází k ovulaci, ale během několika let se dívky stávají plodné (Northupová, 2003). Je to způsobeno pozvolným dozráváním hypotalamu, který vydává impulzy pro ovulaci v pubertě nepravidelně. V důsledku anovulačních cyklů bývají také nepravidelné, zpravidla delší než měsíční, intervaly krvácení. K vymizení anovulačních cyklů dochází zhruba do dvou let od menarché (Hrodek & Vavřinec, 2002).

1.1 Ovulační (ovariální, vaječníkový) cyklus

Ovulační cyklus sestává ze tří fází:

1) *folikulární fáze*, při které dochází k růstu Graafova folikulu, v němž současně dozrává vajíčko (*ovum*). Na zrání folikulu má vliv folikulostimulující hormon (FSH), ke konci fáze společně s ním začíná působit též luteinizační hormon (LH). Vlivem těchto hormonů dokončuje vajíčko redukční dělení, které bylo započato již během osmého či devátého měsíce nitroděložního vývoje. „*Buňky zrajícího folikulu produkují estrogeny, v průběhu zrání folikulu množství uvolňovaných estrogenů postupně roste*“ (Orel & Facová, 2010, 183).

2) období *ovulace* - zhruba 14. den cyklu dochází k prasknutí folikulu a v důsledku toho k uvolnění vajíčka. Děje se tak ve chvíli, kdy byla překročena kritická hladina estradiolu, a došlo tak k aktivizaci pozitivní zpětné vazby a vyplavení gonadotropinů, především LH, což podněcuje prasknutí Graafova folikulu, uvolnění vajíčka do břišní dutiny a skrze vejcovody transport do dělohy (Čepický, 2011).

3) *luteální fáze*, čili období, kdy z prasklého folikulu vzniklé žluté tělísko (*corpus luteum*) produkuje velké množství progesteronu a malé množství estrogenů, čímž tlumí činnost FSH a LH, a zabraňuje tak zrání dalšího folikulu. Pokud během 14.-28. dne cyklu

nedojde k oplození, žluté tělísko degeneruje přeměnou ve vazivové bílé tělísko (*corpus albicans*) a klesá jeho hormonální aktivita, přičemž opět narůstá výdej FSH, a startuje tak nový vaječnickový cyklus (Ganong, 2005).

1.2 Endometriální (děložní,uterinní) cyklus

Endometriální cyklus je rozdělen do čtyř fází. Tu první představuje *menstruační fáze*, jejímž počátkem je první den menstruačního krvácení, které trvá cca 5dní. Po tuto dobu dochází k odlučování děložní sliznice, která je z těla odváděna spolu s menstruační krví za pomoci kontrakcí děložní svaloviny. Objem krve, který se při menstruaci ztrácí, je asi 40 ml.

Druhou fází je *proliferační fáze* trvající od ukončení menstruace do 14.dne cyklu a vyznačuje se obnovou děložní sliznice (*proliferace*) pod vlivem vaječnickových estrogenů.

Třetí fáze má název *sekreční* a nastupuje po ovulaci. Sliznice dělohy je během této doby zkypřována prostupujícími cévami a žlázkami, a připravuje se na případné uhnízdění (*nidace*) oplozeného vajíčka. Změny v sekreční fázi způsobuje progesteron ze žlutého tělíska. Nedojde-li k oplození, vajíčko zaniká.

Poslední, čtvrtá, fáze je označována jako *ischemická* a představuje ukončení hormonální aktivity žlutého tělíska zhruba 28. den cyklu, kdy dochází k vazokonstrikci tepének v děložní sliznici, a tím je znemožněno její prokrvování. Následkem nedostatku přísunu kyslíku jsou odumřelé buňky sliznice odlučovány spolu s menstruační krví. Tímto je zahájen nový děložní cyklus (Ferin, 1997).

1.3 Řízení menstruačního cyklu

Menstruační cyklus řídí hypotalamus, přední lalok hypofýzy a vaječníky. Systém těchto tří jednotek je označován jako reprodukční osa (Rob et al., 2008) a jeho složky spolu vzájemně komunikují prostřednictvím hormonů.

Hlavními hormony, které se podílí na řízení menstruačního cyklu, jsou hypofyzární hormony FSH (folikulostimulující hormon) a LH (luteinizační hormon) a dále ovariální steroidní hormony.

Během folikulární fáze dochází ve vaječníku ke zrání Graafova folikulu, v němž současně dozrává vajíčko (ovum). Na zrání folikulu má vliv folikulostimulující hormon (FSH).

Hypotalamus má klíčovou roli v regulaci sekrece gonadotropinů. Hypotalamická reakce se děje prostřednictvím GnRH uvolňovaného do hypofýzy, čímž dochází ke stimulaci FSH a LH. „*Povaha a přesná generace pulzního generátoru GnRH v hypothalamu je stále nejasná. Je však známo, že noradrenalin a možná i adrenalin v hypothalamu zvyšují pulzní frekvenci GnRH. Naopak opioidní peptidy, jako jsou enkefaliny a β -endorfiny, frekvenci pulzů GnRH snižují*“ (Ganong, 2005, 450).

Ovariální hormony lze rozdělit do tří skupin dle počtu uhlíkových atomů na gestageny (progestiny), androgeny a estrogenery.

Gestageny jsou hormony udržující těhotenství a nejznámější z nich je progesteron, který je, jak zmiňujeme výše, uvolňován během preovulačního období v luteální fázi ovariálního cyklu, tedy v druhé polovině cyklu menstruačního, kdy zajišťuje přeměnu děložní sliznice, relaxaci hladké svaloviny, zvýšení bazální teploty, tlumení CNS a snížení produkce gonadotropinů mechanismem zpětné vazby (viz výše). Progesteron je ve vaječnících produkován nejprve folikulem, poté žlutým tělískem, mimo vaječníky v mozkové kůře a v době těhotenství též placentou (Silbernagl & Despopoulos, 2004; Čepický, 2011).

Estrogeny (oestrogen znamená říje, pohlavní podrážděnost) jsou v největší míře produkovány ve vaječnících (zejména 17-beta-estradiol). Mohou být považovány za nejvíce ženské hormony, jelikož ovlivňují růst vulvy, prsou, celkový růst ženských tvarů a rozkládání tukových polštářků i pevnost a pružnost pleti. Zároveň jsou zdrojem dobré nálady, jelikož uvádějí do souladu sympatický a parasympatický nervový systém. Estrogeny působí jako zpětná vazba (v závislosti na hladinách pozitivní i negativní) na FSH a LH, čímž do jisté míry určují průběh menstruačních cyklů (Doleček, 1987).

V první polovině cyklu a zejména pak těsně před ovulací, tedy v době, kdy je hladina estradiolu (nejvýznamnějšího estrogenu) vysoká, jsou ženy obzvláště atraktivní, aniž by si toho byly vědomy (Zehentbauer, 2012)..

Androgeny, hlavně testosteron a androstendion, jsou významné primárně při vývoji mužského pohlavního ústrojí. V ženském organismu se vytváří také, byť v podstatně nižším množství, a fungují zde především jako prekurzory estrogenů. Androgeny řídí také růst terciárního ochlupení, zvyšují libido a mají anabolický účinek (Čepický, 2011).

2. SEKUNDÁRNÍ AMENOREA

Následující kapitola pojednává o sekundární amenoree. Soustředíme se zde na definici této menstruační poruchy a její rozdělení na základě etiopatogeneze

Dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí označuje pojem sekundární amenorea (*amenorrhoea*) absenci menstruace u ženy, která dříve menstruovala (ICD-10, 2016). V odborné literatuře se pak setkáváme s přiblížením časového údaje. Sekundární amenorea tedy představuje tři měsíce a déle trvající vynechání menstruačního krvácení u ženy, která dosud menstruovala (Čepický, 2011). Cibula, Henzl, Živný et al. (2002) upozorňují na to, že v praxi bývá pojem sekundární amenorea často užíván již při opoždění menstruace o jeden až dva týdny. V naší práci se budeme držet první varianty, jakožto nejčastěji udávané časové hranice pro diagnostiku sekundární amenorey, tedy tři měsíce.

Fyziologicky normální sekundární amenorea je v těhotenství a v období laktace, v postmenopauzálním období a v seniu. To vše v důsledku přirozených změn hormonálních hladin (Rob et al., 2008).

Určení příčiny poruchy cyklu bývá obtížné. Nejedná-li se o poruchu provázenou morfologickými změnami, jedná se nejčastěji o komplexní poruchu hypotalamo-hypofyzo-ovariální komunikace (Cibula et al., 2002).

Cibula, Henzl, Živný a kol. (2002) klasifikují patogenní příčiny poruch do šesti skupin, kterými jsou poruchy psychogenní, hypotalamické, hypofyzární, gonádové (ovariální), poruchy cílového orgánu (uterinní) a poslední kategorii představují poruchy metabolické a nutriční.

Hypofyzární, ovariální i uterinní amenorea jsou vždy součástí určité diagnózy či nálezu, jako například Sheenanův syndrom, morbus Cushing, Ashermanův syndrom, hormonálně aktivní tumor produkující androgeny aj. Mezi ovariální (gonádové) poruchy řadíme také hyperandrogenní syndrom, což je komplexní porucha „*ne zcela jasné etiologie, se zvýšenou koncentrací LH a androgenů*“ (Cibula et al., 2002, 127), kam řadíme syndrom polycystických ovarií a Steinův-Leventhalův syndrom.

Extragenitální příčinou amenorey může být také těžký diabetes mellitus, hypo- či hypertyreóza a hyperplázie kůry nadledvin (Gannong, 2005).

Jakožto hypotalamické poruchy označují Cibula et al. (2002) v souvislosti se sekundární amenoreu takové, které jsou způsobeny lézemi na hypotalamu a dále tzv. post-pill amenoreu, o níž blíže pojednáváme v podkapitole s názvem Hormonální antikoncepce.

Velkou část poruch menstruačního cyklu má na svědomí porucha neurotransmiterové regulace produkce hypotalamického nucleus arcuatus (Čepický, 2011). Jedná se o poruchy psychogenní, dle Čepického (2009) přesněji suprahypotalamické, jelikož některé jsou psychogenní spíše nepřímě, a můžeme je rozdělit do čtyř skupin: primární změny neurotransmiterů, změny hmotnosti a/nebo příjmu a výdeje energie, stres a psychodynamické poruchy (Čepický, 2011).

Do první skupiny, tedy mezi poruchy cyklu danými primárními změnami neurotransmiterů, řadíme poruchy cyklu při psychózách, psychofarmakoterapii (zejména neuroleptika a tricyklická antidepresiva), abúzu návykových látek jako jsou alkohol (obvykle v důsledku hypogonadotropního hypoestrinismu), opiáty (vliv endorfinů na sekreci GnRH vede k zastavení menstruačního cyklu), kokain (zvýšená aktivita dopaminergního systému způsobuje snížení hladiny prolaktinu a zvýšenou hladinu gonadotropinů i ovariálních steroidů) a též chronický abúzus nikotinu, který může vést k hypogonadotropní hypoprolaktinické oligomenoree až anovulaci v důsledku působení nikotinu na dopaminergní systém (Čepický, 2009).

Skupina druhá se soustředí na změny hmotnosti či výdeje energie. Dojde-li k poklesu hmotnosti na takové číslo, které je v průměru o 4,5 kg vyšší, než byla hmotnost při menarché, může dojít k amenoree. Na základě podílu tuku je pak sekundární amenoreou stíženo 90% žen, u nichž došlo k poklesu podílu tuku v těle pod 27% celkové tělesné hmotnosti. Není rozhodující, zda ke ztrátě hmotnosti dochází vlivem mentální anorexie jakožto primárního psychogenního onemocnění, redukční diety, či somatického onemocnění.

Nadměrná fyzická zátěž (ať se ztrátou hmotnosti či nikoliv) sportovkyň může být rovněž spouštěčem poruch menstruačního cyklu až sekundární amenorey (v závislosti na velikosti zátěže), přičemž v etiologii těchto poruch hrají roli snížené množství tělesného tuku, zvýšená aktivita hormonů spojených s proopiomelanokortinem (beta-endorfin, ACTH) a zvýšená produkce katecholesterolů.

Obezita je faktorem pro vznik sekundární amenorey buď hypogonadotropní hypoestrinní se sníženou hladinou prolaktinu v důsledku změn serotonergního systému, anebo normogonadotropně hyperestrinní s hyperprolaktinemií související s vlivem estrogenů.

Rovněž chronický stres může stát za vznikem sekundární amenorey, nicméně *„hormonální obraz poruch cyklu je komplikovaný a nejednotný, protože se zde střetávají nejméně dva faktory: hypogonadotropní hypoestrinní porucha a aktivace nadledvin,*

vedoucí k dočasnému vzestupu hladiny estrogenů, což má zpětnovazebné dopady na hypotalamo-hypofyzární systém (může dojít k vzestupu LH a/nebo prolaktinu)“ (Roztočil, 2011, 435).

Poslední, a pro naši práci velmi zajímavou, kategorií suprahypotalamických poruch menstruačního cyklu, představují psychodynamické poruchy cyklu. Mezi takovéto příčiny řadíme separační amenoreu, která je důsledkem vytržení z rodinného prostředí (internát, klášter..) a postihuje obvykle mladé dívky do 20 let. Rovněž do psychodynamické etiologie sekundární amenorey spadá syndrom zdánlivého těhotenství zvaný pseudocyesis. Dále pak odmítání ženské role, což je, z pohledu psychoanalýzy „stav, kdy žena odmítá svoji fyziognomii i menstruaci“ (Cibula et al., 2002, 124) a syndrom Atalanté, který se vyznačuje soutěžením s muži (Čepický, 2011).

Do psychodynamických poruch menstruačního cyklu řadíme také psychogenní hyperprolaktinémie, jejichž hlavními projevy jsou amenorea a galaktorea. V hormonální rovině se jedná o hyperprolaktinemický hypogonadotropní hypoestrinismus. Autoři uvádí, že u 60% žen s těmito obtížemi lze dohledat absenci otce v rodině (ať již v fakticky, či psychologicky) a u rozvoje poruchy pak stojí určitá ztráta (rovněž faktická, anebo symbolická) (Čepický, 2011).

V této práci o problematice stresu, významu rodiny v průběhu dospívání a odmítání ženské role pojednáváme v následujících kapitolách.

3. HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Již řadu let se vedou spekulace nad tím, nakolik je sekundární amenorea dostavující se po vysazení hormonální antikoncepce (dále HAK) způsobena právě jejím užíváním. Některé studie provedené v této oblasti nepotvrzují přímou souvislost mezi těmito dvěma jevy. Například Jacobs, Knuth a Hull (1977) poukazují na to, že bez ohledu na ne/užívání HAK respondentek trpících sekundární amenoreou, byly ve většině případů zjištěny jiné objektivní příčiny sekundární amenorey, než pouhé užívání hormonální antikoncepce (primární selhání vaječníků, anorexia nervosa, významný váhový úbytek bez diagnózy anorexie, psychiatrické onemocnění, poruchy ovulačního cyklu). K podobným závěrům došli také Wyss a Bourrit (1986), kteří za rizikové faktory pro vznik sekundární amenorey po vysazení orálních kontraceptiv považují pozdní nástup menarche, váhové výkyvy, účast ve výkonových sportovních soutěžích a zejména pak nepravidelnost ovulačních cyklů.

Mnoho jiných odborníků však zastává názor, že hormonální antikoncepce má svůj podíl „viny“ na vznik sekundární amenorey. Například lékařka a psychogynekoložka Helena Máslová uvádí následující: „Z mé empirické zkušenosti vyplývá, že tzv. *amenorrhea post-pill*, kdy se menstruační cyklus po vysazení hormonální antikoncepce neobnoví a žena nemenstruuje, je častým nežádoucím účinkem antikoncepce, ačkoliv toto není uvedeno v příbalových letácích. Sama jsem viděla mnoho takovýchto žen“ (Máslová, 2015, odst. 2). Dále dodává, že vliv na rozvoj těchto nežádoucích účinků mají takové faktory, jako délka užívání antikoncepce, věk, kdy byla nasazena a okolnosti zahájení jejího užívání. Vysoká pravděpodobnost rozvoje post-pill amenorey je dle Máslové (2015) v případě, že hormonální preparáty začne užívat dívka, která do té doby jen několikrát nepravidelně menstruovala. To potvrzuje i informace Státního ústavu pro kontrolu léčiv (2015, odst.13): „Pokud žena začala užívat hormonální antikoncepci v situaci, kdy neměla pravidelný menstruační cyklus, je pravděpodobné, že po vysazení přípravku cyklus opět nebude pravidelný.“ Pojem post-pill amenorea, který uvádí MUDr. Máslová, odkazuje k vynechání menstruace po vysazení kombinované hormonální antikoncepce, přičemž hladina gonadotropinů zůstává normální, estrogeny snižené (Cibula et al., 2002). Autoři dále uvádějí, že k tomuto jevu dochází u 1-2% žen, které přestanou užívat HAK a ve většině případů lze očekávat spontánní obnovu. Dle Čepického a Líbalové (2010) v rámci post-pill amenorey nedochází k menstruaci až po dobu tříměsíců.

Doposud jsme popisovali biologické aspekty sekundární amenorey, dále se budeme více soustředit na aspekty psychosociální, abychom v závěru mohli veškeré tyto poznatky propojit.

4. DOSPÍVÁNÍ A ČASNÁ DOSPĚLOST

V této části práce popisujeme vývojové procesy spíše v obecné rovině, specifika dospívání dívek a procesy přijímání ženské identity popisujeme v kapitole s názvem Vývoj k ženství.

Vývojovým obdobím, v němž se objevuje první menstruace, je dospívání, které je následováno fází časně (mladé, rané) dospělosti. Právě na přelomu těchto dvou období došlo k rozvoji sekundární amenorey našich respondentek.

4.1 Dospívání

V naší práci se zaměřujeme na období dospívání z toho důvodu, že přibližně do jedenácti let věku jsou dívky spíše androgynní, avšak s nastupující pubertou se jejich role proměňuje spolu s jejich tělem, a ony tak se tak postupně začínají vypořádávat s aspekty ženství a na jejich základě budovat vlastní identitu (APA, 2016)

Menarche (men-měsíc, arche-počátek), tedy první menstruace, se objevuje nejčastěji okolo dvanáctého roku věku dívky. Za normální je však považováno rozmezí 10-15 let (Shreeve, 1998). Tento věk spadá do vývojového období zvaného dospívání, cizím slovem adolescence. V základním, tedy biologickém smyslu lze období dospívání vymezit široce jako životní úsek ohraničený na jedné straně prvními známkami pohlavního zrání (zejména v podobě sekundárních znaků) a více nebo méně označenou akcelerací růstu, na druhé straně dovršením plné pohlavní zralosti (plné reprodukční schopnosti) a dokončením tělesného růstu (Krejčířová & Langmeier, 2011). Poněšický (2008) dále popisuje adolescentní věk jako přechodové období mezi dětstvím a dospělostí, případně jako jejich střet, jelikož se naposledy vzdouvá přání být dítětem a být v objetí matky i otce, ale současně touží po jejich požehnání k „odchodu do světa“. Vágnerová (2005) rozděluje celé období adolescence do dvou fází, a sice fází ranou (11.-15. rok s určitou individuální variabilitou) a pozdní (15-20 let), dle Krejčířové a Langmeira (2011) 22 let, což je také věk, kdy by dle Levinsona (in West, 2002) měla být utvořena vlastní jedinečná osobnost separovaná od rodičů.

Celé období dospívání zahrnuje tři z Eriksonových osmi stadií vývoje osobnosti. Zhruba do dvanácti let se dospívající nachází ve čtvrté vývojové fázi nazvané snaživost proti méněcennosti. Jedná se o období vyznačující se úsilím o úspěch, jež je zdrojem

radosti a pocitu vnitřní kompetence, zatímco neúspěch zapříčiňuje přesvědčení o vlastní méněcennosti. Stádium páté, které v období dospívání převažuje, představuje identita proti zmatení rolí. To je období, během něhož si mladý člověk tvoří ucelenou představu o sobě samém, tedy identitu ega, jež mu poskytuje shodu mezi jeho sebepojetím a tím, jak jej vnímají druzí. Erikson (in Krejčířová & Langmeier, 2011) v souvislosti s nalezením vlastní identity v období dospívání zdůrazňuje důležitost nabytí přesvědčení o vlastních schopnostech, které dospívajícímu umožní experimentovat právě za cílem nalezení sebe sama, což je nezbytné pro osamostatnění se od rodiny. Právě emancipace od rodiny, navazování významnějších vztahů s vrstevníky a dosažení stabilního pocitu vlastní identity představují hlavní úkoly období dospívání. Je-li fáze konfliktu identity proti zmatení rolí úspěšně absolvována, dospívající dosáhne vlastní identity. Pokud ne, hrozí zmatení rolí, tedy nejistota vlastní pozice ve světě. Dle Eriksona nemůže dojít k utvoření identity, aniž by jedinec neprošel sociálním moratoriem, obdobím, v němž se mladý člověk zamýšlí nad hodnotami, které mu byly předávány v průběhu dětství, otázkami víry, volbou kariéry a životního stylu, který pro něho zamýšleli rodiče. V průběhu takového období pak často dochází k určité „rebelii“, během které si dospívající zkouší nejrůznější možnosti, které potká, aby si nakonec zvolil ty, které utvoří jeho vlastní identitu. Těmi mohou být i ty, které mu byly již na počátku předkládány rodiči, ale důležité je, že si je dospělý člověk zvolil sám a ne jen proto, že mu zkrátka „někdo řekl, že tak je to správně“ (Friel, 1988).

Následuje fáze, která je charakterizována konfliktem mezi intimitou a izolací, a proto, že se nachází na pomezí vývojových období dospívání a časně dospělosti, a proto jí budeme více pozornosti věnovat v následující kapitole.

MUDr. Vladislav Chvála a PhDr. Ludmila Trapková popisují proces dospívání v rámci jejich vlastní teorie sociálního porodu zasazené do rodinné terapie psychosomatických poruch. Tato teorie je postavena na úvaze nad tím, *„jakým způsobem se dostává dospívající z vnitřního sociálně uzavřeného prostoru ven k samostatnému a na rodičích nezávislému životu“* (Chvála & Trapková, 2004, 110), přičemž se připravuje na pozdější založení vlastní rodiny. Pod pojmem sociální porod si tedy můžeme představit proces postupné separace dospívajícího jedince od svých rodičů v určitém pořadí a závisí na tom, který z rodičů je v daném období více k dispozici, zatímco ten druhý ustupuje do pozadí, aniž by přitom bylo přerušeno jeho pouto s potomkem či druhým rodičem. Rizikem jsou nevyřešené záležitosti v rodinné historii, které mohou vyústit v komplikace a zvyšují také riziko somatizace emočních konfliktů.

Sociální porod se v souvislosti s přibližováním se k jednomu rodiči a oddalováním od druhého dělí do několika fází, jejichž pořadí je shodné pro dcery i syny. Nejprve dochází k přiblížení se k matce zhruba ve dvanácti letech dítěte a následné separaci od ní směrem k otci okolo šestnáctého roku. Následuje separace od otce a opuštění rodiny.

Aby se však dospívající jedinec mohl od svých rodičů separovat, musel se s nimi nejprve identifikovat. „*Identifikace je psychologický proces, jehož prostřednictvím subjekt asimiluje určitý aspekt, rys, atribut druhého, a zcela nebo částečně se podle tohoto modelu mění*“ (Corneau, 2012, 21). Aby mohl být člověk ve shodě sám se sebou, musí být ve shodě ještě s někým. To učiní tak, že si vybere někoho druhého, koho bude imitovat (Corneau, 2012). Potřeba identifikace s rodiči je ovlivňována dvěma faktory. Prvním z nich je faktor atraktivity vzoru pro dítě, druhým pak faktor blízkého citového vztahu dítěte a identifikačního vzoru (Janošová, 2008). Dívky mají oproti chlapcům tu výhodu, že absolvují proces identifikace pouze jednou, a to s matkou (Poněšický, 2008), která představuje první identifikační objekt všech dětí, pro dceru však zůstává její součástí navždy (Corneau, 2012).

4.2 Časná dospělost

Časná (též raná, mladá) dospělost zahrnuje, dle Krejčírové a Langemeiera (2011), období mezi 20. a 25. až 30. rokem života. Jedná se o jakési mezidobí adolescence a plné dospělosti, kterou autoři vymezují v závislosti na věku, převzetí vývojových úkolů a dosažení určitého vývojového stupně. Za období přechodu mezi adolescencí a časnou dospělostí považuje Levinson (in West, 2002) věkové rozmezí 17-22 let, během něhož dochází k postupné separaci od rodičů a vytváření vlastní jedinečné osobnosti. Rovněž Kast (2003) zdůrazňuje nutnost zrušení idealizace rodičů do dvacátého roku života za současné integrace mateřských a otcovských komplexů, tedy pouze určitých úlomků z osobnosti matky a otce, které jedinec zakomponuje do své vlastní osobnosti.

Dle Eriksonovy teorie psychosociálního vývoje se časná dospělost vyznačuje zejména fází intimity proti izolaci, jejíž ctností, tedy nabytou vlastností, je láska. Následující fáze, generativita proti stagnaci, je již považována za znak dospělosti střední (Ryff & Migdal, 1984). Intimita je považována za zdravé pojetí sebe i partnera bez obav o ztrátu vlastní identity. „*Proces intimity může člověku pomoci vyjasnit si svou vlastní identitu prostřednictvím identifikace s druhým člověkem*“ (Drapela, 1997,70).

Hlavním kritériem pro stanovení časně dospělosti je dosažení osobní zralosti. Dochází zde k upevnění identity jedince, identifikaci s rolí dospělého, produktivní orientaci a upřesnění osobních cílů. Jedinci v této vývojové fázi ukončují závislost na rodičích a hledají partnera, s nímž později zakládají vlastní rodinu. V profesním životě si mladí dospělí volí povolání a postupně získávají odpovědnost v profesi (Krejčířová & Langmeier, 2011). Vágnerová (2005) uvádí, že v tomto věku již nemají tělesné změny významný vliv na lidskou, tedy ani ženskou, psychiku, vyjma těhotenství a porodu. Další rozvoj osobnosti je tak mnohem více než biologickými faktory ovlivněn těmi psychosociálními.

Období rané dospělosti je životní fází, ve které se nejvýrazněji diferencuje mužská a ženská role. Genderová identita se vyvíjí v interakci s biologickými, psychickými a sociálními faktory, dochází k rozvoji osobnosti, přičemž jsou integrovány individuální potřeby a zodpovědnost za utvářené vztahy a objevují rozdíly vyplývající z genderové role (Vágnerová, 2011).

Výše popsaná vývojová období mají velký význam pro uvědomění vlastního ženství a upevnění sebepojetí, o němž dále pojednáváme v nadcházející kapitole.

5. VÝVOJ K ŽENSTVÍ

Doposud jsme popisovali obecnou rovinu procesů dospívání a časné dospělosti. V dané kapitole se blíže soustředíme na psychologický význam těchto životních fází pro vývoj vlastního sebepojetí žen. Mapujeme tedy procesy rozvoje ženské role, průběh identifikace, separace i následné přijetí intimity, abychom dále zkoumali případnou provázanost menstruace a ženství. Jak už jsme zmiňovali, existuje předpoklad, že problematická menstruace může souviset také s nepřijímáním ženské role, který byl v rámci několika výzkumů potvrzen (např. Mathur, 2006).

Pro začátek nejprve vymezíme, co přesně označuje pojem „ženství“. Carl Gustav Jung (in Muller & Muller, 2006) hovoří o ženskosti či ženském principu, čímž nemá na mysli ženské vlastnosti, ale princip zahrnující zkušenosti celého lidstva s ženami, přesahující i zahrnující také další fenomény světa, duše a psyché. Na ženství je však také často nahlíženo z pohledu sociokulturního jako na genderovou roli. Ta je určována pro danou kulturu typickými genderovými vzorci, které nastavují konkrétní podobu feminity, včetně vnějších projevů. Osvojení si určitých atributů, které žena prožívá jako vlastní, je pak označováno pojmem genderová identita (Janošová, 2008).

5.1 Formování ženské identity v průběhu dospívání

V průběhu puberty a adolescence, čili v rozmezí 12-18 let, jsou dívky zasvěcovány do světa žen novým sblížením s matkou, kterou posléze „opouštějí“, aby mohly být zasvěceny také do světa mužského, díky sblížení s otcem na dospělé úrovni (Loucká, Chvála & Trapková, 2014).

V reakci na změnu zevnějšku se mění i vnitřní svět dívky. Její sebepojetí je z velké části ovlivněno také tím, jak na její tělesné změny reaguje okolí. Změny vlastního zevnějšku jsou intenzivně prožívány proto, že zevnějšek představuje součást identity, jejíž hledání je (dle Eriksonovy psychosociální teorie) pro toto období klíčové. Subjektivní význam tělesné proměny je závislý také na představě o atraktivitě dospělého zevnějšku, psychické vyspělosti jedince a jak je zmíněno výše, také na sociálních reakcích, které tuto změnu doprovázejí. Dospívající dívka tak může být pyšná na to, že se z ní stává žena, ale stejně tak se za tuto skutečnost může stydět (Vágnerová, 2005).

5.2 Význam matky v rámci formování ženské role

Matka je pro dcery „jednoznačným vzorem chování, který mohou snadno napodobit“ (Vágnerová, 2011, 41) a představuje také emoční základnu, poskytovatele první socializační zkušenosti a významný vztahový objekt (Orbach, 1999). Vztah matky a dcery představuje jakési splynutí jejich dvou světů, respektive světa matky, do něhož dcera vstoupila. Tímto splynutím byl zformován jakýsi tvar či rámec světa každé z nich. Stejným způsobem byl rámec matčina světa z velké části určen splynutím se světem její matky. Matka zasvěcuje dceru do světa žen tím, že dceři umožní vstup do jejího světa a má tak velký vliv na rozvoj genderové role i heterosexuální orientace (Orbach, 1999). Zahájení sbližování dcery s matkou v rámci sociálního porodu je úzce spjato s nástupem menstruace. Tato událost totiž znamená, že se z děvčátka stává žena a jako taková by měla být matkou přijímána a zasvěcována do světa žen, kterým ji matka bude provázet. Může se však stát, že se matka nevědomky brání setkání s dceřinými emočními potřebami a zároveň maří dceřiny snahy o vlastní iniciativu a označuje je za nevhodné pro „mladou dámu“. Takové počínání může být projevem matčiny snahy dát dceři takovou výchovu a uznání, které se jí samotné nedostalo. Zároveň se však může identifikovat se svou vlastní matkou. V takovém případě pak ve chvíli, kdy dcera vyjádří potřebu, matka cítí, že jí nechce vyhovět, aniž by sama tušila, odkud se tento impulz v ní bere. A tak se stává, že na potřeby dcery občas reaguje a občas ne, čímž v dceři vyvolává pocity nejistoty nejen ohledně vlastních potřeb, ale též její identity (Orbach, 1999).

Jednoznačná identifikace a silná vazba s matkou může mít však na dceru také negativní vliv, a to ve smyslu blokování jejího osobnostního vývoje. K tomu dochází v případě, kdy se matka s dcerou až příliš ztotožní a snaží se ji ovlivnit, přičemž do ní promítá své vlastní nenaplněné sny a touhy (Vágnerová, 2011). Jestliže se dcera nedokáže od matky separovat, je pravděpodobné, že se jí z nějakého důvodu nepodařilo navázat takový vztah s otcem, ve kterém by došlo k potvrzení její ženské identity (Vágnerová, 2011).

Ohledně vlastní tělesnosti (fyzické atraktivitě) získává dcera informace ve vztahu s matkou trojím způsobem: skrze matčiny pocity ohledně jejího vlastního těla, skrze matčiny pocity ohledně dceřina těla a dále prostřednictvím tělesného kontaktu jich dvou. Jestliže tedy matka není spokojená se svým tělem, přenáší tyto dojmy na dceru, která je přijímá za své. Pokud však matka svůj fyzický vzhled hrdě přijímá, pak i její dcera bude

sama se sebou spokojená. Stejně tak je to s hodnocením vzhledu dcery, jestliže o něm matka smýšlí negativně, dcera tyto pocity absorbuje a stanou se součástí jejího sebepojetí (Land, 1997).

V dřívějších dobách (a v současnosti u některých přírodních národů) byly mladé dívky zasvěcovány do světa žen prostřednictvím tradičních rituálů. Dnes je v naší společnosti tento úkol pouze na matce, která musí svou dceru začít respektovat jakožto rovnocennou ženu, byť méně zkušenou než je ona sama. Dcera v této fázi potřebuje přijít na to, co z toho, co doposud mohla odpozorovat u matky, si chce do života ponechat a co naopak ne, a proto začíná experimentovat ve všech možných oblastech (oblékání, vaření, profesní orientace a studium, vztahy, postoj k mužům atd.). Matka to mnohdy těžko nese a je pro ni velmi náročné, aby dokázala dceru přes všechny inovace a „moresy“ akceptovat a pokud jde o teritorium, jakým je například kuchyně, musí se matka držet, aby dceru nevyhnala, což by pravděpodobně udělala s cizí ženou. Je tedy potřeba, aby matka dceru přijímala jako rovnocennou ženskou partnerku či kolegyni, která si začíná budovat vlastní svět a dopřála jí v tom určitou autonomii (Chvála & Trapková, 2004), v ideálním případě provázenou potvrzením a obdivem za nepřítomnosti závidy a žárlivosti (Poněšický, 2008).

Fáze sblížení a separace od matky mívá tedy následující postup: dcera s matkou se sblíží a tráví mnoho času společně. Poté, co je dcera matkou dostatečně „nasycena“ potřebuje si od ní udělat odstup a začít žít více po svém (Chvála & Trapková, 2004). Též Kast (2003) uvádí, že dívka začíná nalézat svou vlastní identitu až ve chvíli, kdy se postaví „proti matce“, přičemž nemusí jít hned o nenávist, často bývá tento postoj reprezentován pouze přáním dělat vše jinak, než vlastní matka (Kast, 2003). V takové chvíli vnímá dcera matku jako pronásledovatelku, která ji až příliš dobře zná a příliš toho o ní ví, a proto se začíná přichylovat do blízkosti otce (Poněšický, 2008).

5.3 Význam otce v rámci formování ženské identity

Otec svou přítomností v rodině jednak vymezuje genderovou odlišnost a zároveň umožňuje dceři utvořit si vlastní osobitou identitu tím, že ji zasvětil do mužského pohledu na svět (Orbach, 1999). S otcem dcera navazuje realističtější vztah, jelikož v něm musí sama vynakládat jistou aktivitu. Vztah s matkou je pro dívku do určité míry samozřejmostí (což však nevylučuje jeho významnost), ale s otcem si dcera uvědomuje, že musí naplňovat jeho přání a potřeby, musí ho něčím zaujmout. V rámci dětského psychosexuálního vývoje

je navíc otcem přitahována a on jí to do jisté míry oplácí. Dívka si tak uvědomuje větší kontrolu a vlastní podíl na vztahu s otcem, což posiluje nejen její sebekontrolu, ale též sebehodnotu. Vztahy, kdy je ten druhý vnímán jako jiná osoba, jsou totiž významné pro zesílení pocitu vlastní hodnoty, protože poskytují uvědomění, že si člověka někdo jiný cení (Poněšický, 2008). Otec dospívající dcery má tak velmi významnou funkci. Jeho hlavním úkolem je vyvést dceru jako ženu vybavenou ženstvím od matky do mužského světa, aby si tam jednou vybrala a přijala s radostí a realistickým očekáváním prvního sexuálního partnera (Chvála & Trapková, 2004, 118). Dílčí úkoly na cestě k tomuto cíli představují potvrzení dceřiny samostatnosti (a tím odstranění symbiózy mezi matkou a dcerou), potvrzení její ženskosti (vyjadřováním obdivu) a tvorba svobodného prostředí, v němž si dívka může dovolit projevit i svou agresi. Potlačování přirozené sexuality i agresivity u dívek má totiž neblahé následky pro jejich budoucí sebeobraz, který je pak často spojený s pocitem úzkosti, nejistoty či viny, jež mají za následek podrývání vlastní sebejistoty, a tím ztěžují cestu k osamostatnění (Poněšický, 2008).

Dcera o otci (a mužích obecně) smýšlí velmi podobně, jako její matka a stejně tak její smýšlení o sobě samé je velmi ovlivněno tím, jak se otec chová k její matce. Je důležité, aby dcera v této fázi trávila s otcem čas za nepřítomnosti matky a mohla s ním tak zažít jeho lásku, která není podmíněna výkonem a obdiv k ní jakožto ženě takové, jaká je. Pokud dcera nabyde jistoty v tomto směru, bude si moci důvěřovat jako žena a pochopí, že mužský svět pro ni nemusí představovat jen nebezpečné místo, ale spíše bezpečí a ochranu. K tomu je rovněž důležité, aby otec dceru nesrovnával s její matkou a vnímal je odděleně. Poté, co otec dceru svým jednáním nepřímou ubezpečí o tom, že je schopna partnerského vztahu s mužem a jeho vývojový úkol je tak splněn, může začít separace dcery od otce, která, stejně jako v případě oddělování se od matky, může být provázena přiměřenými konflikty (Chvála & Trapková, 2004).

5.4 Rodinné zázemí a jeho význam pro formování žensko identity

Z předchozích informací vyplývá, že je důležité, aby byl otec v rodině přítomen jak fyzicky, tak duševně, podílel se na rodinném životě a naplno zastával svou mužskou roli. Neméně významné je i to, aby byla matka hrdá na své ženství a byla také pyšná na vzrůstající dceřinu samostatnost a kreativitu, což by zmírnilo její smutek z toho, že se dcera vzdaluje (Poněšický, 2008). Komplikací v této „porodní fázi“ totiž může být matčino nesmíření se s tímto procesem, kdy nechce dceru pustit ze své náruče (Chvála & Trapková,

2004). Některé matky své dcery začnou vnímat jako mladší přítelkyně, vytváří s nimi spojení, důvěrně se jim svěřují, nerespektují generační hranice a to, že by tu ony měly být pro dceru a ne naopak, což dceru velmi zatěžuje v jejím vlastním rozvoji, a často tak zná potřeby matky lépe, než své vlastní. Potlačená agrese k matce vede k převrácení agrese k sobě samé a nespokojenosti s ženským osudem (Poněšický, 2008). Corneau (2007) upozorňuje, že pokud nejsou dobré a funkční vztahy mezi otcem a dcerou, vztah matky a dcery je přetížen. Matky se poté snaží být pro dceru vším, ale stejně tak vyžadují, aby jejich dcera byla vším pro ně. V důsledku toho zaujímají takové dcery ke svým matkám silně ambivalentní postoje, kdy ji jednak milují pro její péči a pouto, které spolu mají a současně nenávidí za to, že jim brání v rozvoji jejich vlastní individuality.

V průběhu dospívání tedy hrozí dívkám dvojí extrém – že zůstanou v přílišné symbioze s matkou, v závislosti na ní a nikdy se dostatečně nepřiblíží otcovi, nebo že se od matky odvrátí a zpřetrhají s ní tak veškeré vazby, čímž se odvrací i od vlastní ženskosti (Poněšický, 2008; Corneau, 2007).

5.5 Ženská identita ve věku časně dospělosti

Ve věku časně dospělosti se mladá žena již postupně vzdaluje svým rodičům a přichyluje se k vlastní nezávislosti. Vliv rodičů tak slábne a ubývá i konfliktů (West, 2002).

Přesto však Purová (2013) ve svém výzkumu dochází ke zjištění, že ve věku mladé dospělosti si ještě ženy často nejsou svou dospělostí a nezávislostí (zde konkrétně na matce) jisté, a stále tak oscilují mezi osamostatňováním a závislostí.

V naší patriarchální společnosti je pro ženy složité naplno rozvíjet své ženství. Ačkoliv se od nich očekává, že budou jemné, soucitné a poslušné, bývají více oceňovány, jsou-li silné, schopné a samostatné. Ženy, kterým se nepodaří najít rovnováhu mezi těmito protikladnými požadavky společnosti, se tak mohou uchýlit k většímu rozvíjení mužských rysů své osobnosti a popírání vlastního ženství. Následkem toho pak mají strach z ostatních žen, a to proto, že se neumí dostatečně ocenit, protože zradily sebe sama. Zároveň však považují ostatní ženy za ty, které v životě neuspěly. Stejně tak s muži nebudou mít vztahy žen, které nejsou hrdé na své ženství, ideální, a to právě proto, že tyto ženy neumožňují mužům být hrdí na své mužství. Je tedy důležité, aby žena neopomíjela rozvoj svého vlastního ženství, což jí umožní lépe si uvědomit a vyjádřit své skutečné touhy a najít tak pevnější pozici sebe sama ve vztazích i ve světě jako takovém (Corneau, 2007).

V dnešní době jsou genderové role značně diferencovány nejen vlivem biologických změn, ale také tlakem společenských očekávání. Zvýšení rovnoprávnosti pohlaví, využitelnější vzdělání a ekonomická soběstačnost žen i svoboda rozhodování o vlastním těhotenství jsou do jisté míry vnímány pozitivně, jelikož ženy získaly větší sebevědomí. Na druhou stranu však tyto skutečnosti vedou u žen také k nejistotě v ženské roli. Ženy musí zvládat profesní i domácí povinnosti, což představuje „*střet tradičního pojetí femininity a novější emancipační tendence*“ (Vágnerová, 2011, 45). Potřeba či nutnost zvládat obojí vede k většímu zatížení žen a nese sebou stres a pocity frustrace. Na druhou stranu však větší možnosti a rovnoprávnost žen přinášejí ženám i taková pozitiva jako pocit sebeúcty díky vyšší kontrole nad vlastním životem, vyhnutí se stereotypu a naučené bezmocnosti a eliminaci závislosti na partnerovi (Vágnerová, 2011).

6. MENSTRUACE A ŽENSTVÍ

V této kapitole mapujeme význam menstruace pro formování ženské identity, soustředíme se na význam tohoto fyziologického jevu pro okolí dospívající dívky a tím i pro utváření jejího sebepojetí.

„Žena je ženou od přírody, menstruace, která otevírá dospívající dívce možnost mít děti, je základem její ženské identity; mohli bychom říci, že se jedná o přirozenou iniciaci, která ji přivede ze stavu dívky do stavu ženy“ (Corneau, 2012,22).

Již celá tisíciletí je menstruační cyklus opředen symbolikou. V mnoha světových jazycích je užíván obdobný termín pro měsíc a menstruaci (i v českém jazyce je užíván alternativní název pro menstruaci - měsíčky) a shoda mezi délkou trvání menstruačního cyklu žen a lunárního cyklu dává vzniknout úvahám nad celkovou provázaností těchto dvou jevů, které Robb, Citterbart a Martan (2008) označují jako pověry. Jiní odborníci, jako např. Zehentbauer (2012) však zdůrazňují, že vliv měsíce na Zemi (a tím i na lidi) je nejvýrazněji patrný na mořském přílivu a odlivu. Existují také studie, které provázanost mezi přílivem a odlivem a ženským menstruačním cyklem vysvětlují připodobněním zemských oceánů a moří k mikrokosmu představovanému krví, lymfou a tkáňovými tekutinami. Působením gravitace měsíce jsou tak dle této hypotézy způsobeny i přílivy a odlivy v lidském těle. Tyto studie vycházejí z učení Clauda Bernarda, světově významného profesora fyziologie a pařížské Sorbonně, který popsal tzv. vnitřní prostředí (*le melieur interieur*), tedy onen mikrokosmos, v němž se opakují veškeré jevy působení sil makrokosmu na Zemi (Shreeve, 1998).

Česká psychogynekoložka MUDr. Helena Máslová například některým svým pacientkám, které trápí nepravidelný menstruační cyklus či přímo sekundární amenorea, doporučuje, aby se při nastavování optimálního průběhu cyklu řídily fázemi měsíce a přizpůsobily tomu i své chování. Máslová (osobní sdělení, 5. června 2015) doporučuje, aby si pacientka nastavila pomyslný první den neprobíhajícího cyklu na fázi úplňku. Za normálních okolností vzrůstající hladina estrogenu ohlašuje nadcházející ovulaci, což je období, ve kterém je žena s nejvyšší pravděpodobností schopna počít, a proto MUDr. Máslová radí, aby se pacientky snažily, byť třeba „uměle“, napodobit fázi, při které by měl převažovat pohlavní hormon estradiol tak, že se budou chovat vyzývavě, podobně jako samičky ve zvířecí říši dávají samcům jasné signály, že jsou právě ve fázi plodných dnů. Po ovulaci, která odpovídá patnáctému dni menstruačního cyklu a zároveň novu měsíce,

pak převažuje hypofyzární luteinizační hormon, který stimuluje uvolňování progesteronu, jehož funkce je významná pro správný průběh těhotenství, a proto by v této fázi měly ženy více odpočívat, starat se o domácnost, zkrátka „hnízdit“, jako by hnízdilo i oplozené vajíčko uvnitř dělohy (více k menstruačnímu cyklu a hormonům viz výše). MUDr. Máslová tedy v léčbě sekundární amenorey preferuje určitý způsob kognitivně-behaviorální terapie, jejímž cílem je navést ženy k uvědomění vlastního ženství a fyziologickým procesům, které jsou s ním spjaty a prostřednictvím chování, které budou v daných fázích vykazovat, tak zpětnovazebně ovlivnit právě fyziologické pochody ve vlastním těle (MUDr. Máslová, osobní sdělení, 5.června, 2015).

Menstruační poruchy jako takové představují v pojetí nemocí jako symbolů nesmíření s vlastní ženskostí. Tato problematika také často přechází z matky na dceru (Dahlke, 1996). V tomto ohledu je zajímavé zamyšlení nad významem přechodových či iniciačních rituálů. Iniciací rozumíme „*komplexní proces vedoucí dospívajícího na jeho cestě k dospělosti a stvrzující její zdárné absolvování*“ (Stephenson, 2012, 100). Van Gennep (1997) zdůrazňuje, že fyziologická puberta a dospívání jsou zcela odlišné věci. Ačkoliv u dívek je proces dospívání o něco zřetelnější než u chlapců, vzhledem ke zvětšování prsou, rozšiřování pánve a menarche, společenské dospívání je určeno procesem iniciace.

Poněšický (2008) vyzdvihuje jakožto hlavní úkol pozdní adolescence konsolidaci osobnosti, v rámci které se jedinec srovnává s vrstevníky, hledá svou roli ve společnosti a snaží se vyvíjet vlastní iniciativu. Jedná se tedy o období dosahování srozumitelného sebeuvědomování, přiblížení představy o sobě cílovému obrazu a dosažení přiměřené sebeúcty, respektu okolí. Konsolidaci osobnosti napomáhají tradiční společnosti s jasným rozdělením rolí a iniciačními rituály. Rovněž Erikson je přesvědčen o tom, že rituály dospívání jsou účinnými nástroji k potvrzení dosažení identity a integrace ego (Drapela, 1997).

Ženské iniciační rituály se dle Brown (1963) skládají z jedné nebo více předepsaných ceremonií povinných pro všechny dívky dané společnosti (bez ohledu na společenskou vrstvu, rasovou či jinou příslušnost) a oslavovány mezi osmým a dvacátým rokem dívek. Jako takové bývají iniciační rituály často spojeny s nástupem menarche (Brown, 1963). V naší kultuře se již prakticky nesetkáváme s nějakým zvláštním obřadem, který by provázel dívčino menarche a velmi ojedinělé jsou i oslavy či předávání darů. Například kamerunské dívky dostávají v den své první menstruace parfém, ručníky a spodní prádlo, v Zambii obdrží nové pyžamo a šaty a po celou dobu krvácení zůstávají doma, kde je o ně pečováno jako o královny. V jižní Indii jsou na počest prvně menstruuující dívky

uspořádávány oslavy. Ne všechny přechodové rituály však bývají pozitivní, zajímavá je například stará turecká tradice, dle které dívka dostane „facku“ od své matky, či jiné ženy, která je v okamžiku zahájení menstruace přítomna, a to proto, aby si dívka uvědomila, že vchází do nové životní fáze, ve které se musí mít neustále na pozoru a být opatrná (Uskul, 2004). V západních zemích jsou dívky vystaveny směsi pozitivních i negativních zpráv ohledně menstruace a rovněž jejich dojmy z menarche i periody jako takové jsou značně protichůdné. Na jednu stranu si uvědomují, že vstupují do světa žen, což je vnímáno jako pozitivní událost, za kterou jím bývá i gratulováno, na druhou stranu však dostávají signály, že by „to“ mělo zůstat v tajnosti. Mísí se zde tedy radost a strach, vzrušení i nervozita, přijetí i odmítání, podpora i osamění (Marván, Morales & Cortés-Iniestra, 2006).

V této kapitole jsme shrnuli význam menstruace pro formování ženské identity, v následujících pasážích teoretické části naší práce se již v psychosociálním kontextu zaměříme přímo na sekundární amenoreu. Nejdříve je však nutné vysvětlit biopsychosociální pojetí, jakožto komplexní přístup k pacientovým obtížím.

7. BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ POJETÍ

Biopsychosociální pojetí nemocí představuje takový model nemocí, na kterém se podílejí nejen faktory biologické, ale též psychologické a sociální. Z poznatků a zkušeností získaných při léčbě psychosomatických pacientů je patrná vzájemná propojenost tělesných a psychických procesů za součinnosti sociálního prostředí, přičemž procesy vzájemného působení probíhají zpětnovazebně ve všech směrech (Poněšický, 2014).

Vzhledem k tomu, že se naše práce zaměřuje na biopsychosociální souvislosti sekundární amenorey a mimo jiné bychom rádi napomohli změně přístupu (resp. využití psychosomatického přístupu) k pacientkám se sekundární amenoreou, považujeme za významné představit zde pojem psychosomatika i základní teze tohoto (nejen) lékařského přístupu

7.1 Psychosomatika

Pojem psychosomatika je složeninou slov *psyché*, což znamená duševno, v tomto případě životní situaci jedince a zejména způsob reagování na různé situace, a *soma*, tedy tělo.

„Psychosomatika se zabývá vztahy mezi duševnem a tělesnem, které nechápe jako dvě nezávislé oblasti, nýbrž jako spojené nádoby či vzájemně propojené systémy“ (Poněšický, 2014, 14). Zároveň představuje nejmladší medicínský obor, jež se vydělil z ryze přírodovědeckého a izolovaného tělesného pojetí nemoci, který nahlíží na nemocného člověka v jeho celistvosti, tedy včetně vztahu těla k okolí i vztahu jedince k vlastnímu tělu, na jeho psychické uspořádání, životní, rodinnou i sociální situaci.

Nutnost takto širokého náhledu do pacientova života je také hlavní příčinou toho, proč se lékaři psychosomatickým poruchám příliš nevěnují, ačkoliv z opakovaných nezávislých výzkumných šetření vyplývá, že přibližně třetina všech pacientů přicházejících k praktickému lékaři, trpí právě těmito poruchami, které často získají označení jako vegetativní, stresové, funkční apod. Léčba psychosomatických poruch totiž vyžaduje vynaložení více času a také pozornosti a vcítění v rámci řádného rozhovoru s pacientem (Poněšický, 2014). V konečném důsledku je však psychosomatický přístup pro zdravotnický systém levnější, jelikož eliminuje zbytečně opakovaná diagnostická vyšetření

a neúspěšné pokusy o biologickou léčbu. Pacientovu situaci je totiž možné zlepšit změnou přístupu zdravotnických pracovníků, jak prokázaly zahraniční i původní české výzkumné projekty (Chvála, Honzák, Masner, Ročnová, Seifert, Trapková, 2015).

7.2 Původ psychosomatických onemocnění

Všechny lidské choroby vznikají v kontextu s určitou biografií, na základě existenciální situace daného jedince, a samy dále ovlivňují průběh lidského života, „*aniž by se daly vystopovat konečné souvztažnosti*“ (Danzer, 2001, 16).

V rámci rozvoje určitého psychosomatického onemocnění hrají roli faktory predisponující, vyvolávající i udržující. Mezi faktory predisponující řadíme například osobní historii, zvýšenou vnímavost, sníženou psychickou odolnost, tíživou sociální situaci, ale též genetiku a další. Vyvolávajícím faktorem pak může být trauma, sociální událost, akutní tělesné onemocnění, či změna životního stylu. Za faktory udržující jsou považovány stále trvající stres, nejružnější odměny a výhody spojené s onemocněním a taká nadměrné sledování informací o nemoci na internetu (Chvála et al., 2015).

Někteří jedinci vykazují větší predispozice pro rozvoj určitého onemocnění. Takováto konstituční náchylnost k nemoci se označuje termínem „diatéza“. Diatéza může mít genetický základ nebo mohla být získána biochemickými změnami v organismu (Křivohlavý, 2003). Zjednodušeně řečeno, pod pojmem diatéza jsou shrnuty veškeré predisponující faktory, které jsme popsali výše.

Významným spouštěčem psychosomatických obtíží je stres. Někteří lidé jsou ke stresu náchylnější a jejich reakce na něj může být patologická. Existují teorie popisující určité typy lidí s relativně trvalými stereotypickými vazbami mezi konkrétní fyziologickou reakcí a stresem. Daní jedinci tak mohou na stres reagovat zvýšenou činností například v oblasti zažívacího ústrojí a v případě, že se tato činnost opakuje, může dojít k rozvoji patologické situace v zažívacím systému (Křivohlavý, 2003), stejný mechanismus se může projevit i v jiných, vegetativně řízených systémech, včetně ústrojí urogenitálního.

Organismus ve stresu mobilizuje veškeré své funkce za účelem obnovení homeostázy. K tomu dochází prostřednictvím „*hypotalamo-hypofýzo-kortikoviscerální osy, cestou sympatiku a medulo-adrenální reakce*“ (Rob et al., 2008, 291), přičemž jsou zároveň inhibovány veškeré neuroendokrinní systémy, u nichž není přímá účast na zvládnutí stresu – tedy včetně systémů podstatných pro vývoj a rozmnožování (Rob et al., 2008).

Psychosomatickou nemocí lze tedy onemocnět ve chvíli, kdy jedinec vnímá životní podmínky jako příliš tíživé, a dle toho je také zpracovává a reaguje na ně (Poněšický, 2014). Látková výměna totiž představuje zároveň výměnu informací a dle nejnovějších výzkumů její počátky nalezneme již na buněčné úrovni, kde nadřazeným systémem je určitý orgán. Zároveň orgán s regulační funkcí vzhledem ke svým buňkám je regulován hormony (hormonálním regulačním systémem), přičemž dochází ke vzniku vzájemných zpětných vazeb řízených vegetativním nervstvem, které opět podléhá regulačnímu systému, tedy centrální nervové soustavě. Tyto nejvyšší a vývojově nejmladší regulační systémy často podléhají široké škále poruch, které potom působí i na nižší úrovni.

Nemoc v tomto pojetí nepředstavuje pouze biologickou či fyzikální poruchu, ale „*informační problém mezi různými úrovněmi našeho fungování a bytí*“ (Poněšický, 2014, 37).

V souvislosti s psychosomatickým onemocněním je často zvažován zisk z dané nemoci pro konkrétního jedince. Je tedy důležité si uvědomit fenomenologickou podstatu psychosomatických onemocnění a mít na paměti mezilidský rozměr významu onemocnění, tedy fakt, že onemocnění, ačkoliv postihuje jednotlivce, určitým způsobem poznamenává i jeho okolí, které na něho dále reaguje. „*Každý tělesný nebo duševní symptom pacienta patří-stejně jako všechny ostatní projevy-do komunikačních souvislostí, ke kterým se vztahuje a v nichž je za normálních okolností chápán a vysvětlován*“ (Danzer, 2001, 42). tělo pacienta využívá své regulační a obranné systémy ke komunikaci se svým okolím (často tomu tak bývá v rodině či na pracovišti) o svých vnitřních, psychických stavech (myšlenkách, emocích, pocitech, přáních, zraněních...). Tím dochází také k jakémusi spoluvytváření sociální reality. Některé tělesné projevy se jeví stejně jako nemoci, přičemž se podílejí na rozvoji maladaptivního začarovaného kruhu. V takovém případě je tedy důležité pátrat po tom, proč tělo daný příznak vytváří, co se tím snaží signalizovat do okolí (Chvála et.al., 2015).

Významným úkolem psychosomatické terapie je tedy zpětný překlad symptomů do řeči užitečné v mezilidském rozhovoru, což samozřejmě vyžaduje velkou míru entusiasmu, empatie, fantazie a kreativity ze strany lékaře či psychoterapeuta. Zároveň je nutné, aby se takovýto odborník dokázal oprostit od svých názorů, zvyků a teorií i některých školních vědomostí, aby mohl zachytit skutečnou podstatu fenoménu, kterým může být nejen symptom a potíže, které pacient udává, ale také zážitek pozorovatele, tedy způsob, jakým působí nemoc pacienta na lékaře a co v něm vyvolává (v psychoanalýze bychom tento jev nazvali jako přenos-protipřenos) (Danzer, 2001). „*Umění vyznat se v symptomech a*

příznacích dělá z lékaře nebo psychologa skutečného psychosomatika. Když bereme symptomy v jejich proměňující se mnohočetnosti a antropologické dimenzi vážně a akceptujeme je, nutí nás přijmout vedle pouhé existence lékaře či psychologa novou a další identitu“ (Danzer, 2001, 44).

Pod pojmem „Medically Unexplained Symptoms“ (dále jen MUS) rozumíme současné somatické obtíže hlášené pacientem, pro které se nepodařilo nalézt biomedicínské vysvětlení v rámci běžného vyšetření a to po dobu tří měsíců od prvního vyhledání lékaře (Nimnuan, Hotopf, Wessely, 2001). Nejedná se tedy o somatické onemocnění, které bylo nesprávně vyšetřeno, nebo kde byla přehlédnuta příčina, ale spíše o rozpor mezi zjistitelným somatickým a laboratorním nálezem a projevy stonání. Ačkoliv lze říci, že každé onemocnění je ve své podstatě biopsychosociálně podmíněné, většina z nich reaguje na biologicky orientovanou léčbu. MUS je však třeba léčit jiným způsobem. Pro lékaře i pacienta je nedostatek nálezů vysvětlujících obtíže zdrojem nejistoty, pro zdravotnický systém pak, vzhledem k nákladnosti diagnostických vyšetření a léčby, finanční zátěží. Lékař by se v takovém případě měl tedy začít více soustředit na psychosociální stránku pacientova života, což má prokazatelně pozitivní efekt na pacienta, jehož obtíže se tak začínají zlepšovat (Chvála et al., 2015).

7.3 Psychogynekologie

Jedním z podoborů psychosomatiky je psychogynekologie. U nás je tato disciplína propagována zejména lékařkou Helenou Máslovou, která ji definuje jako mezioborovou disciplínu *„zkoumající obtíže ženského zdraví, u nichž lze vystopovat propojenost tělesné a duševní reakce“* (Máslová, 2015). Máslová (2015) dále upozorňuje, že problémy, na které psychosomatika reaguje, se v poslední době velmi rozšiřují. Řadíme mezi ně například neplodnost, která není způsobena mechanickou obstrukcí vejcovodu či jinou anatomickou překážkou, problémy s menstruačním cyklem, endometriózu a další.

7.4 Psychoneuroendokrinoimunologie

Psychoneuroendokrinoimunologie je jednou z nejmladších věd v rámci psychosomatiky, která se zabývá studiem endokrinních, imunitních nebo vegetativních

systémů v rámci psychicky podmíněných obtíží. Čepický (2012) zdůrazňuje skutečnost, že „psychický či psychosociální vliv nemůže somatický příznak, či dokonce organickou změnu způsobit „jen tak“, musí existovat nějaký převodní systém“ (Čepický, 2012, 23), kterým jsou myšleny systémy výše zmiňované.

7.5 Psychosomatika a ženství

Nimnuan, Hotopf a Wessely (2001) prokázali, že medicínsky nevysvětlitelné symptomy se objevují častěji v ženské populaci. Ve své studii zaměřené na etiologii MUS napříč různými specializacemi zjistili, že medicínsky nevysvětlitelné symptomy vykazují zejména mladé ženy a největší prevalence byla zjištěna na gynekologických klinikách.

Rovněž Poněšický (2008) udává, že ženy jsou náchylnější k somatizování různých obtíží, protože, narozdíl od mužů, postrádají konkrétní a viditelný „artikulační tělesný orgán“, který by vyjadřoval jejich ne/vzrušení, tak jako penis mužů.

Chvála s Trapkovou (2014) častější onemocnění tzv. „nepravými“ nemocemi, tedy takovými, pro které se nepodařilo najít příčinu „v duchu pozitivistické metodologie vědy, a které vyjadřují obtíže organismu v tom, jak se vztahoval k prostředí, ke světu (Chvála & Trapková, 2014, 40)“, rovněž spojují s feminitou. Takové nemoci se podle nich vztahují volání o pomoc z vnitřního světa intimity, avšak z vnějšího světa jsou považovány za projevy slabosti a degenerace a jsou tak „konfrontovány s neuvědomělými předsudky o jediném správném, totiž mužském způsobu pobývání ve světě“ (Chvála & Trapková, 2014, 40).

7.6 Biopsychosociální model sekundární amenorey

Nyní se zkusíme zamyslet nad provázaností psychosomatiky a sekundární amenorey. Z předcházejících kapitol je zřejmé, že sekundární amenorea může být onemocněním psychogenně podmíněným.

Ačkoliv může mít několikaměsíční vynechání menstruačního krvácení různé objektivní příčiny, stále není zcela jasné, jak je možné, že některou ženu postihne a jinou ne, ačkoliv obě dvě zdánlivě vykazují stejně „rizikové rysy“ pro vznik této poruchy menstruačního cyklu. Například v rámci studie atletek, které se věnovaly vytrvalostním běhům (Comenitz, 1983) vyšlo najevo, že ne všechny atletky postihne sekundární amenorea, ačkoliv všechny by pro ni, pro extrémní množství fyzické námahy a nízkou

tělesnou hmotnost, měly dispozice. Comenitz (1983) zjistila, že určujícími faktory pro to, která z žen se stane amenoreickou, byl například extrémní perfekcionismus až workoholismus, kladení přehnaných nároků na vlastní osobu a neochota ulevit si a relaxovat. Dalším zjištěným rozdílem oproti atletkám neamenoreickým byla přítomnost nedořešeného traumatického či jiným způsobem konfliktního zážitku v původních rodinách žen s amenoreou.

V naší práci si tedy budeme všimát možných souvislostí, které mohly učinit ženy náchylnější pro zástavu menstruace na delší dobu.

7.7 Provázanost stresu a sekundární amenorey

Stres je ve 22-83% provázen amenoreou. Chronický stres vyvolá amenoreu u žen při těžké práci, psychickém vypětí nebo při těžké nemoci, akutní stres vyvolává amenoreu vzácně (Cibula, Henzl & Živný et al., 2002, 124).

Pro případnou souvislost stresu se sekundární amenoreou je podstatný fakt, že je při stresu „*generátor pulzů gonadoliberinu inhibován kortikoliberinem*“ (Cibula et al., 124). Konkrétně tedy dochází k modifikaci funkce gonadotropní osy v důsledku aktivace kortikotropinu na úrovni hypotalamické, hypofyzární i gonadální, což naznačuje provázanost psychogenních (popisovných také jako suprahypotalamické) poruch menstruačního cyklu se všemi ostatními (tedy hypotalamickými, ovariálními a uterinními)

Na hypotalamické úrovni je kortikoliberinem přímo či nepřímo prostřednictvím endogenních opioidů inhibována pulzatilní sekrece LH-RH. Na hypofyzární úrovni snižují citlivost hypofýzy k LH-RH a na úrovni gonadální dochází k oslabení exprese receptorů LH v buňkách granulózy (Rob et al., 2008). „*Prolaktin stoupá při chronickém i akutním stresu*“ (Cibula et al., 2002, 124), a to v důsledku ovlivnění dopaminergního systému (Cibula et al., 2002). Rovněž Dahlke (1996), který se zabývá skrytými významy nemocí, považuje sekundární amenoreu za následek stresu, smutku, chybné výživy nebo přemíry podnětů.

Čepický (2009) se také zamýšlí nad tím, „*jaký stres za jaké situace zvyšuje tvorbu proopiomelanokortinu, jaký stres za jaké situace způsobuje jeho štěpení tak či onak, jaký stres za jaké situace zvyšuje tvorbu kortikoliberinu*“ (Čepický, 2009, 37). A pokračuje, že ve chvíli, kdy „*budeme toto vědět, tak pochopíme, proč stres způsobuje psychogenní*

amenoreu“ (Čepický, 2009, 38). Studium těchto systémů se zabývá výše popsaná psychoneuroendokrinoimunologie.

Náchylnost osoby k určitému onemocnění tedy v souvislosti s vystavením stresoru určité povahy představují základní faktory, jejichž interakcí vzniká určité onemocnění. (Křivohlavý, 2003). V této práci se tedy zabýváme tím, co předchází vzniku oné reaktivity na daný stresor v podobě sekundární amenorey? A lze odhalit, co přesně je oním stresorem?

8. PROVÁZANOST PŘIJETÍ ŽENSTVÍ A SEKUNÁRNÍ AMENOREY

Menstruační poruchy jako takové představují v pojetí nemocí jako symbolů nesmíření s vlastní ženskostí. Tato problematika také často přechází z matky a dceru (Dahlke, 1996).

Moffit (1992) uvádí, že vztah s matkou má významný vliv na dozrávání v pubertě, zejména na nástup menarche. Rodinné konflikty jsou spojovány s nástupem menarche. Moffit (1992) ve své studii zjišťuje, že rodinné vztahy mají na počátek menstruace významnější vliv než množství tuku v těle či poměr výška:váha. Northupová (2003) rovněž poukazuje na to, že jakékoliv abnormální gynekologické krvácení má vždy souvislost s rodinou.

Dle Dahlkeho (1996) má amenorea v symbolické rovině významy jako odpírání bytí ženou, regres do předpohlavní doby, kdy bylo vše méně polární, a proto méně špatné (pohlavní), nežít v rytmu s vlastním (pohlavním) určením, ponechávat si pro sebe svou životní mizu (např. při vyživovací nouzi), být soustředěna na sebe, vzdát se otevřenosti pro cizí (podnětné) impulzy, nedostatek ochoty obětovat se a oddanosti, opomíjet měsíční čištění a regeneraci.

Rob et al. (2008) v případě psychogenní etiologie sekundární amenorey vyzdvihují „*spolupráci s psychoterapeuty, kteří doporučují vyčkat psychosociálního vyžrání pacientky, dosažení ženské identity a autonomizace*“ (Rob et al., 2008, 293).

Z výše popsaného vyplývá, že na vývoji sekundární amenorey se může podílet přijetí vlastního ženství, které je však úzce spjato s rodinným prostředím, zejména pak vztahy s rodiči. Mechanismus přijetí ženství v kontextu rodinných vztahů a v období dospívání jsme popsali již výše.

„Žena je ženou od přírody, menstruace, která otevírá dospívající dívce možnost mít děti, je základem její ženské identity; mohli bychom říci, že se jedná o přirozenou iniciaci, která ji přivede ze stavu dívky do stavu ženy.“ (Comeau, 2012, 22).

VÝZKUMNÁ ČÁST

Ve výzkumné části se soustředíme na propojení poznatků získaných v teoretické části a dat získaných v rámci polostrukturovaných interview s respondentkami, která byla podrobena podrobné analýze.

9. VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

9.1 Výzkumné cíle

Naším stěžejním výzkumem je především odhalit, jaké mohou být psychosomatické souvislosti sekundární amenorey, přesněji řečeno, zda vůbec a případně jaké jsou podobnosti mezi ženami, u kterých došlo k vynechání menstruačního krvácení po dobu delší než 3 měsíce, aniž by byl u nich pro tento jev zjištěn konkrétní organický nálezná etiologie. Snažíme se tedy porozumět kontextu a pozadí problému s ohledem na rodinné prostředí, dospívání a přijetí vlastního ženství, které mohly u jednotlivých respondentek vést k rozvoji této poruchy menstruačního cyklu. Současně se pokoušíme nalézt podobnosti a rozdíly mezi jednotlivými případy.

9.2 Výzkumné otázky

HLAVNÍ VO: Jaké je biopsychosociální pozadí sekundární amenorey respondentek?

Výzkumné podotázky:

VO: Jaké okolnosti provázely sekundární amenoreu jednotlivých respondentek?

VO: Jaké bylo rodinné zázemí respondentek v průběhu dospívání?

VO: Jak probíhala menstruace respondentek před sekundární amenoreou?

VO: Jaký mají respondentky vztah k vlastní ženské roli?

VO: Jaká byla reakce gynekologa na sekundární amenoreu?

10. APLIKOVANÁ METODIKA

V této kapitole se zabýváme popisem použitých metod, jejich zpracováním a analýzou dat, která jsme v průběhu výzkumu získali.

10.1 Design výzkumu:

Vzhledem k výzkumným cílům jsme zvolili kvalitativní výzkum, který „*pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod*“ (Miovský, 2006, 17). Za vhodný považujeme tento typ výzkumu také proto, že zohledňuje jedinečnost a neopakovatelnost zkoumaných fenoménů (Miovský, 2006).

Typem výzkumu, který jsme zvolili, je případová studie. Pod pojmem případová studie rozumíme studium jednoho či více případů, přičemž sbíráme velké množství dat. Právě množstvím sbíraných dat s počtem zkoumaných respondentů se případová studie liší od statistického šetření, ve kterém shromažďujeme omezené množství dat od mnoha jedinců (Hendl, 2005, 104). Yin (1994) definuje případovou studii jako „*strategii pro zkoumání předem určeného jevu v přítomnosti v rámci jeho reálného kontextu, zvláště, když hranice mezi fenoménem a kontextem nejsou zcela jasné*“ (Yin, 1994, 108). Náš výzkum pak představuje studii mnohopřípadovou, protože zkoumané případy jsou celkem čtyři.

10.2 Metody získávání dat

Data pro naši práci jsme získávali pomocí polostrukturovaného interview, přičemž největší důraz byl kladen na respondentčin fenomenologický popis jevu v celé své šíři.

Respondentkám tak byla ponechána dostatečná volnost k uvedení veškerých informací, které považovaly za důležité i ony samy. Všechna interview probíhala v rámci osobního setkání na místě respondentkami určeném, ve všech případech se jednalo o klidné kavárny. V průběhu zpracovávání dat se vynořovala určitá témata, která byly důvodem opětovného setkání s respondentkami, aby mohly být provedeny tzv. inquiry, tedy zpětné dotazování. Tímto jsme se snažili do hloubky a v celé své šíři zachytit zkušenost respondentek v co „nejčistší“ podobě. Se třemi ze čtyř respondentek se tak

uskutečnila dvě setkání o délce přibližně devadesáti minut, s jednou z respondentek postačilo jedno dvouhodinové setkání.

10.3 Metody zpracování a analýzy dat

Všechny rozhovory byly v rámci procesu transkripce převedeny do elektronické podoby. Následovala analýza dat, pro kterou byl zvolen fenomenologický přístup, konkrétně interpretativní fenomenologická metoda. Ta vychází ze tří základních zdrojů, kterými jsou fenomenologie, hermeneutika a idiografický přístup. V souvislosti s fenomenologií odhaluje individuální a jedinečné zakoušení dané skutečnosti konkrétním člověkem (Kostínková, Čermák, 2013). Hermeneutika pak nastoluje interpretativní fenomenologické analýze metodologický pozici, v rámci které je metoda fenomenologického popisu provázána s interpretací. V rámci IPA tak dochází k přiřazování smyslu skutečnostem a to v podstatě dvakrát, jelikož výzkumník přisuzuje významy tvrzením respondentů, kteří je přisuzovali daným tématům (Bowe, Sloan, 2014). Idiografií rozumíme kladení důrazu na vlastní autentickou zkušenost jedince (Flowers, Larkin & Smith, 2009).

Základním přínosem interpretativní fenomenologické metody či analýzy je tak *„porozumění zkušenosti člověka na idiografické úrovni se zaujetím pro to, jaký význam přisuzuje své zkušenosti určitý člověk v určitých podmínkách či situaci a jaká je podoba tohoto procesu nabývání významu“* (Kostínková, 2013, 9).

Jak naznačujeme již výše, fenomenologický přístup je odlišný od běžného způsobu vnímání světa. Výzkumník musí ještě před zahájením analýzy a následně též v jejím průběhu identifikovat a reflektovat svá teoretická východiska, znalosti i předpoklady, aby byl zřejmý jeho vzhled do interpretací a analýzy respondentovy zkušenosti, čímž je zvyšována efektivita i validita analýzy. Takovouto reflexi výzkumník provádí nejen na začátku, ale také v průběhu analýzy dat. V tomto smyslu se interpretativní fenomenologická analýza liší od tradiční fenomenologické metody, kdy výzkumník na začátku „uzávorkuje“ veškeré své subjektivní postoje, vnímání a zkušenosti (Englander, 2012, Gulová & Šíp, 2013).

V rámci fenomenologického postoje je pro výzkumníka podstatné přijmout nereálnost tvrzení, že jevy, které bývají nazývány realitou, tedy určitými fakty, nejsou nikterak závislé na naší zkušenosti. Fenomenologický postoj tedy znamená uvědomění, že všechno to, co považujeme za reálné, je neoddelitelně spjata s našimi mentálními schopnostmi a vrozenou

schopností konstruovat význam (Gulová & Šíp, 2013). Je tedy nutné zohledňovat také výzkumníka jakožto subjekt utváření reality (Englander, 2012), jelikož výsledkem interpretativní fenomenologické analýzy je vždy interpretace zkušenosti respondenta výzkumníkem, který tak v podstatě rekonstruuje vlastní interpretaci respondenta (Gulová & Šíp, 2013).

Analýza dat prostřednictvím interpretativní fenomenologické metody probíhá v šesti krocích. Za jakýsi „nulový“ a zároveň průběžný krok pak považujeme výše popisovanou výzkumníkovu reflexi.

Nyní si popíšeme jednotlivé kroky analýzy dat v rámci IPA:

1. Proniknutí do textu

Výzkumník nejprve doslovně přepíše rozhovory, které následně opakovaně prochází, aby se mohl zcela ponořit do jeho hloubky, přičemž si může představovat hlas respondenta či pouštět záznamy z rozhovoru. Je důležité, aby se výzkumník nejprve dostatečně dobře seznámil s daty, která mu předkládá respondent a neukvapoval se se svými názory a závěry.

2. Úvodní poznatky

V této fázi výzkumník poznamenává jednak popisné komentáře, které se váží k obsahu textu, jednak komentáře lingvistické, tedy ohledně charakteristiky textu jako například často opakovaná slova, odmlky apod., a následně komentáře konceptuální, které zahrnují výzkumníkovy úvahy a otázky, které ho v procesu analýzy napadají.

3. Rozvíjení identifikace témat

Ve třetí fázi procesu analýzy dochází k výběru přínosných dat, jejich pozorování a identifikace a následně jsou pojmenovávána reprezentující témata.

4. Hledání vztahů mezi objevenými tématy

Dále jsou hledány vztahy mezi objevenými tématy, na základě čehož jsou poté logicky řazena k sobě.

5. Další případ

V této fázi se již výzkumník přesouvá k analýze dalšího případu. Musí však mít stále na paměti, že porozumění, ke kterým došel u předchozího případu, mohou ovlivňovat jeho přístup k případu novému. Tuto skutečnost by tedy měl opět reflektovat.

6. Hledání vzorců a témat napříč případy

Na závěr tedy dochází k propojení všech analyzovaných případů a hledání společných témat (Kostínková, Čermák, 2013).

11. ETIKA VÝZKUMU

V této kapitole se zamýšlíme nad případnými etickými úskalími našeho výzkumu.

Všechny účastnice výzkumu vyjádřily souhlas s účastí na výzkumu prostřednictvím písemného informovaného souhlasu a byly seznámeny s možností kdykoliv z výzkumu odstoupit.

Výzkum také zaručuje anonymitu respondentek, ochranu osobních dat a soukromí, jelikož všechna jména v práci uváděná, byla právě z tohoto důvodu záměrně změněna.

Jednotlivé respondentky byly za účast na výzkumu odměněny uhrazením útraty za kávu a občerstvení v zařízení, kde probíhalo interview. Odměna však představovala spíše poděkování za účast na výzkumu, než motivaci k účasti.

V rámci provádění interview ani po jeho skončení nedošlo k újmě respondentek a žádná z nich nebyla vystavena riziku či situacím, které by mohly vést k porušení etických zásad.

12. VÝZKUMNÝ SOUBOR

12.1 Výběr souboru respondentek

Výběrový soubor tvoří z podstaty tématu pouze ženy. Respondentky byly vybrány metodou prostého záměrného a příležitostného výběru, přičemž byly osloveny ženy z okolí autorky, a metodou samovýběru, prostřednictvím inzerátu zveřejněného na webových portálech pro ženy.

Původně nebylo jasné, kolik respondentek bude ve finále osloveno. V rámci interpretativní fenomenologické metody, která byla pro tento výzkum vyžita, je dle Larkina, Smithe a Flowerse (2009) optimální počet 4-6 respondentů, který umožňuje zaměření na hloubku individuální zkušenosti, jelikož je pro takovýto typ výzkumu stěžejní bohatost dat jednotlivých případů.

Základními kritérii pro výběr respondentek bylo vynechání menstruace po dobu minimálně tří měsíců nejasné etiologie. Spodní věková hranice pro zařazení respondentek do výzkumu bylo 22 let, horní hranice stanovena nebyla. Dalšími podmínkami pro zařazení do výzkumu byla optimální tělesná hmotnost, absence psychiatrické diagnózy či jiného závažného onemocnění, neužívání léků, které by mohly menstruační cyklus ovlivnit (např. antidepresiva) ani jiných hormonálních preparátů v době, kdy bylo menstruační krvácení vynecháváno. Respondentky také nebyly vrcholovými sportovkyněmi, v jejich anamnéze nebyly přítomny interrupce a nebyly uživatelkami drog.

Celkem bylo osloveno 5 potenciálních respondentek a na základě inzerce proběhla komunikace ještě se třemi dalšími. Interview však byla uskutečněna pouze čtyři, jelikož některé zájemkyně o účast na výzkumu musely být vyřazeny z důvodu nesplnění výše zmiňovaných podmínek, ve dvou případech pak byla účast na výzkumu odmítnuta. Celkem tedy proběhla čtyři interview.

12.2 Popis souboru respondentek

Výběrový soubor představují 4 dospělé ženy, u nichž došlo k vynechání menstruačního krvácení na dobu delší než 3 měsíce, aniž by byl pro tento jev zjištěn konkrétní organický nález jasné etiologie. Pro náš výzkum nebylo podmínkou, aby byla ženám stanovena diagnóza sekundární amenorey lékařem.

Následující tabulka popisuje celý výzkumný soubor. Jména jsou v rámci zachování anonymity a ochrany soukromí respondentek záměrně pozměněna.

Tab.1: Popisné charakteristiky výběrového souboru

Jméno	Věk	Vzdělání	Přibližná délka vynechání menstruce v rámci SA (cca)	Sekundární amenorea v současnosti	Věk menarché	BMI
Anna	24	VŠ	12 měsíců	Ne (HA)	15	20,8
Marie	24	SŠ	12 měsíců	Ne	12	18,8
Jana	23	VŠ	11 měsíců	Ne	14	22,3
Věra	24	SŠ	12 měsíců	Částečně	14	21,99

13. REFLEXE AUTORKY PRÁCE

Jak vysvětlujeme výše, pro interpretativní fenomenologickou analýzu je nezbytné, aby výzkumník refletoval svá teoretická východiska, osobní zkušenosti a předpoklady týkající se daného fenoménu.

Veškerá teoretická východiska jsou rozepsána v teoretické části práce, proto se o nich v této pasáži již více zmiňovat nebudeme.

Následuje tedy autorčina reflexe zaměřená na osobní zkušenosti a předpoklady ohledně sekundární amenorey:

„Se sekundární amenoreou jsem se setkala u svých přítelkyň. Sama jsem se potýkala pouze s krátkodobým vynecháním menstruace po vysazení hormonální antikoncepce, avšak i tato dobrá osobní zkušenost ve mě vyvolala zmatek a pochyby nad fungováním mého vlastního těla a zároveň pocit bezmoci, který ještě umocňovala má gynekoložka, která mi doporučovala opět užívat hormonální pilulky. Když mi poté své zkušenosti sdělovaly kamarádky, začalo se mi v hlavě rojit mnoho otázek. Uvažovala jsem nad tím, jak je možné, že u některé ženy dojde ke „ztrátě menstruace“ na tak dlouhou dobu, zatímco jiné ženy se s tímto problémem nikdy nesetkají, případně se jejich cyklus poté, co došlo k vysazení antikoncepce a tím hormonálním změnám v těle, zakrátko spontánně obnoví. Na tuto otázku mi nikdy nikdo nedokázal dát uspokojivou odpověď, a proto jsem se rozhodla po možných vysvětleních pátrat sama. Přesto si uvědomuji složitost takového děje, jakým právě menstruace je a rovněž široké spektrum fyziologických jevů, které mohou v této problematice sehrát roli. Nicméně i tak věřím, že existují i další okolnosti, které tyto fyziologické pochody v těle mohou ovlivňovat.

Ačkoliv sekundární amenorea není nic neobvyklého, je jí, dle mého názoru, věnováno příliš málo pozornosti. Mám tedy pocit, že ze sekundární amenorey bylo učiněno jakési tiché tabu. Lékaři o ní odmítají hovořit proto, že pro ni nemají objektivní vysvětlení a vyjma nasazení hormonální substituční léčby (ačkoliv pacientky mají hladiny hormonů v normě) ji neumí léčit, a ženy, které cítí stud a pochyby, se o tuto zkušenost také nerady dělí. Raději se pak uchýlí k využití anonymního prostředí internetových diskuzí, které však mnohdy zapříčiňují růst jejich frustrace. Myslím, že pro naše zdravotnictví je velká škoda (vzhledem k finanční náročnosti nejrozumnějších vyšetření tím myslím i škodu finanční), že pacienti přichází o možnost získat na své obtíže komplexní náhled. Nevnímají, že by se

nad nimi dalo uvažovat také jako nad určitým signálem vztahujícím se k jejich životnímu stylu a dochází tak k určitému odosobnění jejich obtíží. Protože jsem však zastánkyní toho názoru, že od sebe nelze oddělovat tělesné a psychické jevy a nelze je léčit a zcela vyléčit odděleně, myslím si, že by v tomto směru byla vhodná určitá změna.“

14. ANALÝZA DAT

V návaznosti na proces interpretativní fenomenologické analýzy nejprve analyzujeme jednotlivé rozhovory v oblastech, které jsme na základě teoretické části označili jako podstatné. V rámci těchto oblastí byla shrnuta klíčová výsledná témata, která nám posloužila při tvorbě společné analýzy dat.

Oblastmi, které jsme zvolili jako stěžejní pro náš výzkum, jsou menstruace, sekundární amenorea, rodina, období dospívání a časná dospělost, partnerské vztahy a gynekolog. V rámci menstruace a sekundární amenorey jsme se soustředili zejména na průběh a pocity spojené s těmito jevy a také na reakce okolí.

Období dospívání a časná dospělost považujeme za významné z toho důvodu, že v prvním zmíněném došlo k menarche a v druhém pak k sekundární amenoree a zároveň mají obě tato vývojová období význam uvědomění vlastního ženskosti a upevnění sebepojetí.

Uvědomíme-li si význam vývojového období intimity proti izolaci, které Erikson považuje za klíčové právě pro nastupující mladou dospělost, vnímáme také nutnost soustředit se na partnerské vztahy. Ty nám totiž mohou pomoci hlouběji zmapovat vývoj vlastní identity i přijímání ženské role jednotlivých respondentek. Případně mohou být významnými indikátory stresu.

Téma gynekolog řadíme do analýzy z toho důvodu, že význam naší práce by mohl spočívat také v poskytnutí jiného úhlu pohledu na původ sekundární amenorey, a tím případně ke zlepšení přístupu k léčbě jak ze strany lékaře, tak pacientek. Proto považujeme za důležité zmapovat spokojenost respondentek s reakcí gynekologů na jejich obtíže, abychom zmapovali současný přístup lékařů k dané problematice.

14.1 Příklad vynořujících se témat

Poté, co byly všechny rozhovory doslovně přepsány, byly dle okruhů navazujících na teoretickou část práce zvýrazňovány významné pasáže a na jejich základě pak byla stanovena výsledná témata.

MENSTRUACE

<i>S rodinou jsem to nijak neřešila. Od nikoho jsem se asi žádný významný reakce nedočkala a ani jsem to nečekala.</i>	Nesdílení první menstruace s rodinou
--	--------------------------------------

<i>Bylo to asi normální, až na ty nepravidelnosti</i>	Nepravidelná menstruace
<i>Myslím, že to hodně skřípalo mezi našima. ... myslím, že jsem v té době moc nevycházela s tátou.“</i>	Spory v rodině a menstruace
<i>První menses jsem dostala těsně po čtrnáctých narozeninách, na táboře a v chatce jsem bydlela s kamarádkou o víc než rok starší. Když jsem to zjistila, hned jsem se jí svěřila...</i>	Menarche ve 14 letech, mimo domov, sdílení s kamarádkou
<i>...určitě jsem byla ráda, že už to přišlo, dá se říct, že jsem na to čekala..</i>	Očekávaná první menstruace

SEKUNDÁRNÍ AMENOREA

<i>Myslím, že dokud mě mohla brát jako takový třetí dítě, tak bylo všechno v pořádku.. ... ať jsem dělala, co jsem chtěla, všechno bylo špatně, ona pořád musela být ta, která se dokáže postarat nejlíp a já se pro ni stala sokyní. Byla to taková válka dvou samic v teritoriu, kdy jedna tuší, že ji ta druhá nahradí, a proto po ní jde.</i>	Válka samic s matkou přítele
<i>Menstruace se mi vátl po tom, co se vyřešila celá ta situace s tchýní a to tím, že jsme ... začali řešit a vyřešili samostatné bydlení a koupili byt, ve kterém jsme teď sami.</i>	Spontánní úprava po koupi bytu
<i>Měla jsem často pochybnosti o tom, nakolik jsem vlastně ženská a taky jsem se bála, jestli budu moct mít děti, ale nechtěla jsem se do těch myšlenek moc pouštět, protože už kdysi, když mi bylo třeba sedmnáct, jsem byla schopná se v noci probudit a říct si „Co kdybych byla neplodná?“ a potom v zoufalství nad tou představou probrečet půlku noci.. Pravdou ale je, že jsem o to měla vážně strach i teď, akorát jsem to tak nějak držela mimo, abych z toho neupadla do nějaký depky..</i>	Strach z neplodnosti, pochyby o ženství

DOSPÍVÁNÍ

<i>Myslím, že nijak bouřlivý. Jak už jsem říkala, tak bylo provázený téma rodinnejmaproblémama, ale mimo to jsem měla svoje zájmy, kamarády a tak, takže mě ta rodinná situace asi netrápila 24hodin denně. ... nicdivokýho to nebylo, vážně si nemyslím, že bych byla nějakéj revoltující smrádek.</i>	Nebouřlivé dospívání ve společnosti kamarádů provázené rodinnými problémy.
<i>Když mi bylo 13, tak jsem, jak už jsem říkala, zjistila, že má táta ženskou a že asi není první ženská, se kterou něco má, a za to jsem ho začala v té době docela nesnášet.</i>	Problémový vztah s otcem a jeho nevěra
<i>...když mi bylo 15, tak se naši rozvedli. To pro mě bylo na jednu stranu dost bolestivý, na druhou stranu se mi i hodně ulevilo nedokážu si představit, jak by to vypadalo, kdyby spolu naši zůstali</i>	Rozvod rodičů jako ztráta i úleva

RODINA

<i>Hodně mi pak otcovskou postavu nahradil brácha a doted' to tak je, když potřebuju s něčím pomoci, jdu za ním..</i>	Starší bratr nahrazující otce
<i>...musím přiznat, že mamka je spíš takovej babochla... ... je hodně schopná a mám vypořádané, že chlapům nerada dává najevo nějakou pokoru, spíš naopak..</i>	Matka schopná, vnímána jako povrchně ženská
<i>Táta je podle mě hodně nevyrovnaná osobnost a podle mě nás tím docela poznamenal. Mně i bráchovi často slušně podryl sebevědomí... Potom mi docela dlouho trvalo, než jsem se naučila brát ho prostě jako "mimozemšťana", nečekat od něj to, co normálně dělají tátové pro své děti, brát ho, jaký je, uvědomit si, že nás má rád, ale nedává to najevo takovým způsobem, jako většina lidí-tátů..</i>	Otec vnímán jako mimozemšťan, nevyrovnaný, podřívající sebevědomí

ČASNÁ DOSPĚLOST

<i>Co se dělo v té době dokážu popsat docela přesně – byly tam neshody v rodině mého přítele a tím pádem i ve vztahu</i>	Neshody v rodině přítele
<i>Vejška je super, myslím, že mi dala hrozně moc zkušeností a kamarádů a asi bych neřekla, že jsem se třeba nějak stresovala učením, nebo že by to bylo nějak extra náročný..</i>	Spokojenost s VŠ

ŽENSTVÍ

<i>Pojetí sebe sama jako ženy je pro mě docela složitý. Nejsem a nikdy jsem nebyla taková ta vyloženě „princeznička“.</i>	Složitě pojetí a vývoj ženství
<i>Reakce okolí na to, že je ze mě ženská? Hmm.. Když mi začaly růst prsa, brácha s tátou si ze mě dělali legraci..</i> <i>..naši ze mě taky nějakou holčičku nikdy moc nedělali, vždycky jsem sice byla mazlík a tak, ale na fňukání, že něco nestačím moc prostor nebyl</i> <i>Mamka mě asi jako ženu bere, nevím, v tomhle smyslu to neřešíme, ale určitě mě vnímá jako dospělou a samostatnou osobu.</i> <i>Táta se ke mně chová všelijak... Ale jako ženskou mě asi vnímá, protože občas, když jsme někde spolu, ho napadne, že si třeba lidi kolem myslí, že jsem jeho milénka a občas mě tak z legrace představuje třeba kolegyním z práce..</i>	Nepotvrzováno v rodině, nyní spíše akceptace

<i>Taky jsme jako rodina dost sportovali, přičemž já se jako malá často vztekala, že už nechci a že nemůžu a tak, ale naši mě vždycky nějak vybičovali k tomu, že jsem všechno zvládla a nakonec jsem měla ze sebe hrozně dobrý pocit, že jsem to dokázala, třeba vyjít na nějakou horu nebo kopec, nebo uběhnout X km na běžkách a tak..</i>	Oceňována za výkon
---	--------------------

VZTAHY

<i>Byl to kluk ze základky a chodili na přelomu mých 13 a 14.. Potom ale byla moje první velká láska, to byl taky spolužák z vedlejší třídy a do toho jsem byla zamilovaná už od šestky – chodili jsme spolu v devítce.. V prvéku na gymplu jsem měla ještě jednoho kluka...</i>	Od 13 let chození s kluky
<i>Vztah mám už sedm let, teda minus půlroční pauza, takže jsme spolu od šestnácti, teď zařizujeme společný samostatný bydlení a moc doufám, že nám to vydrží, protože už jsme toho spolu ustáli hodně..</i>	Aktuálně ve vztahu 7let

GYNEKOLOG

<i>„Řekl mi něco v tom stylu, že vlastně o nic nejde, že se to po vysazení hormonů stává a že menstruace vlastně není ani moc potřebná.. „...to mě samozřejmě neuklidňovalo, spíš naopak.“</i>	Zklamání v ordinaci
<i>„...navrhl mi antikoncepci a jinak prý ať vydržím..“</i>	Řešení antikoncepcí či vyčkáváním

14.2. Analýza dat jednotlivých případů

14.2.1 ANNA

Menstruace:

Anna začala menstruovat, dle vlastních slov, pozdě. Stalo se tak v čertských patnácti letech na letním táboře. První menstruace však byla velmi silná a „*nešlo to zastavit*“, proto musela později navštívit gynekologa, aby krvácení zastavil.

Menstruaci již dlouho očekávala, „*vtěch třinácti nebo tak, když někdo, že už to dostal, jsem si říkala, tak kdy už..*“, přesto však její nástup „*...neprožívala, že by to pro mě byl nějaký mezník, nebo nebo přerod, to ne.*“

S otcem se o menstruaci nikdy nebavila. S matkou již odmala o menstruaci hovořily, Anna tedy ve chvíli, kdy menstruaci dostala, měla veškeré informace a byla na ni připravená. Mimo praktické informace však s matkou menstruaci více neřešila. „*Nebylo to jako že bysme to nějak víc řešili, jako třeba: Tak, teď jsi to dostala, teď jsi ta ženská..*“

Půl roku od této události začala Anna brát hormonální antikoncepci. Mezitím její menstruace nebyla pravidelná. Párkrát antikoncepci vysadila na krátké, cca dvouměsíční období, vždy po rozchodu s některým z partnerů. Ve všech případech (dvakrát anebo třikrát), nedošlo k menstruaci. Definitivně se rozhodla antikoncepci vysadit po šesti letech od začátku užívání.

Výsledná témata:

- Nezastavitelné krvácení
- Bezvýznamnost první menstruace
- Nepravidelná menstruace

Sekundární amenorea:

Od vysazení hormonální antikoncepce Anna nikdy spontánně nemenstruovala. Byly jí podávány injekce s progesteronem, po kterých sice menstruace nastoupila, ke spontánní úpravě však nedošlo, přestože hladiny všech hormonů má Anna v mezích normy.

Po třech letech se Anna k hormonální antikoncepci opět vrátila.

V době, kdy došlo k zástavě menstruačního krvácení se děly Anniny „*klasický vzestupy a pády, nebo hlavně pády*“, které dále popisuje jako komplikované vztahy. Antikoncepci vysadila po rozchodu s přítelem, s nímž byla rok a půl. Rozchod „*se docela dlouho táhnul, nejdřív to bylo jakože neví, potom že ne, pak zase že jo, pak se provalilo, že měl něco s jednou holkou a docela dlouho*“. Od té doby se Anna několikrát poměrně

rychle zamilovala a poté se trápila nevydařeným vztahem. Zpozorovala u sebe potřebu „*mít aspoň někoho*“ a také to, že „*paradoxně čím víc mě ten druhý trápí, tím víc mě to k němu možná táhne*“, má velký strach z opuštění, z toho, že zůstane sama.

Sama sekundární amenorea snižovala Annino sebevědomí zejména v důsledku svých vnějších projevů, zejména kvůli zvýšenému růstu ochlupení.

Výsledná témata:

- Komplikované vztahy a sekundární amenorea
- Snížení sebevědomí

Dospívání

Annina puberta byla divoká, byla „*typickej puberták, kterej si ostríhá vlasy, nosí kanady, drzá..*“, dění doma ji nezajímalo, soustředila se hlavně na sebe. Rodiče v té době vnímala jako „*trapný, ničemu nerozuměj*“, přesto ale měla kladný vztah s matkou, které se svěřovala téměř se vším. Otce si z tohoto období ai příliš nevybavuje, „*prostě táta voprz, s tím jsem nikdy neměla dobrej vztah, to šlo všechno mimo něj, všechno jsem řešila s mámou a s ním jsme se spíš tak hádali.*“

Výsledná témata:

- Divoká puberta
- Svěřování matce, hádky s otcem

Časná dospělost:

Poté, co se matka odstěhovala spolu se svým synem, Anniným mladším bratrem, k novému partnerovi, Anna zůstala bydlet sama s otcem, s nímž do té doby, vyhma období, kdy s ním řešila matčinu nevěru, neměla blízký vztah. Poté, co spolu zůstali bydlet sami se Anna „*...musela normálně postarat, protože táta nebyl schopnej třeba pořádně sám vyprat. Nebo byl, ale pak třeba nechal kapesník v kapse a to je to nejhorší, žejo.. Musela jsem pak vysvětlovat: Tati, chápeš to, prostě než to dáš vyprat, musíš to zkontrolovat!*“ „*Taky jak je hroznej škrt, tak pořád řešil, co jsem mu snědla, proč musíme kupovat to a to..*“ Za matkou Anna jezdí do desítky kilometrů vzdáleného města, kam se přestěhovala se svým novým partnerem, dnes již manželem, s nímž Anna příliš nevychází: „*Jako on je hodnej, to zas jo, třeba mi smontuje skříňku tady nebo tak, ale stejně to dělá jen proto, aby mámě dokázal, jak se hrozně snaží.. Přitom proti mně jinak něco pořád má.. A taky jak si mámu*

pořád hlídá, že nemůže jet nikam bez něj..“ Anna by ráda s matkou trávila více času o samotě, matčin nový partner jim to však neumožňuje.

Výsledná témata:

- Převzetí matčiny role po jejím odchodu a neshody s otcem
- Postrádání matky

Rodina:

Rodiče Anny se rozvedli, když nastoupila na vysokou školu, ale k rozvodu šla situace již předchízějící půlrok, kdy se zjistilo, že její matka má mimomanželský poměr. Anna říká, že rozvod „překvapivě zvládala dobře“, zároveň má však pocit, že „byla do toho hodně vtažená“. Vybavuje si silné momenty, jako například když Annině matce „ruply nervy a řekla mi. „, *No dobře, tak ho miluju! Tos chtěla slyšet? Miluju ho!“*. *A to byla pro mě taková zoufalost a vztek.. Že jsem byla na mámu fakt nasraná. Ne, že by mi to jako ublížilo, ale spíš to, že ti máme vůbec říct, že miluje někoho jinýho ten vztek a beznaděj, smutek a strašná naštvanost vůči tý mámě, protože jsem si asi nevědomky říkala, že to dělá mně, tyhle věci, nejen že to dělá táto, ale že to dělá mně..“* Jindy zase řekla rodičům, že situace, která u nich doma panuje, je již neúnosná, a „*ať už se mamka odstěhuje, nebo ať s tím něco dělaj, ale že to nejde si takhle dál hrát na rodinu, když nejsme..“*

Celá záležitost skončila tak, že se matka odstěhovala spolu s Anniným bratrem a Anna zůstala bydlet s otcem.

Otce Anna nepopisuje nikterak kladně, nikdy spolu neměli dobrý vztah, nerozuměli si. V Anniných dvacíti letech měl otec autonehodu, jejíž následky způsobily, že „*se choval ještě víc jako magor. On byl vždycky magor, ale pak se to jenom zhoršilo.*“

Když je Anna vyzvána mluvit o matce, mluví v dobrém, přesto je zajímavý moment, kdy zmíní „*.. Mám super mamku..měla jsem, no mám..“*. V současnosti vůči matce cítí také výše zmíněné pocity naštvaní, beznaděje a ublížení.

Výsledná témata:

- Angažovanost v partnerské krizi rodičů
- Otec magor
- Ambivalentní pocity vůči matce

Ženství:

Annasi nepřipadá jako „žena se vším všudy“, od ostatních se vymezuje jednak tím „*jak holky hysterčej a co řešej ve vztazích a to, jak se kamarádí, takový ty holčičí gangy, tak to já vůbec.*“ a zároveň má pocit, že „*...ostatní holky jsou takový dokonalý a upravený a já jsem taková šmudla.. Nepřipadám si jako žena, ale spíš holka, holčička. Ne jako vyspělá dospělá žena..*“

Ze společnosti, ve které je převaha žen, má Anna „osypky“. V mužské společnosti se cítí lépe a připadá si v ní více přijímána, sama o sobě říká, že je „*naschvál taková trochu klučičí, že jsem taková jako v pohodě a v klidu a kluci mě takovou vnímaj*“. Přiznává, že ačkoliv je tato její „póza“ něco, na čem si zakládá a je na ni pyšná, častokrát je také zrojem jejích zklamání. „*kamarád mi jednou řek: Neboj, my ti najdeme ještě nětšího chlapa, než seš ty.*“ Anna si to, že preferuje mužskou společnost vysvětluje také tím, že kromě toho, že je v ní větší zábava, jí „*lehtá ego, že seš jediná holka a okolo všichni ti kluci a já si dokážu užívat tu jejich pozornost.*“. Anna umí s muži flirtovat tím, že se naladí na jejich vlnu, „*ne, že bych byla ta prsatá, co si olizuje rty a točí prstýnkama ve vlasech*“

Annina matka je také ráda v mužské společnosti a „*umí v ní chodit*“.

Anna není spokojená s vlastním tělem, a to jednak s postavou, jednak se zvýšeným růstem ochlupení, které se objevilo v době vysazení hormonální antikoncepce, „*...spíš se fakt stydím za svý tělo, to je daný i tím ochlupením, že nemůžu být taková uvolněná a pak se v tom strašně necejtím.. Jsem hodně nejistá, nevěřím si v hodně věcech a nejsem spokojená ohledně postavy.*“

Otec Annino ženství nikdy příliš nezdůrazňoval ani neoceňoval, Anna si vybavuje spíše situace, kdy ji nepříteli citlivě upozorňoval na její problematické partie. Pamatuje si také, že si z ní celá rodina dělala legraci kvůli malým prsoum, která nazývali „*pupence*“.

Anna v rámci rozhovoru na více místech zmiňuje určitý nesoulad v jejím vystupování a skutečném prožívání. *Asi nejvíc mi v tom, jaká jsem, vystupuje to, že mě ty lidi znaj jenom takovou část, jen jednu polohu a jen strašně málo lidí zná i tu druhou polohu.*“

„*Ted' přemýšlím nad tím, že by mě zajímalo, kolik lidí mě doopravdy zná.. Asi nemám úplně srovnaný kdo jsem a co a jak, že nemám utvořený nějaký to sebepojetí, nevím, jaká sem a jak se mám přijímat.. Někdy si připadám jako chameleon, že se hodně naladuju na ostatní lidi, ne, že bych neřekla, ať se přizpůsobí oni.. Část mě taková je, naladím se na ně, abych vyšla vstříc..*“

Výsledná témata:

- Ne žena, ale holčička
- Osypky z ženské společnosti
- Nejisté sebepojetí

Partnerské vztahy:

Partnerské vztahy jsou pro Annu v poslední době jakýmsi kamenem úrazu. Častokrát se ji opakuje schéma rychlé zamilovanosti a připoutání a následného opuštění, které těžce nese. Za poslední rok se takováto situace zopakovala přibližně pětkrát.

Anna nedokáže charakterizovat, muže, kteří ji přitahují protože předstávají dva opačné póly. „*Bud' to byli hodný stabilní kluci, ale to mě nebavilo, to mě přešlo. A ty druhý, který byli zas trochu péra, jakože rád popiju, rád si dám brko, jsem oblíbenej a rád se bavím.. A s těma se zas trápím.*“

První vážnější vztah měla Anna v patnácti letech, hovoří o něm jako o opravdové lásce provázené pocitem bezpečí a jistoty. To samé se však nedá říct o vztahu, který následoval, jelikož tento přítel byl „*normální psychopat, nebude s nadsázkou nebo zveličování, když řeknu, že s ním to bylo takový psychický týrání.*“ Od tohoto vztahu si pomohla dalším vztahem, který byl nejdelší ze všech, trval rok a půl, ale přesto se nejednalo o vztah, ve kterém by Anna byla šťastná. S přítelem netrávili žádný čas spolu sami, dával přednost kamarádům a „*vlastně tady pro mě ani nebyl, třeba když se doma něco dělo, tak jsem to s ním nemohla řešit.*“ Přesto, že rozumově sama ve vztahu dále pokračovat nechtěla, rozchod ji velmi zasáhl, snažila se k sobě i poté přítele co nejvíce připoutat a to i poté, co zjistila, že jí byl v posledních měsících vztahu nevěrný. „*možná že jak mi dělal něco špatnýho, tak já se na něm paradoxně stala víc závislá.. A asi jsem se bála být sama.*“

Následoval vztah, kdy byl do Anny její přítel doopravdy zamilovaný, ale ve chvíli, kdy u Anny zamilovanost opadla, začala vystupovat do popředí všechna „*ale*“, která ji v souvislosti se vztahem napadala. „*On byl sice strašně hodnej, ale někdy mi právě přišlo, že je možná takovej až moc trouba.*“

Rozchod s tímto přítelem nesla Anna vcelku dobře, protože i nadále zůstávali v kontaktu „*nebylo to pak to, že mi někdo odejde a budu sama, neměla jsem tam to svoje: Ježíšmarja, já budu sama.*“

Od tohoto posledního rozchodu se Anna ve vztazích poměrně trápí, popisuje je jako rychlé vzestupy a pády a nedaří se jí najít si nového partnera.

Výsledná témata:

- Nejasné preference ve výběru partnera
- Strach z opuštění a osamění

Gynekolog:

Anna nebyla spokojená s reakcemi svého lékaře, který jejím obtížím nepřikládal žádný význam, a proto jej vyměnila za jinou gynekoložku, která jí udělala podrobná vyšetření, poté podávala hormonální substituci Provera ve formě injekcí a následně Anně vysvětlila, že nejsnazší bude opět začít užívat hormonální antikoncepci.

Výsledná témata:

- Nezájem lékaře
- Hormonální antikoncepce jako řešení

Pozorování

Anna budí během rozhovoru poměrně rozporuplný dojem. Na jednu stranu užívá hodně hovorých výrazů a tón řeči, který volí, by měl vést spíše k tomu, že je „nad věcí“, na druhou stranu však působí poměrně svázaně. Občas se rozpláče, zejména ve chvílích, kdy hovoří o matce, avšak vzápětí tuto emoci komentuje něčím humorným a zasměje se.

V rámci sekundární amenorey je přesvědčena, že celá záležitost je čistě biologického původu, nemyslí si, že by v jejím životě bylo něco, co může na její zdravotní stav působit.

14.2.JANA

Menstruace:

První menstruaci dostala Jana krátce po 14. narozeninách na táboře, kde tuto událost sdílela s kamarádkou. Na tuto událost již nějakou dobu čekala, nevybavuje si ale, že by to oznamovala rodině. *„S rodinou jsem to nijak neřešila, mamce jsem o tom možná někdy potom řekla, ale asi jsem byla spíš ráda, že to přišlo na táboře, kde jsem to mohla řešit s kamarádkou..“*. S matkou o menstruaci později hovořila, ale spíše v rovině praktické *„Pamatuju se, že se mi i nabízela, že to se mnou nějak „probere“, ale mně se nechtělo“*. *„Od nikoho jsem se asi žádný významný reakce nedočkala a ani jsem to nečekala.“*

V období, kdy Jana začala menstruuovat, panovala v její primární rodině nepříznivá atmosféra *„Myslím, že to hodně skřípalo mezi našima“* a ona sama pak nevycházela

s otcem „Přišla jsem mu na nevěru a měla jsem mu to strašně za zlý. Úplně mi to shodilo ideál rodiny a měla jsem k němu pak hroznej blok.“

Menstruační cyklus neměla nikdy pravidelný, ale neuvádí bolesti ani jinak problematický průběh menstruace „Bylo to asi normální, až na ty nepravidelnosti“. V šestnácti letech pak začala brát antikoncepci, kterou brala s menšími přestávkami celkem pět let.

Výsledná témata:

- Nesdílení první menstruace s rodinou
- Spory v rodině a menstruace
- Nepravidelná menstruace

Sekundární amenorea:

Po vysazení hormonální antikoncepce Jana ještě dvakrát menstruovala, poté následovala téměř roční pauza. „Prášky jsem přestala brát v únoru, potom v březnu jsem ještě menstruovala celkem na čas, ale další měsíčky jsem měla až na konci června a potom dlouho nic, skoro rok.,

Na tuto dobu vzpomíná jako na náročné období, jelikož v té době špatně vycházela s matkou svého přítele, v jejichž domácnosti tehdy přebývala, pokud zrovna nebyla v městě, kde studuje „dokud mě mohla brát jako „třetí dítě“, tak bylo všechno v pořádku a my dvě spolu mohly skvěle vycházet, jenže potom jsme spolu s přítelem začali bydlet u nich v domě a ať jsem dělala, co jsem chtěla, všechno bylo špatně, ona pořád musela být ta, která se dokáže postarat nejlíp a já se pro ni stala sokyní. O to horší pro mě bylo, že ať mě to štvalo sebevíc, byla jsem si vědomá, že já jí vlezla do jejího „teritoria“. Sama popisuje jejich rozepře jako „válka dvou samic v teritoriu, kdy jedna tuší, že ji ta druhá nahradí, a proto po ní jde“ .

Fakt, že nemenstruuje, dělal Janě velké starosti. „Měla jsem často pochybnosti o tom, nakolik jsem vlastně ženská, taky jsem se bála, jestli budu moct mít děti...“

V současné době Jana opět menstruuje, ač nepravidelně, k úpravě došlo spontánně, bez hormonální substituce. Období, kdy se Janě menstruace vrátila, spojuje s tím, že se „vyřešila celá ta situace s tchýní a to tím, že jsme ... začali řešit a vyřešili samostatně bydlení a koupili byt, ve kterém jsme teď sami. Takže teď sice nemůžu říct, že bych si podle svého cyklu mohla řídit hodinky, ale jsem šťastná, že to vůbec běží.“

Výsledná témata:

- Válka samic s matkou přítele
- Spontánní úprava po koupi bytu
- Strach z neplodnosti, pochybnosti o ženství

Dospívání:

Když Jana začala dospívat, otec s nimi sice bydlel, ale hodně času trávil mimo domov. Když bylo Janě asi třináct let, zjistila, *že má táta ženskou a že asi není první ženská, se kterou něco má, a za to jsem ho začala v té době docela nesnášet.. Taky se v té době hodně hádal s mamkou a s bráchou spolu taky vůbec nevycházeli.. Tenkrát se mi asi zbořil obraz naší ideální rodiny, hodně jsem se spolčila s mamkou..No a když mi bylo 15, tak se naši rozvedli. To pro mě bylo na jednu stranu dost bolestivý, na druhou stranu se mi i hodně ulevilo, nedokážu si představit, jak by to vypadalo, kdyby spolu naši zůstali.*“

Janino dospívání bylo provázeno rodinnými problémy, ale měla své zájmy a kamarády, což jí umožňovalo se od problémů doma odpoutat. Nemyslí, že by její dospívání bylo bouřlivé, ale připouští, že po rozvodu rodičů měla větší volnost, kterou si užívala ve společnosti kamarádek v klubech či na letních zábavách.

Výsledná témata:

- Problémový vztah s otcem a jeho nevěra
- Rozvod rodičů jako ztráta i úleva

Rodina:

Jak je již uvedeno výše, Janiny rodiče se rozvedli, když jí bylo 15 let.

Jana je mladší ze dvou sourozenců, má o sedm let staršího bratra. Ten ji poté, co otec přestal v rodině fungovat, nahrazoval jeho funkci a zčásti je tomu tak dodnes.

Otce popisuje Jana jako nevyovnanou osobnost. Když byly Jana a její bratr ještě malí, *„tak fungoval jako táta úplně skvěle“*, ale s přibývajícím věkem dětí postupně přestával v rodině fungovat. Nyní Jana svého otce bere jako *„mimozemšťana“*, což vysvětluje tak, že se naučila brát ho takového, jaký je a přitom od něho nečekat, že se někdy bude chovat tak, jak se většina otců chová. Zároveň Jana o otci říká, že je nevyrovnaná osobnost a *„podryl“* jí sebevědomí.

O matce Jana říká, že je fajn a mají *„moc hezký vztah, dlouho na přátelský úrovni“* popisuje ji také jako velmi schopnou a zároveň se zamýšlí nad tím, že matka *„chlapům nerada dává najevo nějakou pokoru, spíš naopak, tváří se, že si se vším poradí a vlastně je*

ani moc nepotřebuje.. “Jana je v tomhle ale jiná, ve vztahu je ráda za „holčičku“, ačkoliv o sobě ví, že spoustu věcí by také dokázala sama.Co však Jana od matky „podědila“, je starost o vlastní postavu. V současné době Janu trochu „štve“, že ji matka tehdy „vtáhla do problémů s tátou“.

Výsledná témata

- Starší bratr nahrazující otce
- Otec vnímán jako mimozemšťan, nevyrovnaný, podrážděný sebevědomí
- Nedobrovolná koalice s matkou, hezký vztah

Ženství:

„Pojetí sebe sama jako ženy je pro mě docela složitý“, říká Jana a vysvětluje, že nikdy nebyla vyloženě „princeznička“, měla a stále má ráda i klučičí zábavu, proto má také vždy mezi svými přáteli hodně kluků. V průběhu dospívání se věnovala basketbalu, kde se mezi spoluhráčkami „holčičaření nenosilo“ a ani rodiče z Jany „nějakou holčičku nikdy moc nedělali, vždycky jsem sice byla mazlík a tak, ale na fňukání, že něco nestačím moc prostor nebyl,... taky jsme jako rodina dost sportovali, přičemž já se jako malá často vztekala, že už nechci a že nemůžu a tak, ale naši mě vždycky nějak vybičovali k tomu, že jsem všechno zvládla a nakonec jsem měla ze sebe hrozně dobrý pocit, že jsem to dokázala, třeba vyjít na nějakou horu nebo kopec, nebo uběhnout X km na běžkách a tak..“ Jana také neumí používat ženské zbraně ve smyslu soupeření s ženami prostřednictvím pomluv i pokud jde o flirt s muži, kdy spíše než fyzického svádění využívá komunikačních schopností. Jana se tedy necítí být ani výhradně holčičí typ, ani přehnaně klučičí (kromě klučičích her měla jako malá ráda i panenky, nosila matčiny lodičky, nyní má sny o vlastní svatbě, mateřství apod.).

Problematické ve vztahu k vlastnímu ženskému sebepojetí bylo pro Janu období, kdy nemenstruovala, jednak kvůli samotné amenoree, jednak kvůli zvýšenému růstu ochlupení, vypadávání vlasů a zhoršené pleti. Jak je zmíněno již výše, Jana se v té době obávala i o vlastní reprodukční schopnosti.

Co se týče vlastního těla, Jana není se svou postavou zcela spokojená, má vůči ní výhrady a řeší svůj fyzický vzhled, snaží se hlídat se v jídle, ačkoliv diety nedrží.

Zprávy, které Jana dostávala o svém těle v průběhu dospívání od své matky, by se daly označit jako ambivalentní. Matka se ji na jednu stranu snažila uklidňovat, když měla Jana pochybnosti, na druhou stranu, vzhledem k tomu, že ona sama se svým tělem nikdy nebyla

zcela smířená, navíc si Jana vybavuje i moment, kdy jí matka řekla, že tolik, co ona, nikdy nevážíla.

Otec s oceněním ohledně Janina fyzického vzhledu také spíše šetřil, často ji upozorňoval na nedostatky. S bratrem si pak ze sebe navzájem dělali legraci ve formě přezdívek typu „špeku“ či „xichte“. Zároveň si Jana pamatuje, že si z ní otec s bratrem dělali legraci, když jí začala růst prsa.

Matka Janu v současné době bere jako dospělou a samostatnou ženu, u otce si není jistá, ale občas jí pochválí, že jí to sluší a občas v práci žertuje, že je jeho milenkou. U bratra si Jana není jistá, zda její ženství vůbec bere v potaz, avšak sama připouští, že se s ním příliš žensky nechová.

Jana se lépe cítí ve společnosti, když převažují muži, pakliže je ve společnosti převážně ženské, je „ostrážitá“.

Jednou z největších Janiných zálib je sport. Komentuje to takto: „...*mám ráda, když něco dokážu, když se překonám...*“ v jiné části rozhovoru hovoří o tom, že od té doby, co se jí spontánně navrátila menstruace, se snaží více poslouchat své tělo, zatímco dříve nedbala signálů, které k ní vysílalo a hodně se „*přepínala*“ : „*Třeba jsem šla běhat, ikdyž jsem byla unavená.*“

Výsledná témata:

- Složitě pojetí a vývoj ženství
- Ostrážitost ve společnosti žen, neschopnost používat ženské zbraně
- Strach z neplodnosti
- Nepotvrzováno v rodině, nyní spíše akceptace
- Oceňována za výkon
- Sport

Časná dospělost:

Ve věku mladé dospělosti, v němž se nyní nachází, se objevila sekundární amenorea. V té době docházelo k výše zmíněným nepříjemnostem v rodině Janina přítele (konkrétně s jeho matkou), kde Jana trávila hodně času.

Zároveň Jana navštěvovala vysokou školu, která ji baví, je vděčná za znalosti, praktické zkušenosti i přátele, které díky škole získala. Jana nevnímá, že by pro ni studium VŠ představovalo výrazný tlak.

Výsledná témata:

- Problémy v rodině přítele
- Spokojenost s VŠ

Vztahy:

V současné době Jana žije se svým přítelem, se kterým je již sedm let. V průběhu jejich vztahu bylo více než půlroční období, kdy spolu nebyli, každý z nich trávil čas s někým jiným a později se k sobě opět vrátili.

První vztah, nebo spíše „chození“, jak Jana uvádí, probíhalo shodou okolností v období její první menstruace, ale Jana cítila spíše kamarádkské pouto, než by si připadala zamilovaná. První velkou lásku pak prožívala ve čtrnácti letech, vztah trval čtyři měsíce a jeho ukončení bylo pro Janu bolestivé. Další vztah, cca tříměsíční, který Jana měla, byl opět spíše povrchní a dalším partnerem byl již současný Janin přítel.

Jana je tedy ve vztazích poměrně stálá, ačkoliv z období puberty, cca mezi 15.a16.rokem popisuje i nezávazné polibky s několika vrstevníky, o panenství přišla až se současným partnerem v 16,5 letech.

Výsledná témata:

- Od 13 let chození s kluky
- Aktuálně ve vztahu 7let

Gynekolog:

S reakcí gynekologa Jana příliš spokojená nebyla. *„Řekl mi něco v tom stylu, že vlastně o nic nejde, že se to po vysazení hormonů stává a že menstruace vlastně není ani moc potřebná..“, „...navrhl mi antikoncepci a jinak prý ať vydržím. To mě teda fakt neuklidňovalo, spíš naopak.“*

Výsledná témata:

- Zklamání v ordinaci
- Řešení antikoncepcí, či vyčkáváním

Pozorování:

Jana v průběhu rozhovoru působí vcelkuklidně, mluví souvisle, není třeba ji dvakrát pobízet k tomu, aby o něčem hovořila, dobře formuluje své dojmy i pocity. Když hovoří o vlastní rodině, působí vyrovnaně, ve zmínkách o přítelově matce občas posmutní, případně se mírně rozzlobí.

V průběhu rozhovoru zmiňuje, že je přesvědčená o tom, že porucha menstruačního cyklu, kterou sekundární amenorea představuje, měla psychosomatický původ a největší význam v celé záležitosti pak přikládá zhoršením vztahů s potenciální tchýní.

14.2.3 MARIE

Menstruace:

Marii zastihla první menstruace ve dvanácti letech na školním výletě do Londýna. Ačkoliv jí matka radila vzít si s sebou hygienické potřeby pro tyto účely, Marie jejich rad nedbala, nepřipouštěla si, že by něco takového mohlo nastat a z celé záležitosti pak byla „dost vykulená“. *„Takže to fakt nezapomenem ani já ani máma, protože jsem jí psala, co mám dělat, a ta napsala třídní smsku, jestli by byla tak hodná a nějak se o mě postarala, tak ta se mnou nějak promluvila adala mi nějaký vložky a tak..“*

Z první menstruační Marie radost neměla, na výletě pro ni představovala značnou komplikaci vyvolávající v Marii obavy.

Reakce matky byly také hodně spojeny s okolnostmi, v jakých k první menstruaci došlo, byla ráda, že to dcera zvládla a dnes *„to mamka vypráví jako strašnou story“*. Více se tato událost v rodině neřešila, *„Ne, že by mamka byla nějak konzervativní, ale ani já sama jsem to nijak řešit nechtěla, s tátou jsme to neřešili vůbec... Někdy oslavy, to vůbec ne.“*

Ohledně další menstruace měla Marie spíše obavy, aby ji *„to zase někde nezaskočilo“*, menstruovala nepravidelně *„Někdy to třeba měsíc vynechalo, ne, že by to nebylo třeba půl roku nebo tak, spíš to byla taková promělivá doba, jednou 40 dní, jindy 35.“*

V šestnácti letech si šla Marie na gynekologii pro antikoncepci, protože měla přítele a chtěla být chráněná před otěhotněním, brala ji zhruba pět let. Po vysazení přestala menstruat na dobu zhruba jednoho roku, načež začala *„chodit asi na rok na progesteron a pak se to nějak chytlo a teď ťukám, ale je to dobrý“*.

Výsledná témata:

- Nepřípravenost na menarche
- Bezvýznamnost první menstruace
- Nepravidelná menstruace

Sekundární amenorea:

Marie věděla, že po vysazení hormonální antikoncepce může dojít k vynechání menstruace, proto zpočátku nebyla příliš znepokojená, ale postupem času stoupaly obavy. *„nejvíc mě trápilo to, jestli budu moct mít děti, jako každou ženskou mě bralo, že se mnou něco není v pořádku.“* Marie také přiznává, že byla v období, kdy nemenstruovala, *„háklivější na to, když se o tom někdo bavil, třeba když mi kámošky říkaly, že oni to měly pravidelně i po vysazení a to mě štvalo, ta nespravedlnost.. A jsem pověřčivá, takže když někdo řek, do třiceti chci mít dítě, tak já bych tohle nikdy neřekla, abych to nezakřikla.. Tak to když o tom byla řeč, tak ve mně to vyvolalo úzkost z toho, jak to bude, protože to, že nemenstruuju, jsem brala jako jasnou známku toho, že teď to nepůjde.“* Nakonec Marie své starosti *„vytěsnila s tím, že jsem věděla, že nejsem jediná, kdo to má, že je to běžný a že se to dá kdyžtak nějak těma hormonama vyřešit.“*

V době, kdy se Marie rozhodla hormonální antikoncepci vysadit se připravovala na zkoušky na vysoké škole, které se vždy snaží zvládnout co nejlépe. Impulzem k vysazení antikoncepce byl rozchod s přítelem, který se však dlouhou dobu táhl, ačkoliv Marie se k příteli vracet nechtěla, protože si uvědomovala rozdíly, které mezi nimi jsou a které se nezmění.

Výsledná témata:

- Strach o reprodukční zdraví
- Rozchod s přítelem

Gynekolog:

Gynekoložka Marii nejprve k jejím obtížím nic neříkala a vždy jen posouvala dobu, kdy začnou situaci řešit, pokud se menstruace nedostaví. Marie si tak informace dohledávala sama na internetu, což v ní vyvolávalo spoustu otázek a obav. *„... a byla jsem z toho rozhozená a nevěděla, co si mám myslet. A když jsem měla strach, co ty děti, tak mi řekla, ať se tím teď nestresuju a že to budem řešit, až to bude aktuální a tím mě vynervovala a ještě mi říkala, jak ta psychika je hlavně důležitá a mám říkala, jak mě uklidní, tak to mě tím spíš rozhodilo, když mě ještě takhle chlácholily.“*

Výsledná témata:

- Nejistota po návštěvě gynekologa

Dospívání:

Marie si své dospívání jako takové více užívala v době, kdy ještě nechodila s přítelem, což bylo na konci prvního ročníku gymnázia. *„Pak, jak jsem začala chodit s ním, tak jsem*

všechno překopala, vztah jsem postavila na první místo, a tím mi hodně věcí uteklo a doted' toho lituju, že já měla vždycky čas na něj, všechno tomu přizpůsobila, ale začátkem toho vztahu pro mě skončilo „mládí“ v tom smyslu, že pak už jsem si neužívala nějaký diskotéky a takhle...“ Po rozchodu už se k užívání si nevrátila jednak proto, že už byla ve věku, kdy se jí tolik nechťelo, jednak kvůli náročnosti studia, kvůli kterému jí na zábavu mnoho času nezbývá. Ačkoliv si Marie nikdy příliš nevěřila, byla období, kdy to bylo lepší, například když měla dobrou partu kamarádek. Co jí pomohlo nejvíce zvednout sebevědomí, bylo „jak jsem měla toho přítele.“

Výsledná témata:

- Nízké sebevědomí navýšeno vztahem
- Konec užívání „mládí“ s nástupem vztahu

Rodina:

Marie je starší ze dvou sourozenců, má o 9 let mladšího bratra. V současné době se Mariini rodiče rozvádějí, což je *„jediný rozumný, co mohli udělat“*. Marie i její matka dlouho věděly, že otec *„někoho má“*. *„Kvůli mamce ani nechci říkat, jak dlouho, ona by to sama brala tak, že kdyby to někdo věděl, tak by to bral jako že je blbá, že si to nechala tak dlouho líbit.. To, jak jsme to měli doma, tak oproti tomu to, jak to je v okolí je to slabej odvar, jak to bylo u nás a jak dlouho..“* Marie o všem věděla také velmi dlouho, ale časový údaj říct nechce.

S matkou má Marie kamarádský vztah, jsou k sobě hodně otevřené, navzájem se jedna druhé svěřují. Marie matce vždy říkala vše a stejně tak matka jí, včetně záležitostí ohledně rozvodu, *„takže v tomhlectom jí taky supluju nějakou kamarádku, částečně i partnera“*. Marie přiznává, že jsou na sebe s matkou hodně fixované a že doposud *„...tu pupeční šňůru ještě nepřestřihly.“*

Matku dále popisuje jako silnou osobnost, *„...všechno zvládne a hlavně aby pro to okolí fungovala, není taková, že by se z něčeho hroutila, tak to na ní hodně oceňuju a to je takovej i můj velkej klad a snažím se taková bejt.“* a dále Marie zdůrazňuje, že je její matka rodinný typ a ačkoliv se jí nepodařilo udržet vztah s manželem, *„svoji roli plnila vždy maximálně.“*

Vzhledem k tomu, že otec nebyl většinu času doma, Marie a její bratr vyrostli prakticky jen s matkou.

„Je to divný, když se řekne, že jeden rodič je bílej a druhěj černej, ale dá se říct, že u nás to tak je.“

Otci pak Marie říká, že spolu nemají žádný vztah, nikdy v něm neměla oporu. Mimo to, že trávil Mariin otec spoustu času mimo domov, a když už doma byl, většinu času prospal, s ním *„není lehký vyjít, protože je cholerik. Není zlej ani přísněj, ale je náročněj, neumí chválit, sám jede na 150% a má takový nároky i na okolí.“* Když Marie na vysvědčení měla jednu dvojku, otec přehlížel, kolik má jedniček, ale soustředil se pouze na horší známku. *„Neberu to jako problém, ale že to tak je, respektuju ho jako otce, ale nemáme spolu blízkej vztah, ale nedotýká se mě to nějak.“*

Vztah s otcem Marii do určité míry poznamenává ve vztazích k jiným mužům, i k sobě samé *„... za to, co udělal mámě, ho neberu jako vzor, a jak mám potom věřit jinejm chlapům, na který ani nemám žádnou vazbu, když nemůžu věřit ani jemu.“*

„Potřebuju taky docela jet na to, abych byla co nejlepší, nejen ve známkách, ale ve všem, že mi na tom záleží a nespokojím se s málem, беру to tak, že to mám v genech po něm, že jsem taková urputná.“

Výseldná témata:

- Fixace na matku
- Žádný vztah s otcem oceňujícím výkon
- Nevěra otce

Ženství:

Marie je raději je ve společnosti mužů, kterou považuje za lepší a upřímnější, *„než nějakěj babinec“*, snáz si s nimi rozumí. Má kamarádky, se kterými se vídá raději v menším počtu, převážně „holčičí“ společnost označuje za příliš konkurenční.

Co se týče potvrzování vlastní ženské identity, první menstruaci v rodině žádný význam přikládán nebyl, *„věkově to bylo v normě, takže se to neřešilo“* a ani Marie sama to řešit nechtěla. Mariina matka nechávala dceři „volnou ruku“ ve výběru oblečení i úpravy vlasů apod., protože ona sama měla přísné rodiče, kteří jí spoustu věcí nepovolili. Marie jí zato však moc vděčná není, protože *„...vypadala jako strašidlo.“* Mariina matka to dnes komentuje slovy: *„Nojono, tak bylas takový ošklivý káčátko, ale prostě jsem ti to chtěla dopřát.“*

Otec Mariino ženství příliš nepotvrzoval, to hlavní, co ho zajímalo, byly výsledky ve škole. *„,Jak to má spoustu holek tak, že táta na ně: Ty seš moje holčička, ty seš krásná a já nevímco..Tak já tohle vůbec, táta nic takovýho neřešil.“*

Marie si „*nikdy nijak nevěřila, nikdy jsem nějaká, že bych si připadala jako hvězda, tak to vůbec, to nikdy nebylo a to se nezměnilo.*“

Na své ženství si Marie nestěžuje, uvědomuje si sice výhody, které má její bratr jakožto kluk, ale ona sama je ráda, že je „*holka*“.

Výsledná témata:

- Nízké sebevědomí
- Preference společnosti mužů
- Spokojenost s ženskou rolí

Časná dospělost:

Ve věku mladé dospělosti, ve kterém se nyní nachází, došlo k sekundární amenoree. V té době byly přítomny problémy v primární rodině Marie, kdy otcův mimomanželský vztah vyústil ve finální rozpad rodiny. Marie studuje vysokou školu, která je sama o sobě velmi náročná, o to více, že sama Marie na sebe klade poměrně velké nároky.

Zároveň se po více než čtyřech letech Marie rozešla s přítelem .

- Náročná vysoká škola
- Rozchod s přítelem
- Rozvod rodičů
- Sekundární amenorea

Vztahy:

Od té doby, co se Marie rozešla s přítelem a podařilo se jí se od něho odpoutat, nedaří se jí nalézt nový vztah, ačkoliv by ráda. Říká o sobě, že si někdy připadá až „*prokletá*“, ale zároveň si vždy poté, co nějaká známost nevyjde, uvědomí, že by pro ni dotyčný nebyl vhodným partnerem. Ačkoliv by ráda měla nějaký vztah, zvykla si na současný stav, kdy je „*sama*“. Zároveň ale přiznává, že jí sblížení s muži činí potíže a jako příčinu vidí nedůvěru k mužům obecně, kterou v ní však vyvolala zkušenost s otcem „*...a jak mám potom věřit jinejm chlapům, na který ani nemám žádnou vazbu, když nemůžu věřit ani jemu.*“

V kontextu dospívání Marie hovoří také o tom, že vztah pro ni představoval posílení sebevědomí.

Výsledná témata:

- Nedůvěra k mužům započatá nedůvěrou v otce
- Vztah jako kompenzace nízkého sebevědomí

Pozorování:

Marie zpočátku pečlivě volí slova, promýšlí odpovědi, v průběhu hovoru se trochu více uvolňuje. Během rozhovoru je její výraz ve tváři mění jen minimálně, usmívá se pouze ve chvíli, kdy popisuje své „módní výstřelky“ z pubertálních let, smutek není patrný v žádné části rozhovoru.

Řeč těla by mohla odkazovat k nižšímu sebevědomí, které ostatně sama Marie potvrzuje. Sedí na kraji sedačky, mírně se hrbí, ruce má složené v klíně, gestikulace je minimální.

Během rozhovoru se Marie častokrát zastavuje u svého vztahu s matkou a opakovaně zdůrazňuje jejich velmi těsné pouto.

Po skončení rozhovoru se ještě zamýšlí nad tím, že, ačkoliv si to neuvědomuje, mohly být v jejím životě momenty, které ji výrazně ovlivnily, ale není si jistá, zda by ještě mělo význam se k nim vracet, zda by se tím něco změnilo...

14.2.4 VĚRA

Mestrauce:

Věra začala menstruovat doma ve čtrnácti letech, což hodnotí jako pozdě. První menstruace byla extrémně bolestivá, měla křeče, téměř omdlévala. O menstruaci byla předem informována od matky, která chtěla, aby na ni dcera byla připravená a příchod menstruace a začátek ženství pak matka oslavovala „...že už je to tady, že jsem ta ženská“, volala příbuzným, zejména pak vlastní matce, Věřině babičce, která Věři také gratulovala. Věra si tak uvědomila, že se jedná o velkou událost a ačkoliv bolesti byly téměř nesnesitelné, měla radost.

Také další cykly byly velmi bolestivé, Věra nejednou odcházela kvůli menstruaci ze školy a pravidelně brávala ibalgin, až do doby, než jí gynekoložka přesvědčila, že jedinou pomoc pro ni představuje hormonální antikoncepce, kterou začala užívat krátce po patnáctých narozeninách. Do té doby byly nepravidelnosti v cyklu poměrně malé, „*ten schůdek byl třeba tejden nebo tak.*“.

Výsledná témata:

- Enormně bolestivá menstruace
- Gratulace k menarche od matky a babičky

- Nepravidelná menstruace

Sekundární amenorea:

Hormonální antikoncepci brala Věra celkem šest let. Po jejím vysazení a poté, co se nedostavovala menstruace, měla velký strach o to, aby nebyla těhotná. Nejdříve chodila pravidelně na gynekologii, kde dostávala vyvolávací injekce, „...ale pak jsem se smířila s tím, že si to tělo musí nějak zvyknout a poradit si s tím...“. Následovalo období delší než rok, během kterého Věra prakticky nemenstruovala. Poté se objevila menstruace jednou na dovolené následovaná další, téměř půlroční pauzou, která byla přerušena v předvánočním období po reflexologické masáži.

Připouští, že v době, kdy hormonální antikoncepci vysadila, toho na ni bylo hodně, měla sice již dva roky stabilní vztah s partnerem, ale „do toho škola, práce, tak jako asi toho bylo hodně, ale zase zkoušky jsem nijak neprožívala nebo tak...“ *“To až teď ty státnice. To vlastně teďka tím, že mi skončí oboje dvoje, že jsem po škole a mám novou práci, tak zjistím, co je vlastně blbě.”*

Fakt, že Věra nemenstruuje, pro ni byl zpočátku „strašnej nápor na psychiku“, kvůli neustálé nejistotě, zda není těhotná. Stresující je také to, že má často pocit, že se blíží menstruace, ale ta se nedostavuje. Připouští také, že v ní absence menstruačního krvácení vyvolává určité pochyby „...ztrácím pak taky kvůli tomu libido, že mám pocit, že něco nefunguje, když nemám tu menstruauci.“

Výsledná témata:

- Strach z těhotenství
- Stres z práce, školy...
- Pocit nefunkčnosti vlastního těla

Gynekolog:

Gynekoložka Věře nabízela jako jedinou alternativu opět zahájit užívání antikoncepce, což Věra odmítla a lékařku vyměnila. Nová gynekoložka jí řekla, že tento jev není nic neobvyklého, „...že to je úplně v pohodě, přirozený a normální. Nejdřív jsem ještě chodila na ty provokačky, ale pak jsme se rozhodly, že to tělo necháme se s tím poprat.“

Výsledná témata:

- Návrh na užívání HA, poté normalizace

Rodina:

Věra do svých devíti let bydlela převážně s prarodiči a strýcem v zemi svého původu. Matka, která měla Věru ve svých sedmnácti letech, odjela pracovat do České republiky,

když byly Věře čtyři roky. Věra s ní do Česka odjela v devíti letech. V té době měla matka v Česku již vlastní domácnost spolu s partnerem a jeho dvěma dětmi, které byly starší než Věra a z domu odešly, když bylo Věře patnáct let.

S vlastním otcem se Věra nevidala, setkali se v zemi, odkud Věra pochází, když jí bylo šestnáct a potřebovala od něho podepsat „nějaký papír“. Ze setkání byla Věra velmi nervózní, protože „*je to v podstatě cizí člověk*“. Celá záležitost byla formálního rázu.

Matku si Věra také „*víceméně neužila*“, když se za ní přistěhovala do Česka, tak „*...si mamku chtěla užít a hrozně jsem ji chtěla mít jen pro sebe a já jsem na mamku strašně žárlila*“. Až do dospělého věku se jí to příliš nedařilo „*...protože ona měla ten nový vztah, do toho pracovala.. U nás se tadyto překročilo až pak v dospělosti, jako jo, povídaly jsme si, když na to bylo chvíle, ale ta soudržnost začala až pak v dospělosti..*“

Matka byla poměrně přísná, ale spravedlivá: „*Mamka mě vždycky držela, že muselo bejt všechno na termíny, prostě v pátek úklid a takovýhle věci, ale na druhou stranu, když jsem to měla splněný, tak jsem mohla jít ven, tak to mi pak přišlo dobrý..*“

Matka Věře vždy říkala, že se nesmí moc chválit „*A ona mě taky moc nechválila a to mě dodneška trápí, že jsem vždycky všechno dělala proto, aby na mě byla pyšná a sice třeba je, ale dává to najevo takovým telecím způsobem, nikdy ti to neřekne, pořád je to takovej jako standard, prostě maturita samozřejmost, vejškataky...*“

S nevlastním otcem měla Věra neshody ohledně jeho nároků na ni, vadilo jí, že po ní chtěl věci, které však po svých dětech nevyžadoval. Jinak spolu vycházeli vždy vcelku dobře, „*ale vyloženě tu cestu jsme si k sobě našli až pak, když jsem se odstěhovala.*“

Výsledná témata:

- Složená rodina
- Nedosažitelná matka
- Vlastní otec cizím člověkem
- Sblížení s matkou a nevlastním otcem v dospělosti

Dospívání:

Věra své dospívání popisuje jako „*hodě emotivní*“, často se u ní střídaly nálady o velké intenzitě. S rodiči (s matkou a jejím novým manželem) vycházela vcelku dobře, naučila se, že si musí nejprve splnit své povinnosti a když tak udělá, může se věnovat svým věcem.

Výsledná témata:

- Hodně emotivní dospívání

Časná dospělost:

Věra v současné době bydlí se svým přítelem, dokončuje bakalářské studium na vysoké škole, pracuje v rodinné firmě a plánuje vlastní podnikání. Připouští, že tato kombinace je pro ni někdy náročná a stresující. S rodiči nyní vychází lépe, než tomu bylo v dospívání, našli si k sobě cestu. Přesto má však pocit, že ji matka v poslední době až přehnaně kontroluje.

Výsledná témata:

- Sblížení s rodiči, kontrola matky
- Stres

Ženství:

Na dotaz ohledně vnímání vlastního ženství Věra reaguje s tím, že se „*snad do prvního sexu vůbec nevnímala jako ženská.. To bylo v šestnácti.*“

Do té doby se vůbec nezabývala svým vzhledem ani tím, zda se někomu bude líbit. „*Ale pak když už tam byl na oboru ten kluk, tak to už se snažíš, že řešíš, jestli ti to sluší a co tohle tričko a co ty vlasy...*“

V současnosti je Věra ráda, když jí to sluší, když se druhým líbí. Chodí pravidelně ke kadeřníkovi, na kosmetiku, chce se hezky oblékat... „*Myslím si, že bych kecala, kdybych řekla, že mi to je jedno a že jsem vlastně napůl chlap nebo tak, to ne.*“ Věra se však dále zamýšlí nad tím, nakolik její vystupování působí „*chlapsky*“ a připouští, že některé její charakteristiky by mohly být vnímány spíše jako mužské.

Věra je také hodně schopná, snaží se zvládat spoustu věcí, ale připouští, že je toho na ni občas moc. V současné době dokončuje školu, chystá vlastní podnikání, vede domácnost a zvyká si na život v novém městě.

Ve společnosti žen se Věra většinou cítí „*jako ve slepičárně*“, s muži je to „*takový víc v pohodě, prostě nikdo nic neřeší, nedrbe, a tak se nemusíš pořád hlídat*“.

Výsledná témata:

- Ženství potvrzeno partnerem
- Spokojenost s ženskou rolí i rozvoj mužských charakteristik
- Preference mužské společnosti

Vztahy:

Věra svého prvního přítele potkala v patnácti letech a byli spolu tři roky. Následovalo krátké, přibližně roční, období, kdy byla „sama“, ale v té době už se o ni zajímal její současný partner. O jejich vztahu Věra říká: „*Ten vztah bych shrnula asi kladně, myslím si, že jsme se hledali až jsme se našli.*“, ačkoliv v uplynulém roce prošli poměrně velkou krizí, jejímž vyústěním bylo společné bydlení v novém městě. Do té doby spolu čtyři roky bydleli v blízkosti přítelovy rodiny, což prý „*nedělalo dobrotu*“.

Výsledná témata:

- Dlouhodobé vztahy
- Spokojený partnerský vztah

Pozorování:

Věra je velmi energická, mluví poměrně nahlas, často žertuje, ironizuje, je sarkastická.. Její reakce jsou velmi rychlé a spontánní, v průběhu rozhovoru je uvolněná.

Zpětně se k celé problematice vyjadřuje ještě jednou, a to s úvahami, že něco ve svém životě možná nedělá správně, a proto její tělo reaguje takovými obtížemi, jako je sekundární amenorea.

14.3 Společná analýza: interpretace dat

V teoretické části jsme došli k závěru, že na sekundární amenoreu mohou mít značný vliv faktory rodinné, s nimiž se dále pojí přijetí vlastního ženství. V tomto kontextu je pro nás tedy významné též období dospívání, kdy se ženská identita v kontextu rodiny utváří. Dále se soustředíme na okolnosti sekundární amenorey, které ji provázely, včetně pocitů s ní spojených a pomoci poskytnuté gynekologem.

Po hlubší analýze jednotlivých rozhovorů jsme se zaměřili na rozhovory jako na celek a pokusili se nalézt témata, která se vyskytovala ve všech rozhovorech, která si nyní blíže popíšeme hlavní výsledná témata.

Jevy jako menarche a menstruace do zahájení užívání hormonální antikoncepce do společné analýzy nezahrnujeme, jelikož tyto se u jednotlivých respondentek různí. Ačkoliv všechny respondentky udávají, že jejich menstruace byla do té doby, než začaly užívat hormonální antikoncepci, **nepravidelná**, jejich pojetí nepravidelnosti se různí. Například u Věry představovaly nepravidelnosti jedno- až dvoutýdenní schodek, zatímco v případě Anny docházelo k vynechávání v řádu měsíců.

Všechny respondentky se setkaly se sekundární amenoreou v období **časné dospělosti**, u všech se tak stalo po ukončení užívání hormonální antikoncepce. Právě z toho důvodu, že byl výskyt sekundární amenorey svázán s vysazením užívání hormonální antikoncepce v období časné dospělosti, připouštíme, že toto vývojové období nemá samo o sobě pro vznik sekundární amenorey přílišný význam. Podstatný je však faktor **stresu**, který byl přítomen u každé z respondentek a který je s obdobím časné dospělosti nepřímě spojen, jelikož se stresové situace týkaly zejména partnerských vztahů a pracovně-studijních povinností. Lidský organismus pak ve stresu inhibuje činnost neuroendokrinních systémů, které svou činností ovládají, mimo jiné, také menstruační cyklus.

Na naše respondentky však působily stresory odlišného původu. Anna se potýkala s problematickými partnerskými vztahy a složitou situací v domácnosti sdílené se svým otcem, Marie se rozcházela s přítelem a zároveň se věnovala náročnému studiu, Jana „bojovala“ s matkou svého přítele a Věra prožívala stres z důvodů vytíženosti prací a studiem.

Dále se věnujeme analýze rodinných vztahů a rozvoji ženského sebepojetí.

Všechny respondentky své **matky** popisují, ať již přímo či nepřímě, jako schopné a poměrně samostatné ženy. Janina matka nerada dává najevo mužům pokoru, Mariina matka se snaží vše zvládat a nedává najevo, když se jí to nedaří, matka Věry je úspěšnou podnikatelkou, která se zároveň zvládá perfektně starat o domácnost, Anna svou matku popisuje jako ženu, kterou jentak něco nerozhodí.

Všechny respondentky mají také se svými matkami bližší vztah než s otci.

V případě Jany a Marie byl jejich vztah s matkou, ačkoliv jej obě popisuje kladně, do jisté míry zatížen. V obou případech si matka z dcery udělala důvěrnici, svěřovala jí své starosti s otcem a došlo tak k určitému porušení generačních hranic. Jelikož samy dívky věděly o otcových nevěrách, samy na něho zanevřely, koalice s matkou však jejich odstup od otce znásobily. Věra si svou matku nikdy neužila a dodnes se jí snaží zavděčit, Anna by pak ráda s matkou trávila více času.

Žádná z našich respondentek nepopisuje vztah se svým **otcem** kladně a žádné z nich se nedostalo uznání a potvrzení vlastní hodnoty ze strany otce. Pro Věru je vlastní otec cizím člověkem a na utvoření sebepojetí se výrazně podílel až její první partner, stejně tak jako u Marie, která s otcem nemá žádný vztah a jediné, co na ní otec oceňuje, jsou výkony ve škole. Jana pak na svého otce nahlíží jako na „mimozemšťana“ a pro Annu je její otec „magor“.

Nejisté pojetí vlastního **ženství** je příznačné pro všechny naše respondentky, ačkoliv žádná z nich neuvádí nespokojenost se svou genderovou rolí a údělem, který jí náleží. Každá z respondentek popisuje určité mužské charakteristiky vlastní osobnosti a ani jedna se necítí dobře ve společnosti, kde převažují ženy. Věra je jediná z našich respondentek, jejíž ženství bylo uznáno matkou v rámci menarche. Ze všech respondentek je také její sebepojetí nejupevnější, na druhé straně však na sobě pozoruje jisté mužské rysy, které ji příliš netěší. Anna sama přiznává, že se necítí být vyzrálou dospělou ženou a je hrdá na mužské rysy vlastní osobnosti, Marie je velmi orientována na výkon. Jana pojetí vlastního ženství popisuje jako problematické a vysvětluje, že neumí používat ženské zbraně a snáz se jí komunikuje s muži, s nimiž má také více společných zájmů než s většinou žen. V mužské společnosti se cítí lépe všechny respondentky, tu ženskou nazývá Věra „slepičárnou“, pro Marii je příliš konkurenční a Anna z ní má „osypky“.

Všechny naše respondentky zažily v ordinaci **gynekologa** určité zklamání či pocity strachu a nejistoty. Lékaři jim nabízeli řešení v podobě opětovné substituční hormonální léčby, situaci nepřikládali velký význam a ani jedna respondentka se od gynekologa nedozvěděla nic o provázanosti stresu s absencí menstruace, ačkoliv všechny byly situací znepokojeny a pochybovaly o správném fungování svého těla.

Byla tedy identifikována a dle svého vlivu následně rozdělena tato hlavní témata následně

a) Predisponující faktory:

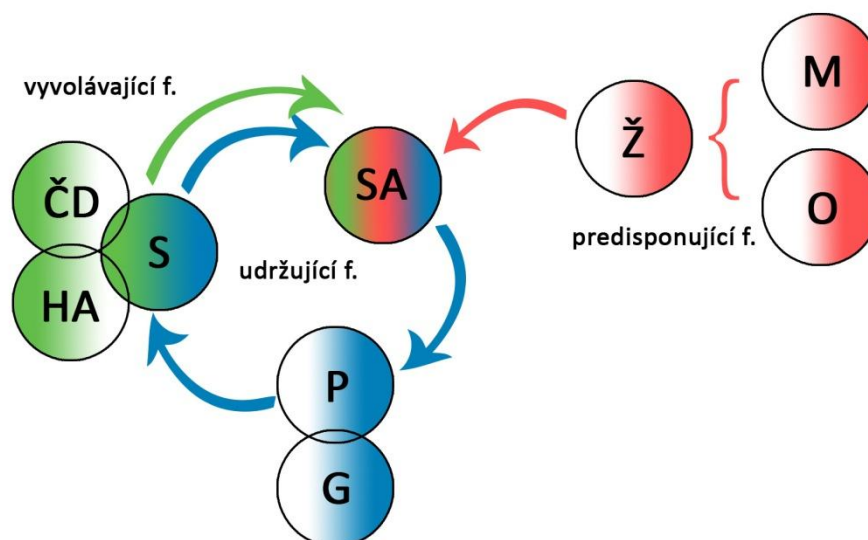
- **Matka (M)**
 - **silná a schopná**
 - **pevná vazba na matku**
- **Otec (O)**
 - **vnímán negativně**
 - **nepotvrdil ženství**
- **Nejisté pojetí ženství (Ž)**

b) Vyvolávající faktory:

- **Stres v období vysazení hormonální antikoncepce (S)**
- **Sekundární amenorea v období časně dospělosti (ČD)**
- **SA po vysazení hormonální antikoncepce (HA)**

c) Udržující faktory:

- **Zklamání gynekologem (G)**
- **Pochybnosti o fungování vlastního těla (P)**



Obrázek 1: schéma mechanismu vzniku i udržování sekundární amenorey (SA)

Schéma zachycuje výsledná témata společné analýzy a pomáhá nám ilustrovat mechanismus vzniku i udržování sekundární amenorey. Ze schématu tedy vyplývá, že v důsledku pevné vazby na silnou a schopnou matku a zároveň nepotvrzení ženství negativně vnímaným otcem může být pojetí ženství nejisté. To pak představuje určitý predisponující faktor pro vznik sekundární amenorey, který v součtu s faktory vyvolávajícími, jakými byl v případě našich respondentek stres vyskytující se v období časně dospělosti po vysazení hormonální antikoncepce. Faktor stresu, který původně fungoval jako spouštěč, se však v důsledku vzrůstající frustrace poté, co je dlouhodobě vynechána menstruace a tím způsobenými pochybnostmi o vlastním ženství dolněnými o zklamání gynekologem, stává současně faktorem udržujícím.

14.4. Odpovědi na výzkumné otázky

Hlavní výzkumnou otázkou naší diplomové práce bylo, jaké je biopsychosociální pozadí sekundární amenorey našich respondentek. V této podkapitole se tedy pokusíme shrnout zjištění, kterých jsme v rámci našeho výzkumu dosáhli.

Během procesu hledání odpovědí na výzkumnou otázku zde vyvstaly další podotázky:

Jaké bylo rodinné zázemí respondentek v průběhu dospívání?

Ani jedna z respondentek neudává, že by měla v průběhu dospívání „špatné“ zázemí, avšak rodiny tří ze čtyř respondentek procházely v době jejich dospívání krizí, a to proto, že jeden z rodičů udržoval mimomanželský poměr.

Všechny respondentky měly schopné a silné matky, s nimiž měly vždy bližší vztah než s otci, ve dvou případech byly dokonce s matkou v určité koalici proti otci. Ani jedné z respondentek se nepodařilo navázat se svým otcem blízký vztah, nenacházely v něm oporu, natož uznání vlastní ženskosti, které by vedlo k potvrzení jejich sebepojetí.

Ve třech případech se vztah rodičů v průběhu respondentčina dospívání rozpadl, v případě čtvrtém již žili rodiče respondentky odděleně, a dospívání tak prožila ve složené rodině.

Jaký mají respondentky vztah k vlastní ženské roli?

Všechny respondentky vyjadřují určité pochybnosti nad vlastním ženstvím a jejich sebepojetí se v tomto ohledu zdá být velmi nejisté. U všech účastnic výzkumu je patrný diskomfort ve společnosti, kde převažují ženy, všechny se shodují na tom, že v určitých aspektech nesplňují ženskou roli. Pro pojetí sebe sama jakožto ženy byla pro všechny respondentky velmi obtížná porucha menstruačního cyklu, která v nich vyvolávala značné pochyby.

Jaké okolnosti provázely sekundární amenoreu jednotlivých respondentek?

Všechny respondentky přesatly menstruovat poté, co vysadily hormonální antikoncepci. Každá z nich se v té době potýkala s určitými stresory, které však byly různého původu. Všem respondentkám je také společný důsledek sekundární amenorey, a sice pochyby o vlastním ženství doprovázené strachem o reprodukční zdraví. Tyto obavy pak mohly zpětně působit opět stresogenně.

Jaká byla reakce gynekologa na sekundární amenoreu?

Ani jedna účastnice výzkumu nebyla spokojena s návštěvou gynekologa a jeho reakcí na skutečnost, že pacientka již více než tři měsíce nemenstruuje. Žádný z lékařů se neuchýlil k pátrání po případných psychosociálních příčinách této poruchy a pro všechny byla metodou první volby v rámci řešení amenorey hormonální substituce. V případě, že pacientky toto řešení odmítly, doporučovali lékaři vyčkávání, až se vše samo od sebe urovná.

16. DISKUSE

V naší práci se zaměřujeme na biopsychosociální souvislosti sekundární amenorey. Snažíme se tak hlouběji prozkoumat problematiku této poruchy menstruačního cyklu, a tím případně přispět k rozšíření náhledu na příčiny tohoto jevu. Prvotním impulsem pro toto výzkumné téma bylo setkání s dívkou, která po vysazení hormonální antikoncepce přestala na dlouhou dobu menstruat, avšak žádné vyšetření neprokázalo organickou příčinu tohoto problému. Řešení nabízené lékaři sestávalo z opětovného nasazení hormonální antikoncepce či vyčkávání na samovolnou obnovení menstruačního cyklu. Psychické či sociální okolnosti však zůstávaly bez povšimnutí a pacientčino napětí s každým měsícem stoupalo. Myslíme si, že by mělo být jak v rámci odborné tak laické veřejnosti věnováno více pozornosti takzvaně medicínsky nevysvětlitelným symptomům. Náš výzkum se tedy snaží zejména upozornit na široký kontext původů obtíží, kdy „samovolně“ dojde například k vyřazení natolik důležitého jevu, jakým menstruace pro ženu a její sebepojetí bezesporu je.

Rozhodli jsme se tedy zaměřit se na to, jaké okolnosti provázely menstruaci žen, které se potýkaly či potýkají se sekundární amenoreou, včetně faktorů psychologických a sociálních.

V našem výzkumu pak vyvstala určitá témata, která jsou všem respondentkám společná. Přesto by bylo velmi předčasné prohlásit tento jev za obecně platný. Uvědomujeme si totiž limity výzkumu, který představuje pouze jakousi prvotní sondu do dané problematiky.

Jedním z možných úskalí může být nízký počet jedinců ve výzkumném souboru, který představovaly čtyři ženy. V rámci interpretativní fenomenologické metody užití v našem výzkumu, je však tento počet 4-6 respondentů optimální, jelikož umožňuje proniknout do hlubin individuální zkušenosti respondentů, což je žádoucí pro to, aby byla získána data dostatečně bohatá (Flowers, Larkin & Smith, 2009). Původním záměrem bylo zapojit do výzkumu respondentek více, nicméně jsme se nejednou setkali s odmítnutím respondentek o svých obtížích hovořit. I to je však pro náš výzkum cenným poznatkem.

Uvědomujeme si také, že se v naší práci, a to jak v teoretické části, tak při interpretaci dat, často opíráme o teorii sociálního porodu autorů Chvály a Trapkové (2004). Ačkoliv jsme se v průběhu výzkumu snažili od tohoto úhlu pohledu odprostit, výsledná data nasvědčují tomu, že teorie sociálního porodu a procesy identifikace s rodiči a následná

separace od nich skutečně mohou mít svůj význam pro somatizaci určitých psychických konfliktů. Mimo výše zmíněné autory však podobné názory zastávají také Vágnerová (2005), Kast (2003), Corneau (2007, 2012) i Poněšický (2008, 2014).

Zaměříme-li se na konkrétní případy, vnímáme, že u našich respondentek byla přítomna silná a pevná vazba na matku a současně komplikovaný vztah s otcem.

V případě Jany a Marie byl jejich vztah s matkou, ačkoliv jej obě popisují kladně, do jisté míry zatížen. V obou případech si matka z dcery udělala důvěrnici, svěřovala jí své starosti s otcem a došlo tak k určitému porušení generačních hranic. Jelikož samy dívky věděly o otcových nevěrách, samy na něho zanevřely, koalice s matkou však jejich odstup od otce znásobily. V obou případech se tak událo v období, kdy by se měla dcera k otci pomalu přibližovat, tedy okolo třináctého roku věku. Dá se předpokládat, že otec pro žádnou z dívek nesplňoval základní faktory identifikace, a sice blízký citový vztah a atraktivitu vzoru, což může být dáno jednak jeho osobnostními charakteristikami a chováním, jednak z důvodu převzetí postoje matky vůči otci.

Annin vztah k matce se jeví poměrně ambivalentní, na jednu stranu jsou si blízké, na druhou stranu si není jistá tím, nakolik je jí matka stále k dispozici, trápí ji její odchod a popisuje také pocity vzteku a beznaděje. Přesto se matka po rozvodu vrátila na „přední příčky v žebříčku oblíbenosti“, zatímco otce vnímá negativně. Není tedy jisté, nakolik se Anně v průběhu dospívání podařilo projít procesy identifikace s rodiči. Otec pro ni nikdy nepředstavoval atraktivní identifikační vzor, matka jím, zdá se, v pubertě byla. Je pravděpodobné, že chvíli, kdy si byla Anna ještě stále velmi blízká s matkou, byla od ní v důsledku partnerské krize násilně vytržena a vehnána do náruče otci. Ani Anna ani otec však nebyli na tuto fázi připraveni, a proto se Anna opět zatoužila vrátit k matce.

Věře vždy chyběla blízkost matky a její uznání. Většího pouta sice dosáhly v dospělosti, ocenění však Věře chybí dodnes, uvědomuje si, že spoustu věcí dělá proto, aby na ni matka byla pyšná. Zdá se tedy, že Věra dodnes není od matky separována, pravděpodobně proto, že se jí od matky nedosatlo potvrzení vlastní identity. Vzhledem k nedostupnosti Věřiny matky je možné, že se celý proces identifikace s ní protáhl, protože byla prodlužována fáze, než bude Věra matkou zcela „nasycena“. K tomu by mohl odkazovat také fakt, že v poslední době Věru její matka přehnaně kontroluje, ačkoliv už je Věra dospělou ženou s vlastní domácností. Tento jev by mohl naznačovat, že se matka s dceřinou separací ještě zcela nesmířila a proto, že Věru nedokáže ocenit, ji ani neumožňuje. Zajímavé je, že v souvislosti s absencí ocenění od matky zmiňuje Věra spíše výkonové záležitosti typu maturita či vysoká škola, ale opomíjí při tom ocenění, kterého se

jí matkou dostalo s nástupem menarche. Uvažujeme tedy nad tím, do jaké míry Věře chybí chvála od matky a nakolik postrádá otcovské ocenění a přijetí, kterého se jí od vlastního otce nemohlo dostat proto, že je pro ni cizím člověkem, a s matčíným novým partnerem si nebyli natolik blízcí.

Jeví se tedy jako velmi pravděpodobné, že u všech našich respondentek nemohlo z nejrůznějších důvodů dojít ke zdárnému procesu separace od matky, čímž byl pozastaven proces sblížení s otcem, a následkem těchto okolností tak nemohlo dojít k potvrzení ženské identity našich respondentek.

O obtížném sebepojetí a smíření s vlastním ženstvím respondentek by mohl svědčit také fakt, že výrazně preferují mužskou společnost. Na základě toho lze usuzovat, že ačkoliv se na vědomé úrovni se svým ženstvím ztotožňují, na nevědomé zde působí určitý konflikt s přijetím ženské role. Ženy, kterým se nepodaří ukotvit vlastní ženskou identitu, se totiž uchylují k většímu rozvoji mužských rysů vlastní osobnosti a s tím i popírání vlastního ženství. V důsledku toho mívají strach z ostatních žen, protože samy sebe neumí dostatečně ocenit a zároveň pohrdají ostatními ženami, které posuzují z vlastní, často výkonově orientované, perspektivy (Corneau, 2012).

Uvědomujeme si však, že jevy, které popisujeme výše, mohou být společné i dívkám a ženám, které však sekundární amenoreou nikdy netrpěly. Krize rodin totiž není v dnešní společnosti, kdy míra rozvodovosti dosahuje téměř padesáti procent (Český statistický úřad, 2015) nikterak výjimečným úkazem. Cílem naší práce však v duchu fenomenologického přístupu, který jsme v rámci metodologie aplikovali, nebylo definitivní vysvětlení jevů, nýbrž zvýšení míry uvědomění a hloubky vhledu do dané problematiky. Práce tak rozšiřuje obzor v rámci přístupu k medicínsky nevysvětlitelným symptomům a rozšiřuje obzor klasické medicíny o psychosomatické pojetí. Barbarič (2015) zdůrazňuje, že lze jen stěží vyvrátit myšlenku, že každá osobnost je jedinečná a stejně tak je jedinečný každý lidský vztah. Tato jedinečnost je navíc spjata s jedinečným a neopakovatelným kontextem a zároveň je ovlivňována nepřeborným množstvím proměnných, jejichž výskyt lze jen stěží předvídat. Pozitivistické nástroje, jakými jsou statistika či zobecňování, tak v takových případech postrádají na významu, jelikož nedokáží posloužit v orientaci se v oněch jedinečných momentech protnutí jedinečných aspektů osobnosti ani v jedinečných mezilidských setkáních (Barbarič, 2015).

Diskutabilní by se mohla zdát také vývojová období, která byla pro naši práci stěžejní, respektive opomenutí vývoje ranějšího. V naší práci se zaměřujeme na období dospívání z toho důvodu, že přibližně do jedenácti let věku jsou dívky spíše androgynní, avšak

s nastupující pubertou se jejich role proměňuje spolu s jejich tělem, a ony tak se tak postupně začínají vypořádávat s aspekty ženství a na jejich základě budovat vlastní identitu (APA, 2016). Přesto však nepopíráme faktory, které mohou život ženy i vývoj jejího sebepojetí značně ovlivnit již v útlém věku. Bohužel jsme se však z časových důvodů nemohli na tato vývojová období zaměřit, proto jejich prozkoumání považujeme za možnost případné rozšíření našeho výzkumu.

Je třeba také zdůraznit, že cílem této práce nebylo hledat „viníky“ v otázce vzniku sekundární amenorey, ale zejména věnovat tomuto jevu pozornost jako určitému signálu, který tělo vydává v reakci na situace, jimiž žena prochází nebo procházela a navést ji k tomu, aby se pokusila porozumět celému kontextu této poruchy. Díky zpětné vazbě od našich respondentek jsme došli k závěru, že právě snaha o náhled do podstaty něčeho, co se odehrává v našem těle, uvědomění, že v celé záležitosti nemusíme být zcela bezmocní, tedy určitá internalizace obtíží, by měla hrát v případech „medically unexplained symptoms“ (MUS) významnou roli zejména pro psychickou pohodu pacientů, která může mít následně také pozitivní vliv na stav fyzický. „Příznivý vliv na prognózu MUS má aktivní přístup pacienta k léčbě, propojení tělesných potíží s psychosociálními souvislostmi a úzký, na vzájemné důvěře založený vztah mezi ním a praktickým lékařem (Chvála et al., 2015)

Domníváme se tedy, že by v tomto ohledu byla vhodná určitá osvěta lékařů-gynekologů, kteří, v případě našich respondentek, psychosociální pozadí pacientčinych obtíží zcela opomíjeli, čímž v pacientkách vyvolávali určitou nejistotu, jelikož ty si neuvědomovaly možnou příčinu svých obtíží. Tak jako lékař se se pacientky soustředily pouze na tělesné symptomy, které vykazovalo jejich tělo, ale jejich podstatě a úvodu nedokázaly porozumět. Nebyly lékařem informovány o tom, co je sekundární amenorea, ani se nedozvěděly, jaké mohou být zdroje a souvislosti tohoto jevu. Nemyslíme si, že by pacientka měla odcházet s ordinace s nálepkou „sekundární amenorea“, ale máme za to, že by bylo dobré, pokud by odcházely s pocitem, že jejich tělo tímto způsobem může reagovat na to, co ony samy prožívají a ony se tak mohou samy podílet na svém vlastním tělesném fungování.

Některé z respondentek došly samy k závěru, že jejich obtíže mohou být způsobeny složitou situací, ve které se aktuálně nacházejí, avšak i přesto jim nebylo jasné, proč se tak děje právě jim a ne například jejich spolužačkám, které podstupovaly obdobnou míru zátěže. Po ukončení rozhovorů probíhala se všemi účastnicemi ještě následná komunikace a všechny se shodují na tom, že jim hovoření o svém životě otevřelo oči také v náhledu na

své problémy. Věra po ukončení rozhovru, tedy v době, kdy již bylo vypnuto nahrávací zařízení, poznamenala, že jí až do současnosti připadalo, že problém nemenstruování je problémem jejího těla, které si něco „usmyslilo“ a ona s tím teď nemůže dělat nic jiného, než čekat, až si to zase rozmyslí a mezitím je zásbovat doplňky stravy, avšak nyní si uvědomila, že její tělo funguje i podle toho, jak funguje její hlava a co všechno je v ní uloženo za „chaos“. Právě takováto zjištění jsou základem pro pochopení vlastních tělesných symptomů, které je klíčové pro úzdravu medicínsky nevysvětlitelných symptomů.

Celý výzkum jsme pojímali jako určitou sondu do problematiky, které bylo doposud věnováno jen velmi málo pozornosti. V žádném případě jsme se nesnažili o vytvoření jakéhosi kauzálního schématu, kdy by například „silná a schopná matka“ byla jasným původcem pozdějších gynekologických obtíží. Jakákoliv kauzalita by se v této problematice dala jen velmi obtížně prokázat. Ačkoliv se mohou vyskytovat jevy, které jsou ženám se sekundární amenoreou společné, je třeba je vždy zasazovat do kontextu jejich vlastní zkušenosti a zohlednit veškeré faktory, které na ně v průběhu života působily.

Návrhy na další rozšíření výzkumu tedy spočívají v podrobnějším výzkumném ověřování této problematiky, zohlednění širších souvislostí a mapování také ranějších vývojových období, případně by mohlo být přínosné více se zabývat rodinnou historií, zejména pak matčíným vývojem k ženství. Další vhodné doplnění spatřujeme v doplnění s ženami neamenoreickými.

Z praktického hlediska se jeví jako využitelné upozorňovat lékaře na psychosociální aspekty poruch menstruačního cyklu a přispět tak ke změně jejich přístupu k pacientkám a s tím také ke změně přístupu pacientek k jejich obtížím.

17. ZÁVĚRY

V této práci jsme se zabývali problematikou mentruace a její poruchou v podobě sekundární amenorey, přičemž jsme mapovali procesy dospívání, přijímání ženské role, rodinné zázemí a další psychosociální aspekty, které by mohly rozvoj sekundární amenorey ovlivnit.

Ačkoliv nechceme vyslovovat kauzální, univerzálně platné závěry o příčinách dané poruchy menstruačního cyklu, analýza dat našeho výzkumu naznačuje možnost provázanosti určitých psychosociálních aspektů s rozvojem sekundární amenorey. Těmito aspekty máme na mysli zejména rodinné vazby žen v období dospívání, kdy docházelo k utváření ženské identity.

Konkrétně pak náš výzkum poukazuje na pevnou vazbu k poměrně dominantní matce, zatímco vztah s otcem byl v období dospívání spíše nejistý. Právě takováto konstelace může vést k tomu, že si dospívající dívka neutvoří dostatečně pevné sebepojetí, a nemůže se tak zcela ztotožnit s vlastním ženstvím. Toto bychom mohli označit jako určité podhoubí pro vznik sekundární amenorey, tedy faktory predisponující, zatímco spouštěcím faktorem se zdá být stres v nejrůznějších podobách vyskytující se v období přechodu od dospívání k časně dospělosti.

Vynechání menstruačního krvácení po vysazení hormonální antikoncepce pak může fungovat jako další stresor, jelikož ještě více rezonuje v souvislosti s nejistou ženskou identitou, a tím se jeho síla akcentuje. Zmírnění často neprospěje ani návštěva lékaře, který pacientčinu frustraci ještě prohloubí, jelikož jí neposkytne náhled do možné podstaty obtíží, ani nenabídne řešení v jiné podobě, než opětovné nasazení hormonální substituce. Tím vzniká určitý cyklický jev, který zahrnuje udržující faktory.

SOUHRN

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat, jaké mohou být biopsychosociální souvislosti sekundární amenorey, přesněji řečeno, zda vůbec a případně jaké jsou podobnosti mezi ženami, u kterých došlo k vynechání menstruačního krvácení po dobu delší než 3 měsíce, aniž by byl u nich pro tento jev zjištěn konkrétní organický nález jasné etiologie.

V teoretické části práce jsme se nejprve zaměřili na vymezení témat, která se váží k hlavnímu výzkumnému cíli a zároveň k samotnému názvu této práce.

První kapitola teoretické části se soustřeďuje na menstruační cyklus, jeho jednotlivé fáze, hormonální řízení a neurofyzilogické procesy, které jsou pro jeho průběh klíčové.

Kapitola druhá se zabývá sekundární amenoreou, zejména pak jejím rozdělením do kategorií na základě její etiopatogeneze.

Ve třetí kapitole je pojednáno o hormonální antikoncepci jakožto faktoru, jež mohl do určité míry odsunout odhalení potíží s menstruačním cyklem anebo který se podílel na rozvoji sekundární amenorey jakožto faktor stresový, jelikož po jejím vysazení je fyziologicky poměrně běžné až tříměsíční vynechání menstruace zvané post-pill-amenorea.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na vývojové fáze dospívání a časné dospělosti, kdy v první zmíněné došlo u našich respondentech k menarche, v druhé, respektive na přelomu dospívání a časné dospělosti, pak k sekundární amenoree.

Stěžejním tématem páté kapitoly je vývoj ženství, tedy formování ženské identity v průběhu dospívání, časné dospělosti a také v kontextu rodinných vztahů a vazeb a šestá kapitola propojuje témata menstruace a ženství.

Následuje kapitola zaměřená a biopsychosociální pojetí, v níž je představen psychosomatický přístup včetně některých jeho odnoží a jsou zde popsány také mechanismy vzniku psychosomatických onemocnění. Následně je propojeno téma psychosomatiky s tématy ženství a sekundární amenorea.

Poslední oddíl teoretické části pojednává o provázanosti přijetí ženství s rozvojem sekundární amenorey.

V rámci výzkumu byla užitá metoda polostrukturovaného interview se čtyřmi respondentkami, které byly vybrány metodami prostého záměrného výběru, příležitostního výběru a samovýběru. Kritérii pro zařazení do výzkumu bylo pohlaví – žena, věk přesahující 22let, optimální tělesná hmotnost, absence psychiatrické diagnózy či jiného

závažného onemocnění, neužívání léků, které by mohly menstruační cyklus ovlivnit (např. antidepressiva) ani jiných hormonálních preparátů v době, kdy bylo menstruační krvácení vynecháváno. Respondentky také nebyly vrcholovými sportovkyněmi, v jejich anamnéze nebyly přítomny interrupce a nebyly uživatelkami drog.

Data získaná v rámci interview byla následně analyzována prostřednictvím interpretativní fenomenologické metody.

Na základě analýzy lze konstatovat, že biopsychosociální přístup v rámci sekundární amenorey by měl významné uplatnění, jelikož na pozadí tohoto symptomu mohou stát nejen biologické, ale také významné psychosociální souvislosti.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- American Psychological Association (2015). *A new look at adolescent girls*. Získáno z <http://www.apa.org/pi/families/resources/adolescent-girls.aspx>
- Barbarič, J. (2015). Selektivní kritika knihy současná psychoterapie aneb kritika kvantitativního výzkumu na konkrétních příkladech. *Psychosom*. Získáno 3.1. 2016 z http://www.psychosom.cz/?page_id=1657.
- Bowe, B. Sloan, A.. (2014). Phenomenology and Hermeneutic Phenomenology: the Philosophy, the Metodologies and Using Hermeneutic Phenomenology to Investigate Lecturers' Experiences of Curriculum Design. *Quality & Quantity* , 48:1291-1303. doi: 10.1007/s1135-013-9835-3
- Broomé, R. (listopad, 2011). Descriptive phenomenological psychological method: an example of a methodology section drom doctoral dissertation. Získáno 25.prosince 2015 z <http://phenomenologyblog.com/wp-content/uploads/2012/04/Broome-2011-Phenomenological-Psychological-Dissertation-Method-Chapter.pdf>
- Brown, J.K. (srpen, 1963). A Cross-Cultural Study of Female Initiation Rites. *American Anthropologist*, 65(4), 837-853, Získáno 13. listopadu 2015 z <http://www.jstor.org/stable/668933>
- Drapela, V. J. (1997). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
- Čepický, P. (2012). Medicína založená na důvěře. *Psychosom* 3. Získáno 14.listopadu 2015 z http://www.psychosom.cz/?page_id=2188
- Čepický, P. (2011). Gynekologická endokrinologie. V A. a. Roztočil, *Moderní gynekologie* (stránky 54-62). Praha: Grada.
- Čepický, P. (2009). Komentář k textu P. Frankeho:. *Psychosom* 7. Získáno 6.listopadu 2015 z http://www.psychosom.cz/?page_id=545

- Čepický, P. (2011). Psychosomatická onemocnění v gynekologii. in. Roztočil, A. (Ed.) *Moderní gynekologie* (s. 432-437). Praha: Grada.
- Čepický, P., & Líbalová, Z. (2010). Sekundární amenorea: Diferenciální diagnostika. *Lékařské listy* , 26-30.
- Cibula, D., Henzl, M. & Živný, J. a kol. (2002). *Základy gynekologické endokrinologie*. Praha: Grada.
- Comenitz, L. (1983). The psychological effects of secondary amenorrhoea in women runners. *Clinical Social Work Journal*, 11(1), 87-96.
doi:10.1007/BF00755658
- Corneau, G. (2007). *Anatomie lásky*. Praha: Portál.
- Corneau, G. (2012). *Chybějící otec, chybující syn*. Praha: Portál.
- Dahlke, R. (1996). *Nemoc jak symbol*. Praha: Pragma.
- Danzer, G. (2001). *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál.
- Doleček, R. (1987). *Tajemný svět hormonů*. Praha: Avicenum.
- Englaneder, M. (2012). The Interview: Data Collection in Descriptive Phenomenological Human Scientific Research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43 , 13-35. doi: 10.1163/156916212X632943
- Ferin, M. J. (1997). *Menstruační cyklus*. Praha: Grada.
- Flowers, P., Larkin, M., Smith, J.A. Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. *Qualitative Research in Psychology* ,6/4, 346-347. doi: 10.1080/1478088090334091.
- Friel, J. (1988). *Adult Children: The secret of dysfunctional families*. Deerfield Beach :Health Communications.
- Ganong, W.F. (2005). *Přehled lékařské fyziologie*. Praha: Galén.
- Gennep, A. Van (1997). *Přechodové rituály*. Praha: Lidové noviny.
- Gulová, L. & Šíp, R. (2013). *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada.

- Hendl, J. (2005) Kvalitativní výzkum - základní metody a aplikace. Praha: Portál
- Hrodek, O. & Vavřinec, J., et al. (2002). *Pediatric*. Praha: Galén.
- Chvála, V. & Trapková, L. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- Chvála V., Honzák R., Masner O. ,Ročnová, M., Seifert, M. & Trapková, L. (2015). *Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlené příznaky*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře.
- *ICD-10 Version 2016*. (2016). Získáno 20. ledna 2016, z <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/N91>:
- Jacobs, H., Knuth, U., & Hull, M. (8.října 1977). Post-"pill" amenorrhoea-cause or coincidence? *British Medical Journal* , 2(6092) 940-942. Získáno 2.srpna 2015 z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1631635/pdf/brmedj00484-0032.pdf>
- Janošová, P. (2008). *Dívčí a chlapecká identita*. Praha: Grada.
- Kast, V. (2003). *Otcové-dcery, matky-synové*. Praha: Portál.
- Kostínková, J. & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. in Řeháček, T., Hytrych, R., Čermák, I. (Eds.) *Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Krejčířová D. & Langmeier, J. (2011). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Křepelka, P. (2013). *Hormonální antikoncepce - zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Land, P. (1997) Women's relationship with their bodies. *Psychotherapy with Women*, 55-73, doi: 10.1007/978-1-349-25615-0_4
- Loucká, P., Chvála, V. & Trapková, L. (2014). *Žena a muž v rodině*. Praha: Vyšehrad.

- Marván, M.L.; Morales, C. & Cortés-Iniestra, S. (2006). Emotional Reactions to Menarche Among Mexican Women of Different Generations. *Sex Roles*, 54 , 323-330. doi: 10.1007/s11199-006-9002-6
- Máslová, H. (17.dubna 2015). Antikoncepční pilulky. Získáno 23. srpna, 2015 <http://www.vitalia.cz/clanky/antikoncepcni-pilulky-potize-mohou-zpusobit-po-vysazeni/#ixzz3rPx5xtrN>
- Master-Hunter, T., & Heiman, D. (2006). Amenorrhoea: Evaluation and Treatment. *American Family Physician* , 73(8), 1375-1381. Získáno 2.srpna 2015 z <http://www.aafp.org/afp/2006/0415/p1374.html>
- Mathur. (2006). Management of Problems Related to Menstruation and its Various Phases Using Cognitive and Relaxation Therapies. *Psycho-Gynaecology* , 23-27. Získáno 24. listopadu 2015 z <http://www.readwhere.com/preview/4152/Psycho-Gynaecology-Management-of-Problems-Related-to-Menstruation-and-its-Various-Phases-Using-Cognitive-and-Relaxation-Therapies-by-C.N.-Mathur/vol/119645>.
- Miovský, M. (2006). Základy kvalitativního výzkumu. Praha: Grada.
- Muller L. & Muller, A. (2006). *Slovník analytické psychologie*. Praha: Portál.
- Nimnuan C., Hotopf M. & Wessely S, (2001). Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialities, 51(1), 361-367. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00223-9
- Northupová, C. (2003). *Zdravá žena - od narození k prvnímu početí*. Columbus.
- Orbach, S. (1999). Womens development in the family. *Psychotherapy with Women*. 36-54. doi: 10.1007/978-1-349-25615-0_3
- Orel, M. & Facová, V. (2010). *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada.
- Poněšický, J. (2008). *Fenomén ženství a mužství*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
- Purová, Z. (2014). Vztah matky a dcery z pohledu dcer ve věku mladé dospělosti (Bakalářská diplomová práce). Získáno 12.12.2015 z <http://theses.cz/id/afus32/>>

- Rob, L., Martan, A., & Citterbart, K. (2008). *Gynekologie*. Praha: Galén.
- Roztočil, A. a kol. (2011). *Moderní gynekologie*. Praha: Grada.
- Ryff, D., & Migdal, S. (1984). Intimacy and Generativity: Self Perceived Transitions. *Signs: Journal of Women in Culture Society* , 470-481. Získáno 12.ledna 2016 z <http://www.jstor.org/stable/3173715>
- Shreeve, C. (1998). *Obtížné dny*. Praha: MAFDORF.
- Státní ústav pro kontrolu léčiv, (2015). Informační zpravodaj: Nežádoucí účinky léčiv 1/2015. Získáno 21.. říjen 2015 z <http://www.sukl.cz/sukl/informacni-zpravodaj-nezadouci-ucinky-leciv-1-2015>
- Stephenson, B. (2012). Co dělá z chlapců muže. Praha: Argo.
- Uskul, A. (srpen, 2004). Womens menarche stories from a multicultural sample. *Social Science & Medicine*, 59 , 667-679. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.11.031
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2011). *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum.
- West, G.K. (2002). Dobrodružství psychického vývoje. Praha: Portál.
- Wyss, R., & Bouritt, B. (1986). Post-pill amenorrhoea. *Gynakologische Rundschau* , 18-24. Získáno z <http://www.popline.org/node/350907>
- Zehentbauer, J. (2012). *Drogy lidského těla: bez vedlejších účinků*. Praha: Portál.

Příloha č. 1: Formulář zadání magisterské diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCHN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. URBANOVÁ Šárka	Jiráskova 308, Hradec Králové	F140373

TÉMA ČESKY:

BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI SEKUNDÁRNÍ AMENOREY

TÉMA ANGLICKY:

BIOPSYCHOSOCIAL BACKGROUND OF SECONDARY AMENORRHOEA

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Martina Fülepová - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium odborné literatury zaměřené na menstruaci, vývojové období dospívání a mladé dospělosti, přijímání ženské role a bio-psycho-sociální pojetí nemoci.
2. Tvorba teoretické části zaměřené na menstruaci, vývojové období dospívání a mladé dospělosti, přijímání ženské role a bio-psycho-sociální pojetí nemoci.
3. Vypracování výzkumného plánu, jehož cílem bude zaměřit se na to, jaké psychosomatické souvislosti stojí v pozadí sekundární amenorey.
4. Sběr dat pomocí polostrukturovaných interview.
5. Analýza získaných dat v rámci interpretativní fenomenologické analýzy
6. Vlastní vypracování diplomové práce včetně diskuse a závěru.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Janošová, P. (2008). Dívčí a chlapecká identita. Praha: Grada.
Kast, V. (2003). Otcové-dcery, matky-synové. Praha: Portál.
Krejčířová D., Langmeier, J. (2011). Vývojová psychologie. Praha: Grada.
Northupová, C. (2003). Zdravá žena - od narození k prvnímu početí.
Orel, M. M. (2010). Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory. Praha: Grada.
Poněšický, J. (2008). Fenomén ženství a mužství. Praha: Triton.
Poněšický, J. (2014). Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Praha: Triton.
Rob, L., Martan, A., Citterbart, K. (2008). Gynekologie. Praha: Galén.

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Biopsychosociální souvislosti sekundární amenorey

Autor práce: Bc. Šárka Urbanová

Vedoucí práce: PhDr. Martina Fülepová

Počet stran a znaků: 87, 161 845

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 64

Abstrakt:

Cílem práce je zmapovat, jaké mohou být biopsychosociální souvislosti sekundární amenorey, přesněji řečeno, zda vůbec a případně jaké jsou podobnosti mezi ženami, u kterých došlo k vynechání menstruačního krvácení po dobu delší než 3 měsíce, aniž by byl u nich pro tento jev zjištěn konkrétní organický nález jasné etiologie. Dále by význam naší práce mohl spočívat v poskytnutí jiného úhlu pohledu na původ sekundární amenorey a případně také ke zlepšení přístupu k léčbě jak ze strany lékaře, tak pacientky. Hlavní výzkumná otázka zní: „Jaké je biopsychosociální pozadí sekundární amenorey respondentek?“ Jako metodologický přístup byl zvolen přístup kvalitativní. Typ výzkumu je případová studie. V rámci metod tvorby dat bylo použito polostrukturované interview. Data byla analyzována prostřednictvím interepretativní fenomenologické metody. V rámci popisu a interpretace výsledků jsme došli k závěru, že biopsychosociální přístup v rámci sekundární amenorey by měl významné uplatnění, jelikož na pozadí tohoto symptomu mohou stát nejen biologické, ale také významné psychosociální souvislosti spojené zejména se vztahy v primární rodině v období dospívání, které ovlivňují přijetí ženské role a to může mít následně vliv na menstruační cyklus.

Klíčová slova: menstruace, sekundární amenorea, ženství, psychosomatika, integrativní fenomenologická analýza

ABSTRACT OF THESIS

Title: Biopsychosocial background of secondary amenorrhoea

Author: Bc. Šárka Urbanová

Supervisor: PhDr. Martina Fülepová

Number of pages and characters: 87, 161 845

Number of appendices: 3

Number of references: 64

Abstract:

The aim of the study is to explore what might be the biopsychosocial context of secondary amenorrhoea. Strictly speaking, whether there are any similarities among women whose menstrual bleeding was skipped for more than three months without any particular organic finding of clear etiology. Farther, the significance of this thesis might be also an offer of different angle on the rootage of secondary amenorrhoea. And it could also improve doctors and patients, both, attitude towards treatment. The main question of this research is: „What is the biopsychosocial background of secondary amenorrhoea?“ A qualitative approach was used in terms of methodology. The type of research is a case study. Within the methods of creating the data a semi-structured interview was used. The data were then analysed through the interpretative phenomenological method. In terms of description and interpretation of the results we came to a conclusion that the biopsychosocial approach in the context of secondary amenorrhea would have significant application as the background of this symptom can become not only biological but also significant psychosocial context associated mainly with relationships in primary family during adolescence that influence the acceptance of female role , and it may subsequently affect the menstrual cycle .

Key words: menstruation, secondary amenorrhoea, womanhood, psychosomatics, integrative phenomenological analysis

Příloha č. 3: Ukázka části rozhovoru

Autorka: *Vzpomínáš si na svoji první menstruaci?*

Respondentka: První menses jsem dostala těsně po čtrnáctých narozeninách a pamatuju si na to docela barvitě. Byla jsem na táboře a v chatce jsem bydlela s kamarádkou o víc než rok starší, takže ta mi pak poradila, co a jak.

A: *A jak na to reagovalo další tvoje okolí? Myslím třeba rodina..*

R: S rodinou jsem to nijak neřešila, mamce jsem o tom možná někdy potom řekla, ale asi jsem byla spíš ráda, že to přišlo na táboře, kde jsem to mohla řešit s kamarádkou, ikdyž tak moc asi nebylo co řešit, výbavu jsem s sebou sbalenou měla a informace jsem měla hodně z časopisů typu BRAVO a tak..

A: *Takže ses o tom s mamkou nebavila?*

R: Ale jo, já jí to potom asi říkala. Pamatuju se, že se mi i nabízela, že to se mnou nějak probere, ale mně se nechtělo, ikdyž jsme spolu měly hezkej vztah, připadalo mi to spíš trapný se s ní o tom bavit..

A: *A vzpomeneš si na pocity ze svojí první menstruace?*

R: Tyjo, pocity, jo? To si asi nepamatuju.. Ale jako určitě jsem byla ráda, že už to přišlo, dá se říct, že jsem na to čekala, třeba už nějakou dobu předtím jsem zkoumala prádlo, jestli jsem to už náhodou nedostala.. Takže jo, asi jsem měla radost, no.

A: *A vybavíš si, co se v tom období, kdy jsi „to“ poprvé dostala, dělo kolem tebe?*

R: Hm..(přemýšlí).Myslím, že to hodně skřípalo mezi našima, byl to vlastně první rok, kdy jsme nejeli na společnou dovolenou.. A hlavně já jsem s nima nechtěla jet, myslím, že jsem v té době moc nevycházela s tátou.

A: *Jakto?*

R: Přišla jsem mu na nevěru a měla jsem mu to strašně za zlý. Úplně mi to shodilo ideál rodiny a měla jsem k němu pak hrozný blok. Mám pocit, že jsem se s ním nějakou dobu ani nebavila, ale to si nejsem jistá, jestli bylo před nebo až po tom létě.. Jo a taky jsem v době, kdy jsem dostala první měsíčky poprvé chodila s klukem. Sice to vůbec nebyla bůhvíjaká láska, tohle první chození, spíš jsme asi byli „trochu bližší kamarádi“, ale byla jsem pyšná, že mám kluka.

A: *Mhm, k obojímu, co jsi ted' zmínila, se ještě dostaneme, ale ted' bych se ještě chtěla zastavit u té menstruace. Do doby, než jsi přestala menstruovat, vypadal tvůj cyklus jak?*

R: Co si pamatuju, tak jsem do doby, než jsem začala brát prášky, nikdy moc pravidelně nemenstruovala. Pak asi v patnácti mi gynekoložka píchala nějakou tu provokačku, ale už si nepamatuju, jak dlouhá byla ta pauza, než mi ji píchla. Ale mám pocit, že to nebylo nic dramatického, možná měsíc, dva.. Průběh si taky moc nevybavuju, určitě jsem neměla nějaký šílený stavy, ani dlouhotrvající krvácení, jako to měly třeba některý spolužačky, kterejm bylo špatně, nemohly do školy, měly bolesti a tak.. Bylo to asi normální, až na ty nepravidelnosti.

A: *Zmiňuješ antikoncepci, kdys ji začala brát a jak dlouho jsi ji brala?*

R: Brát jsem ji začala, když mi bylo 16 a půl. To už jsem byla tak toho půl roku se svým přítelem, takže důvodem nebylo nějaký rovnání cyklu, ale hlavně ochrana..

A: *Aha a jak dlouho jsi ji teda brala?*

R: Tak párkrát jsem ji měnila, párkrát na chvíličku vysadila, ale dohromady jsem ji brala asi pět let.

A: *A z jakýho důvodu ses rozhodla ji vysadit?*

R: Měla jsem vždycky pocit, že mi asi úplně nevyhovuje, ikdyž ted' si nejsem vůbec jistá, jak moc to s ní souviselo, myslím tím třeba bolesti hlavy, zlobilo mě zažívání a tak.. Dneska už si říkám, že příčinou mohly být i další okolnosti, než jen antikoncepce, ale zkrátka jsem pořád

měla pocit, že to беру tak trochu proti svému přesvědčení. Moje mamka mě od toho taky dost zrazovala, sama antikoncepci nikdy nebrala a nefandila tomu. No a já si jednou zkrátka řekla, že už to brát nechci a tentokrát jsem si to už i obhájila u gynekologa, který mě od toho vysazení dlouhodobě zrazoval a bylo.

A: A jak to potom vypadalo s menstruací po vysazení?

R: No, jak jsem říkala, už před antikoncepcí jsem to neměla kdovíjak pravidelně, ale ta nejdelší pauza přišla vlastně až potom, co jsem vysadila antikoncepci.. Nebo spíš ještě později, prášky jsem přestala brát v únoru, potom v březnu jsem to ještě dostala celkem na čas, ale další měsíčky jsem měla až na konci června a potom dlouho nic, skoro rok.

A: Vzpomněla by sis zase, co se v té době dělo?

R: Co se dělo v té době dokážu popsat asi docela přesně. Byly tam neshody v rodině přítele. Konkrétně šlo teda o vztahy s jeho mámou, kterou jsem měla ráda, ale najednou nastala nějaká změna a začala houstnout atmosféra. Myslím, že dokud mě mohla brát jako takový třetí dítě, tak bylo všechno v pohodě a my dvě spolu mohly skvěle vycházet, jenže potom jsme spolu s XXX začali bydlet u nich v domě a ať jsem dělala, co jsem chtěla, všechno bylo špatně, pořád musela být ta, která se dokáže o svého syna postarat nejlíp a já se pro ni stala jakoby sokyní, jednou mi dokonce řekla, že se mnou nebude šťastnej (*zamyslí se a odmlčí se*).. Pořád upozorňovala na věci, který dělám špatně. O to horší pro mě bylo, že ať mě to štvalo sebevíc, tak jsem prostě věděla, že já jí vlezla do jejího teritoria, takže má na spoustu věcí asi právo, ale zároveň jsem se na ni strašně zlobila za všechny ty naschvály, co dělala (*odmlčí se*). Byla to taková trochu válka dvou samic, kdy jedna tuší, že ji ta druhá nahradí, a proto po ní jde. No a trpěl tím samozřejmě i vztah mě a XXX, byly chvíle, kdy jsem fakt přemejšlela, jestli tohle všechno má cenu a jestli to zvládneme. Jako nechtěla jsem jím nijak manipulovat, ale chtěla jsem, abysme šli odtamtud pryč a to byl ve mně hrozný boj, že jsem mu to nechtěla říct, ale zároveň jsem to potřebovala. No a nakonec nějak sám došel k závěru, že takhle to asi nepůjde a začali jsme vymějšlet změnu... Ted' se snažím pracovat na tom, abysme spolu s tou jeho mámou vycházely a vážně bych si přála, aby mě jednou uznala jako ženskou a hlavně jako jeho partnerku. Ačkoliv se na ni fakt zlobím, jsem možná i trochu zhrzená, protože jsem se jí možná chtěla trochu podobat v tom, v čem jsem nemohla napodobit svoji mámu, líbilo se mi třeba, jak se stará o domácnost a taky to, že umí relaxovat. Proto mě potom hrozně mrzelo, že mě takhle odmítala a shazovala a pořád nás stavěla každou na opačnej pól. Takže asi tak.

A: To muselo být asi hodně těžký.. Jak to nakonec dopadlo?

R: Já nevím, s ní asi zatím nijak, ale bydlíme ve svém a je nám tam hrozně fajn, takže už mě to tak netrápí..

A: Když se zase vrátím k menstruaci, jak jsi tehdy brala to, že nemenstruuješ?

R: No tak to mi dělalo velký starosti. Měla jsem často pochybnosti o tom, nakolik jsem vlastně ženská. Taky jsem se bála, **jestli budu moct mít děti**, ale nechtěla jsem se do těch myšlenek moc pouštět, abych si to nějak třeba nepřivolala nebo tak.. Asi jsem pověřivá.

A: A co na to říkal tvůj gynekolog?

R: Gynekolog to moc neřešil, řekl mi něco v tom stylu, že vlastně o nic nejde, že se to po vysazení hormonů stává a že menstruace vlastně není ani moc potřebná, protože v minulosti žena byla skoro pořád těhotná, nebo tak něco.. Když jsem se mu snažila vysvětlit, že mě to trápí, navrhl mi antikoncepci a jinak prý ať vydržím. Tak to mě teda moc neuklidňovalo, spíš naopak.

.....