

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**VĚDOMÉ STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ
TINNITU**

**CONSCIOUS STRATEGIES OF COPING
WITH TINNITUS**



Magisterská diplomová práce

Autor: Karolina Veldová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc
2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Vědomé strategie zvládnání tinnitu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne Podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení, podnětné rady a cenné připomínky. Děkuji své matce MUDr. Zuzaně Veldové za podporu, předání odborných znalostí a umožnění realizace výzkumu na jejím pracovišti, a všem pacientům, kteří byli ochotní mi s touto prací pomoci.

Obsah

Úvod	7
Teoretická východiska	8
1. Tinnitus	8
1.1. Charakteristika a klasifikace	8
1.2. Etiologie a patogeneze	9
1.3. Diagnostika	10
1.4. Neuropsychologický model tinnitu	14
1.5. Psychofyziologický model tinnitu	16
1.6. Tinnitus a stres	19
1.6.1. Tinnitus jako stresová reakce	19
1.6.2. Citlivost vůči stresu	20
2. Autoplastický obraz onemocnění	22
2.1. Senzitivní složka	22
2.2. Emocionální složka	23
2.3. Volní složka	24
2.4. Racionální a informativní složka	25
3. Psychosociální důsledky tinnitu	27
3.1. Kvalita života	27
3.2. Úzkost a deprese	28
3.3. Copingové strategie	30
4. Léčba tinnitu	34
4.1. Přehled léčebných metod	34
4.2. Tinnitus Retraining Therapy	35
4.3. Biofeedback	38
4.4. Psychoterapie	39
5. Dosavadní výzkumy	42
Výzkumná část	46
6. Předmět výzkumu a výzkumné otázky	46
7. Metodologický rámec a realizace výzkumu	48

7.1. Metodologický rámec.....	48
7.2. Průběh výzkumu.....	48
7.3. Průběh rozhovoru	49
7.4. Etika výzkumu	49
8. Výzkumný vzorek a metoda jeho výběru	50
9. Analýza dat, prezentace a interpretace výsledků	51
9.1. Analýza dat, prezentace a interpretace výsledků	51
9.2. Přehled výsledků	67
10. Diskuze	69
11. Závěr	73
Souhrn.....	74
Seznam použitých zdrojů a literatury	78

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

ABSTRACT OF THESIS

Seznam příloh

„Jednou člověk bude muset svést boj s hlukem, jako kdysi
bojoval s morem.“

Robert Koch, objevitel bacilu cholery

Úvod

Zatímco v minulých stoletích byl znám jen u malého počtu osobností, zejména u umělců jako byl Bedřich Smetana, Ludwig van Beethoven, Vincent van Gogh či Francisco de Goya, v dnešní době se snad každý setkal s někým, kdo má tinnitus. Poslední dobou se jedná o stále rozšířenější symptom, jelikož prostředí, ve kterém žijeme, je čím dál hlučnější. Auta, vlaky, lednice, televize, počítače a nejen tyto věci vydávají zvuky, se kterými se musí lidský mozek neustále potýkat. Každý den na nás útočí stokrát více zvukových informací, než si naši předci vůbec dokázali představit. I přesto, že se tinnitus objevuje čím dál častěji, jsem se už během psaní své postupové práce ve třetím ročníku setkávala s lidmi, kteří nevěděli, co tinnitus je. Když jsem jim pak popisovala problémy, které může lidem způsobit, setkala jsem se s různými reakcemi. Byli i tací, kteří tyto problémy bagatelizovali. Touto prací bych tak chtěla nejen přispět k dosavadním výzkumům týkajícím se problematiky tinnitu, ale také rozšířit povědomí o tomto symptomu a jeho možných následcích. Je totiž více než pravděpodobné, že jím bude trpět čím dál více lidí.

Teoretická východiska

1. Tinnitus

1.1. Charakteristika a klasifikace

V úvodu teoretické části bych nejprve uvedla definici tinnitu dle Kulky (2007):

Za diagnózou H93.1 – Tinnitus (z latinského tinnitus – cinkot, zvonění, hřmot) se skrývá široká škála subjektivních „sluchových“ vjemů, které nemají objektivní základ v akustické stimulaci. Pacient „slyší“ v jednom nebo v obou uších, někdy „uvnitř hlavy“, různé hluky – šumění, pískání, hučení, ťukání a podobně. Fantom sluchové percepce je značně různorodý a vždy individualizovaný (49).

Mnoho lidí, zvláště pokud jsou v tiché místnosti, či po poslechu hlasité hudby, může zaznamenat ve svých uších či hlavě zvuk bez přítomnosti vnějšího zvukového podnětu. Tyto zvuky jsou podobné zvuku, který způsobuje tinnitus (Tyler, 2000). Tinnitus většinou provází nebo předchází sluchovou poruchu, může se ale objevit i při zcela normálním sluchu (Novák, 2003). Je to zvuk interního původu, který se nepodobá ani hudbě, ani hlasu (Holt, Mattox, & Gates, 1984).

Existuje velká rozmanitost jak v povaze a etiologii tinnitu, tak i v jeho dopadu na život pacienta. Tinnitus může vznikat v periferní nebo centrální části sluchového ústrojí. Může výrazně zhoršit kvalitu života pacientů i jejich rodiny a vést tak k problémům v psychologické i sociální rovině (Tyler, 2000). Pacienti mohou trpět potížemi se spaním, narušenou pozorností, redukovanou koncentrací a emocionální labilitou. Tinnitus je málokdy izolovaným příznakem. Většinou bývá doprovázen dalšími poruchami. Kellerhals a Zogg (1999) uvádí tyto doprovodné poruchy:

- **Hypacusis:** 80 % pacientů trpících tinnitem má úbytky sluchu. Pacient je stresován tím, že potřebné zvukové informace jsou zkreslené nežádoucím šumem (tinnitem).
- **Hyperacusis, fonofobie:** Těmito symptomy trpí až 70 % pacientů. Jedná se o zvýšenou citlivost vůči zvukům. Zvuky, které jsou běžné v každodenním životě, působí nepříjemně. V extrémním případě se nemocný bojí jakéhokoliv zvuku.
- **Vertigo:** Závratěmi trpí velká část těchto pacientů. Většinu času mají pocit ztráty rovnováhy a obavy, že je něco v nepořádku.

- **Muskuloskeletální poruchy:** Tyto poruchy zahrnují ztuhlé šíjové svalstvo, vertebrogenní potíže nebo např. bruxismus (intenzivní skřípání a cvakání zubů). Příčinou bývá stres, avšak často doprovázejí také tinnitus.
- **Deprese, úzkosti:** Zpočátku mívají reaktivní povahu, postupem času se však mohou stát chronickými a vyžadují psychiatrickou a psychoterapeutickou péči.

Dauman a Tyler (1992, in Tyler, 2000) dělí tinnitus na normální a patologický. S *normální tinnitem* má zkušenost většina lidí bez poruchy sluchu, obvykle trvá méně než pět minut. *Patologický tinnitus* trvá déle než pět minut, objevuje se více než jednou za týden a obvykle se vyskytuje u lidí, kteří trpí poruchou sluchu. Patologický tinnitus se dále dělí na akceptovatelný a neakceptovatelný, přechodný a trvalý. Zatímco *akceptovatelný tinnitus* člověka neobtěžuje, *neakceptovatelný tinnitus* může výrazně narušit jeho normální fungování. Přijatelnost tinnitu závisí na fyziologických mechanismech a psychologických faktorech daného jedince. *Přechodný tinnitus* vzniká pravděpodobně v důsledku krátkodobého narušení funkce sluchového systému, což může být způsobeno vystavením se nadměrnému hluku na pracovišti, v hudebním klubu či užíváním léků. *Trvalý tinnitus* se může vyskytovat jako konstantní nebo střídavý jev, který se po odeznění objeví znovu.

1.2. Etiologie a patogeneze

Nejčastěji se tinnitus klasifikuje dle etiologie do dvou základních kategorií: subjektivní a objektivní. Objektivní tinnitus je zvuk generovaný v těle, zaznamenaný sluchovým ústrojím. Je slyšitelný pouze pro postiženého jedince. Naproti tomu subjektivní tinnitus je zvuk, který není spojený s žádným fyzickým zvukem. Síla zvuku vnímaná jedinci s tinnitem může být v rozsahu od tichého šumění v pozadí až po hlasitý nesnesitelný zvuk, který přehluší i zvuky z vnějšího okolí (Chan, 2009).

Objektivní tinnitus, někdy také označovaný jako somatický tinnitus, je vzácný a je způsoben mechanickým zvukem v těle. Tyto zvuky jsou často způsobeny svalovým či cévním ústrojím hlavové a krční oblasti. Objektivní tinnitus může být dále rozdělen do tří skupin: pulzující, svalový a spontánní (Lockwood, Salvi, & Burkard, 2002). Pulzující tinnitus je obvykle způsoben zvuky cirkulující krve, které mohou být synchronizované se srdečním cyklem. Svalový tinnitus je často popisován jako zvuk „klikání“, nejčastěji způsobený rychlými křečemi patrových svalů (palatal myoclonus), kontrakcemi napínače

bubínku (tensor tympani) či třmínkového svalu (musculus stapedius), (Chan, 2009). Spontánní tinnitus je spojen s vibracemi vnějších vláskových buněk kochley, známé jako spontánní otoakustické emise (Robinette, & Glatke, 2007). Tyto šelesty trvají většinou několik vteřin a mají charakter vysoké frekvence (více než 1000 Hz). Mívají různou intenzitu a mizí. Objevují se v situaci, kdy je jedinec unaven a nachází se v klidném prostředí. Tento druh tinnitu se objeví příležitostně u každého člověka (Novák, 2003).

Zvuky spojené se **subjektivním tinnitem** bývají popisovány jako zvonění, syčení, zvuk tekoucí vody, bzučení, cvrkání, pískání, zvuk větru apod. (Stouffer, & Tyler, 1990; in Chan, 2009). Vnímaný zvuk u subjektivního tinnitu nemá zdroj v žádných sluchových podnětech a je symptomem několika různých patofyziologických procesů. Vzniká v kterékoli části sluchového analyzátoru – od receptorů v kochley, přes sluchové dráhy, až po jejich konečnou projekci ve spánkovém laloku (Kulka, 2007).

Obvykle se příčiny tinnitu dělí na otologické, neurologické, infekční a farmakologické (Lockwood et al., 2002). Nejčastěji se jedná o příčiny otologické, mezi které patří: ztráta sluchu, způsobená nadměrným hlukem, presbyakuze (stařecká nedoslýchavost), otoskleróza, ušní zánět, ucpání zvukovodu mazovou zátkou, náhlá nedoslýchavost či Ménièreův syndrom, který se projevuje pocitem zalehnutí uší, šelesty, pískáním, hučením v uších či závratěmi (Chan, 2009).

Mezi neurologické příčiny subjektivního tinnitu patří poranění hlavy či krční páteře, roztroušená skleróza, vestibulární schwannom neboli nádor statoakustického nervu, a další nádory v oblasti mostomozečkového koutu. Mezi infekční příčiny patří zánět středního ucha, příušnice, Lymská borelióza, meningitida nebo syfilis. Subjektivní tinnitus může být způsoben také užíváním některých léků, jako jsou salyciláty (léky užívané k léčbě bolesti, např. Aspirin), nesteroidní protizánětlivé léky, aminoglykosidová antibiotika, diuretika či chemoterapie (Chan, 2009).

Prevalence subjektivního tinnitu je přibližně 98% všech tinnitových diagnóz. Ukazuje se, že se jedná o centrální neuropsychický jev, jehož vysvětlení je možné jen pomocí multidimenzionálního systémového modelu (Kulka, 2007).

1.3. Diagnostika

První kroky v diagnostice tinnitu často provádí praktický lékař a dále specialisté – audiologové, foniatři, ORL, neurootologové, neurologové, na konzultacích se podílejí internisté, endokrinologové, chirurgové atd. V diferenciální diagnostice je důležité odlišit

cévní malformace a nádory ušní, krční a v okolí ucha, tumor mozku a mozečku, statoakustického nervu, kardiovaskulární choroby, ušní choroby, Ménierovu chorobu, otosklerózu, trauma, metabolické, renální, endokrinní a vertebrogenní poruchy (Kulka, 2007).

Věda zabývající se sluchem a sluchovými poruchami se nazývá audiologie. „*Audiologie je definována jako věda o sluchu, umění diagnostikovat, hodnotit, určit příčinu a rehabilitovat poruchy a vady sluchu,*“ (Novák, 2003, 97). Název tohoto vědního oboru se objevil až po druhé světové válce a za jeho zakladatele je považován Raymond Carhart. V Evropě je za zakladatele považován Georg von Bekesy (Novák, 2003).

Vyšetřovací metody v audiologii se dělí na subjektivní (behaviorální) a objektivní. Při použití subjektivních metod je důležitá dobrá spolupráce pacienta a jeho chování. Tím jsou tyto metody v některých případech značně limitovány. Obtížná může být práce s pacienty, kteří nejsou ochotni spolupracovat, překážkou může být i jejich věk, mentální defekt či kombinované postižení. Velká skupina z nich svou poruchu zveličuje, agravuje nebo zcela simuluje (Novák, 2003).

Objektivní metody nejsou odkázány na spolupráci pacienta. Jsou označovány také jako metody elektrofyziologické, ke kterým patří: vyšetření korových evokovaných odpovědí, kmenových evokovaných odpovědí, kochleografie a vyšetření otoakustických emisí (Novák, 2003).

Anamnéza

Prvním krokem k určení diagnózy je sepsání podrobné anamnézy. V případě tinnitu je nutné zjistit, jaký má charakter, zda je jeho tón vysoký, hluboký, zda se jedná o šum apod. Jestli ho pacient slyší neustále nebo jen v tichu, zda slyší lépe v hluku, trpí závratí, bolestí v uchu atd. (Novák, 2003). Důležité je zjistit, zda pacient trpí poruchou sluchu nebo měl někdy se sluchem problémy. Stejně tak jsou důležité informace o kvalitě a způsobu jeho života, např. zda pracuje v hlučném prostředí, je často ve stresu apod. (Lockwood et al., 2002).

Audiometrické vyšetření

„*Audiometrie je technika vyšetření sluchového prahu pomocí speciálních testů. Audiometrické vyšetření zachycuje subjektivní vjem klienta na přesně definovaný zvukový podnět (intenzita, frekvence, charakter podnětu – tón, šum, slovo, věta),*“ (Novák, 2003, s. 97). Provádí se v tiché komoře, kabině nebo quasi tiché místnosti, kde je malý dozvuk a

zvýšená pohltivost stěn. Audiometrické vyšetření spočívá v určení sluchového prahu čistými tóny pro vzdušné a kostní vedení, speciálními nadprahovými testy, slovní nebo řečovou audiometrií (Novák, 2003).

Vyšetření vzdušného vedení

Na začátku vyšetření je klient usazen na pohodlnou židli v tiché komoře, speciální kabině nebo tiché místnosti. Nasadí si sluchátka a je instruován, aby zmáčkl tlačítko, zvedl ruku nebo prst, až zaslechne daný tón. Je třeba, aby pacient reagoval na nejtíší podnět. Vyšetření začíná na frekvenci 1 000 Hz – u normálního sluchu s intenzitou 30 – 40 dB, u sluchové poruchy 70 dB. Pokud pacient slyší tón této intenzity, snižuje se následně vždy o 5 dB do té doby, než klient přestane signalizovat, že daný tón slyší. Pak se intenzita opět zvyšuje po 5 dB, až udává opět slyšení. Zde se nachází práh sluchu (Novák, 2003).

Vyšetření kostního vedení

Zvukový podnět může být přiváděn k sluchovému orgánu nejen vzduchem, ale i kostmi lebky. Musí však být velmi intenzivní, aby kosti lebky rozkmital. Proto se v audiologii k vyšetření kostního vedení používá vibrátor. Ten se pacientovi přiloží na bradavkovitý výběžek spánkové kosti ležící za ušním boltcem (processus mastoideus). Vibrátor je přidržován pomocí pružiny. Pacient ho nesmí přidržovat rukou (Novák, 2003).

Maskování tinnitu

Úkolem audiologa je pokusit se lokalizovat tinnitus a charakterizovat jeho intenzitu a frekvenci. Nejprve se vyšetří práh sluchu pro čisté tóny. Potom je pacient požádán, aby se pokusil určit charakter a výšku šelestu. Audiolog mu nabízí jednotlivé frekvence a klient určí tu, které se šelest nejvíce podobá. Jakmile klient určí jeho výšku, zkouší se touto frekvencí šelest maskovat (Novák, 2003).

Slovní a řečová audiometrie

Tónová audiometrie, která byla popsána výše, poskytuje o sluchu jen částečnou informaci. Řečová audiometrie je klíčovou složkou audiologického vyšetření, protože používá jako podněty signály, které jsou nám všem dobře známé a které vycházejí z našeho každodenního života. Tato metoda vypoví mnohem více o tom, jaké komunikativní problémy způsobí porucha sluchu. Řečovou audiometrií mohou být také objasněny centrální poruchy zpracování řečového signálu. S pomocí různých testů se

vyšetřuje srozumitelnost řeči. Tyto testy mohou být slovní, slabikové, číslicové a větné. (Novák, 2003).

Tympanometrie

Tympanometrie je metoda vyšetření používaná k testování funkce středního ucha, mobility bubínku a kůstek středního ucha změnou tlaku vzduchu v ušním kanálku. Tlak můžeme kontrolovat, jelikož je sonda utěsněna ve vchodu do zvukovodu. Nejedná se přímo o test sluchu, ale spíše o měření přenosu energie středním uchem. Při hodnocení poruchy sluchu pomáhá tympanometrie rozlišit mezi poruchou sluchu zapříčiněnou poškozením převodního systému a poškozením sensorineurálním (Novák, 2003).

Elektrofyzilogické metody vyšetření sluchu

Elektrofyzilogické metody se od subjektivních metod liší tím, že nevyžadují aktivní spolupráci pacienta. Mezi nejpoužívanější metody této kategorie patří evokované sluchové odpovědi kmene mozkového, neboli BERA. Při tomto vyšetření zaznamenáváme odpovědi struktur mozkového kmene na sluchové podněty, které mají krátké trvání (Novák, 2003).

Otoakustické emise (OAE)

Tato metoda je založena na předpokladu, že ucho dokáže nejen zvuk přijímat, ale také vydávat. Tuto teorii popsal ve čtyřicátých letech minulého století Gold a následně ji rozvinul Kemp, který identifikoval nový signál v akustických impulzech lidského ucha. Tento signál měl původ ve vnitřním uchu a byl odpovědí na zvukovou stimulaci u normálně fungující kochley (Novák, 2003). Pokud vnějším zvukovodem projde stimulující zvuk, a vnější vláskové buňky nejsou poškozeny, můžeme zaznamenat slabounký zvuk, který vláskové buňky svou vibrací vydávají (Lejska, 2003).

„Problémem je, že u většiny nemocných se subjektivním tinnitem, kteří u této diagnózy převažují, jsou vyšetření negativní. Také terapie je málo úspěšná, a proto se vymýšlejí stále nové postupy,“ (Kulka, 2007, 50).

1.4. Neuropsychologický model tinnitu

Ačkoliv je tinnitus většinou spojen s poruchou sluchu, ne u všech pacientů je přítomna, což napovídá faktu, že v jeho patogenezi nehraje rozhodující roli pouze sluchová dráha, nýbrž že se jedná o mnohem složitější fenomén. Podílejí se na něm i další důležité procesy jako je pozornost, kognice či strach. Několik výzkumů, zabývajících se neuropsychologickým základem tinnitu, poukázalo na změny v aktivitě pravé hemisféry, změny tonotopických map ve sluchové kůře, strukturální změny v thalamu, v limbickém systému a subkalózních oblastech, a na zapojení frontálního a amygdalo-hipokampálního obvodu. A ačkoliv mají tyto výzkumy značné metodologické problémy, často se ukazuje, že existuje nepoměr mezi excitací a inhibicí v téměř každé úrovni sluchové dráhy. To je způsobeno adaptivní (neuroplastickou) aktivitou. Pro lidský mozek je nezbytné, aby se adaptoval na nedostatky způsobené poruchou či ztrátou sluchu a kompenzoval je. Změny v aktivitě struktur sluchové dráhy po zaznamenání sluchového podnětu v periferní části sluchového ústrojí lze považovat za projevy adaptivního vyrovnávání v centrální části sluchového ústrojí. (Wagenaar, Wierigna, & Verschuure, 2010).

Také dle Kulky (2007) hrají sluchové nervové dráhy při patogenezi tinnitu podřadnou roli. Do popředí vstupuje limbický a autonomní nervový systém:

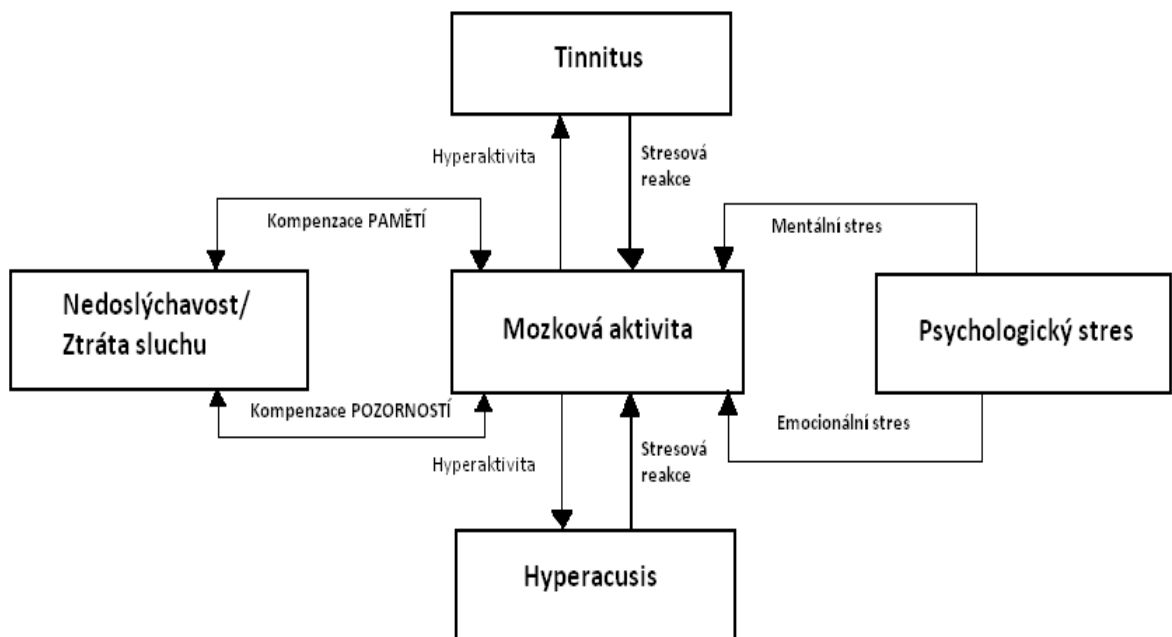
Předpokládá se, že malá nerovnováha nervové aktivity auditivního systému, která je nejčastěji způsobena nějakými poruchami ve vnitřním uchu, je detekována na nižších úrovních tohoto systému a je dále posilována subkortikálními centry, které ji teprve nabízejí sluchové kůře mozku, díky čemuž jsou pak vnímány jako (pseudo)zvuk – tinnitus (51).

Kulka (2007) dále uvádí, že asi 75 % lidí jejich tinnitus netrápí a přizpůsobují se mu stejně jako jiným zvukům, na něž si zvykají. Pro terapii je tudíž důležité vědět, že neexistuje rozdíl v psychoakustické charakterizaci tinnitu u lidí, kteří si na něj stěžují, a u lidí, které nijak nenarušuje v jejich běžném fungování. Z tohoto poznatku vychází tzv. Tinnitus Retraining Therapy (TRT), která je postavena na psychofyzilogickém modelu, který je popsán v následující podkapitole.

Ve většině případů je tinnitus habituován a neprojeví se. A i když se projeví, nemusí být ještě vnímán jako rušivý element. V některých případech ale může dojít k tomu, že člověk vyhodnotí tinnitus jako něco ohrožujícího, něco, co signalizuje poruchu sluchu či mozku a začne se na něj více zaměřovat. Ze strachu, že je něco v nepořádku (např. tumor mozku či duševní porucha s halucinacemi) se aktivuje autonomní stresová reakce. Tím se

tinnitus stává středem pozornosti a jeho vnímání je intenzivnější. U větší části pacientů dochází ke kompenzačním reakcím centrální nervové soustavy (CNS) a objevuje se u nich hyperacusis. Je patrné, že tinnitus a hyperacusis jsou projevem jednoho a téhož vnitřního neurálního procesu (Kulka, 2007).

S těžkou ztrátou sluchu je narušeno chápání a vnímání okolního prostředí, člověk je často dezorientován. V tomto případě musí vynaložit mnohem větší mentální úsilí, aby lokalizoval zdroj zvuku a věnuje mu zvýšenou pozornost. V případě lehčí nedoslýchavosti si člověk nemusí být vědom zhoršení sluchu. V tomto případě je obsah vjemu (např. řeči) odvozován pomocí implicitní paměti. Poškození kochley má za následek zhoršené vnímání a orientaci, což vyžaduje kompenzaci pomocí pozornosti a paměti za aktivace hippokampu a fronto-temporální kůry. Za těchto podmínek se u člověka objevuje chronický stres. Pro vznik tinnitu je pak důležité, aby byla splněna jedna ze dvou podmínek, či obě: přítomnost poruchy sluchu nebo chronického (neuro)psychického přetížení (viz obrázek č. 1), (Wagenaar et al., 2010).



Obr. č. 1 – Neuropsychologický model tinnitu a hyperacusis (Wagenaar et al., 2010)

V případě významné poruchy sluchu se zvýší mozková aktivita v oblastech odpovídajících za pozornost, aby došlo ke kompenzaci pomocí zvýšené pozornosti a člověk se tak mohl lépe orientovat. Vědomé zaměření na zvuk pak vede k méně vážným

stížnostem na nedostatky v sluchové percepci. Místo toho si však člověk začíná stěžovat na únavu a neuropsychologické přetížení. Předpokládá se, že právě tento proces vede ke vzniku hyperacusis kvůli narušené orientaci, či ke vzniku tinnitu kvůli vynaloženému úsilí dotvořit percepci (complete perception). V důsledku poruchy sluchu probíhá dotváření percepce neustále. Pokud se poté objeví emocionální (stresová) reakce, vytvoří se bludný kruh. To by mohlo vysvětlit, proč jsou tím někteří lidé obtěžováni a jiní ne (Wagenaar et al., 2010).

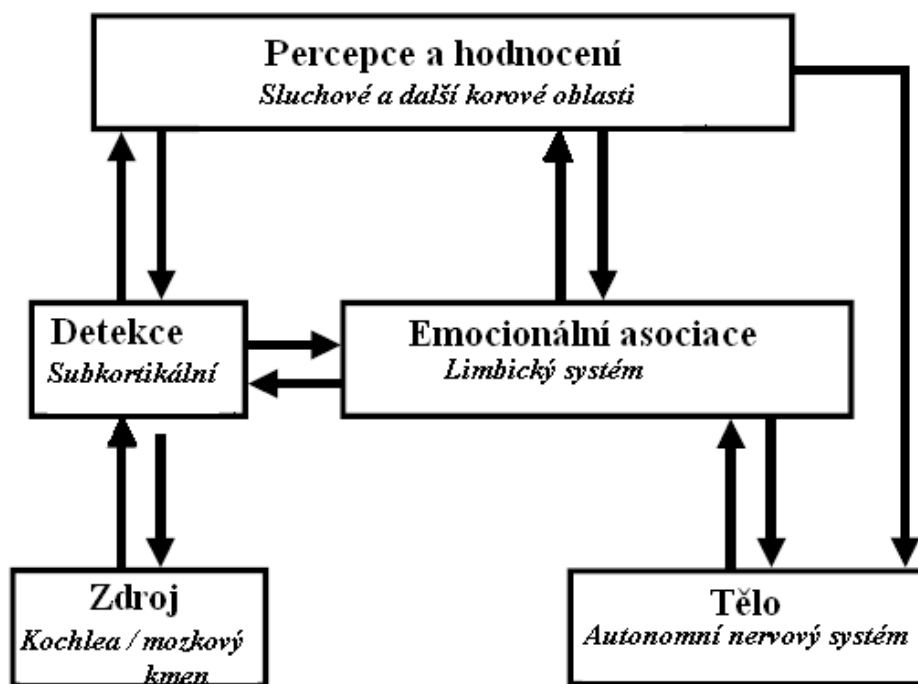
V důsledku psychického přetížení může být normální kompenzace pozorností nebo dotváření velice lehkého či běžného narušení sluchu vnímáno jako hyperacusis nebo tinnitus. Emocionální reakce, která bezprostředně následuje a koresponduje s pre-existující náladou, vytváří bludný kruh, vedoucí k chronicitě a zhoršení. I přesto, že je stresová reakce normální odezvou na neznámé zvuky, může vést k nadměrné sekreci kortizolu a neurálnímu poškození v oblastech podílejících se na procesu habituace. Intenzita stresové reakce a neurálního poškození pak závisí na osobnosti jedince, jeho copingových schopnostech a na tom, do jaké míry je jeho ošetřující lékař schopen ho uklidnit (Wagenaar et al., 2010).

1.5. Psychofyzilogický model tinnitu

Psychofyzilogický model vychází z neurofyzilogického modelu tinnitu, který popsal Jastreboff v roce 1990. Zaměřuje se na negativní emoční asociace spojené s neuronální aktivitou tinnitu (Lockwood et al., 2002). Podle tohoto modelu je tinnitus generován z kochley, zatímco za rozvoj nepříjemností s ním spojených je zodpovědný limbický systém a sympatické části autonomního nervového systému. Úzkost a deprese v klinicky významných případech tinnitu jsou připisovány nevhodné aktivaci mozkové kůry a subkortikálních oblastí způsobené tinnitem, a to díky existujícím spojmům mezi sluchovou dráhou a kortikální a subkortikální oblastí. Spojení mezi sluchovým, limbickým a autonomním nervovým systémem fungují na principu podmíněných reflexů, což může vysvětlit, proč bývá tinnitus způsoben také neakustickými faktory jako je např. odchod do důchodu či rozvod (Jastreboff, 1999).

Pokud je tinnitus malé intenzity a má malý vliv na kvalitu života jedince, subkortikální aktivita brání tomu, aby mu vědomí věnovalo pozornost. Pokud však šelest překročí určitou hladinu, obejde subkortikální struktury a dostává se přímo do mozkové kůry, kde je hodnocen a zpracován (Novák, 2003). „*Jestliže zhodnocení tinnitu vykazuje*

rušivý vliv, uplatní se limbický systém, emocionální asociace, objeví se negativní emocionální chování. Negativní emoce působí kognitivní distorzi. Jestliže tyto negativní emoce nejsou narušeny pozitivní a podpůrnou léčbou, převládnou, a je výrazně ovlivněna kvalita života,“ (Novák, 2003, 296). Tímto způsobem dojde k obtěžování a podle Jastreboffa (1999) vznikne tzv. špatný okruh (viz obrázek č. 2).



Obr. č. 2 – Neurofyziologický model tinnitu dle Jastreboffa (1999)

Důležitost limbického systému vyzdvihují také autorky Kraus & Canlon (2012), které ve své práci popisují podíl amygdaly a hipokampu na vzniku a udržování tinnitu. Amygdala je zvláště citlivá na zvuky s určitou hodnotou a významem jako jsou vokalizace, pláč nebo hudba. Hraje také ústřední roli v podmiňování strachu u sluchových podnětů, regulaci úlekové reakce a může modulovat plasticitu (tvárlivost) sluchové kůry. Akustický stresový podnět, jako je hluk, způsobí, že amygdala aktivuje uvolnění stresových hormonů přes hypotalamo-hypofyzární osu, což může mít negativní efekt na zdraví člověka a jeho CNS. Expozice hluku dále ovlivňuje hipokampální neurogenezi a dlouhodobou potenciaci (základní mechanismus učení a paměti) způsobem, který má vliv na strukturální plasticitu, paměť a učení. Tinnitus, vyvolaný obvykle poruchou sluchu, bývá spojen s emocionálním stresem, depresí a anatomickými změnami hipokampu. Limbický systém na druhou stranu může hrát roli i v potlačení tinnitu. Proto by mohl mít zásadní význam v jeho léčbě. Podle

autorek je pro budoucí strategie léčby významné další pochopení interakce mezi sluchovým a limbickým systémem.

Z psychofyzilogického hlediska je velice důležité zmínit základní formy učení, které se na vzniku a udržování tinnitu, a zvláště pak na stresové reakci s ním spojené, podílejí. Jedná se o neasociativní učení habituace a senzibilizace.

Habituace a senzibilizace

Habituace je považována za nejjednodušší formu učení. Spolu s desenzibilizací se jedná o typ učení, při kterém je organismus opakovaně vystavován působení pouze jednoho senzorkého stimulu a učí se tak poznávat jeho vlastnosti. Díky habituaci je člověk schopen ignorovat biologicky nevýznamné podněty a soustředit pozornost na důležitější stimuly. Celý proces probíhá tak, že při prvním působení podnětu dochází u organismu k tzv. orientační reakci, která může vést k úleku či překvapení. Při opakovaném působení stimulu tato reakce slábne až nakonec vymizí (Králíček, 2011).

U **desenzibilizace** „jde o vzrůst reakce experimentálního zvířete na biologicky nevýznamný podnět po předchozí aplikaci bolestivého stimulu,“ (Králíček, 2011, 172). Působením bolestivého podnětu je možné narušit doposud habituovanou reakci na nevýznamný stimul. Jedná se o tzv. deshabetuaci (Králíček, 2011).

Hypotéza, že se na tinnitu podílí periferní i centrální struktury mozku, vysvětluje percepci tinnitu jako proces neúspěšné habituace (Jasterboff, 1999). Z tohoto předpokladu vychází Kropp et al. (2012), jejichž studie se zaměřila na deficit v kortikální habituaci u pacientů s tinnitem. Dle autorů vykazují lidé trpící tinnitem neschopnost habituace díky aktivaci limbického systému a díky zesílení, které je způsobeno mechanismem pozornosti. Mozek za normálních okolností vytváří model přichozích akustických stimulů. Čím lépe model odpovídá opravdovému stimulu, tím více je habituován. V případě tinnitu však toto kortikální vytváření modelu selhává a proces habituace je nahrazen senzitivací (zcitlivěním). Tak by kortikální senzitivace – na rozdíl od habituace – mohla být modelem vysvětlujícím zkušenost tinnitu.

Kortikální habituace hraje důležitou roli také ve vyrovnávání se s tinnitem. Podle teorie habituace Hallama (1987, in Kropp et al., 2012) mozek u pacientů s tinnitem zpracovává akustický signál s příliš velkou pozorností. Vzhledem k neexistující habituaci může být externí signál imprintován do mozkové kůry s větší intenzitou a proto symptom tinnitu přináší také deficit v kortikální oblasti. Tento model senzitivace by mohl být využit

také terapeuticky, např. pomocí podobných postupů, jaké se využívají v kognitivně behaviorální terapii, o které se zmíním později.

1.6. Tinnitus a stres

Jak již naznačily předchozí řádky, důležitým faktorem ve vývoji tinnitu je stres. Za prvé může působit jako jeho spouštěcí mechanismus, za druhé může nepříznivě ovlivnit habituaci tinnitu a za třetí tinnitus sám působí jako stresor vedoucí k vyšší fyziologické aktivaci a psychologickému stresu (Heinecke, Weise, Schwarz, & Winfried, 2008). Pokud nedojde k habituaci, stresová reakce na tinnitus přetrvává a člověk prožívá tzv. špatný stres neboli distres. Dle Vymětala (2003) se distres objevuje v situacích vnímaných jako nepřekonatelné, ze kterých není úniku. Jedinec svou snahu překonat tuto situaci vnímá jako marnou a dostavuje se pocit beznaděje.

1.6.1. Tinnitus jako stresová reakce

Úvahy o teoretickém modelu tinnitu jako o stresové reakci uvedli ve své práci autoři Alpini a Cesarani (2006). Z těchto úvah vzešla syntéza Seleyho modelu stresu a tinnitu. Seley popsal tzv. obecný adaptační syndrom, který představuje biologickou reakci organismu na neochabující fyzikální tlak (stres). Skládá se ze tří fází:

1. Poplachová reakce (aktivace CNS)
2. Rezistence (organismus se snaží vyrovnat se stresem)
3. Vyčerpání (stresor přetrvává a/nebo organismus není schopen účinně reagovat), (Baštecká, & Goldmann, 2001).

Model založený na individuální stresové reakci pojímá tinnitus jako poplašný signál, který pacienta informuje o tom, že se děje něco potenciálně nebezpečného, co by mohlo ohrozit subjektivní homeostázu. Podle autorů Alpiniho a Cesaraniho (2006) se tinnitus může stát rušivým pouze u lidí, kteří jsou chronicky vystavováni stresujícím podnětům, nejsou schopni se vyrovnat s poplachovou reakcí a postavit se tak následkům působení stresorů. Schopnost mírnit stresové podněty a vyrovnat se s nimi je velice individuální. Tak je vývoj z poplachové reakce k fázi vyčerpání pro každého pacienta specifický. Podle tohoto modelu by měly být stresové faktory rozpoznány během poplachové reakce, aby se zabránilo dalšímu vývoji k fázi rezistence a zvláště pak k fázi vyčerpání. Tyto fáze vedou

k chronickému rušivému tinnitu, u kterého je dominantní emocionálně - afektivní aktivace a pozornost je patologicky zaměřená na tinnitus.

Podle autorů by měl model tinnitu založený na individuální stresové reakci vysvětlit variabilní charakteristiky tinnitu lépe než zkoumání audiologických parametrů. Individuální charakteristiky stresové reakce mohou vysvětlit rozdílné projevy tinnitu u různých pacientů s různou odezvou na léčbu i přes to, že tito pacienti sdílejí podobné audiologické a etiologické příznaky.

1.6.2. Citlivost vůči stresu

Individuální schopnost vyrovnávání se se stresem může být ovlivněna zvýšenou citlivostí organismu na stresové podněty, která je způsobená právě opakovaným působením těchto stresorů na člověka. Zvýšená citlivost se pak projevuje v behaviorální a emoční odpovědi na tyto podněty a následně může ovlivnit i genovou expresi receptorů, které umožňují neuronální inhibici. Tak dochází k výrazné stimulaci neuronů zvláště v limbickém systému, který se stává vysoce excitabilním. *„Zvyšování senzitivity v důsledku opakované expozice stresových podnětů a následujících změn v excitabilitě limbického systému se tak značnou měrou podobá procesu kindlingu, navozenému v experimentálních podmínkách u zvířat,“* (Bob, in Fišar, 2009, 205). Kindling je typickým projevem epileptického chování nervové tkáně, které nemusí být nutně přítomno jen v případě diagnostikované epilepsie, ale může se vykytovat i u psychiatrických obtíží. Jako behaviorální kindling se označuje neurobiologická dimenze senzitivizace stresovými podněty, která je analogická kindlingu, vyvolávanému v experimentálních podmínkách (Bob, in Fišar, 2009).

Na základě výše popsaného behaviorálního kindlingu by se dalo předpokládat, že v případě tinnitu, který neustále působí jako stresor, by měl člověk reagovat citlivěji i na jiné stresové podněty a situace. Touto otázkou se ve svém výzkumu zabývali autoři Heinecke et al. (2008). Ti předpokládali, že pacienti s tinnitem budou prožívat větší subjektivní zátěž a budou vykazovat vyšší stresovou reaktivitu, vedoucí k vyšší fyziologické aktivaci během vykonávání stresových úkolů ve srovnání s kontrolní skupinou. Data byla sbírána pomocí subjektivního hodnocení a fyziologického měření. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že se obě skupiny významně lišily v prožívání distresu. Pacienti s tinnitem prožívali vyšší míru subjektivního napětí než kontrolní skupina po každé stresové fázi. Zajímavé je, že poslouchání svého vlastního tinnitu během úkolů bylo hodnoceno jako vysoce stresující, ale fyziologická reaktivita byla podobná té během

relaxační fáze. Tento výsledek podtrhuje význam hodnotících procesů, jak uvedl Jastreboff ve svém psychofyziologickém modelu tinnitu (viz podkapitola Psychofyziologický model tinnitu). Získaná subjektivní data podporují hypotézu stresové reaktivity, navržené v rámci modelů rušivosti tinnitu: hodnotící procesy mohou vést k psychologickému stresu a zintenzivnit či způsobit depresivní symptomy, což odpovídá dalšímu modelu stresu, tentokrát v podání R. S. Lazaruse, který tvrdí, že stres nemůže být vymezen objektivně. Záleží pouze na tom, jak my sami vyhodnotíme danou situaci. Lazarus tak vyzdvihuje úlohu kognitivního ohodnocení dané situace (Baštecká, & Goldmann, 2001). S tímto názorem souhlasí také autoři výzkumu, kteří v závěru zdůrazňují, že by se terapie tinnitu měla zaměřit mimo jiné na maladaptivní myšlenky a katastrofizace (Heinecke et al., 2008).

2. Autoplastický obraz onemocnění

Tato kapitola se věnuje psychologické problematice nemoci a navazuje tak na psychofyziologický základ tinnitu, kterým jsem se snažila osvětlit složitou problematiku jeho patogeneze. Důležitým tématem pro pochopení komplexního obrazu onemocnění je subjektivní prožívání nemoci pacientem, neboli autoplastický obraz onemocnění, který se skládá ze složky senzitivní, emocionální, volní a racionální (informativní). Tyto složky nikdy nepůsobí odděleně, vždy jsou ve vzájemné interakci (Zacharová, 2007).

Autoplastický obraz nemoci je podmíněn několika faktory. Jedná se především o ráz onemocnění, zda jde o akutní či chronický stav, zda se jedná o ambulantní léčbu, v zdravotnickém zařízení či v domácí péči, a jestli je choroba doprovázená omezením pohybu, kosmetickými problémy či jinými omezujícími příznaky. Důležité jsou okolnosti onemocnění, mezi které patří nejistoty a problémy v pacientově životě (rodinné, finanční, pracovní apod.), prostředí, ve kterém nemoc probíhá (doma či v zahraničí) a zavinění nemoci - zda je způsobena vlastní vinou, cizím zaviněním, či je příčina nejasná. Posledním důležitým faktorem je premorbidní osobnost, tedy osobnost pacienta před vypuknutím nemoci. Zde je důležité zaměřit se na informace o jeho dřívějších schopnostech vyrovnávat se se stresem a každodenními problémy (Bouchal, 1993).

2.1. Senzitivní složka

Senzitivní složka představuje vnímání místní bolesti a obtíží doprovázejících onemocnění, jejich lokalizaci a charakter. Nejčastěji se jedná právě o bolest. „*Bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie,*“ (Křivohlavý, 2002, 80). Jedná se o multidimenzionální jev, který kromě fyziologické a psychologické oblasti zahrnuje také oblast sociální (Křivohlavý, 2002). Bolest je nepříjemným smyslovým a emočním zážitkem, který nás informuje o aktuálním či potenciálním poškození tkání. Její kvalita a intenzita jsou ovlivněny dřívější zkušeností jedince s bolestí, významem, jaký bolesti přisuzuje a schopností vyrovnat se s ní. Jedná se především o subjektivní zkušenost (Vymětal, 2003).

Senzitivní složka tinnitu je nejčastěji popisována jako zvuk podobný pískání, bzučení či hučení. Obyčejně bývá vnímán jako hluk mechanického, elektrického či muzikálního charakteru, který má různou intenzitu, hlasitost a výšku. Na základě výše popsané charakteristiky bolesti lze uvažovat o jisté podobnosti mezi chronickou bolestí a chronickým tinnem, jak již naznačilo několik autorů, kteří tyto dva fenomény považují za

srovnatelné. Bolest a tinnitus mají několik společných vlastností. U obou jeví se nabízí stejné dilema ohledně nejasného vysvětlení rozdílu mezi lékařským nálezem a komplexním chováním symptomu. Toto chování se u tinnitu i bolesti v průběhu onemocnění mění (Erlandsson, in Tyler, 2000). Vlaeyen, Van Eek, Groenman a Shuerman (1987) definují chování bolesti v širším slova smyslu jako přímou interakci mezi pacientem, prožívajícím bolest, a jeho prostředím. Jde především o to, kdy je bolest vnímána jako intenzivnější a kdy je naopak slabší. Ve své studii shrnuli celkem devět komponent, podílejících se na vnímání a průběhu chronické bolesti, které nacházíme také u chronického tinnitu. Jedná se např. o anxieta, vyžadování pozornosti, verbální stížnosti na bolest, užívání léků, únavu, nespavost a depresivní náladu. Některé z těchto komponent se řadí do další složky autoplastického obrazu onemocnění, kterou je složka emocionální.

2.2. Emocionální složka

Citová složka autoplastického obrazu onemocnění zahrnuje především strach, úzkost a naději. Úzkost a strach se vyskytují ve všech případech, kdy člověk cítí ohrožení a vnímá nebezpečí. **Strach** vzniká v situaci, kdy je člověku známý určitý objekt či situace, které v něm vyvolávají pocit ohrožení a obavy. Člověk může prožívat strach reálný a nereálný, často pokládán ostatními lidmi za iracionální. **Úzkost** je oproti tomu reakce na tušené, ale neznámé nebezpečí (Vymětal, 2003). Dle Baštecké a Goldmanna (2001) se úzkost dostavuje tehdy, pokud člověk vnímá dané nebezpečí jako nezvládnutelné vlastními silami. Následně se dostaví pocit bezmoci, který úzkost zpětně posílí.

Obě emoce mají signální a ochrannou funkci a s oběma se zdravotnický personál setkává každý den. Relativně častěji se se strachem můžeme setkat u vnitřně stabilnějších pacientů, naopak úzkost se vyskytuje u lidí méně stabilních. Tyto dva jevy od sebe však nelze jednoznačně oddělit, jelikož se navzájem doplňují. Jsou základním příkladem propojení psychické a somatické stránky člověka, tedy psychosomatiky. Na psychické úrovni bývá prožitek úzkosti a strachu spojen s pocitem sevření, tísně, napětí, ohrožení a bezradnosti. Může často vyústit v paniku a děs. Často je také doprovázen depresivními příznaky a únavou. Fyziologické změny zasahují prakticky všechny orgány a funkční systémy. Patří mezi ně např. tachykardie, zrychlené či zpomalené dýchání, potivost kůže, zvýšené svalové napětí apod. (Vymětal, 2003).

Důležitým pojmem, vycházejícím z úzkosti, je úzkostnost jako základní rys osobnosti. Jedná se o individuální tendence k úzkostnému prožívání. Každému člověku je

vlastní, avšak v rozdílné míře (Vymětal, 2003). Je obtížné přesně od sebe oddělit úzkostnost jako osobnostní rys a úzkost jako aktuální stav. Člověk si úzkost může také v průběhu života osvojit učením a to opakovaným zpevnováním úzkostných reakcí. Stejně tak, jako je individuální sklon k prožívání úzkosti, tak je individuální schopnost vyrovnání se s ní, která se odvíjí od naší osobnosti a dosavadních zkušeností (Baštecká, & Goldmann, 2001). Úzkost i strach mohou negativně ovlivnit průběh nemoci a uzdravování. Je proto důležité tyto pocity zmírnit, omezit situace vyvolávající nejistotu a obavy, a vyjádřit pacientovi pochopení a podporu (Bouchal, 1993). Negativní emoce, které se mohou vyskytnout v reakci na onemocnění, můžeme dle Vágnerové (2008) zařadit pod pojem „stresová reakce,“ kterou autorka charakterizuje jako změnu emočního prožívání. V rámci této reakce se vyskytují emoce úzkosti, strachu, deprese, beznaděje, frustrace, vzteku či zoufalství.

Do emocionální složky prožívání nemoci patří také naděje, kdy *„pacient doufá ve změnu k lepšímu, které dosahuje pomocí lékaře, ale i vlastním přičiněním. Úzce souvisí s důvěrou a je důležitou až nutnou podmínkou léčebného působení, i když ji nemocný nemusí díky svému psychickému zdravotnímu stavu vždy připouštět,“* (Vymětal, 2003, 130-131). Z hlediska vzniku důvěry a naděje je důležitý psychologický přístup lékaře k pacientovi, který se projevuje těmito postoji: autoritou a pravdivostí ve vztahu k pacientovi, úctou, respektem a porozuměním pro nemocného a jeho příbuzné. Tento přístup lékaře je důležitý pro hodnotné pracovní společenství mezi ním a pacientem. Může tak výrazně přispět k pozitivním změnám v průběhu nemoci a procesu léčby (Vymětal, 2003).

2.3. Volní složka

Volní složka zahrnuje jedincovu snahu uzdravit se, odolávat nemoci, vyrovnat se s ní a zapojit se aktivně do její léčby. V klinické psychologii se objevují snahy proces zvládnání nemoci modelovat, tedy schematicky vyjádřit vzájemný vztah mezi proměnnými. Kognitivní modely kladou důraz na myšlenkovou stránku psychiky nemocného. Patří mezi ně např. model sebeřízení (self-regulatory model). Ten chápe zvládnání nemoci podobně jako řešení problému. V případě nemocného je řešením dosažení normálního zdravého stavu. Model sebeřízení obsahuje tři fáze: interpretaci situace (hledání smysluplnosti toho, co se děje), proces zvládnání situace za použití různých postupů k nastolení normálního stavu a vyhodnocení účinnosti těchto postupů. Většinou je tento postup několikrát

opakován. Pacient zkouší několik možných druhů léčby, dokud nenalezne ten účinný (Křivohlavý, 2002).

Autoři Moos a Schaefer (1984, in Křivohlavý, 2002) popsali několik dílčích aspektů boje s nemocí. Patří mezi ně kognitivní zhodnocení situace, kdy se pacient potřebuje vyznat v nově vzniklé situaci a získat dostatek informací. Dále proces adaptace, kdy se jedinec přizpůsobuje situaci a zároveň aktivně upravuje podmínky prostředí, v němž se nachází. Třetím aspektem je dovednost zvládání těžkostí. Pacient by měl být schopen zvládat rozbouřený citový stav, řešit problémy a nacházet smysluplnost v situaci, která se zdá být chaotická. Dle autorů může při zvládání krize dojít ke dvěma extrémům: ke *zdravé adaptaci*, projevující se vnitřním klidem pacienta, a k *maladaptaci*, neboli nezvládnutí situace, která se projevuje prohlubujícím se pocitem bezmoci a beznaděje, což může výrazně zkomplikovat průběh nemoci a uzdravení.

Postoj pacienta k nemoci nemusí být vždy jen negativní. Jsou případy, kdy pacient není motivován k aktivní účasti na léčbě a uzdravení kvůli jejím pozitivním aspektům. Jedná se o tzv. ambivalentní prožívání nemoci. Jde o případy, kdy může být prožívání nemoci dokonce příjemné. Nemoc může vyvolat např. větší ohleduplnost a pozornost okolí a může pacienta zbavit pracovních povinností (Bouchal, 1993). Pacient si na jedné straně může přát své uzdravení, na druhé straně je pro něj těžké vzdát se výhod, které nemoc poskytuje (Zacharová, 2007).

V rámci aktivního zapojení pacienta do léčebného procesu je vždy důležitá spolupráce lékaře a pacienta. Pacient by měl lékaři důvěřovat a lékař by měl pacienta průběžně informovat o jeho stavu.

2.4. Racionální a informativní složka

Informativní složka zahrnuje informace o nemoci, prevenci, léčbě, možných komplikacích a rozumové hodnocení nemoci. Každý pacient o své nemoci uvažuje a snaží se vysvětlit význam přítomných příznaků. Objevuje se pacientova potřeba porozumět nemoci a tak se většinou snaží získat všechny dostupné informace a najít řešení své situace. Nemocný však většinou nemá dostatečné znalosti a tak mohou být jeho úvahy nesprávné, což se promítne do hodnocení příčiny a průběhu nemoci a léčby. Často se stává, že nemocný svou chorobu bagatelizuje či popírá (Vágnerová, 2008). „*Nemoc představuje komplexní stresovou situaci. Za těchto okolností bývá rozumové hodnocení ovlivňováno*

emocemi, a proto je větší riziko, že bude nesprávné nebo zkreslené,“ (Vágnerová, 2008, 82). Nemocný je často ochoten věřit čemukoliv, co mu dává alespoň malou naději na uzdravení. Zkreslené bývá také hodnocení příčiny. Často se objevuje tendence najít za nemoc viníka nebo zcela iracionálně obviňovat sám sebe (Vágnerová, 2008).

Subjektivní představou nemoci neboli přesvědčením o nemoci (illness beliefs) se zabývali i autoři Leventhal a Nerenz (1985), podle nichž vlastní laická přesvědčení pomáhají jedinci orientovat se ve svém nově vzniklém stavu. Získávají tím určitý myšlenkový rámec (schéma), který jim usnadňuje porozumět tomu, co se děje, a smysluplněji tak zvládat situaci. Uvádějí celkem pět kognitivních dimenzí těchto schémat:

- *Identifikace*: určení nemoci dle příznaků, které na sobě jedinec pozoruje
- *Představa příčin změněného zdravotního stavu*: co způsobilo jedincovu nemoc
- *Časové dimenze změněného zdravotního stavu*: jak dlouho potrvá léčba
- *Následky změněného zdravotního stavu*: přizpůsobení se situaci
- *Léčitelnost nemoci*: zda a jak může být nemoc léčená.

Kromě subjektivní představy nemoci existuje také objektivní pohled na nemoc. Jedná se o přístup ze strany lékaře, od něhož pacient očekává, že ho bude informovat o všem důležitém, co se týká průběhu nemoci a léčby. Během interakce lékaře s pacientem dochází často k setkání dvou odlišných představ a očekávání. Pacientovy představy o svém zdravotním stavu a lékařovy představy o tom, co pacientovi je, se mohou diametrálně lišit. Aby došlo k smysluplnému rozhovoru a spolupráci mezi oběma stranami, měl by lékař zjistit, co si pacient o svém stavu myslí. Pak může být spolupráce a léčba efektivní (Křivohlavý, 2003).

3. Psychosociální důsledky tinnitu

Tato kapitola se věnuje nejčastějším potížím, které může tinnitus způsobit a se kterými se tito pacienti musí vyrovnávat. Každý člověk si jen těžko dokáže představit život bez ticha. Ticho je potřebné k přemýšlení, spánku, odpočinku, soustředění a dalším důležitým aspektům našeho života. Při představě, že nemůžeme „vypnout“ nepříjemný zvuk a na chvíli si od něho odpočinout, nás jistě zamrazí. Pacienti s tinnitem se s tímto zvukem musí naučit žít a zvyknout si na něj, což nezřídka vede k nepříjemným pocitům, které mohou negativně ovlivnit jejich život.

3.1. Kvalita života

V předchozí kapitole bylo řečeno, že lze každou nemoc posuzovat z objektivního hlediska (lékařské hodnocení příznaků) a subjektivního hlediska (hodnocení nemoci pacientem). Právě na subjektivním vnímání a prožívání nemoci závisí míra utrpení člověka a jeho celkové reagování na nemoc (Vágnerová, 2008). Autoplastický obraz onemocnění pacienta včetně jeho představ o nemoci ovlivňuje vnímání a interpretaci jeho zdravotního stavu a kvalitu života (Křivohlavý, 2002).

Pojem „kvalita života“ nelze jednoznačně definovat, jelikož každý obor na něj pohlíží ze svého úhlu pohledu. Vágnerová (2008) uvádí, že se k jeho charakteristice užívá subjektivní míra spokojenosti – hodnocení člověka, do jaké míry nemoc ztěžuje jeho život a do jakých oblastí života zasahuje. *„Nemoc je tím méně subjektivně přijatelná, čím více zhoršuje kvalitu života nemocného, jeho osobní komfort a omezuje soběstačnost,“* (Vágnerová, 2008, s. 76).

Pokud je tinnitus vyhodnocen jako rušivý a neakceptovatelný, může výrazně narušit kvalitu života jedince. Již během prvního objevení tinnitu se u pacientů často dostaví obavy, co tinnitus znamená, proč se vyskytl právě u nich, zda značí vážnou chorobu a jestli se zhorší (Holmes, & Padgham, 2009). Ztráta ticha pak mívá za následek nedostatek spánku, problémy s koncentrací či zvýšenou iritabilitu (Lockwood et al., 2002). Tito pacienti mívají nedostatek odpočinku, problémy se soustředěním, s pracovní výkonností, s komunikací apod. Přítomna může být frustrace, vztek a tenze, což vede ke stavu nepřetržité úzkosti. To má za následek zvýšenou pozornost vůči tinnitu, a tak se uzavírá bludný kruh neustálého posilování a udržování anxiety a stresu (Koress et al., 2010). Pacienti se často setkávají s nedostatkem porozumění ze strany druhých, jejich

emocionální stav má negativní vliv na vztahy s příbuznými, přáteli i spolupracovníky. Kvalita života bývá snížena také kvůli tomu, že někteří pacienti musí přestat vykonávat činnosti, které patřily k jejich práci či koníčkům, jako je např. častá četba kvůli neschopnosti soustředit se, poslech či aktivita spojená s hudbou kvůli ochraně sluchu, návštěva divadel, společenských akcí kvůli narušené komunikaci apod. (Erlandsson, in Tyler, 2000).

U pacientů s tinnitem existuje vysoké riziko pesimistických přesvědčení ohledně prognózy, na čemž se podílí nejen dosud nejednotná efektivní léčba tinnitu, ale také přesvědčení samotných klinických pracovníků. Často se u nich tito pacienti setkávají s přehnaným důrazem na nevléčitelnost tinnitu. Právě takto negativně podaná prognóza přispívá k pacientovu přesvědčení, že tinnitus je to nejhorší, co se mu mohlo stát. Na druhou stranu je při hodnocení pacientovy reakce důležité přihlížet také k jeho dřívějším zkušenostem a jeho osobnosti (Erlandsson, in Tyler, 2000).

To, jestli bude tinnitus vnímán jako stresový faktor a bude způsobovat výše popsané problémy, není přímo spojeno s jeho závažností. Existují totiž lidé, jejichž tinnitus je vysoké intenzity, a kteří ho dokáží zvládat dobře, a lidé, jejichž tinnitus je naopak nižší intenzity, a kteří ho vnímají jako nesnesitelný. Stejně tak není prokázáno, že by byl distres spojený s tinnitem způsobován kvalitou daného zvuku. Je tedy pravděpodobné, že snížená kvalita života souvisí spíše s psychickým zpracováním tinnitu než s jeho audiologickými charakteristikami, jak bylo nastíněno také v podkapitole Tinnitus a stres (Henry, & Wilson, 2000; Alpini, & Cesari, 2006). Tak většina problémů způsobená tinnitem leží právě v psychosociální oblasti (Holmes, & Padgham, 2009).

3.2. Úzkost a deprese

Jako nejčastější psychické potíže, které tinnitus provází, se uvádějí depresivní a úzkostné symptomy – tak jako u jiných chronických onemocnění. Častější výskyt těchto symptomů u pacientů s tinnitem než u zdravé populace dokládá také výzkum, který jsem realizovala v rámci své postupové práce (Veldová, 2012). Vztah mezi úzkostí a tinnitem je jeden z klíčových faktorů psychologického modelu tolerance tinnitu, jelikož lidé s *úzkostnými rysy osobnosti* mívají tendenci ke zvýšené pozornosti vůči tinnitu (Erlandsson, in Tyler, 2000). Dle autorů Eysencka a Mogga (1992) úzkostliví lidé interpretují nejednoznačné situace jako ohrožující a kvůli tomu mají ve své paměti neúměrný počet vzpomínek na ohrožující situace. Důsledkem toho je, že okolní svět interpretují jako

přehnaně nebezpečný. To může vést opět k zesílení jejich úzkostného stavu. Jelikož je však úzkost většinou považována za důsledek tinnitu, nebývá dimenze úzkostných rysů osobnosti součástí diagnostického procesu (Erlandsson, in Tyler, 2000).

Jako další z prediktorů, zda bude pacient reagovat na svůj tinnitus maladaptivně, může být považována *citlivost k úzkostným symptomům*. Tento pojem vysvětluje Reiss (2009) jako jeden z faktorů ovlivňujících naši stresovou reakci a to, jak se se stresem vypořádáme. Lidé, kteří mají nižší citlivost k úzkosti, bývají vůči stresu odolnější, jelikož vědí, že je to dočasný a obvykle neškodný zážitek. Naproti tomu lidé s vyšší citlivostí k úzkosti považují stresovou reakci a úzkost za škodlivou pro jejich zdraví a životní pohodu. Jinými slovy se tito lidé začnou při každé takové reakci bát o své zdraví. Symptomy, které doprovází stres a úzkost, interpretují jako známky hrozícího srdečního infarktu nebo duševní choroby, čímž se opět dostávají do bludného kruhu a jejich úzkost se zvyšuje. Výzkum Anderssona a Vretblada (2000) zaměřený na pacienty s tinnitem také poukázal na individuální rozdíly ve vnímání úzkostných příznaků, což značně ovlivňuje průběh onemocnění a zvládnání stresových situací obecně. Pacienti, kteří vnímali svůj tinnitus jako obtěžující, byli zároveň citlivější k tělesným projevům úzkosti.

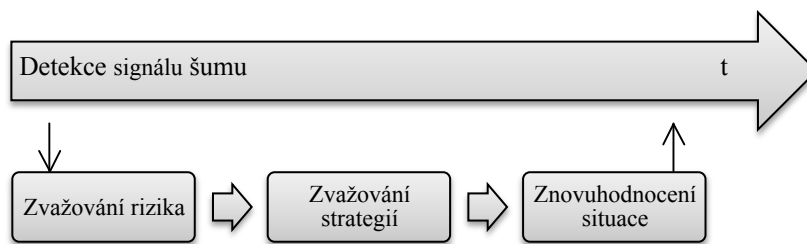
Mezi faktory, které zvyšují úzkost, patří také *obsesivně-kompulzivní syndrom*. Je charakterizován rituálním chováním a některými myšlenkovými obsahy, které se neustále opakují. Rituální chování pak může snížit prožívanou úzkost. Pokud má úzkost explicitní, pochopitelný důvod (např. jde o reakci na krizovou situaci či zranění), pak bývá snadnější ji pochopit a přijmout. Pokud však úzkost v průběhu času různě fluktuuje a příčina zůstává neznámá a nejednoznačná, její akceptace bývá výrazně těžší. Vysoká míra úzkosti negativně ovlivňuje pacientovo vnímání kontroly nad tinnitem a celkově snižuje jeho schopnost koncentrace. Proto by součástí každého léčebného programu měla být intervence zaměřená na úzkostné symptomy (Erlandsson, in Tyler, 2000).

Deprese je porucha nálady, která je charakterizována sníženou emoční reaktivitou a sníženým sebevědomím. Depresivní člověk je chorobně smutný, stísněný, se sníženou vitalitou a útlumem aktivity (Praško et al., 2011). Často má sklon k pocitům viny, většinou neadekvátních k dané situaci. U závažnějších případů je častý pocit beznaděje, zoufalství a bezmocnosti (Vágnerová, 2008). Mezi příznaky tinnitu a deprese existují určité podobnosti. U obou se setkáváme s kognitivním zkreslením a emocionálním distresem. Patří mezi ně např.: riziko narušené sebeúcty, negativní vyhlídky do budoucna, strach z toho, jak zvládat emocionální prožitky, pocit bezmoci a suicidální myšlenky či tendence (Erlandsson, in Tyler, 2000). Co se týče kognitivních poruch, popisují je pacienti s depresí

stejně jako pacienti s tinnitem: potíže se spánkem, pozorností, koncentrací, učením a implicitní pamětí (Eysenck, & Mogg, 1992). Problémy s pozorností a narušený proces zpracování informací mohou vést k nepřiměřeně zvýšené pozornosti vůči tinnitu, což se u vážnějších případů může považovat za určitou formu sensorické deprivace. Snížená nálada může ovlivnit také motorickou reaktivitu a sluchovou citlivost. Na pacientovu náladu má vliv také jeho vztah s lékařem. Pokud lékař prezentuje tinnitus jako bezvýchodnou situaci, konzultace pacientovi nedává žádnou naději. Naopak u něj prohlubuje už tak sníženou náladu a pocit bezmoci. Pacient začíná upadat do deprese a stresová reakce se protrahuje. Pokud se truchlení za ztrátu ticha či intrapsychické konflikty nezpracují na emoční úrovni, mohou se projevit jako somatické symptomy. Tímto způsobem se pacient s tinnitem může začít považovat za chronicky vážně nemocného a trpícího a podle toho se i chovat. Je také velice důležité brát v potaz riziko suicidálních myšlenek a tendencí u těchto pacientů, které se u nich objevují častěji, než by se zdálo (Erlandsson, in Tyler, 2000).

3.3. Copingové strategie

Kvalita života pacienta se odvíjí také od toho, do jaké míry je schopný dosáhnout vytyčených cílů a jak zvládá překážky, které se mohou při jejich dosahování objevit (Křivohlavý, 2002). Za obecný model zvládání těžkých životních situací se v literatuře považuje model R. S. Lazaruse. Skládá se ze tří samostatných fází, které můžeme vidět na obrázku č. 3. V rámci *primárního hodnocení* člověk posuzuje všechny negativní jevy dané situace. Hodnotí tedy to, co ho ohrožuje, z čeho má strach. Během *sekundárního hodnocení* hodnotí všechny pozitivní faktory, tj. faktory, které mu mohou pomoci situaci zvládnout, jako je např. dostupná zdravotní péče, účinné léky apod. Třetí fází je *přehodnocení situace*, které následuje, pokud je po sekundárním hodnocení možné s negativními jevy bojovat. Člověk pak zjišťuje účinnost těchto postupů. Pokud je výsledkem zjištění, že je vše v pořádku, vrací se do běžného stavu. Pokud ne, dochází opět k hodnocení situace a novému boji. Strategie řešení mohou být adaptivní či maladaptivní dle toho, jak úspěšné byly v procesu přizpůsobení se situaci (Lazarus, 1966).



Obr. č. 3 - Model zvládnání těžkých životních situací dle Lazaruse (in Křivohlavý, 2002), t - čas

V psychologické literatuře, zabývající se zvládnáním těžkých životních situací a problémů, do kterých řadíme i akutní a chronickou nemoc, se setkáváme s pojmem *coping*. (Křivohlavý, 2002). Tímto termínem se označuje proces zvládnání zátěžových situací. Jedná se, na rozdíl od nevědomých obranných mechanismů, o „vědomou volbu určité strategie,“ (Vágnerová, 2008, 57). Tato volba závisí na našem zhodnocení situace a možnostech, jak ji řešit. Cílem by mělo být dosažení pozitivní změny či tolerance, tzn. smíření se se situací, kterou změnit nelze. Obecným cílem je pak dosažení celkové rovnováhy. Vágnerová (2008) rozlišuje dva přístupy člověka k řešení:

- **Coping zaměřený na řešení problému:** tato strategie se uplatňuje v situaci, kdy je možné problém řešit a jedinec je schopen takové řešení hledat a zkusit jeho účinnost, např. hledání pomoci či sociální opory, zlepšení aktuální situace apod.
- **Coping zaměřený na udržení přijatelné subjektivní pohody:** cílem je uchování psychické rovnováhy, redukce negativních aspektů situace, problém není možné řešit, a proto je nutné zaujmout k situaci jiný postoj, např. smířit se s ní, změnit hodnocení, vyrovnat se s aktuálním emocionálním stavem apod.

Několik copingových strategií popsali ve svém výzkumu autoři Folkmanová, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis a Grün (1986) a rozdělili je do osmi různých kategorií:

1. **Konfrontační strategie** (např. vyjádření hněvu vůči člověku, který za daný problém může, výbuch vzteku)
2. **Distancování se od problému** (např. chování jakoby se nic nestalo, snaha nepřemýšlet tolik o daném problému, zapomenout na něj)

3. **Sebekontrola** (např. držet v sobě své pocity, neinformovat ostatní, jak moc špatná situace je)
4. **Hledání sociální opory** (např. promluvit si s někým, kdo o dané situaci něco ví nebo může udělat něco konkrétního, promluvit si o svých pocitech)
5. **Přijetí vlastní zodpovědnosti** (např. sebekritika, ponaučení)
6. **Útěk – vyhýbání se situaci** (např. situace sama odezní, doufání v zázrak, zlepšování nálady užitím drog, alkoholu, léků či jídlem)
7. **Plánované hledání řešení problému** (např. člověk ví, co má udělat a tak zvýší své úsilí s cílem dosáhnout řešení, vytvoření plánu akce, dalších kroků apod.)
8. **Pozitivní přehodnocení** (např. člověk získal z dané situace cenné zkušenosti, našel novou víru, objevil, co je pro něj v životě důležité, změnil se apod.)

Z výsledků výzkumu dále vyplynulo, že coping byl silně spojen s kognitivním ohodnocením: užité copingové strategie se různily v závislosti na tom, co bylo v sázce a jaké zdroje zvládnání byly k dispozici. Jejich užití bylo dále ovlivněno tím, zda se setkaly s úspěchem či neúspěchem. Tato zjištění vysvětlují funkční vztahy mezi hodnocením, copingovými proměnnými a výsledky užitých strategií ve stresové situaci (Folkman et al., 1986).

Strategie zvládnání, které v dané situaci použijeme, se odvíjí od našich zkušeností a také vrozených osobnostních vlastností. Jednou z nich je nezdolnost dle A. Antonovského, jejímž základem je osobnostní soudržnost neboli **sense of coherence**. Antonovsky upozornil na tři dimenze osobnosti, které se podílejí na odolnosti člověka vůči zátěžovým situacím: smysluplnost, srozumitelnost a zvládnutelnost situace. Pokud člověk zaujímá k situaci postoj se všemi třemi složkami, má větší naději na její zvládnutí (Antonovsky, 1979, in Křivohlavý, 2002). Další pojetí nezdolnosti popsala S. Kobasová s názvem **hardiness** neboli tvrdost, pevnost (Křivohlavý, 2002). Hardiness má taktéž tři dimenze, které zahrnují: chápání těžké situace jako výzvy (challenge), ochotu angažovat se v boji (commitment) a schopnost kontrolovat dění (control), (Kobasa, 1979). Třetím typem nezdolnosti je houževnatost neboli **resilience**. Jedná se o schopnost postavit se těžkostem a nevzdávat se, flexibilně pátrat po řešení problémů apod. (Křivohlavý, 2002).

Podle **teorie kognitivní adaptace** na nepříznivé životní situace hrají v procesu přizpůsobení ústřední roli vlastní přesvědčení o kontrole. Podle této teorie může udržování pocitu kontroly pomoci kompenzovat pocity bezmoci a distresu a tím vést k obnově celkového pocitu pohody (well-being). Dalšími důležitými komponentami adaptace jsou

hledání smyslu dané zkušenosti, pokus o znovuzískání kontroly nad situací a nad životem jednotlivce obecně a úsilí o obnovení sebeúcty pomocí sebepovzbuzování. Pokud jsou možnosti kontroly omezené, pak člověk hledá kontrolovatelné aspekty situace a uplatňuje svůj vliv v těchto oblastech (Taylor, 1983). Folkmanová (1984) doplňuje, že přesvědčení o kontrole ovlivňuje kognitivní ohodnocení a copingové chování. Obecné přesvědčení o kontrolovatelnosti výsledků může vést člověka k tomu, že konzistentně vnímá nejednoznačné situace jako zvládnutelnější a méně ohrožující než člověk, kterému toto přesvědčení chybí. **Obecné přesvědčení o kontrole** má dle autorky hlavní vliv na hodnocení situace a její následné řešení.

Budd a Pugh (1996) popsali tři kategorie copingových strategií, které jsou specifické pro pacienty s tinnitem. **Maladaptivní strategie** představují copingové strategie, které nevedou k přizpůsobení se tinnitu. Patří mezi ně představy o tom, jaké to je nemít tinnitus, neustálé sdělování ostatním, jak je tinnitus nepříjemný, zaposlouchání se do tinnitu, katastrofické myšlenky o následcích tinnitu apod. Mezi **efektivní strategie** patří např.: mluvit o sobě pozitivně, přepojování pozornosti a účast na aktivitách za účelem minimalizovat rušivost tinnitu. Poslední kategorií jsou **pasivní strategie**, do kterých autoři řadí pokusy uniknout tinnitu jeho maskováním, používání zvuků v pozadí a maskerů. Tyto tři specifické copingové strategie jsou podobné třem copingovým stylům, které lidé používají pro zvládání stresu: zaměřený na emoce (zaměření na negativní náladu, ventilování emocí), aktivní coping (soustředění se na řešení problému či jeho přehodnocení) a vyhýbání se stresorům.

Způsob vyrovnání se s tinnitem je dle Erlandssona (in Tyler, 2000) také do určité míry ovlivněn rozdíly mezi pohlavími. Dle autora je v klinické praxi důležité zohlednit genderové perspektivy a role. Například u žen se často můžeme setkat s pacientkami, které se celý dosavadní život staraly hlavně o druhé a nyní o tuto roli z jakéhokoliv důvodu přišly. Jinou stresující událostí bývá rozhodování mezi kariérou a rodinou. Pro muže je často obtížné řešit přímo a konstruktivně své emocionální problémy. Na rozdíl od žen mají muži tendenci častěji přehlížet své psychické zdraví. Jejich dalším problémem může být nedostatečná sociální opora.

Efektivní a pasivní strategie jsou často součástí léčby tinnitu, která je neodmyslitelnou součástí strategií jeho zvládání. Ačkoliv doposud neexistuje účinná léčba pro všechny, mají i tak pacienti s tinnitem několik možností, jak se svým tinnitem bojovat. Možnosti léčby jsou popsány v následující kapitole.

4. Léčba tinnitu

4.1. Přehled léčebných metod

Novák (2003) uvádí, že léčba tinnitu patří k největším problémům audiologie. Není totiž snadné určit příčinu tinnitu, což je důležité pro jeho léčbu. Většina odborníků se shoduje na tom, že by se k jeho léčbě mělo přistupovat multidisciplinárně dle individuálních potřeb každého pacienta.

V minulosti byla léčba tinnitu zaměřena především na **medikamenty**. I v současnosti jsou pacientům podávány vitamíny, vasodilatační léky, antihistaminika, diuretika či psychofarmaka - zejména anxiolytika, z nichž nejdůležitější jsou benzodiazepiny a antidepressiva. Doporučují se i některé čaje, ginkgo biloba aj. (Novák, 2003). Lockwood et al. (2002) ve svém článku uvádí, že mnoho léků může tinnitus způsobit, avšak i přes četné zkoušky není doposud lék, který by byl přímo indikován k jeho léčbě. Vliv antidepressiv v léčbě tinnitu, zvláště pak tricyklických, vysvětluje tím, že u pacientů s tinnitem je výskyt deprese relativně častý a tinnitus sám může být velice podobný syndromům bolesti, které jsou úspěšně léčeny právě těmito léky.

Některým pacientům může pomoci **rehabilitace krční páteře**. Pokud jejich tinnitus souvisí s postavením hlavy a krku, pak cíleně prováděná rehabilitace může vést k jeho vymizení či zmírnění. V akutním stádiu se často doporučuje **léčba infuzemi**, při které jsou prokrvovány vláskové buňky. Tak získávají větší množství kyslíku a výživných látek. Předpokladem je, že se takto samy obnoví. Jinou léčebnou metodou, vedoucí ke zvýšení okysličení krve je hyperbarická kyslíková terapie neboli **hyperbaroxie**, která se stejně jako léčba infuzemi doporučuje lidem v akutním stádiu. Metoda spočívá v inhalačním podávání kyslíku za podmínek zvýšeného atmosférického tlaku, při kterém dochází k plnému dosycení hemoglobinu kyslíkem (Thora, & Goebel, 2006).

Určitou úlevu mohou pacientům poskytnout i **sluchadla a kochleární implantáty**, ale obvykle se indikují k léčbě nedoslýchavosti, nikoliv k léčbě tinnitu (Lockwood et al., 2002). Poměrně často vyhledávaným typem léčby je **léčba nízko výkonným laserem**, která se v Evropě používá již přes 20 let. Princip této léčby tkví v tom, že laserová energie proniká do tkání vnitřního ucha a stimuluje energetická centra buněk (mitochondrie). Buňky začnou produkovat více energie s větším množstvím látek, které jsou pro ně nepostradatelné. Díky tomu je možné zastavit degenerativní procesy a obnovit fyziologický stav a funkci buněk. Existují řady studií, které efekt laserterapie potvrzují, ale také řady těch, které ho pokládají za nevýznamný (PRO-AUDIO, s r. o., 2006).

Ačkoliv jsou zprávy o zlepšení tinnitu po mikrovaskulární dekompresi sluchového nervu, neboli oddělení cévy stlačující nerv, použití chirurgických zákroků včetně nervové transekcce (přerušení nervu) zůstává sporné (Lockwood et al., 2002). V posledních letech se zkoumají nové druhy léčby zaměřené na mozkovou aktivitu, které vycházejí z nejnovějších poznatků na poli neurověd. Jednou z nich je léčebná metoda známá spíše z oblasti psychiatrie – **repetitivní transkraniální magnetická stimulace**, která aplikací silných magnetických polí do mozku pomocí cívky, umístěné na hlavě pacienta, moduluje mozkovou aktivitu. Je zaměřená především na zvýšenou aktivitu neuronů ve sluchové kůře. Poslední dobou se však začíná zkoumat efekt jejího působení i na jiné oblasti mozku, podílející se na tinnitu (Lehner, Schecklemann, & Langguth, 2012). Nověji zkoumanou invazivní metodou je **stimulace bloudivého nervu**. Jejím cílem je pomocí stimulace bloudivého nervu a současným poslechem určitého zvuku snížit abnormální aktivitu neuronů ve sluchové kůře tím, že se mozek pacienta soustředí na zvuk, který mu je prezentován ve sluchátkách. Těchto změn dosáhli vědci ve výzkumu s potkany. Zavedení tohoto výzkumu do klinické praxe je tak zatím na začátku. (Rosellini, Curnes, & Engineer, 2012).

Čím dál populárnější léčbou je **Tinnitus Retraining Therapy**, která funguje na principu habituace. Některé výzkumy dokazují účinnost také metody **biofeedbacku**, která je zaměřená na bludný kruh stresové reakce. Podstatnou částí léčby tinnitu je **psychoterapie**, zaměřující se na pacientovo myšlení a chování. Těmto léčebným metodám se věnují samostatně v následujících podkapitolách.

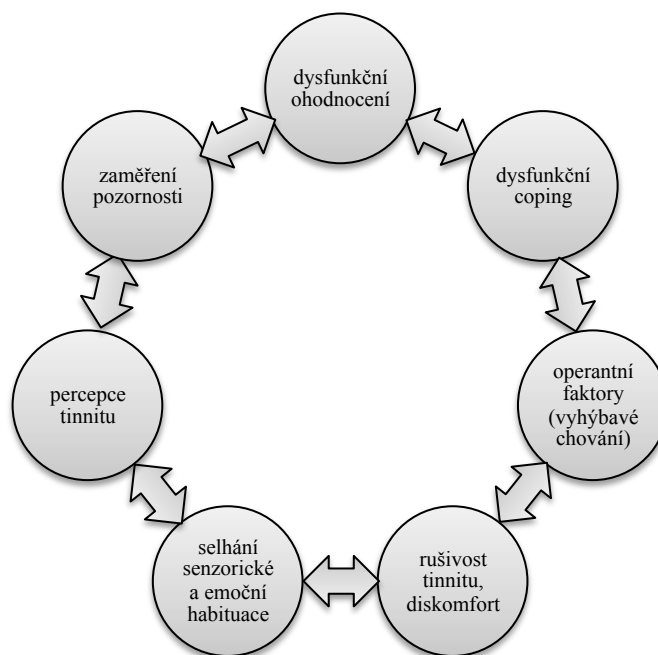
4.2. Tinnitus Retraining Therapy

K dosažení kontroly nad tinnitem se v terapii mohou využít dvě podstatné vlastnosti mozku: plasticita a schopnost habituace různorodých stimulů. Pojem plasticita označuje tvárnost mozku prostřednictvím stimulací nebo deaktivací určitých mozkových struktur. Tento proces probíhá na základě naší schopnosti učit se a vede ke změnám synaptických spojení mezi neurony v průběhu celého života člověka (Grawe, 2007). Tato vlastnost může být využita k usnadnění habituace tinnitu tím, že se spoje mezi sluchovým systémem a limbickým a autonomním nervovým systémem reorganizují přeučením. Tak se může předejít aktivaci těchto systémů. Pokud tuto aktivaci zablokujeme, pak i přesto, že je tinnitus vnímán, nezpůsobí žádnou reakci a tím ani stres. Příkladem může být pacient, který zvuk tinnitu vnímá stejně jako zvuk ledničky. Je snadno ignorován a tak se pacient

může věnovat jiným věcem. Pouhá habituace reakcí na tinnitus by však nebyla dostačující pro pacientův návrat do běžného života. Je zapotřebí habituovat i percepci tinnitu tím, že se zabrání neuronální aktivitě a tak i aktivaci korové oblasti. Signál tinnitu se „vyfiltruje“ na úroveň podvědomí – tak si ho pacient nebude uvědomovat, pokud k němu nezaměří pozornost. Existuje několik metod, jak habituace tinnitu dosáhnout. Tou nejznámější je Tinnitus Retraining Therapy (Jastreboff, in Tyler, 2000).

Léčebná metoda s názvem **Tinnitus Retraining Therapy (TRT)** je založena na spolupráci týmu lékařů, audiologů a psychologů, a trvá obvykle jeden a půl roku. Vychází z neurofyziologického modelu tinnitu Jastreboffa, který byl popsán v první kapitole. Základním kamenem TRT je habituace, která si klade za cíl změnit mechanismy, které převádějí signál ze sluchového k limbickému a autonomnímu nervovému systému, a tím odstranit reakce indukované tinnitem (Jastreboff, 1999). „*Šelest je jedním z podnětů, který nemůže jedinec habituovat. Je to dáno tím, že pacient nemůže určit, co generuje šelest, a proto jej sleduje. V této situaci šelest vyvolá emoční labilitu, působí jako stres a pacient vyhledává léčbu,*“ (Novák, 2003, 295). Proces habituace vyžaduje přibližně 12 měsíců a pacientům se doporučuje pokračovat ještě dalších 6 měsíců, aby bylo zajištěno, že se dosáhlo plastických změn v mozku (Korres et al., 2010).

Jastreboffův model vychází z modelu bludného kruhu, který již dříve popsal Hallam (in Kroener-Herwig et al., 2000). Znázorňuje interakci různých faktorů, které vytvářejí a udržují nepříjemnosti a diskomfort spojený s tinnitem (obr. č. 4). Jastreboff do tohoto modelu integroval periferní i centrální sluchové a psychické procesy.



Obr. č. 4. - Model bludného kruhu tinnitu dle Hallama (in Kroener-Herwig et al., 2000)

TRT zahrnuje dvě složky - poradenství a působení zvukového generátoru. Poradenství pomáhá změnit pacientův způsob vnímání tinnitu. Pacient získává základní znalosti o sluchovém systému a jeho funkcích, mechanismech vzniku tinnitu a o problémech způsobených tinnitem. Opakování těchto znalostí v navazujících návštěvách lékaře pomáhá pacientovi v tom, aby tinnitus přestal vnímat jako něco nebezpečného (Jastreboff, 1999). Druhou složkou TRT je zvuková terapie (neboli maskování tinnitu), zprostředkovaná působením generátoru zvuku, která si klade za cíl snížit zvukový kontrast mezi tinnitem a tichým prostředím, což vede ke snížení vnímání tinnitu (Korres et al., 2010). Pokud pacient slyší v pozadí jiné zvuky nízké hlasitosti, může být tinnitus méně nápadný, což pomáhá při jeho habituaci. Dle Jastreboffa ale nesmí jakýkoliv zevní zvuk (včetně generátorů) přesáhnout hlasitost tinnitu, jelikož by tak mohl být narušen proces habituace. Pacient by měl být několik hodin denně vystaven šumu nepatrné intenzity, který vede ke zlepšení koncentrace v každodenních činnostech (Jastreboff, in Tyler, 2000).

Generátory zvuků používané u této léčby jsou buď nositelná nebo nenositelná zařízení, u kterých si pacient může vybrat také typ zvuku, který uslyší. Z nenositelných zařízení jsou to většinou přístroje, které si pacient může umístit kamkoliv na svém pracovišti či doma. Nositelné generátory zvuku mají podobu sluchadla s tím rozdílem, že

produkují zvuk. Obvykle tento zvuk slyší pouze pacient. Tak může být toto zařízení využíváno kdykoliv je potřeba. Někteří lidé nachází úlevu v poslechu širokopásmového hluku, který je již několik let používán při léčbě tinnitu. Dnešní zařízení umožňují měnit spektrum a kvalitu hluku, což může výrazně zpříjemnit jeho poslech a zvýšit jeho účinnost. Po mnoho let je k relaxaci využívána hudba, která může mimo jiné usnadnit relaxaci, poskytnout rozptýlení a pomoci při usínání. Pro pacienty s tinnitem je vhodná jemná instrumentální hudba s mírným tempem (Jin Jun, Rojas-Roncancio, & Tyler, 2012).

4.3. Biofeedback

Biofeedback neboli zpětná biologická vazba je terapeutický postup klasifikovaný jako součást behaviorální medicíny. Stejně jako jiné metody behaviorální medicíny je i biofeedback objektivní a standardizovaná metoda. I přesto, že se zabývá psychosociální povahou nemoci, je tato metoda určena k vyvolávání změn u somatických symptomů prostřednictvím seberegulace autonomního nervového systému. Při biofeedbacku se člověk učí kontrolovat fyziologické procesy spojené se stresovou reakcí. Přístroje, které fyziologické projevy měří, monitorují změny v těchto procesech a informují o nich jedince vizuální či auditivní formou. Cílem této metody je redukovat symptomy tím, že člověk zmírní stres či tenzi a zlepší svou schopnost zvládat tyto reakce i přes přítomnost nemoci (Young, in Tyler, 2000).

Pro poskytnutí zpětné vazby můžeme využívat: elektromyograf, elektroencefalograf, měření elektrodermální aktivity, tepové frekvence, krevního tlaku, respirace a teploty kůže. Terapeut zde vystupuje v roli kouče nebo trenéra, který získává informace z uvedených přístrojů. Jeho úkolem je pomoci klientovi používat naučené techniky zklidnění a zvládnání stresu v běžném životě. Cvičení během terapeutických sezení by měly podpořit relaxační techniky jako je autogenní trénink či progresivní svalová relaxace (Young, in Tyler, 2000). Tak jako u jiných chronických onemocnění, kde může být stres následkem i příčinou, tak i u tinnitu se může vytvořit bludný kruh „stres - symptom - stres“. Cílem biofeedbacku je narušit tento kruh tím, že pacient změní svou reakci na tinnitus a jiné stresové faktory ve svém okolí. Terapeut mu také vysvětlí mechanismus tohoto bludného kruhu, což může podpořit motivaci k lepšímu výkonu a k léčbě. Mezi účinné faktory biofeedbacku v léčbě tinnitu by mohly patřit:

- **Rozptýlení:** pacient se soustředí na svůj dech, myšlenky či jiné interní stimuly, tím se sníží pozornost vůči tinnitu a zvýší se schopnost jeho zvládnání

- **Habituaace:** probíhá na základě opakovaného párování tinnitu s relaxací, která má nahradit stresovou reakci
- **Kognitivní změny:** zahrnující nadějně očekávání změny a redukce negativních myšlenek, vyvolávajících bezmoc a beznaděj (Young, in Tyler, 2000).

Uvedené změny pak mohou vést ke zlepšení spánku, koncentrace, k redukci svalového napětí apod.

4.4. Psychoterapie

Do multidisciplinárního přístupu léčby tinnitu se řadí také psychoterapie. Nejvíce výzkumů týkajících se efektu psychoterapie u pacientů s tinnitem se zaměřilo na kognitivně behaviorální směr. Tento fakt odpovídá doposud zjištěným poznatkům o psychofyziologickém a neuropsychologickém základu tinnitu. Výzkumy dokládají, že oblasti mozku odpovídající za pozornost a emoce jsou spojeny s aktivitou tinnitu (Mirz et al., 1999; in Andersson, 2002). Tomu odpovídají také nejčastější problémy, které jsou s tinnitem spojeny - deprese, úzkost, poruchy pozornosti, koncentrace, spánku – to vše spadá do hledáčku **kognitivně behaviorální terapie (KBT)**.

Wilson a Henry (in Tyler, 2000) uvádějí stručný přehled technik KBT, které se používají v léčbě tinnitu: nácvik relaxace, kognitivní terapie, kontrola pozornosti a nácvik imaginace (vstřebat tinnitus do představy, např. do zvuku vodopádu).

Mezi nejkoumanější oblasti terapie tinnitu patří **relaxace**. Existuje několik forem jejího nácviku. Nejčastěji používanou metodou je progresivní svalová relaxace. V rámci této metody je pacientovi ukázáno, jak snížit svalové napětí díky sériím strukturovaných cvičení, během kterých ho terapeut instruuje, jak postupně napínat a uvolňovat různé skupiny svalů. Zpočátku je pacient veden k mírnému napětí, aby mohl zřetelně a snadněji odlišit daný sval od ostatních a aby se naučil rozlišovat mezi napětím a uvolněním. Podstatnou částí nácviku relaxace je pak každodenní domácí trénink. Pacienti jsou povzbuzováni tím, že mají na relaxaci pohlížet jako na dovednost, kterou je zapotřebí denně praktikovat, aby si ji osvojili. Cílem je pomoci klientovi dosáhnout relaxovaného stavu za velmi krátkou dobu, skoro automaticky jako odpověď na pocit sebemenší tenze. Relaxační techniky mohou být užitečné při pomoci lidem naučit se způsob, jak se vyrovnat s tenzí a úzkostí způsobenými tinnitem, či v redukci jejich reaktivity na jiné zdroje stresu.

A jelikož stres může tinnitus zhoršit či zesílit, dá se předpokládat, že redukce míry stresu by mohla vést k redukcí rušivosti tinnitu (Wilson, & Henry, in Tyler, 2000).

Důležitou složkou kognitivně behaviorální terapie tinnitu je **kognitivní terapie**, která se zaměřuje na změnu kognitivních zkraslení, tedy nepřesných či zkraslených obsahů myšlenek. Je třeba rozlišovat mezi obsahem myšlení a jeho funkcí. Obsah myšlení odpovídá tomu, na co člověk myslí, představám, různým scénářům apod., kdežto funkce myšlení se týká důvodu, proč člověk takto myslí, za jakým účelem a jaké jsou důsledky tohoto myšlení (Framer, & Chapman, 2008).

Wilson a Henry (in Tyler, 2000) popisují dva odlišné typy kognitivní terapie. Jeden typ pracuje na pacientově kontrole pozornosti (např. imaginace a zaměřování pozornosti). Druhý typ pracuje na změně myšlenkových obsahů (kognitivní restrukturalizace). Cílem obou forem je naučit pacienta mít kognitivní procesy pod kontrolou. Podle kognitivní teorie Becka (1979) jsou emoce a chování člověka ovlivněny tím, jak danou situaci vyhodnotí. Způsob vyhodnocení situace pak závisí na postojích a schématech, které si vytvořil díky dřívějším zkušenostem. Kognitivní terapie se soustředí na detailní prozkoumávání obsahů myšlenek. Pokud jsou tyto obsahy nepřesné či zkraslené, pak jsou zpochybněny a nahrazeny konstruktivnějšími.

KBT pro pacienty s tinnitem

Pacienti s tinnitem často slýchávají, že se s tinnitem musí naučit žít. Takové sdělení samo o sobě však nic nezmění. Naopak může danou situaci ještě zhoršit. Aby se člověk mohl opravdu naučit žít se šelesty v uších, je dle KBT zapotřebí změnit myšlení a chování. Tato změna vyžaduje systematickou práci, kterou Sweetow (in Tyler, 2000) rozděluje do několika základních kroků.

Prvním úkolem terapeuta a pacienta je *definování problému*, aby spolu mohli vytvořit terapeutický plán. Je důležité znát pacientem předem vytvořená přesvědčení týkající se následků jeho neschopnosti vypořádat se s tinnitem, získat informace o počátcích problému, potencionálních příčinách, o charakteru tinnitu a o tom, jak pacient svůj tinnitus vnímá a jak se s ním vypořádává na kognitivní a behaviorální úrovni. Dotazníky a rozhovory vedené s pacientem by se měly zaměřit na *chování ovlivněné tinnitem* a na momentálně využívané *strategie zvládání* s ním spojených nepříjemností. Terapeut se zaměřuje hlavně na *maladaptivní strategie a aktuálně přítomné kognitivní zkraslení*. Kognitivní zkraslení zahrnuje myšlenky přehnané, zkraslené, chybné či nereálné, které vedou k nepochopitelným reakcím. Jedná se např. o myšlení „vše nebo nic“, jehož

příkladem může být přesvědčení typu: Ano, můj tinnitus mě už neruší tak moc jako dřív, ale stále ho slyším, takže ho nelze akceptovat. Pacient může vinit tinnitus za různé situace, např. že mu tinnitus způsobuje deprese. Je důležité, aby pochopil, že tinnitus sám o sobě nemá moc k tomu vytvářet takové situace.

Terapeut dále vede klienta k tomu, aby vytvořil alternativní *myšlenky, chování a strategie*, které nahradí maladaptivní strategie a kognitivní zkreslení. Burns (1999) navrhl přehledný způsob, jak může pacient identifikovat a modifikovat své maladaptivní myšlenky, chování a strategie. Příkladem je třísloupcová tabulka, do které si pacient zaznamenává své myšlenky. Dělí se na: specifické situace, které chce změnit, negativní, maladaptivní kognitivní zkreslení a alternativní, racionální myšlenky. Příklad takového rozdělení je znázorněn v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 - Tabulka pro zaznamenávání dysfunkčních myšlenek dle Burnse (1999)

Situace	Kognitivní zkreslení	Racionální myšlení
Vzbudím se a slyším tinnitus. To znamená, že budu mít špatný den.	Unáhlené závěry. Myšlení - všechno nebo nic	Svůj den ovlivním já sám tím, co budu dělat. Nikoliv fakt, že slyším tinnitus.

Při *stanovování pacientových cílů* je důležité se ujistit, že jsou reálné. Jako první by si měl pacient vytyčit ty lehce dosažitelné. Dalšími úkoly terapeuta je pravidelně posuzovat úspěch či neúspěch copingových strategií a zpochybňovat nepodložené výroky typu: „Nikdy nebudu schopen to dokázat“. Pro *udržení pozitivních změn* je nutné povzbuzovat pacienta během terapie k aktivitě a vést ho k odpovědnosti za dosažené změny (Sweetow, in Tyler, 2000).

Vědecký základ KBT umožňuje zkoumat efektivitu této terapie lépe než účinnost jiných psychoterapeutických směrů. Její uplatnění v terapii tinnitu tak odůvodňuje několik doposud provedených výzkumů, které potvrzují její účinnost při podpoře zvládnání nepříjemností spojených s tinnitem. Tyto výzkumy budou uvedeny v následující kapitole.

5. Dosavadní výzkumy

Poslední kapitola teoretické části se věnuje dosavadním výzkumům, týkajícím se subjektivního prožívání tinnitu, copingových strategií a léčebných metod, které se zaměřují právě na zvládání a přizpůsobení se tinnitu. Tak jako u širokého spektra chronických onemocnění, ani u tinnitu se nezdá, že by přizpůsobení se mu bylo úzce vázáno k jeho vážnosti a intenzitě. Zdá se, že jeho zvládání je ovlivněno širokým spektrem psychologických faktorů. Na tyto faktory se zaměřilo i několik výzkumů.

Tak například studie autorů Vollmanna, Kalkouskayana, Langgutha a Scharlooa (2012) se zabývá tím, do jaké míry jsou psychologické faktory, jako je **subjektivní vnímání nemoci** a **pozitivní či negativní sebeinstruktáž**, spojeny s mírou nepříjemností spojených s tinnitem. Sebeinstruktáž je proces, kdy člověk v bdělém stavu sleduje své vlastní myšlenky, přání, pocity a chování. Pokud se snaží dospět k nějakému rozhodnutí a zvažuje různé možnosti a plány, často mluví sám se sebou. Při sebeinstruktáži člověk říká sám sobě, co má dělat, dává si instrukce, které ho mají dovést k určitému cíli. Může mít podobu sebepovzbuzování i sebekritiky, ale i vyhýbavého chování, kterým lidé reagují na nepříjemné situace (Beck, 2005).

Autoři vycházejí z předpokladu, že autoplastický obraz nemoci pacienta ovlivňuje jeho copingové strategie, které mají zpětně vliv na přizpůsobení se nemoci. Studie se zúčastnilo 118 pacientů s chronickým tinnitem, kteří vyplnili dotazníky pro zhodnocení subjektivních představ o nemoci, pozitivních a negativních sebeinstrukcí, a nepříjemností spojených s tinnitem. Výsledky ukázaly řadu významných asociací mezi autoplastickým obrazem onemocnění a problémy, spojenými s tinnitem. Očekávání silně negativních následků, nízká úroveň porozumění tinnitu a časté emocionální stížnosti jsou spojené s vyšší úrovní psychického distresu. Tyto procesy pak v důsledku podporují využívání negativních sebeřídících instrukcí, které zpětně brání přizpůsobení se tinnitu. Podle autorů by se tak psychologická léčba měla zaměřit především na autoplastický obraz onemocnění, negativní myšlenky a katastrofizace (Vollmann et al., 2012).

Výzkum autorů Siroise, Davise a Morgana (2006) se zaměřil na vztahy mezi: třemi typy **vnímané kontroly**, vážností tinnitu a dvěma výsledky adaptace – depresivními symptomy a psychickou pohodou. V souladu s předchozími poznatky autoři předpokládají, že lepší adaptace způsobená vnímanou kontrolou bude záviset nejen na úrovni závažnosti symptomu, ale také na typu kontroly. Ve své studii zkoumali obecnou kontrolu nad zdravím, kontrolu nad symptomy a retrospektivní kontrolu.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 319 lidí s tinnitem. Ti, kteří lépe zvládali svůj tinnitus, byli přesvědčeni, že dokážou kontrolovat své zdraví a zejména svůj tinnitus. V souladu s předchozími výzkumy byly obecná míra zdraví a kontrola nad symptomy spojené s lepším psychickým přizpůsobením, zatímco retrospektivní kontrola byla spojena s horším psychickým přizpůsobením. Pouze kontrola symptomů se ukázala jako signifikantní faktor, který může měnit vztah mezi závažností symptomů a přizpůsobením se. Výsledky naznačují, že vnímání kontroly nad symptomy může být efektivním zdrojem copingu u chronicky nemocných (Sirois et al., 2006).

Studii zaměřenou přímo na *copingové strategie* pacientů s tinnitem provedli autoři Budd a Pugh (1996). Ve svém výzkumu se 108 pacienty s tinnitem zkoumali vztah mezi copingovými strategiemi, závažností tinnitu a emočním distresem. Vytvořili dotazník Tinnitus Coping Style Questionnaire (TCSQ) měřící frekvenci, s jakou pacienti používají různé copingové strategie specifické pro tinnitus. Jak již bylo zmíněno dříve, rozdělují tyto strategie do tří kategorií: maladaptivní, efektivní a pasivní. Tyto kategorie odpovídají strategiím, které lidé využívají při řešení problémů. (Budd, & Pugh, 1996).

Lidé využívající *maladaptivní strategie* popisovali, že se pokouší utéct od tinnitu tím, že jdou spát a vyhýbají se sociálním situacím. Často přes den sní o životě bez tinnitu, modlí se, aby tinnitus zmizel a mají obavy, aby jim nezpůsobil nervové zhroucení. Do této kategorie autoři zařadili i *pasivní strategie* zahrnující únik od tinnitu jeho maskováním jinými zvuky v pozadí či relaxací. Tyto strategie signifikantně korelovaly se zvýšenou závažností tinnitu, úzkostí a depresí (Budd, & Pugh, 1996).

Efektivní strategie využívají pacienti, kteří tinnitus akceptují a ovládají širokou škálu adaptivních copingových strategií, mezi které patří např. mluvit pozitivně sám o sobě, dodávat si odvalu, rozptýlení, přepojování pozornosti. Tito pacienti také zaznamenali širší spektrum denních aktivit a koníčků, aby se rozptýlili. Z výsledků však vyplynulo, že tyto strategie nekorelují se sníženou mírou závažnosti tinnitu či nižší mírou emočního distresu, jak se dalo očekávat. Tento výsledek je překvapující zvláště proto, že většina těchto strategií představuje důležitou komponentu kognitivně behaviorálních intervencí pro tinnitus. Jako důvod se nabízí fakt, že pouhé využití těchto strategií nemusí nutně znamenat, že budou úspěšné. Někteří pacienti se mohou stát obsesivními užíváním těchto strategií a tak znemožnit adaptaci na tinnitus (Budd, & Pugh, 1996).

Zařazení strategií jako je používání maskerů nebo relaxační techniky do kategorie „maladaptivní“ se zdá být sporné, jelikož bývají součástí psychologických intervencí pro tinnitus. V tomto případě je však na tyto aktivity pohlíženo jako na strategie, které sice

pomáhají redukovat distres způsobený tinnitem tím, že pacientům pomůže utéct od zvuků, avšak z dlouhodobé perspektivy to může zabránit procesu přizpůsobení (Budd, & Pugh, 1996). Podle Jastreboffa (in Tyler, 2000) nedochází k habituaci pouze v případě, že je maskovací zvuk vyšší intenzity než tinnitus. Zvuk ho v takovém případě přehluší, ale po jeho vypnutí může být tinnitus ještě intenzivnější. Andersson (2002) pak ve svém souhrnu o KBT v léčbě tinnitu zmiňuje možnou účinnost postupné *expoziční* obávaným situacím jako je vystavování se tichu, kdy bývá tinnitus nejintenzivnější. Tato expoziční by dle autora mohla posílit habituaci tinnitu.

I přesto, že v předchozím výzkumu nebyl prokázán vztah mezi efektivními copingovými strategiemi a nižší mírou distresu a intenzity tinnitu, dosavadní výzkumy vypovídají o účinnosti *KBT* v léčbě těchto symptomů. Jednou z jejích komponent je nácvik *relaxace*, která se zdá být účinná v redukci stresu. Omezenou účinnost má v případě, že je použita jako jediná psychologická intervence. (Wilson, & Henry, in Tyler, 2000). Stejný názor zastává Andersson (2002), který tvrdí, že relaxační techniky nejsou příliš efektivní, pokud nejsou v kombinaci s jinými prvky léčby, jako je např. kognitivní terapie. Jako další úskalí relaxačních metod spatřuje v tom, že někteří pacienti mohou během těchto technik vnímat tinnitus jako silnější a tím pádem více obtěžující. Jiné výsledky však ukázala studie Webera et al. (2002), která zkoumala vliv relaxace na psychometrické a imunologické parametry u pacientů s tinnitem. Po desetitýdenním nácviku relaxace došlo u pacientů s chronickým tinnitem k signifikantní redukci distresu, úzkostné a depresivní symptomatiky a rušivosti tinnitu ve srovnání s kontrolními skupinami. Taktéž došlo ke změně v imunologické reakci snížením cytokinů spojených se stresovou reakcí.

Jedním z nejnovějších výzkumů týkajících se efektu psychoterapie v léčbě tinnitu je studie, kterou realizovali Zenner et al. (2013). Ve svém výzkumu se zaměřili na účinnost kognitivně behaviorální terapie u 286 pacientů s tinnitem. 166 pacientů bylo zařazeno do experimentální skupiny a 120 pacientů do kontrolní skupiny. Pacienti na začátku výzkumu vyplnili tři validizované sebesposuzovací škály, měřící emoční a kognitivní distres, potíže spojené s tinnitem, jeho hlasitost a rušivost. Léčbu tvořila KBT specificky strukturovaná pro tinnitus. Každá intervence byla provedena na základě individuálních potřeb pacienta. Intervenční procedury zahrnovaly např. diskuzi o subjektivní představě onemocnění, plánování KBT, svalové relaxace, terapie komorbidit (např. nácvik spánku), odvádění pozornosti pomocí imaginace či pacientových vlastních pozitivních představ, řešení stresových situací, prevenci relapsu apod. Po ukončení léčby bylo zaznamenáno statisticky významné zlepšení symptomů tinnitu u pacientů z experimentální skupiny,

nikoliv u kontrolní. Po rozdělení pacientů na dvě další podskupiny neukázala regresní analýza žádný signifikantní vliv délky trvání tinnitu na výsledné skóry. Naopak vliv na zlepšení skóre měla délka terapie - čím déle trvala, tím lepší byly výsledky. Předmětem kritiky mohou být použité metody měření v tomto výzkumu. Objektivní metody však stále nejsou k dispozici a měření terapeutické úspěšnosti založené na sebeposuzovací škále je tak jediný možný způsob. Již byly navrženy škály pro tinnitus, které jsou analogické k těm pro měření bolesti. Zatím však nebyly validizovány pro hodnocení subjektivní hlasitosti a rušivosti tinnitu (Zenner et al., 2013).

Andersson a Lyttkens (1999) publikovali meta-analýzu psychologické léčby tinnitu. Zaměřili se na 18 studií zkoumajících vliv kognitivní / kognitivně-behaviorální terapie, relaxace, hypnózy, biofeedbacku, edukačních sezení a řešení problémů na vnímanou hlasitost tinnitu, rušivost, negativní emoce a problémy se spánkem. Analýzy odhalily, že KBT byla efektivnější než ostatní psychologické metody léčby v hodnocení rušivosti tinnitu v kontrolovaných studiích.

Výzkumy zaměřené na účinnost **biofeedbacku** v léčbě tinnitu za posledních 20 let celkově vypovídají o pozitivním efektu. Tak například autoři Heinecke, Weise a Rief (2008) provedli výzkum, zabývající se psychofyziologickým efektem biofeedbacku v léčbě tinnitu, kterého se zúčastnilo celkem 130 pacientů. Terapeutický program byl tvořen patnácti sezeními KBT v kombinaci s biofeedbackem. U pacientů se měřily různé svalové oblasti hlavy a krku, a úroveň vodivosti kůže. Výsledky ukázaly, že terapeutický postup kombinující KBT a biofeedback je vysoce účinný v redukci psychofyziologické aktivity.

Co se týče edukace, výzkumy zaměřené na účinnost léčby **Tinnitus Retraining Therapy** ukazují na pozitivní výsledky této terapie. Potvrzuje se tak důležitost zaměření léčby na proces habituace, která může být usnadněna právě formou edukace pacienta o mechanismech vzniku a udržování rušivosti a nepříjemností spojených s tinnitem. Tak např. Korres et al. (2010) provedli v Řecku studii, ve které srovnávali 63 pacientů s tinnitem, rozdělených do dvou skupin: experimentální skupina, která podstoupila roční TRT, a kontrolní skupina, která TRT odmítla a místo ní užívala vazoaktiva. U všech pacientů byla na začátku studie přítomna zhoršená kvalita spánku, problémy v práci, s relaxací a koncentrací. Výsledky výzkumu ukázaly, že TRT sice není schopna vyléčit a odstranit tinnitus, ale výrazně redukuje obtíže s ním spojené a zlepšuje schopnost pacientů pracovat, spát, odpočívat a soustředit se.

Výzkumná část

6. Předmět výzkumu a výzkumné otázky

Výzkum popsany v praktické části diplomové práce je zaměřen na populaci lidí trpících tinnitem, který se stává stále častějším problémem sužujícím moderní společnost díky zrychlování životního stylu (Novotný, Hahn, Boleloucký, & Vaverková, 1997). Jde o rozšířený symptom, který postihuje zhruba každého druhého člověka v důchodovém věku a čím dál častěji se vyskytuje u mladší populace. Tinnitus je po bolestech hlavy a závratích třetím nejčastějším symptomem, s nímž přicházejí pacienti za lékařem (Kulka, 2007).

V teoretické části jsem se pokusila nastínit složitou problematiku tohoto fenoménu. Z dosavadních výzkumů je patrné, že je tinnitus často spojen s problémy v psychosociální oblasti. Jeho příčina zůstává nejasná a mnohdy se tito pacienti setkávají s nepochopením ze strany svých blízkých i zdravotnických pracovníků. Svým výzkumem bych chtěla přiblížit problematiku tinnitu a vyvrátit mýtus, že je tinnitus „pouze“ pískání v uších. Za touto diagnózou se v mnoha případech skrývají psychické potíže, které mohou výrazně narušit každodenní život pacienta.

Cílem mého výzkumu je rozšířit povědomí o psychickém prožívání pacientů s tinnitem a o způsobech jeho zvládnání. Snažila jsem se tuto problematiku zachytit v její komplexnosti. Proto jsem se zaměřila na jejich subjektivní prožívání, nejčastější problémy, které s tinnitem souvisí, na příčinu tinnitu, jejich zkušenosti s léčbou a především na strategie či rituály, které jim pomáhají v každodenním životě.

Abych dosáhla vytyčených cílů, stanovila jsem si tyto výzkumné otázky:

1. Jaký je nejčastější charakter tinnitu u účastníků výzkumu?
2. Co tinnitus zhoršuje?
3. U kolika pacientů se vyskytla stresová reakce na tinnitus?
4. Jak moc jsou pacienti s tinnitem závislí na lékařské péči?
5. Jak jsou pacienti aktivní v hledání informací o tinnitu?
6. Jakou vyzkoušenou léčbu pacienti hodnotí jako účinnou? A pokud se nejedná o léčbu, tak co jim zatím nejvíce pomohlo?
7. Kolik pacientů vyhledalo i alternativní léčebné přístupy?
8. Kolik pacientů vyhledalo psychologickou či psychiatrickou léčbu?

9. Jaké jsou příčiny tinnitu u participantů výzkumu? Jak často je příčina tinnitu spojená se stresem?
10. Jaké problémy jsou s tinnitem nejčastěji spojeny?
11. Narušuje nebo narušoval někdy tinnitus každodenní život pacientů?
12. Jaké copingové strategie pacienti nejčastěji využívají?
13. Kolik pacientů má pocit, že mají svůj tinnitus pod kontrolou?
14. Kolik pacientů může říct, že se s tinnitem sžili?
15. Kolik pacientů může říct, že s sebou tinnitus přinesl i nějaká pozitiva?
16. Jak pacienti vnímají svou budoucnost?
17. Existují rozdíly mezi muži a ženami v subjektivním prožívání tinnitu a způsobech jeho zvládnutí? A pokud ano, tak jaké?

7. Metodologický rámec a realizace výzkumu

7.1. Metodologický rámec

Abych zmapovala výzkumný problém v jeho celistvosti, zvolila jsem kvalitativní přístup. Jedná se o případovou studii skupiny, jelikož právě tento typ výzkumu umožňuje zdůraznit komplexnost a popsat souvislosti mezi faktory v kontextu daného případu (Miovský, 2006). Metodou získávání dat byl polostrukturovaný rozhovor, který jsem pro tento výzkum vytvořila. Jeho vzor je přidán do příloh, které se nachází na konci diplomové práce. Polostrukturovaný rozhovor jsem zvolila především pro jeho flexibilitu. Pořadí okruhů, na který se výzkum zaměřuje, může být během tohoto typu rozhovoru zaměňováno. To umožňuje výtěžit z rozhovoru více informací. Dalším důvodem byla možnost pokládat doplňující otázky a případně nechat iniciativu na participantech výzkumu.

7.2. Průběh výzkumu

O problematiku tinnitu jsem se ve větší míře začala zajímat již ve druhém ročníku, kdy jsem se měla rozhodnout, jakým tématem se budu zabývat v postupové práci. Samozřejmě jsem o tom mluvila i doma, kde jsme s mojí matkou, ORL a foniatrem, začaly vést dlouhé diskuze o pacientech s tinnitem a těžkostech, se kterými se musí vyrovnávat. V postupové práci jsem se pak zabývala výskytem depresivní a úzkostné symptomatiky u těchto pacientů. Poté, co jsem svým výzkumem potvrdila vyšší výskyt těchto symptomů u tinnitu, chtěla jsem se dále zabývat tím, jak se s těmito problémy pacienti vyrovnávají. Zkontaktovala jsem PhDr. Mgr. Romana Procházku, PhD., který souhlasil s vedením mé diplomové práce a doporučil mi zvolit kvalitativní typ výzkumu. Následně jsem vytvořila polostrukturovaný rozhovor, jehož otázky jsem po konzultaci s vedoucím práce koncipovala především dle struktury autoplastického obrazu onemocnění. Setkávání s pacienty byla realizována v ordinaci mé matky, MUDr. Zuzany Veldové. Pacientům byl zaslán informační email, ve které jsem představila svou diplomovou práci a požádala je o účast na výzkumu. Pacienti byli povětšinou více než ochotní, za což jim patří můj veliký dík. Realizace rozhovorů trvala celkem 4 měsíce. Po ukončení rozhovorů následovala jejich transkripce do MS Word, kterou jsem prováděla sama. Po přepsání rozhovorů jsem začala s jejich kódováním. Pro tento účel jsem vytvořila přehlednou tabulku v MS Excel, kde jsem postupně analyzovala data a odpovídala na jednotlivé výzkumné otázky.

7.3. Průběh rozhovoru

Nespornou výhodou byla možnost realizace výzkumu ve zdravotnickém zařízení, kam pacienti pravidelně docházeli na kontroly, tudíž se jednalo o známé prostředí. Bylo mi umožněno vést rozhovory v samostatné, uzavřené místnosti bez přítomnosti rušivých vlivů. Před samotným rozhovorem jsem pacienty nejdříve seznámila se svým výzkumem, s jeho účelem a zodpověděla případné otázky. Současně jsem pacientům dala k přečtení informovaný souhlas. Zdůraznila jsem, že je výzkum anonymní a že mohou rozhovor kdykoliv ukončit, pokud se budou cítit nepříjemně. Poté jsem se dotázala, zda můžu pořídit audiozáznam našeho rozhovoru. Vysvětlila jsem participantům, že se záznamem budu pracovat jen já, že nebude nikde prezentován a že mi poslouží pouze ke zpracování výsledků. S audiozáznamem nakonec souhlasili všichni účastníci výzkumu. Po samotném rozhovoru jsem participantům poděkovala za jejich ochotu a zodpověděla jejich otázky. Délka rozhovorů se pohybovala od 10 po 50 minut. Průměrně však kolem 30 minut.

7.4. Etika výzkumu

Účast na výzkumu a poskytnutí rozhovoru bylo zcela dobrovolné. Všem účastníkům výzkumu bylo zaručeno, že jimi poskytnuté informace budou zpracovány a publikovány anonymně. Přepis rozhovorů a následnou analýzu dat jsem provedla samostatně. Nikdo jiný k těmto datům neměl přístup. Před provedením rozhovoru jsem pacientům dostatečně vysvětlila záměr výzkumu a jeho cíle. Oba jsme pak podepsali informovaný souhlas, jehož kopie byla poskytnuta všem pacientům. Vzor informovaného souhlasu je jednou z příloh diplomové práce.

8. Výzkumný vzorek a metoda jeho výběru

Zkoumanou populací tohoto výzkumu jsou lidé, u kterých je přítomen subjektivní patologický tinnitus. Zkušenost s normálním tinnitem, který trvá přibližně pět minut, má zkušenost téměř každý člověk. Patologický tinnitus trvá déle než pět minut, objevuje se více než jednou za týden a obvykle se vyskytuje u lidí, kteří trpí poruchou sluchu. Tento typ tinnitu je po bolestech hlavy a závratích třetím nejčastějším symptomem, s nímž přicházejí pacienti za lékařem (Kulka, 2007). Claussen (1992; in Novotný et al., 1997) uvádí, že v současné době trpí tinnitem v USA více než 36 milionů lidí z celkové populace přibližně 300 mil. obyvatel. V Německu je procento přibližně stejné. Ve Velké Británii trpí šelesty 17 % populace (Novák, 2003). Studie ukazují, že výskyt tinnitu se zvyšuje s věkem v souvislosti s nedoslýchavostí a je častější u mužského pohlaví (Lockwood et al., 2002).

K výběru výzkumného vzorku byla zvolena metoda příležitostného výběru. Pacientům Nestátního zdravotnického zařízení ORL, foniatric a audiologie v Praze byl zaslán informační email s nabídkou účasti na výzkumu. Kritériem pro jejich výběr byla přítomnost subjektivního patologického tinnitu a věk do 70 let. U starších pacientů je totiž vyšší pravděpodobnost výskytu zhoršujícího se sluchu a indikace sluchadel, což by mohlo ovlivnit výsledky výzkumu.

Vybraný vzorek tvoří 25 pacientů, z toho 14 žen a 11 mužů, ve věku od 25 do 68 let. Aby se vyloučil vliv jiné poruchy sluchu na psychiku pacientů, do výběrového souboru byli vybráni ti pacienti, kteří trpí pouze tinnitem a mají normální práh sluchu (bez indikace sluchadla). U všech pacientů výzkumného vzorku bylo negativní neurologické vyšetření a negativní nález MRI (tzn. vyloučení takových příčin jako nádor statoakustického nervu apod.). Délka jejich tinnitu se pohybovala od 6 měsíců po 33 let. Všichni participanti kromě jednoho uvedli, že se jejich tinnitus projevuje permanentně. Přehled charakteristik výzkumného vzorku uvádím v následující tabulce.

Tabulka č. 2 - Charakteristika výzkumného vzorku

Počet participantů		Věk		Délka tinnitu (roky)	
Celkem	25	Minimum	25	Minimum	0,5
Muži	11	Maximum	68	Maximum	33
Ženy	14	Průměrný věk	46	Průměrná délka	9,1

9. Analýza dat, prezentace a interpretace výsledků

K analýze dat jsem po přepsání rozhovorů vytvořila přehlednou souhrnnou tabulku v MS Excel, kde jsem si postupně zodpovídala stanovené výzkumné otázky. Prvním krokem analýzy byla redukce prvního řádu, která umožňuje transformovat doslovné přepisy rozhovorů do plynulejší a srozumitelnější podoby. Především byla vynechána slova, která tvoří pouze tzv. slovní vatu, a věty, které nepřinášejí žádnou informaci (Miovský, 2006). Přehled výsledků uvádím v následujících odstavcích.

9.1. Analýza dat, prezentace a interpretace výsledků

Jaký je nejčastější charakter tinnitu?

Pro některé participanty nebylo jednoduché charakterizovat zvuk tinnitu a hledali slova, kterými by jej označili. Právě z tohoto důvodu jsem měla v rozhovoru zakomponovanou i otázku, co jim daný zvuk připomíná? K čemu by ho přirovnali? Participanti uváděli zvuky jako šumění moře, zvuk transformátoru, papiňáku, výskotu, monoskopu, bubnu, tónu, dokonce i rámusu. Třináct participantů z dvaceti pěti uvedlo, že se zvuk tinnitu buď alespoň jednou změnil, či se k „hlavnímu“ zvuku přidal ještě další. Tento výsledek poukazuje na nevyzpytatelnost tinnitu. Pro lepší představu uvádím odpovědi tří participantů:

Účastník 1: „To je, to je strašně těžký. To je furt takový šumění. Furt to šumí. (...) Jo, já mám i tón.“

Účastník 2: „Ano, nejdřív to bylo šumění moře a větru. A to se pak změnilo v transformátor, bych tak řekla. Různé intenzity.“

Účastník 3: „Tak to pískání je tam stabilně, no. A to se střídá, že jo, míň, víc. (...) Když píská, tak to je jak... Jak kdyby pískala konvice. Akorát jako o dost vyšší tón.“

Co se týče nejčastěji uváděné charakteristiky tinnitu, většina participantů (15 z 25) uvedla, že jejich tinnitus měl alespoň jednou charakter pískání. Osm účastníků výzkumu uvedlo charakter šumění.

Co tinnitus zhoršuje?

Do této výzkumné otázky jsem zakomponovala také odpovědi týkající se situací, kdy je tinnitus nejintenzivnější, jelikož úzce souvisí s faktory, které ho zhoršují. Jak se dalo předpokládat, naprostá většina pacientů se shoduje v tom, že je jejich tinnitus nejintenzivnější v tichu, především před spaním či během odpočinku. Celkem tak odpověděli dvacet dva pacienti. Jako druhý nejčastější faktor zhoršující tinnitus byl dvanácti pacienty uveden stres. U sedmi participantů zhoršuje tinnitus únava a přepracovanost, šest participantů uvedlo dlouhodobou přítomnost hluku vyšší intenzity. Dalších šest pacientů pak zmínilo přímé zaměření pozornosti na tinnitus.

Účastník 1: „(...) ale nejhorší je ten večer. Jak se blíží večer, tak z toho mám panickou hrůzu. Protože představa, že zase bude ticho a já prostě čekám, až ten mozek vypne, to je strašný.”

Účastník 2: „(...) jestli to jakoby i s tím tlakem v práci. Je to možný, že třeba to tělo si říká stop, mám takovej pocit. (smích) Nevím. Je pravda, že se mi to dost často stává v práci. Daleko víc než když jsem doma.”

Účastník 3: „To je právě to, co je špatně, že já se pozoruju potom. Jo, takže to samozřejmě jakmile se člověk začne takhle pozorovat a přemýšlet nad tím, tak to s tím souvisí, že pak to je samozřejmě ještě horší.”

Účastník 4: „Já spíš myslela ten stres, ten je teď momentálně v práci horší. Takže to i víc vnímám zřejmě. Tak já to mám ale pak i doma. To já jsem z toho vystreslá, ten stres si nesu ještě domů takhle. Já jsem pod stresem ne jenom v ten moment ve stresu, že se něco děje, a pak to pomine v tý práci. Mám pocit presu delší dobu, trvale.”

U kolika pacientů se objevila stresová reakce na tinnitus?

Abych mohla zodpovědět tuto otázku, ptala jsem se participantů na pocity, které v nich tinnitus vyvolává či vyvolával. Nejčastěji byly v odpovědích zmiňovány emoce úzkosti, strachu, deprese, beznaděje, frustrace, vzteku, zoufalství, apatie apod. Abych mohla srovnat, u kolika lidí se vyskytla alespoň jedna z vyjmenovaných emocí a u koho se

za celou dobu trvání tinnitu nevyskytla žádná z nich, vytvořila jsem pro tyto emoce nadřazenou kategorii „stresová reakce“, kterou Vágnerová (2008) charakterizuje jako změnu emočního prožívání, při které se vyskytují výše popsané emoce. Po srovnání výsledky ukázaly, že naprostá většina tvořená dvaceti participanty zaznamenala od vzniku tinnitu alespoň některou z uvedených emocí, kterou v nich vyvolal právě tinnitus. Pro ilustraci uvádím několik úryvků odpovědí:

Účastník 1: „(...) tady jsem brečela, když jsem sem šla poprvý. Tak paní doktorka mě uklidnila, nějak jsme to vyřešily. (...) Na začátku to bylo strašné pro mě, to byl konec.”

Účastník 2: „A náročný to bylo hlavně psychicky. Že se s tím člověk špatně vyrovnával a pak jsem se dostal do stavu, kdy jsem byl absolutně na dně. Takže prostě jsem se z toho nemohl dostat, byl jsem úplně vyřízenej.“

Účastník 3: „Za ty roky, co to mám, že jsem prostě si to uvědomila, že to teda tady bude asi pořád a že já to nemůžu vypnout, a že nemůžete odejít, zavřít dveře, vypnout, zhasnout. ... A že jsem měla prostě pocit, jak já to přežiju? Takový jako zoufalství jsem cítila.“

Účastník 4: „Teď už to naštěstí ta psychika se s tím nějak srovnala, ale byla to taková ta beznaděj. Že člověk vzpomínal, jaký by to bylo, kdyby nic neslyšel. Takový prostě až depresivní.”

Závažnost stresové reakce se samozřejmě lišila - od počátečního strachu z nejistoty až po sebevražedné myšlenky. Právě tyto myšlenky zaznamenal jeden z účastníků výzkumu, který v té době psal básně a dovolil mi zde jednu z nich prezentovat:

„Jak svist meče, jež se vznáší nad odsouzcencem,
jak sykot hada před smrtelným stiskem,
jak hvízdnutí šípu, jenž letí za svým cílem,
tak tinnitus zní mým uchem.
Jak poslední zvonění, než zhasne se v sále,
opona se však už neroztáhne,
jak labutí píseň, než zastaví se ptačí srdce,
mne však dřív mozek v lebce rozpadne se,

jak hvízd píšťaly mašinfíry před tunelem,
tak tinnitus zní mým celým tělem.
Až meč, had a šíp najdou svůj cíl,
až zvonku, labuti, píšťale dozní jejich kvíl,
až ujde mi z toho hluku zbytek sil,
tak nevím, proč už bych dál žil.“

Jak moc jsou pacienti závislí na lékařské péči?

V rámci zodpovězení této výzkumné otázky jsem pacienty rozdělila do čtyř skupin dle toho, jak často chodí k lékaři kvůli tinnitu. Jednalo se o návštěvy ORL lékařů, neurologů, psychologů a psychiatrů. První skupinu tvoří pacienti, kteří lékaře navštěvují pouze jednou ročně v rámci pravidelných kontrol. Těchto pacientů v mém výzkumném vzorku bylo celkem šest. Tento fakt o nich vypovídá, že jsou momentálně v plně kompenzovaném stavu a lékaře navštěvují v rámci pravidelných preventivních kontrol. Druhou skupinu tvoří pacienti navštěvující odborníka jednou za půl roku. Tyto prohlídky jsou taktéž kontrolní a jedná se o kompenzované pacienty sledované např. po ukončení léčby. Do této skupiny se řadí osm participantů výzkumu. Třetí skupinou jsou pacienti navštěvující odborníky častěji než jednou za půl roku. Jedná se o devět pacientů z výzkumného vzorku. Častější návštěvy jsou za účelem léčby či udržování stabilního stavu. Patří sem především pacienti navštěvující i jiné než ORL odborníky (neurology, fyzioterapeuty, psychology apod.). Do čtvrté skupiny jsem zařadila dva participanty, kteří v době výzkumu navštívili odborníka kvůli tinnitu úplně poprvé.

Jak jsou pacienti aktivní při hledání informací o tinnitu?

Aktivitu při vyhledávání informací jsem hodnotila tak, že jsem pacienty rozdělila opět do několika skupin. Tu nejaktivnější skupinu tvoří pacienti, kteří získali informace nejen od lékaře, ale také si je sami vyhledávali, ať už před první návštěvou nebo po ní. Do této skupiny spadá dvanáct z dvaceti pěti pacientů. Další skupinu tvoří třináct participantů, kteří získali informace pouze od lékaře a více se o tinnitus nezajímali. Poslední skupinou jsou pacienti, kteří se alespoň jednou za dobu trvání tinnitu setkali s lékařem, který jim neposkytl dostatek informací o jejich stavu a možnostech léčby. Většina těchto pacientů

uvedla, že hlavní získanou informací o tinnitu byl výrok: „nic se s tím nedá dělat“. Tuto zkušenost má osm lidí z výzkumného vzorku.

Účastník 1: „Mně všechno řekla paní doktorka, to mi stačilo ty informace. Já jsem se tím dál už nezabývala, naopak jsem na něj přestlala myslet, nebo snažila jsem se. Takže vůbec jsem nic nevyhledávala.”

Účastník 2: „Že to může přestat nebo nemusí (tinnitus) a vůbec mi to nějak nevysvětlil. To bylo špatně. Takže pak z internetu, no, všechno.“

Účastník 3: „No, tak to jsem si pak pořídil různé takové knížky, podívejte. (...) Takže jsem si o tom (o tinnitu) psal velice pečlivě záznamy. Já jsem si udělal takovou knížku, kde jsou moje názory (na tinnitus) (...).”

Jakou léčbu pacienti hodnotí jako účinnou? Popřípadě co jim nejvíce pomohlo při vyrovnávání se s tinnitem?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaká léčebná metoda pacientům s tinnitem alespoň do určité míry pomohla. Někteří neuváděli přímo název léčby, ale podle toho, jak daný proces popisovali, jsem mohla jednotlivé léčebné strategie zařadit pod příslušnou léčebnou metodu. Tak tomu bylo především u léčby TRT, která zahrnuje jak maskování tinnitu tak edukaci. Pokud tedy participant popisoval účinnou strategii jako maskování tinnitu zvuky v pozadí použitím speciálně vyvinutého zvukového generátoru pro tinnitus či např. pouštěním si televize, zařadila jsem ho do skupiny zmiňující jako účinnou léčbu TRT. Těchto pacientů bylo celkem osm. Druhou nejčastěji zmiňovanou léčbou celkem šesti pacienty byla psychologická či psychiatrická péče včetně užívání psychofarmak. Pět pacientů dále zmínilo jako neúčinnější vlastní strategii, kterou shledali jako nápomocnou v mírnění tinnitu. Jednalo se např. o změnu prostředí, zaměření pozornosti na vnější podnět, pohybové cvičení či prosté smíření se s tinnitem. Čtyři pacienti uvedli, že jim nejvíce pomohly léky na spaní či léky na prokrvení. Rehabilitaci uvedli tři pacienti. Další tři zaznamenali částečné zlepšení po využití alternativního přístupu, mezi které jsem zařadila užívání ginkgo biloby, akupunkturu či léčitelství. Mezi participanty byli i tři lidé, kterým zatím nic nepomohlo a dva, kteří léčbu nevyhledávají, protože ji nepotřebují.

Účastník 1: „A je to super. Je to příjemný si o tom pokecat s někým (psychologem), ani v práci jsem se o tom s nikým nebavil. Já mám hlavně pocit, že to nikoho nezajímá.”

Účastník 2: „Já si myslím, že mně nejvíc pomohly ty maskery, tak i antidepressiva. Díky nim jsem se dostal do nějakýho klidu.”

Kolik pacientů vyhledalo i alternativní léčebné přístupy?

Tuto otázku jsem si položila až v průběhu výzkumu, kdy mi několik pacientů sdělilo, že především na začátku po objevení tinnitu zkoušeli všechny možné léčebné metody v naději, že se jim podaří tinnitus odstranit. Vyhledávání alternativních přístupů zmínilo celkem sedm participantů. Jednalo se především o akupunkturu, různé léčitele, dokonce i vymítače d'ábla, jak uvedl jeden pacient. Pro ilustraci přikládám úryvky odpovědí, které zkušenosti s alternativní léčbou popisují.

Účastník 1: „Svíčky do ucha jsem zkoušel. (smích) To je slepá ulička. (...) To jsem byl v jednom centru alternativních těch. A tam dělají ušní svíčky. To je třeba proti bolesti uší a tak. A byla to slepá ulička.”

Účastník 2: „Zkoušel jsem i alternativní. Byl jsem u nějakýho léčitele. Kdy teda mi samozřejmě dal nějaký bylinky a nějaký věci. A já jsem nikdy neviděl žádný výsledek. Jednou jsem byl dokonce u nějakýho, ... ten ze mě vymítal d'ábla nebo něco. To jsem si říkal: tak to už je na mě moc. (smích)”

Kolik pacientů vyhledalo psychologickou či psychiatrickou léčbu?

Mezi psychologickou a psychiatrickou léčbu jsem zařadila také užívání psychofarmak, přičemž nejčastěji zmiňovanými byla antidepressiva. Tuto léčbu vyhledalo celkem osm participantů. Opět uvádím pár úryvků z odpovědí účastníků výzkumu.

Výzkumník: „Vyhledala jste psychologa?”

Účastník 1: „Určitě, no. Když jsem sem přišla, tak to bylo asi jediný, co mi mohlo nějak pomoci. Protože objektivně to nebylo nic strašného, ale já jsem to tak moc vnímala, že to bylo hrozný.“

Účastník 2: „Beru antidepresiva, takže tu psychiku mám horší. Takže tak nějak to musím balancovat, no.“

Výzkumník: „Pomohla vám psychiatrie?“

Účastník 3: „No, rozhodně.“

Jaké jsou příčiny tinnitu u participantů? Jak často je příčina tinnitu participantů spojená se stresem?

Tuto výzkumnou otázku jsem stanovila proto, že zvláště u takto složitého fenoménu jako je tinnitus, je pro posouzení jeho subjektivního vnímání a zvládnání důležité vědět, jaké okolnosti by mohly být potenciální příčinou. Chtěla jsem především zjistit, jestli byli někteří pacienti v době vzniku tinnitu nebo těsně před ním v dlouhodobém stresu či stresující situaci. Odpovědí na mou otázku je, že celkem dvanáct z dvaceti pěti pacientů zaznamenalo v době vzniku tinnitu stresující situace. Jednalo se např. o změnu práce, úmrtí blízkého člověka, existenciální ohrožení či problémy v rodině. Pět participantů dále uvedlo, že za příčinu tinnitu považují onemocnění, které mu předcházelo. Uváděli např. zánět středního ucha, otosklerózu či zvláštní typ virózy. Čtyři pacienti uvedli jako příčinu častou přítomnost v hlučném prostředí. Většinu této skupiny tvořili aktivní muzikanti.

Účastník 1: „To prostě hudba no, to jsou léta hudby. (...) Je to daň za hudbu, no. Každý, každej, každá náročná věc vždycky si vybere nějakou daň.“

Účastník 2: „Jakoby, hm, já bych řekla, že právě ty dva roky jako permanentně ve stresu jsem, no. Takže je možný, že se to postupně tak jako v tom těle vyvíjelo, takže je možný, že ten stres by mohl být ten spouštěč.“

Účastník 3: „Byla jsem. Já jsem odrodila, což stres samozřejmě nebyl, ale pak jsem vlastně s malým dítětem dělala státnice a šesták vejšky. Takže já šesták vysoký školy, plus

státnice zakončený a já jsem to chytla po těch státnicích, po státnicích jsem dostala tinnitus.”

Jaké problémy jsou s tinnitem nejčastěji spojeny?

Tato otázka je zaměřená na nejčastější problémy, se kterými se pacienti s tinnitem musí potýkat. Nejčastěji zmiňovanými byly psychické problémy, které uvedlo třináct pacientů. Pacienti si stěžovali zejména na náladovost, deprese a úzkostné stavy. Jedenáct pacientů uvedlo, že největší problémy mají se spánkem. To samozřejmě souvisí i s předešlou výzkumnou otázkou zaměřující se na faktory, které tinnitus zhoršují, kde se naprostá většina shodla, že je to právě ticho. Pacienti tak kvůli tinnitu často nemohou usnout nebo se budí během noci. Někteří čekají, až nad ránem usnou vyčerpáním. U této otázky můžeme názorně vidět bludný kruh, který byl popsán v teoretické části: pacient nemůže spát kvůli intenzivnějšímu tinnitu – to způsobuje únavu, která tinnitus opět zhorší a tím i stres s ním spojený – to ještě víc naruší pacientův spánek.

Dalších jedenáct pacientů uvedlo, že mají nejčastější problémy v sociální oblasti. Do této kategorie jsem zařadila problémy v komunikaci ve společnosti více lidí, kdy tinnitus může přehlušit okolní zvuky a pacienti tak nerozumí tomu, co ostatní říkají. A také narušení vztahů s okolím, např. kvůli náladovosti způsobené tinnitem či nepochopení ze strany druhých. Nepochopení ze strany druhých lidí si pacienti často vysvětlují tím, že tinnitus není handicap, který by byl vidět, a tak ostatní nechápou, co pacientům činí problém.

Pět pacientů dále uvedlo problémy se soustředěním a dva pacienti uvedli problémy v hlučných prostředích jako jsou hudební produkce, hlučné pracovní prostředí apod.

Účastník 1: „No, byla to ze začátku spíš taková ta úzkost, jako spíš psychický, než že bych měla nějaký jiný problémy.”

Účastník 2: „Člověk se na to jako soustředil, takže já jsem vlastně nespala. Vůbec. To byl spánek, já jsem pak přestala komunikovat s rodinou, což dneska vůbec nechápu.”

Účastník 3: „Takže já jsem si připadal v té době, že mě nikdo nechce poslouchat. Že potřebuju s někým mluvit. (...) Nikoho to nezajímá, protože spíš jsem je tím obtěžoval. (...)

No ale prostě ze začátku jsem nemohl s nikým mluvit. Protože jsem měl pocit, že mi nikdo nevěří.”

Účastník 4: „V komunikaci s lidma. Neslyšela jsem jako ve společnosti ani čtyř lidí, už jsem prostě neslyšela.“

Účastník 5: „Tady jsem měl třeba stav, kdy jsem nebyl schopnej si o tom s někým popovídat. Že jsem si našel v různých dílech, že jsem si tak připadal jako v těch, v tý knize, že to jsem já a že to tak prožívám. Třeba v Mart'anský kronice. Tam přilítanou kosmonauti na Mars a nikdo s nima nechce mluvit. Tak takhle jsem si připadal já, že nikdo se mnou nechce mluvit. Tak v tý knížce s kosmonautama nechtěl nikdo mluvit, všichni je odmítali. Až je pak pozvali do jednoho domu, kde na ně byli milí, mluvili s nima a oni pak zjistili, že jsou v blázinci.“

Jako poslední příklad odpovědi na tuto otázku bych ráda uvedla úryvek, kde jeden z participantů názorně popisuje bludný kruh: tinnitus – narušení spánku – intenzivnější tinnitus – narušení spánku:

Účastník 6: „Byla jsem neklidná, nemohla jsem se soustředit, nemohla jsem spát. Nejčastější problém je ten, že nemůžete spát, protože to píská, ale čím jste unavenější, tak vlastně to píská víc. Takže o to víc vy se nemůžete vyspat.“

Narušuje nebo narušoval někdy tinnitus každodenní život pacientů?

Na tuto otázku odpovědělo kladně dvanáct pacientů, kteří uvedli, že jim tinnitus zasahuje či zasahoval do každodenních činností. Pacienti zmiňovali problémy v práci, častou únavu, která je pak ovlivňovala i v každodenním životě, omezení svých zájmů, jako jsou návštěvy hudebních produkcí, či změna zaměstnání kvůli hlučnému pracovnímu prostředí. Třináct pacientů uvedlo, že jim tinnitus do každodenních aktivit nijak nezasahuje.

Účastník 1: „Tak jakoby v tý práci, no. Že na tu chvíli člověk přestane a soustředí se jenom na to, no.“

Účastník 2: „Teď jsem aspoň schopnej dělat. Ale já jsem nebyl v určitou dobu schopnej ani si namazat rohlík. To byl na tom člověk úplně psychicky špatně. Sednout do auta pro mě bylo úplně šílený.“

Účastník 3: „Vůbec jsem si ho nenechala zasáhnout. Ani ze začátku, ani teď.“

Jaké copingové strategie pacienti nejčastěji využívají?

Po tom, co jsem zmapovala oblasti týkající se příčiny tinnitu, subjektivního prožívání pacientů a nečastějších problémů, se kterými se potýkají, přišla řada na ústřední téma mé diplomové práce: jak tohle všechno vlastně pacienti zvládají? Co jim pomáhá či pomohlo v každodenním životě? Mají nějaké strategie, které jim pomáhají tinnitus zmírnit? A pokud ano, tak jaké? Pro zodpovězení této výzkumné otázky jsem si odpovědi pacientů rozdělila dvěma způsoby. Tím prvním bylo dělení copingových stylů pacientů s tinnitem, které vytvořili autoři Budd a Pugh (1996) pro svůj dotazník Tinnitus Coping Style Questionaire. Výzkum těchto autorů jsem uvedla v poslední kapitole teoretické části. Jedná se o tři kategorie: efektivní strategie, pasivní strategie a maladaptivní strategie, ke kterým jsem postupně přiřazovala odpovědi pacientů. Uvedu zde jejich stručný přehled:

Efektivní strategie:

- Akceptace tinnitu
- Přepojování pozornosti
- Nepřemýšlet nad tinnitem
- Nenechat se tinnitem omezovat
- Správná životospráva
- Aktivita
- Dostatek činností pro rozptýlení pozornosti
- Procházky v přírodě
- Pohybová aktivita
- Vpasování zvuku tinnitu do představy příjemnějšího a přirozenějšího zvuku (např. cvrčci, šumění moře) apod.

Pasivní strategie:

- Čekání, až se tinnitus zmírní
- Maskování tinnitu hudbou, televizí
- Čekání na vnější podněty, který zaujmou pozornost
- Hledání úniku, vyhýbání se stresovým situacím apod.

Maladaptivní strategie:

- Neustálé obcházení doktorů s nadějí, že někdo tinnitus úplně odstraní
- Soustředění se na tinnitus, přemýšlení o něm
- Spoléhání se na náladu, že ovlivní vnímání tinnitu
- Touha nemít tinnitus a neustále se vracející myšlenky, jaké by to bylo
- Čekání, až se člověk sám unaví neustálým přemýšlením nad tinnitem
- Užívání prášků na spaní
- Únik od tinnitu spánkem
- Užívání antidepresiv
- Sociální izolace
- Pocity beznaděje – „nic mi nepomůže“

Nejčastěji pacienti uváděli využívání pasivních strategií. Celkem je zmínilo 16 z nich. Efektivní strategie využívá celkem 15 pacientů. Maladaptivní strategie využilo alespoň jednou 10 pacientů. Během zodpovídání této otázky jsem u několika pacientů zaznamenala určitý vývoj v užívání těchto strategií. Proto jsem pacienty rozdělila ještě druhým způsobem. Tentokrát se jednalo o coping zaměřený na:

Dosažení pozitivní změny, řešení problému

Do této kategorie jsem zařadila odpovědi týkající se neustálého střídání lékařů a jiných odborníků, vyhledávání alternativních léčebných metod s cílem dosáhnout pozitivní změny a odstranění tinnitu. Dále pak užívání léků na spaní, masking tinnitu apod.

Smíření se se situací

Tato kategorie obsahuje odpovědi týkající se strategií, které vypovídají o smíření se se situací, nevnímání tinnitu, nepřemýšlení o tinnitu, přizpůsobení se.

Od zaměření na problém ke smíření

Tuto kategorii jsem vytvořila proto, že u některých pacientů byl patrný vývoj od aktivního hledání řešení problému po smíření se se situací. Zdálo by se, že tak to muselo probíhat u všech pacientů. Avšak výsledky ukazují, že tomu tak nebylo.

U šesti pacientů se objevily pouze strategie zaměřené na problém a neustálé snahy o zlepšení situace. U dalších šesti se naopak objevily pouze strategie vypovídající o smíření se se situací. U obou skupin nedošlo k vývoji copingu od zaměření se na problém po smíření se. Tento vývoj byl patrný pouze u třetí skupiny, kterou tvořilo dvanáct pacientů, kteří uvedli, že po vyzkoušení všech možných léčebných způsobů a strategií s cílem odstranit tinnitus, se postupně museli naučit s tinnitem žít. Myslím, že z těchto výsledků je patrné, jak je důležité zaměřit léčbu na dostatečnou informovanost pacientů a empatický přístup k nim.

Účastník 1: „Jistě, že mi to někdy vadí, ale musím říct, že už jsem se fakt naučila to nějakým způsobem prostě už i maskovat třeba a už jsem se s tím naučila žít prostě, protože to je jediný, co mi všichni třeba doktoři říkali, že to je nejlepší, jo. Prostě to přijmout a nějakým způsobem s tím pracovat.”

Účastník 2: „A jinak opravdu nemyslet na to, že mám tinnitus, je nejlepší strategie. Zapomenout na to. (...) Musíte být furt v činnosti.”

Účastník 3: „Ale jakoby ušní jsem vystřídal tak tři, čtyři. (...) Ale je to fakt o tom čase. (...) Já jsem furt počítal s tím, že teď mi daj ty kapačky, to přejde. Nepřešlo, tak jsem šel někam jinam.”

Účastník 4: „Takže buď prášky na spaní a nebo to hold musím překousnout. (...) Je to jako když se snaží trosečník překonat příboj. A až ho překoná, tak usne, že jo. Takže jsem ten trosečník a tinnitus je ten příboj.”

Účastník 5: „Zase prostě člověk nemůže myslet na tu věc pořád (na tinnitus). Takže až jsem teprve se unavil tím, že jsem to řešil, tak to přešlo.”

Účastník 6: „Jediný na to je, to jsem říkal paní doktorce, ideální je spánek. Jestli by mě nezařídila umělej spánek aspoň na čtrnáct dní. (...) Nic nejde prostě. (...) Já si nemůžu pomoci. Prostě to nemůžu nějak odblokovat, abych to neslyšel. (...) Mě třeba pomáhá to, že se o to zajímám. Že se snažím najít příčinu. (...) Já se tím nezabývám, ono se to zabývá mnou. Ono se mi to furt podsouvá, já to nechci.“

Účastník 7: „Tak jsem s tím teda naběhal spoustu kilometrů. (smích) Od všech možnejch institucí, ať to byla nemocnice, že jo, ty kapačky, čínská medicína, ta mě teda nepomohla vůbec.“

Výzkumník: „A pomohla vám nějaká léčba?“

Účastník 7: „Já bych řekl, že ani moc ne, no. Takže jen taková ta psychická, že pro to něco dělám, ale že by to pomohlo, to se přímo říct nedá. (...) Vrazil jsem do toho docela hodně peněz. Za ty všelijaký metody. (...) Časem člověk dojde k tomu názoru, že je to součást jeho života a že nezbyvá nic jinýho, než prostě to vypustit úplně.“

Kolik pacientů má pocit kontroly nad svým tinnitem?

Po zodpovězení předešlé otázky mě zajímalo, jak pacienti vnímají svou kontrolu nad tinnitem. Zda mají pocit, že ho mohou nějakým způsobem regulovat. Čtrnáct pacientů odpovědělo, že tinnitus mají pod kontrolou. Jedenáct pacientů si to nemyslí.

Účastník 1: „Myslím si, že to mám pod kontrolou. Někdy mám teda dny, kdy je to lepší a kdy je to horší.“

Účastník 2: „Ne, to nejde. To je tak silný, že prostě si třeba pustím televizi a jako stejně furt to vnímám. Nemůžu to jako odstříhnout.“

Kolik pacientů může říct, že se s tinnitem sžili? Že ho berou jako součást svého života?

Naprostá většina tvořená dvaceti pacienty sdělila, že se se svým tinnitem sžila a že ho vnímá jako součást svého života. Pět participantů pak odpovědělo záporně. Když jsem

si pokládala tuto otázku, myslela jsem, že tím můžu zjistit, jak efektivní jejich copingové strategie jsou. K jakým výsledkům lidé díky svým strategiím dospěli. Během rozhovorů jsem si však uvědomila, že to není zdaleka tak jednoduché. Kladné odpovědi na tuto otázku uváděli totiž i ti pacienti, kterým tinnitus ještě stále způsobuje potíže. Zvyknout si na něco ještě neznamena, že se situace změnila k lepšímu. V odpovědích se totiž několikrát vyskytuje fakt, že si sice na tinnitus zvykli, ale se všemi jeho výkyvy a nepříjemnostmi. Myslím, že z těchto odpovědí vyplývá, že nejčastějším výsledkem všech snah o zvládnutí tinnitu je smíření se se situací. Ať už se s ním člověk vyrovná sám nebo s pomocí léčebných metod.

Kolik pacientů může říci, že s sebou tinnitus přinesl i nějaká pozitiva?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda u někoho z pacientů došlo ke změně vnímání dané situace. Zda dospěli např. k určitému uvědomění či ve zkušenosti s tinnitem našli nějaký smysl. Většinou jsem participanty touto otázkou zarazila. Z jejich tváří bylo patrné, že se tím nikdy nezabývali. Pacientům, kteří odpověděli záporně, bylo celkem devatenáct. Šest pacientů odpovědělo kladně. Ti zmiňovali především častější relaxaci, zájem o své zdraví, uvědomění si křehkosti a důležitosti zdraví, zastavení se, větší respekt ke svému tělu, jeden participant uvedl, že se naučil sebevládat, apod.

Jak pacienti vnímají svou budoucnost? Plánují ještě zkusit nějaké léčebné metody?

Celkem patnáct pacientů odpovědělo, že další léčbu v blízké budoucnosti neplánují a doufají, že se budou cítit alespoň stejně jako nyní. Pouze jeden pacient uvedl, že neplánuje léčbu a myslí si, že se bude cítit hůř. Sedm pacientů uvedlo, že plánují vyzkoušet další léčebné metody a doufají ve zlepšení. Obavy ze zhoršení stavu v budoucnosti uvedlo šest pacientů.

Účastník 1: „No, chtěla bych, abych se toho zbavila. Budu se maximum snažit, ale uvidím, no. Víte co, ono se o tom špatně mluví, no.“

Účastník 2: „Doufám, že se to nějak nezhorší. To má člověk asi největší strach právě z toho, že by se to mohlo ještě zesílit. To by bylo asi špatně. Ale když to zůstane takhle, tak to by mi možná i vyhovovalo.“

Existují rozdíly mezi muži a ženami? A pokud ano, tak jaké?

Tuto otázku jsem si položila jako poslední, kdy jsem měla již všechny předešlé výzkumné otázky zodpovězené a začala jsem přemýšlet nad tím, zda existují nějaké rozdíly mezi pohlavími jak v subjektivním prožívání tinnitu, jeho příčině a charakteru, tak i v užívaných copingových strategiích. Ve výzkumném souboru bylo celkem 14 žen a 11 mužů. Uvedu zde rozdíly, které jsem při zodpovídání této výzkumné otázky našla.

První rozdíl mezi pohlavími se týkal charakteru tinnitu. Zatímco u žen uvedlo sedm ze čtrnácti (50 %), že jejich tinnitus měl alespoň několikrát charakter pískání, u mužů to bylo devět z jedenácti (82 %). Značný rozdíl byl mezi pohlavími v reakci na tinnitus. Stresová reakce byla zmíněna u devíti žen (64 %), zatímco v druhé skupině se stresová reakce projevila u deseti mužů (91 %). S předešlou otázkou pravděpodobně souvisí i fakt, že alternativní léčbu vyhledalo opět více mužů (6 z 11) než žen (1 z 14). Stejně tak s tím souvisí další nalezený rozdíl v oblasti využití psychologické a psychiatrické péče, kterou vyhledaly pouze dvě ženy (14 %) a celkem šest mužů (55 %). Tyto výsledky vypovídají o jejich snaze vypořádat se s nepříjemnými pocity. S těmito rozdíly patrně souvisí také ten v oblasti každodenních činností. Narušení každodenního života totiž uvedlo opět více mužů (7 z 11; 64 %) než žen (5 z 14; 36 %).

Další rozdíl byl nalezen ve vnímání kontroly nad tinnitem. Pocit kontroly uvedlo devět žen (64 %) a pouze čtyři muži (36 %). Zajímavé je, že na otázku, zda se s tinnitem sžili, odpovědělo kladně naopak více mužů (10 z 11) než žen (9 z 14). Tento rozdíl by se dal vysvětlit tím, že více mužů vyhledalo psychologickou či psychiatrickou péči, která se zaměřila právě na smíření se s tinnitem. Vysvětlením by mohl být i fakt, že vyhledávání různých léčebných přístupů vypovídá o copingu zaměřeném především na řešení problému a pozitivní změnu. Možná právě proto se muži s tinnitem již smířili, jelikož mají pocit, že vyzkoušeli opravdu všechno. Tomuto vysvětlení však odporuje další nalezený rozdíl, a to v oblasti vnímání budoucnosti. Více žen než mužů uvedlo, že v blízké budoucnosti neplánují zkusit další léčbu a stačí jim, aby se cítily stejně jako nyní. Celkem tak odpovědělo deset žen (71 %) a pět mužů (46 %). Jeden muž uvedl, že neplánuje žádnou léčbu a myslí si, že se bude cítit hůř. Naopak více mužů plánuje další léčbu a doufá ve zlepšení. Odpovědělo tak pět mužů (46 %) a čtyři ženy (29 %). Také obavy ze zhoršení se objevují více u mužů než žen. Strach ze zhoršení tinnitu uvedlo pět mužů (46 %) a jedna žena (7 %).

Dalším zajímavým poznatkem je rozdíl mezi oběma skupinami v příčině tinnitu. Zaměřila jsem se především na to, u kolika mužů a žen by se dala příčina spojit s dlouhodobým stresem či stresující událostí. Z výsledků jsem zjistila, že tentokrát tomu tak bylo častěji u žen (8 z 14; 57 %) než u mužů (4 z 11; 36 %).

9.2. Přehled výsledků

Jaký je nejčastější charakter tinnitu?	15 z 25 pacientů zaznamenalo pískání 8 z 25 pacientů zaznamenalo šumění 13 z 25 zaznamenalo měnící se charakter tinnitu
Co tinnitus zhoršuje?	Ticho: 22 z 25 participantů Stres: 12 z 25 participantů Únava: 7 z 25 participantů Hluk: 6 z 25 participantů Pozornost: 6 z 25 participantů
U kolika pacientů se objevila stresová reakce na tinnitus?	20 z 25 participantů
Jak moc jsou pacienti závislí na lékařské péči?	1x ročně: 6 z 25 1x za půl roku: 8 z 25 Častěji než 1x za půl roku: 9 z 25 Poprvé u lékaře: 2 z 25
Jak jsou pacienti aktivní při hledání informací o tinnitu?	Pouze od lékaře: 13 z 25 Od lékaře i aktivní vyhledávání: 12 z 25 Zkušenost s nedostatkem informací: 8 z 25
Jakou léčbu pacienti hodnotí jako účinnou?	Tinnitus Retraining Therapy: 8 z 25 Psychologická/psychiatrická léčba: 6 z 25 Vlastní strategie: 5 z 25 Léky na spaní: 4 z 25 Rehabilitace: 3 z 25 Alternativní léčba: 3 z 25 Zatím nic nepomohlo: 3 z 25 Nepotřebují léčbu: 2 z 25
Kolik pacientů vyhledalo i alternativní léčebné přístupy?	7 z 25 participantů
Kolik pacientů vyhledalo psychologickou či psychiatrickou léčbu?	8 z 25 participantů
Jaké jsou příčiny tinnitu u participantů? Jak často je příčina tinnitu participantů spojená se stresem?	Stres: 12 z 25 participantů Onemocnění: 5 z 25 participantů Hlučné prostředí: 4 z 25 participantů Neznámá: 4 z 25
Jaké problémy jsou s tinnitem nejčastěji spojeny?	Psychické problémy: 13 z 25 Spánek: 11 z 25 Sociální oblast: 11 z 25 Soustředění: 5 z 25 Hlučné prostředí: 2 z 25
Narušuje nebo narušoval někdy tinnitus každodenní život pacientů?	Ne: 13 z 25 Ano: 12 z 25

Jaké copingové strategie pacienti nejčastěji využívají?	<p>Pasivní: 16 z 25 Efektivní: 15 z 25 Maladaptivní: 10 z 25 Od zaměření na problém po smíření: 12 z 25 Jen řešení problému: 6 z 25 Jen smíření se situací: 6 z 25</p>
Kolik pacientů má pocit kontroly nad svým tinnitem?	14 z 25 participantů
Kolik pacientů může říct, že se s tinnitem sžili? Že ho berou jako součást svého života?	20 z 25 participantů
Kolik pacientů může říci, že s sebou tinnitus přinesl i nějaká pozitiva?	6 z 25 participantů
Jak pacienti vnímají svou budoucnost? Plánují zkusit ještě nějaké léčebné metody?	<p>Neplánují, chtějí se cítit stejně jako teď: 15 z 25; Plánují léčbu a doufají ve zlepšení: 7 z 25; Obavy ze zhoršení stavu: 6 z 25</p>
Existují rozdíly mezi muži a ženami? Pokud ano, tak jaké?	<p>Ano, vyskytly se v těchto oblastech:</p> <ul style="list-style-type: none"> Charakter tinnitu Reakce na tinnitus Příčina tinnitu spojená se stresem Vyhledávání alternativní léčby Vyhledávání psychologické/psychiatrické léčby Narušení každodenního života Pocit kontroly nad tinnitem Sžití s tinnitem Plánování další léčby Obavy ze zhoršení

10. Diskuze

Na začátku diskuze bych ráda rozvedla hlavní výsledky svého výzkumu. Nejčastěji uváděným charakterem tinnitu bylo pískání a šumění. Polovina pacientů uvedla, že se charakter jejich tinnitu již několikrát změnil. Ačkoliv by se mohlo zdát, že právě nevyzpytatelnost zvuku může být příčinou psychických problémů pacientů, dosavadní výzkumy ukazují, že důležitějším faktorem je jeho psychologické zpracování (Andersson, & Vertbald, 2000). Dle mého předpokladu zhoršuje jeho intenzitu především ticho. Jak uvádí Korres et al. (2010), v tichu nemají pacienti žádný zvuk z pozadí, který by snížil zvukový kontrast mezi tinnitem a tichým prostředím, a snížil by tak vnímání tinnitu. Druhým nejčastěji zmiňovaným faktorem zhoršujícím tinnitus byl stres.

Ukazuje se, že stres je významným faktorem ovlivňujícím příčinu i následky tinnitu. Naprostá většina pacientů uvedla, že u nich tinnitus vyvolal alespoň jednu z emocí, které se vyskytují při stresové reakci. Odpovědi pacientů se samozřejmě lišily. Někteří uvedli, že jim tinnitus způsobil silný a dlouhodobý emocionální distres, zatímco jiní zmínili silný pocit strachu, když se u nich tinnitus objevil poprvé. Rozdíl v reakci na tinnitus popisují také Kellerhals a Zogg (1999), kteří uvádějí častý výskyt deprese a úzkosti u těchto pacientů. Tyto prožitky se liší ve své závažnosti: zpočátku mívají reaktivní charakter, postupem času se však mohou stát chronickými a vyžadují psychologickou péči. K posouzení závažnosti úzkosti a deprese u těchto pacientů jsem však neměla dostatečné prostředky. Proto jsem srovnávala pacienty, kteří uvedli alespoň jednu z uvedených emocí s těmi, kteří se s tinnitem vypořádali od začátku bez jediné zmínky o stresové reakci. Považuji za důležité zmínit, že jeden z participantů popsal období, kdy přemýšlel nad sebevraždou a dokonce se na ni připravoval. Psychické problémy způsobené tinnitem by se neměly přehlížet a už vůbec ne zlehčovat. Jejich význam potvrzuje také fakt, že jako nejčastější problémy spojené s tinnitem zmiňovali participanté právě ty psychické. Bohužel necelá polovina pacientů uvedla, že se setkala s nepochopením ze strany druhých. Během psaní této práce jsem i já sama musela většinou vysvětlovat ostatním, o čem vlastně píšu a jaké problémy tento symptom může způsobit. Několik pacientů si myslí, že jsou lidé o tinnitu nedostatečně informovaní. Proto se setkávají s nepochopením druhých lidí a bagatelizováním svých problémů. Situaci může stěžovat i fakt, že je tinnitus handicap, který není vidět a druzí si tak nedokážou představit, s čím tyto pacienti musí žít.

Několik pacientů zmínilo zkušenost s neposkytnutím dostatečného množství informací o tinnitu ze strany lékaře. Je tedy možné, že tento faktor vedl u několika z nich

k výraznější stresové reakci. Důležitost vztahu lékařova přístupu k pacientovi vyzdvihuje také Erlandsson (in Tyler, 2000). Dle autora se stresová reakce a především pocit bezmoci může prohlubovat zvláště v případě, kdy lékař prezentuje tinnitus jako bezvýchodnou situaci. Tato fakta ukazují, jak je důležitý empatický přístup vůči těmto pacientům.

Polovina pacientů uvedla, že jejich tinnitus předcházela dlouhodobý stres či stresující událost (úmrtí blízkého člověka, změna práce, povýšení apod.). Tento výsledek je více než zajímavý, když vezmeme v úvahu, že se o stresu v souvislosti s tinnitem hovoří zvláště jako o jeho následku než příčině. Také hlavní dělení příčin tinnitu zmiňuje především ty otologické, neurologické, infekční a farmakologické, jak popisuje např. Lockwood et al. (2002). Příčina může v mnoha případech zůstat nejasná. Otázkou zůstává, zda se diagnostika vždy zaměřuje také na psychickou stránku člověka či pouze na tu tělesnou.

V rámci výzkumu jsem chtěla zmapovat nejčastější copingové strategie, které tyto pacienti využívají. Rozdělila jsem je do tří hlavních kategorií, které se shodují s těmi, které popsali autoři Budd a Pugh (1996). Jsou to strategie efektivní, pasivní a maladaptivní. Studie těchto autorů se zaměřovala na vztah mezi copingovými strategiemi, závažností tinnitu a emocionálním distresem. Pro účel výzkumu zařadili autoři pasivní strategie pod strategie maladaptivní. Jejich odůvodněním byl fakt, že pasivní strategie zahrnující maskování tinnitu jsou svým způsobem vyhybavým chováním, které se vyznačuje hledáním úniku z tichého prostředí a vyhybání se tak stresovým situacím. Podle autorů tak narušují proces habituace. Ve svém výzkumu jsem dělení strategií ponechala v původní podobě. A to především proto, že maskování tinnitu, tedy přítomnost jiného zvuku zvenčí v nižší intenzitě, je jednou z hlavních složek léčebné metody TRT, která je dle výzkumů účinná, jak uvádí např. Koress et al. (2010). I v mém výzkumu jako účinnou léčbu pacienti nejčastěji uváděli TRT ve srovnání s ostatními léčebnými metodami (8 z 25 pacientů). Tato léčba je zaměřena právě na habituaci tinnitu, která je usnadněna působením zvukových generátorů na snížení vnímání tinnitu. Nesmí však přesahovat jeho intenzitu, jak uvádí Jastreboff (in Tyler, 2000). S Jastreboffem se rozchází Andersson (2000), který pro léčbu tinnitu navrhuje postupnou expozici obávaným situacím. Dle této techniky z KBT by tak měl být pacient s tinnitem vystavován tichu, čímž by se měla posílit habituace. Účinnost této techniky však zůstává sporná. V jakékoliv informační brožuře týkající se tinnitu totiž nalezneme doporučení pro pacienty vyhybat se co nejvíce tichu. Účastníci mého výzkumu uváděli nejčastěji právě pasivní strategie.

U poloviny pacientů byl patrný vývoj v užívání copingových strategií: od strategií zaměřených na řešení problému a dosažení pozitivní změny, ke smíření a akceptaci

situace. Na začátku výzkumu jsem předpokládala, že se tento vývoj objeví u většiny z nich. Z výsledků však vyplynulo, že participanti z druhé poloviny buďto dál využívají coping zaměřený na problém nebo se se situací od začátku smířili. Dvacet z dvaceti pěti pacientů pak uvedlo, že se již s tinnitem sžili. Je tedy možné, že i pacienti stále usilující o pozitivní změnu, si na tinnitus určitým způsobem zvykli a berou ho jako součást svého života se všemi problémy, které s ním souvisí. Výsledky dále ukázaly, že ačkoliv se většina pacientů s tinnitem sžila, kontrolu nad ním pociťuje menší počet z nich. Dle výzkumu Siroise et al. (2006) by vnímaná kontrola nad symptomy měla být efektivním zdrojem copingu u chronicky nemocných, jehož výsledek charakterizovali jako přizpůsobení se tinnitu. Výsledky mého výzkumu se však zdají být v rozporu s výsledky autorů.

Zajímavé poznatky přineslo srovnání mezi muži a ženami. Zatímco u žen stres častěji předchází vzniku tinnitu, u většiny mužů se objevil až po jeho vzniku. Častější výskyt psychických problémů způsobených tinnitem u mužů a jejich následné narušení každodenních aktivit může být důvodem, proč se u nich také častěji objevovala tendence vyhledávat různé léčebné přístupy od psychologické a psychiatrické péče po alternativní přístupy. Tedy coping zaměřený na hledání řešení a snahu o pozitivní změnu. Tyto výsledky se neshodují s tvrzením Erlandssona (in Tyler, 2000), že muži mají tendenci své psychické problémy spíš přehlížet. Častější vyhledávání léčby zaměřené na psychické potíže pak mohlo být důvodem, proč podstatná většina mužů uvedla, že se s tinnitem sžila. Zajímavé je, že ačkoli berou tinnitus jako součást svého života, pouze malé procento z nich má pocit, že má tinnitus pod kontrolou.

Výsledky mého výzkumu mohly být ovlivněny několika proměnnými. Pro komplexní uchopení problematiky zvládnutí tinnitu jsem zvolila kvalitativní přístup a polostrukturovaný rozhovor. Jelikož se jednalo o subjektivní posuzování vlastních zkušeností pacienta, není vyloučeno zkreslení výsledků právě tímto faktorem. Participanti byli od začátku seznámeni s cíli výzkumu, což také mohlo mít vliv na jejich odpovědi. Vyhovět očekáváním výzkumníka mohlo podpořit také osobní setkání s ním. Vliv těchto nežádoucích proměnných jsem chtěla omezit vyšším počtem participantů tvořících výzkumný vzorek a zajištěním bezpečného prostředí pro realizaci rozhovorů. V neposlední řadě mohl výsledky ovlivnit fakt, že všichni participanti navštěvovali stejné zdravotnické zařízení, kde se léčba zaměřuje především na TRT, a také vědomí, že autorka výzkumu je dcera jejich ošetřující lékařky.

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo popsat copingové strategie zvládnutí tinnitu v kontextu jeho subjektivního prožívání a problémů, které nejčastěji způsobuje. Pro další

zkoumání této problematiky by mohlo být přínosné zaměřit se na efektivitu těchto strategií a na psychologické faktory ovlivňující intenzitu a zvládání tinnitu. A to především na osobnostní rozdíly. Velice zajímavé a přínosné výsledky by mohl přinést výzkum zaměřený na rozdíly mezi pohlavími. Výsledky mého výzkumu poukazují na to, že psychické problémy způsobené tinnitem byly častější u mužů než u žen. Ženy naopak zaznamenaly stres před vznikem tinnitu, což by se dalo pokládat za jednu z příčin. Poznatky o individuálních a genderových rozdílech v prožívání a zvládání tinnitu by tak mohly přispět k účinnosti jeho léčby, která se již teď ukazuje jako zcela individuální.

11. Závěr

V závěru své diplomové práce uvedu ty nejvýznamnější výsledky výzkumu. Nejčastěji zmiňovaným charakterem tinnitu mezi participanty bylo pískání. Polovina z nich uvedla, že se charakter tinnitu alespoň jednou změnil. Dle předpokladu zhoršuje tinnitus pacientů především ticho a stres. Stres se ukázal jako činitel ovlivňující vznik tinnitu i proces jeho zvládnutí. Stresová reakce se objevila u naprosté většiny pacientů, kteří popisovali prožívání úzkosti, strachu, deprese, zoufalství apod. Polovina participantů uvedla, že stres byl u nich přítomen i před či během vzniku tinnitu. Jednalo se o prožívání dlouhodobého stresu a stresujících událostí jako je ztráta blízkého člověka, změna zaměstnání, existenciální ohrožení apod.

Pacienti si nejčastěji stěžovali na psychické problémy spojené s tinnitem, především na náladovost, úzkost a depresi. Dále se potýkali s problémy se spánkem, což samozřejmě souvisí s vlivem ticha na intenzitu tinnitu. Stejně tak můžeme propojit stížnosti na psychické problémy s negativním vlivem stresu na vnímanou rušivost tinnitu. Tak se vytváří bludný kruh, kdy tinnitus působí na psychiku pacienta, která zpětně působí na jeho intenzitu. Další problémy se týkaly sociální oblasti. Pacienti uváděli nepochopení ze strany druhých, které u některých vedlo k narušení vztahů. Tyto problémy souvisely s jejich náladovostí a distresem, které jejich okolí ne vždy chápalo. U poloviny participantů vedly výše popsané problémy k narušení každodenního života.

Více než polovina participantů využívá při zvládnutí tinnitu pasivní strategie, mezi které patří např. maskování tinnitu, čekání, až se tinnitus zmírní. Téměř stejný počet využívá také efektivní strategie, které zahrnují např. přepojování pozornosti, dostatek činností, akceptace tinnitu. Deset z nich pak alespoň jednou využilo maladaptivní strategie, např. neustálé obcházení doktorů s cílem odstranit tinnitus, užívání prášků na spaní. Polovina pacientů zaznamenala vývoj v užívání copingových strategií od zaměření se na problém a pozitivní změnu ke smíření a akceptaci tinnitu. Většina pacientů se se svým tinnitem sžila, avšak méně pacientů nad ním pociťuje kontrolu. Tyto dva faktory spolu pravděpodobně nesouvisí. Fakt, že se většina z nich s tinnitem sžila dokládá i to, že více než polovina neplánuje vyzkoušet další léčbu.

Zajímavé výsledky přineslo srovnání mezi muži a ženami. Muži se častěji potýkají s psychickými problémy v rámci reakce na tinnitus, zatímco u žen by se stres dal považovat za jeho příčinu. Muži také častěji vyhledali psychologickou, psychiatrickou či alternativní léčbu, což se dá považovat za coping zaměřený na problém. Jsou také s tinnitem více sžiti, avšak pouze malé procento z nich nad ním pociťuje kontrolu.

Souhrn

Tato diplomová práce se zabývá problematikou tinnitu, jeho dopadem na život pacientů a způsoby jeho zvládání. Tinnitus se stává stále častějším problémem, sužujícím moderní společnost díky zrychlování životního stylu, nadměrnému stresu a všudypřítomnému hluku. Jde o rozšířený symptom, který postihuje zhruba každého druhého člověka v důchodovém věku. Tinnitus je po bolestech hlavy a závratích třetím nejčastějším symptomem, s nímž přicházejí pacienti za lékařem (Kulka, 2007).

V úvodu teoretické části bych nejprve uvedla definici tinnitu dle Kulky (2007):

Za diagnózou H93.1 – Tinnitus (z latinského tinnitus – cinkot, zvonění, hřmot) se skrývá široká škála subjektivních „sluchových“ vjemů, které nemají objektivní základ v akustické stimulaci. Pacient „slyší“ v jednom nebo v obou uších, někdy „uvnitř hlavy“ různé hluky – šumění, pískání, hučení, ťukání a podobně. Fantom sluchové percepce je značně různorodý a vždy individualizovaný (49).

S normální tinnitem má zkušenost většina lidí bez poruchy sluchu. Obvykle trvá méně než pět minut a může se objevit např. po vystavení se nadměrnému hluku. Patologický tinnitus trvá déle než pět minut. Objevuje se více než jednou za týden a obvykle se vyskytuje u lidí s poruchou sluchu (Tyler, 2000). *Objektivní tinnitus* je vzácný, a je způsoben mechanickým zvukem v těle. Při *subjektivním tinnitu* vnímaný zvuk nemá zdroj v žádných sluchových podnětech a je symptomem několika různých patofyziologických procesů (Kulka, 2007).

Existuje veliká rozmanitost jak v povaze a etiologii tinnitu, tak i v jeho dopadu na život pacienta. Pokud je tinnitus vnímán jako obtěžující, je spojen s podrážděností a úzkostí z obav, co dané zvuky v uších způsobuje. Důsledkem tinnitu mohou být potíže se spánkem, snížení pozornosti, koncentrace a emoční labilita. Dle Jastreboffa (1999) tinnitus způsobuje deprese, úzkosti, panické ataky, poruchy spánku a narušuje tak normální fungování jedince. Pacient se ocitá v začarovaném kruhu, jelikož dle neurofyziologického modelu stres a úzkost zvyšuje intenzitu tinnitu. Neustálým zaměřením pozornosti na tinnitus je narušen proces jeho habituace, díky němuž jsou lidé schopni ignorovat biologicky nevýznamné podněty (Králíček, 2011).

Důležitým tématem pro pochopení komplexního obrazu onemocnění je subjektivní prožívání nemoci pacientem, neboli autoplastický obraz onemocnění, který se skládá ze složky senzitivní, emocionální, volní a racionální (informativní). Tyto složky nikdy nepůsobí odděleně, vždy jsou ve vzájemné interakci (Zacharová, 2007). Právě

autoplastický obraz onemocnění pacienta ovlivňuje vnímání a interpretaci jeho zdravotního stavu a kvalitu života. Ta se odvíjí také od toho, do jaké míry je schopný dosáhnout vytyčených cílů a jak zvládá překážky, které se mohou při jejich dosahování objevit (Křivohlavý, 2002). V psychologické literatuře zabývající se zvládáním těžkých životních situací a problémů, do kterých řadíme i akutní a chronickou nemoc, se setkáváme s pojmem *coping*. (Křivohlavý, 2002). Tímto termínem se označuje proces zvládání zátěžových situací. Jedná se, na rozdíl od nevědomých obranných mechanismů, o „vědomou volbu určité strategie,“ (Vágnerová, 2008, 57). Tato volba závisí na našem zhodnocení situace a možnostech, jak ji řešit. Cílem by mělo být dosažení pozitivní změny či tolerance, tzn. smíření se situací, kterou změnit nelze. Obecným cílem je pak dosažení celkové rovnováhy.

Autoři Budd a Pugh (1996) popsali tři kategorie copingových strategií, které jsou specifické pro pacienty s tinnitem. Maladaptivní strategie představují copingové strategie, které nevedou k přizpůsobení se tinnitu. Patří mezi ně představy o tom, jaké to je nemít tinnitus, neustálé sdělování ostatním, jak je tinnitus nepříjemný, zaposlouchání se do tinnitu, katastrofické myšlenky o jeho následcích apod. Mezi efektivní strategie patří např. mluvit o sobě pozitivně, přepojování pozornosti a účast na aktivitách za účelem minimalizovat rušivost tinnitu. Poslední kategorií jsou pasivní strategie, do kterých autoři řadí pokusy uniknout tinnitu jeho maskováním, používání zvuků v pozadí a maskerů. Právě maskování tinnitu je součástí léčby zaměřující se na habituaci tinnitu: Tinnitus Retraining Therapy. Její účinnost potvrzuje několik dosavadních výzkumů (např. Korres et al., 2010). Na habituaci se zaměřuje také kognitivně behaviorální terapie, jejíž účinnost je také čím dál více potvrzována výzkumy (např. Zenner et al., 2013).

Cílem mého výzkumu je rozšířit povědomí o psychickém prožívání pacientů s tinnitem a o způsobech jeho zvládání. Snažila jsem se tuto problematiku zachytit v její komplexnosti. Proto jsem se pacientů ptala na jejich subjektivní prožívání, nejčastější problémy, které s tinnitem souvisí, na příčinu tinnitu, jejich zkušenosti s léčbou a především na strategie či rituály, které jim pomáhají v každodenním životě. Abych danou problematiku popsala v její komplexnosti, stanovila jsem si celkem sedmnáct výzkumných otázek. Ze stejného důvodu jsem zvolila kvalitativní výzkum typu případové studie skupiny. Metodou získávání dat byl polostrukturovaný rozhovor, který jsem pro tento výzkum vytvořila. Jeho vzor je přidán do příloh, které se nachází na konci diplomové práce. Polostrukturovaný rozhovor jsem zvolila především pro jeho flexibilitu. Pořadí okruhů, na které se výzkum zaměřuje, může být během tohoto typu rozhovoru

zaměňováno. To umožňuje vytěžit z rozhovoru více informací. Dalším důvodem byla možnost pokládat doplňující otázky a nechat iniciativu na participantech.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 25 pacientů (14 žen a 11 mužů) se subjektivním patologickým tinnitem ve věku od 25 do 68 let. K jejich výběru byla zvolena metoda příležitostného výběru. Délka tinnitu pacientů se pohybovala od 6 měsíců po 33 let. Všichni participanté kromě jednoho uvedli, že se jejich tinnitus projevuje permanentně. Jednalo se o pacienty Nestátního zdravotnického zařízení ORL, foniatrie a audiologie v Praze, kde byla také realizována naše setkání. Pro analýzu dat jsem po přepsání rozhovorů vytvořila přehlednou souhrnnou tabulku v MS Excel, kde jsem si postupně zodpovídala stanovené výzkumné otázky. Prvním krokem analýzy byla redukce prvního řádu, která umožňuje transformovat doslovné přepisy rozhovorů do plynulejší a srozumitelnější podoby. Především byla vynechána slova, která tvoří pouze tzv. slovní vatu, a věty, které nepřinášejí žádnou informaci (Mioviský, 2006).

Postupně jsem si zodpověděla všechny stanovené výzkumné otázky. Dle předpokladu zhoršuje tinnitus pacientů především ticho a stres. Stres se ukázal jako činitel ovlivňující vznik tinnitu i proces jeho zvládnutí. Stresová reakce se objevila u naprosté většiny pacientů, kteří popisovali prožívání úzkosti, strachu, deprese, zoufalství, bezmoci apod. Polovina participantů pak uvedla, že stres byl u nich přítomen i před či během vzniku tinnitu. Jednalo se především o prožívání dlouhodobého stresu a stresujících událostí jako je ztráta blízkého člověka, změna zaměstnání, existenciální ohrožení apod. Pacienti si nejčastěji stěžovali na psychické problémy spojené s tinnitem, především na náládovost, úzkost a depresi. Dále se potýkali s problémy se spánkem, což samozřejmě souvisí s vlivem ticha na intenzitu tinnitu. Stejně tak můžeme propojit stížnosti na psychické problémy s negativním vlivem stresu na vnímanou rušivost tinnitu. Tak se vytváří bludný kruh, kdy tinnitus působí na psychiku pacienta, která zpětně působí na jeho intenzitu. Další problémy se týkaly sociální oblasti. Pacienti uváděli především nepochopení ze strany druhých, které u některých vedlo k narušení vztahů. Tyto problémy souvisely s jejich náládovostí a distresem, které jejich okolí ne vždy chápalo. U poloviny participantů vedly výše popsané problémy k narušení každodenního života.

Více než polovina participantů využívá při zvládnutí tinnitu pasivní strategie, mezi které jsem zařadila např. maskování tinnitu, čekání, až tinnitus sám odezní, vyhýbání se stresovým situacím. Téměř stejný počet využívá také efektivní strategie, které zahrnují např. přepojování pozornosti, dostatek činností pro rozptýlení pozornosti, akceptace tinnitu. Deset z nich pak alespoň jednou využilo maladaptivní strategie, např. neustálé

obcházení doktorů s cílem odstranit tinnitus, užívání prášků na spaní, sociální izolace. Polovina pacientů zaznamenala vývoj v užívání copingových strategií od zaměření se na problém a pozitivní změnu ke smíření a akceptaci tinnitu. Většina pacientů se se svým tinnitem sžila, avšak méně pacientů nad ním pocituje kontrolu. Tyto dva faktory spolu pravděpodobně nesouvisí. Fakt, že se většina z nich s tinnitem sžila dokládá i to, že více než polovina do budoucna neplánuje vyzkoušet další léčbu.

Zajímavé výsledky přineslo srovnání mezi muži a ženami. Muži se častěji potýkají s psychickými problémy v rámci reakce na tinnitus, zatímco u žen by se stres dal považovat za jeho příčinu. Muži také častěji vyhledali psychologickou, psychiatrickou či alternativní léčbu, což se dá považovat za coping zaměřený na problém. Jsou také s tinnitem více sžiti, avšak pouze malé procento z nich nad ním pocituje kontrolu.

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo popsat copingové strategie zvládání tinnitu v kontextu jeho subjektivního prožívání a problémů, které nejčastěji způsobuje. Pro další zkoumání této problematiky by mohlo být přínosné zaměřit se na efektivitu těchto strategií a na psychologické faktory ovlivňující intenzitu a zvládání tinnitu, především pak osobnostní a genderové rozdíly. Tyto poznatky by mohly přispět k účinnosti léčby tinnitu, která se již teď ukazuje jako zcela individuální.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Andersson, A., Lyttkens, L. (1999). A meta-analytic review of psychological treatments for tinnitus. *British Journal of Audiology*, 33(4), 201-210. Získáno 5. listopadu 2013 z EBSCOhost database.
- 2) Andersson, G. (2002). Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychology Review*, 22, 977-990. Získáno 5. listopadu 2013 z EBSCOhost database.
- 3) Alpini, D., & Cesarani, A. (2006). Tinnitus as an alarm bell: stress reaction tinnitus model. *ORL*, 68, 31-37. doi: 10.1159/000090488
- 4) Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- 5) Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press. Získáno 10. února 2014 z Google Books.
- 6) Beck, A. T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.
- 7) Bouchal, M. (1993). *Psychologie v lékařství*. Brno: Masarykova univerzita.
- 8) Budd, R. J., & Pugh, R. (1996). Tinnitus coping style and its relationship to tinnitus severity and emotional distress. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(4), 327-335. Získáno 15. listopadu z EBSCOhost database.
- 9) Burns, D. D. (1999). *Feeling Good: The New Mood Therapy*. USA: Harper Collins.
- 10) Erlandsson, S. (2000). Psychological profiles of tinnitus patients. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Handbook*, (25-57). USA: Thomson Learning.

- 11) Eysenck, M. W., & Mogg, K. (1992). Clinical anxiety, trait anxiety, and memory bias. In S. A. Christianson (Ed.), *The handbook of emotion and memory: Research and theory* (429-448). USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- 12) Fišar, Z. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie* (2. vyd.). Praha: Grada Publishing.
- 13) Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852. Získáno 5. března 2014 z PsycARTICLES database.
- 14) Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, Ch., DeLongis, A., & Grün, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. Získáno 6. prosince 2013 z PsycARTICLES database.
- 15) Framer, R. F., & Chapman, A. L. (2008) *Behavioral Intervention in Cognitive Behavior Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 16) Grawe, K. (2007). *Neuropsychoterapie*. Praha: Portál.
- 17) Heinecke, K., Weise, C., Schwarz, K., & Winfried, R. (2008). Physiological and psychological stress reactivity in chronic tinnitus. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 179-199. doi: 10.1007/s10865-007-9145-0
- 18) Holmes, S., & Padgham, N. D. (2009). Review paper: more than ringing in the ears: a review of tinnitus and its psychosocial impact. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2927-2937. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02909.x
- 19) Holt, G. R., Mattox, D. E, & Gates, G. A. (1984) *Decision making in otolaryngology*. Toronto: B. C. Decker INC.

- 20) Chan, Y. (říjen, 2009). *Tinnitus: etiology, classification, characteristics, and treatment*. Získáno z <http://www.discoverymedicine.com/Yvonne-Chan/2009/10/10/tinnitus-etiology-classification-characteristics-and-treatment>
- 21) Jastreboff, P. J. (1999). The neurophysiological model of tinnitus and hyperacusis. In *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar*, (32-38). Získáno 4. dubna 2012 z www.tinnitus.org
- 22) Jastreboff, P. J. (2000). Tinnitus habituation therapy (THT) and tinnitus retraining therapy (TRT). In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Handbook*, (353-376). USA: Thomson Learning.
- 23) Jin Jun, H., Rojas-Roncancio, E., & Tyler, R. S. (2012). *Sound therapy can be very effective for treating tinnitus*. Získáno 20. 2. 2014 z [Ata.org](http://www.ata.org/sites/ata.org/files/pdf/Sound_Therapy_Jun_Rojas_Roncancio_Tyler_Winter%2012.pdf):
- 24) Kellerhals, B., & Zogg, R. (1999). *Tinnitus Rehabilitation by Retraining*. Basel: Karger.
- 25) Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11. Získáno 10. února z PsycARTICLES database.
- 26) Korres, S., Mountricha, A., Balatsouras, D., Maroudias, N., Riga, M., & Xenelis, I. (2010). Tinnitus Retraining Therapy (TRT): Outcomes after one-year treatment. *International Tinnitus Journal*, 16(1), 55-59.
- 27) Králíček, P. (2011). *Úvod do speciální neurofyzologie*. Praha: Galén.
- 28) Kraus, K. S., Canlon, B. (2012). Neuronal connectivity and interactions between the auditory and limbic systems. Effects of noise and tinnitus. *Hearing Research*, 288, 34-46. Získáno 15. prosince 2013 z PsycINFO database.

- 29) Kroener-Herwig, B., Biesinger, E., Gerhards, F., Goebel, G., Greimel, K. V., & Hiller, W. (2000). Retraining therapy for chronic tinnitus: a critical analysis of its status. *Scandinavian Audiology*, 29, 67-78. Získáno 20. listopadu 2013 z EBSCOhost database.
- 30) Kropp, P., Hartmann, M., Barchmann, D., Meyer, W., Darabaneanu, S., Ambrosch, P., ... & Gerber, W. D. (2012). Cortical habituation deficit in tinnitus sufferers: contingent negative variation as an indicator of duration of the disease. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 37, 187-193. doi: 0.1007/s10484-012-9193-2
- 31) Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- 32) Kulka, J. (2007). Tinnitus v perspektivě klinické psychologie, psychoterapie a rehabilitace. *Psychiatria – psychoterapia – psychosomatika*, 14(1), 49-52. Získáno 10. února 2012 z <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2007/PSY1-2007-cla10.pdf>
- 33) Lazarus, R., S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. USA: McGraw-Hill, Inc.
- 34) Lejska, M. (2003). *Poruchy verbální komunikace a foniatricie*. Brno: Paido.
- 35) Lehner, A., Schecklemann, & M, Langguth, B. (2012). *rTMS for the treatment of chronic tinnitus: optimization by stimulation for the cortical tinnitus network*. Získáno 20. 2. 2014 z Ata.org: http://www.ata.org/sites/ata.org/files/pdf/rTMS%20_for_Chronic%20Tinnitus_Langguth_Lehner_Schecklmann_Summer12.pdf
- 36) Levanthal, H., & Nerenz, D. R. (1985). The assessment of illness cognition. In P. Karoly (Ed.), *Measurement Strategies in Health Psychology* (517-554). New York: Wiley.

- 37) Lockwood, A. H., Salvi, R. J., & Burkard, R. F. (2002). Tinnitus. *The New England Journal of Medicine*. 347(12), 904-910. Získáno 5. prosince 2011 z http://biblio.physiotek.com/sites/biblio.physiotek.com/files/904_0.pdf
- 38) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- 39) Novák, A. (2003). *Audiologie: vyšetřovací technika, diagnostika, léčba a rehabilitace*. Praha: prof. MUDr. Alexej Novák, DrSc.
- 40) Novotný, M., Hahn, A., Boleloucký, Z., & Vaverková, H. (1997). *Závratě: diagnostika a léčba*. Stuttgart: Aesopus-Verl.
- 41) Praško, J., Buliková, B., Cakirpaloglu, S., Cinculová, A., Grambal, A., Hunková, M., ... Vrbová, K. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta.
- 42) PRO-AUDIO, s r.o. (2006). *Laserová terapie tinnitu*. Získáno z <http://www.pro-audio.cz/laserova-terapie-tinnitu/>
- 43) Reiss, S. (21. července 2008). Anxiety sensitivity [Zpráva z blogu]. Získáno z <http://www.psychologytoday.com/blog/who-we-are/200907/anxiety-sensitivity>
- 44) Robinette, M. S, & Glattke, T. J. (2007). *Otoacoustic Emissions: Clinical Applications*. New York: Thieme Medical Publishers, INC.
- 45) Rosellini, W., Curnes, J., & Engineer, N. (2012). *Vagus nerve stimulation: new potential for tinnitus relief*. Získáno 20. 2. 2014 z [Ata.org](http://www.ata.org): http://www.ata.org/sites/ata.org/files/pdf/pdf_archives/Vagus%20Nerve%20Stimulation%20-%20Rosellini,%20Curnes%20%26%20Engineer%20-%20Summer%20'12.pdf
- 46) Sirois, F. M., Davis, Ch. G., & Morgan, M. S. (2006). "Learning to live with what you can't rise above": control beliefs, symptom control, and adjustment to tinnitus. *Health Psychology*, 25(1), 119-123. doi: 0.1037/0278-6133.25.1.119

- 47) Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161-1173. Získáno 20. února 2014 z PsycARTICLES database.
- 48) Thora, C., & Goebel, G. (2006). *Tinnitus: 100 otázek a odpovědí*. Praha: Triton.
- 49) Tyler, R. S. (Ed.). (2000). *Tinnitus Handbook*. USA: Thomson Learning.
- 50) Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 51) Veldová, K. (2012). *Kvalita života lidí trpících tinnitem*. (Nepublikovaná postupová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 52) Vlaeyen, J. W. S., Van Eek, H., Groenman, N. H., & Schuerman, J., A. (1987). Dimension and components of observed chronic pain behavior. *Pain*, 31, 65-75. Získáno 20. února 2014 z <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/241440/1/1987dimensionscomponent.pdf>
- 53) Vollmann, M., Kalkouskaya, N., Langguth, B., & Scharloo, M. (2012). When the ringing in the ears gets unbearable: illness representations, self-instructions and adjustment to tinnitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 108-111. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.04.009
- 54) Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- 55) Wagenaar, O., Wieringa, M., & Verschuure, H. (2010). A cognitive model of tinnitus and hyperacusis; a clinical tool for patient information, appeasement and assessment. *International Tinnitus Journal*, 16(1), 66-72. Získáno 20. prosince 2011 z <http://tinnitusjournal.com/imagebank/pdf/v16n1a13.pdf>
- 56) Weber, C., Arck, P., Mazurek, B., & Klapp, B. F. (2002). Impact of a relaxation training on psychometric and immunologic parameters in tinnitus sufferers. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 29-33 doi: 10.1016/S0022-3999(01)00281-1

- 57) Wilson, P. H., & Henry, J. L. (2000). Psychological management of tinnitus. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Handbook*, (263-279.). USA: Thomson Learning.
- 58) Young, D. W. (2000). Biofeedback training in the treatment of tinnitus. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Handbook*, (281-295.). USA: Thomson Learning.
- 59) Zacharová, E. (2007) *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing.
- 60) Zenner, H. P., Vonthein, R., Zenner, B., Leuchtweis, R., Plontke, S. K., Torka, W., ... Birbaumer, N. (2013). Standardized tinnitus-specific individual cognitive-behavioral therapy: A controlled outcome study with 286 tinnitus patients. *Hearing Research*, 298, 117-125. doi: 0.1016/j.heares.2012.11.0

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce:	Vědomé strategie zvládání tinnitu
Autor práce:	Karolína Veldová
Vedoucí práce:	PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.
Počet stran a znaků:	100 stran, 158 326 znaků
Počet příloh:	5
Počet titulů použité literatury:	60

Abstrakt: Předmětem diplomové práce je subjektivní prožívání tinnitu a způsoby jeho zvládání. Teoretická část se zabývá faktory a procesy ovlivňujícími patogenezi tinnitu jako je např. stres a habituace, autoplastickým obrazem onemocnění, psychosociálními důsledky tinnitu a copingovými strategiemi. Poslední teoretické kapitoly popisují léčebné metody tinnitu a dosavadní výzkumy. Pro výzkum v této studii byl zvolen kvalitativní přístup. Jedná se o případovou studii skupiny. Participanti byli vybíráni metodou příležitostného výběru. Celkem se výzkumu zúčastnilo 25 pacientů se subjektivním patologickým tinnitem. Jako metoda sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Po transkripci a analýze dat byly zodpovězeny výzkumné otázky týkající se subjektivního prožívání a copingových strategií zvládání problémů spojených s tinnitem. Výsledky popisují pasivní, efektivní a maladaptivní copingové strategie, potvrzují význam vlivu stresu jak na příčinu tak důsledky tinnitu a význam psychických problémů spojených s tinnitem. Popisují také rozdíly v prožívání a zvládání tinnitu mezi muži a ženami.

Klíčová slova: tinnitus, stres, coping, autoplastický obraz onemocnění

ABSTRACT OF THESIS

Title:	Conscious strategies of coping with tinnitus
Author:	Karolina Veldová
Supervisor:	PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.
Number of pages and characters:	100 pages, 158 326 characters
Number of appendices:	5
Number of references:	60

Abstract: The theme of this thesis is subjective experience and ways of coping with tinnitus. Its theoretical part is focused on factors and processes influencing the pathogenesis of tinnitus, such as stress and habituation, illness representations, psychosocial consequences of tinnitus and coping strategies. Last theoretical chapters describe types of tinnitus treatment and previous research. For the research of this study was chosen qualitative approach, a case study of group. 25 participants with pathological subjective tinnitus were chosen by occasional selection method. Semi-structured interview was used as a method of data collection. After data transcription and analysis, the research questions were answered. The questions were about illness representations, subjective experience and coping strategies of dealing with tinnitus problems. The results describe passive, effective and maladaptive coping strategies. They confirm an impact of stress on cause and consequences of tinnitus, and the importance of psychological problems as consequences of tinnitus. The results also describe differences in illness representations and coping with tinnitus between men and women.

Key words: tinnitus, stress, coping, illness representations

Seznam příloh

- Příloha 1:** Zadání diplomové práce
- Příloha 2:** Informovaný souhlas
- Příloha 3:** Polostrukturované interview
- Příloha 4:** Přepis rozhovoru účastníka výzkumu
- Příloha 5:** Ukázka tabulky pro kódování z MS Excel*

* V příloze uvádím pouze část tabulky z důvodu jejího velkého rozsahu. Celá tabulka je na vyžádání k nahlédnutí pouze u mne. Stejně tak i ostatní přepsané rozhovory vzhledem k citlivosti dat a zachování slíbené anonymity.

Příloha 1: ZADÁNÍ MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Školní rok:	2013 / 2014
Diplomant:	Karolína Veldová
Vedoucí diplomové práce:	PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.
Název tématu (česky):	Vědomé strategie zvládání tinnitu
Název tématu (anglicky):	Conscious strategies of coping with tinnitus

Zásady pro vypracování:

1. Studium literatury v oblasti poruch sluchu, psychologie zdraví a nemoci, neuropsychologie
2. Autoplastický obraz onemocnění, míra prožívaného stresu, copingové strategie
3. Zaměření se na účinné vědomé strategie zvládání tinnitu a na subjektivní vnímání tinnitu
4. Kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor
5. Kvalitativní rozbor dynamiky prožívání u pacientů s tinnitem, popis vědomých strategií účinných ve zvládání tinnitu v každodenním životě
6. Základní výzkumný soubor bude tvořen z pacientů nestátního foniatrického zařízení
7. Náhodný výběr, analýza dat, kódování, vyvozování závěrů
8. Popis copingových strategií pacientů trpících tinnitem, porozumění dynamice prožívání u pacientů s tinnitem

Seznam doporučené literatury:

- Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). Základy klinické psychologie. Praha: Portál
- Goldstein, L. H., McNeil, J. E. (2004). Clinical Neuropsychology: A Practical Guide to Assessment and Management for Clinicians. London: Jon Wiley and Sons Ltd
- Hahn, A. et al. (2007). Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi. Praha: Grada
- Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada
- Novák, A. (2003). Audiologie: vyšetřovací technika, diagnostika, léčba a rehabilitace. Praha: prof. MUDr. Alexej Novák, DrSc.
- Tyler, R. (2000). Tinnitus Handbook. USA: Thomson Learning
- Vymětal, J. (2003). Lékařská psychologie. Praha: Portál

Termín finalizace zadání diplomové práce ve STAGu:

24. 10. 2013

Příloha 2: Informovaný souhlas



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
Katedra psychologie
Vodární 9, 779 00 Olomouc

Informovaný souhlas

pro diplomovou práci: *Vědomé strategie zvládnání tinnitu*

autor práce: Karolina Veldová

vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s žádostí o spolupráci na diplomové práci, jejímž cílem je porozumět dynamice prožívání klienta s tinnitem, popsat problémy, které jsou s tinnitem spojeny a strategie, které klientu pomáhají v jeho zvládnání. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika. Naopak svou účastí poskytnete lékařům, psychologům i zdravotnickému personálu informace napomáhající k pochopení dynamiky prožívání nepříznivého zdravotního stavu a možných dopadů na jednotlivé oblasti života jejich pacientů. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Autorka výzkumu mne informovala o jeho podstatě a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s jeho výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se autorky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na mé případné dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel výzkumu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele a garanta výzkumu : _____

_____ V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu (zákonného zástupce): _____

_____ V _____ dne: _____

Příloha 3: Polostrukturované interview

1. Jak dlouho se u vás tinnitus projevuje?
2. Jaký má váš tinnitus charakter?
3. Je to jeden přetrvávající zvuk nebo kombinace více zvuků?
4. Připomíná vám něco daný zvuk? K čemu byste ho přirovnal/a?
5. Projevuje se váš tinnitus permanentně či přerušovaně?
6. Udála se u vás nějaká stresující událost v době vzniku tinnitu?
7. Pohyboval/a jste se v hlučném prostředí?
8. Jaké pocity ve vás tinnitus vyvolává?
9. Jak jste se s tinnitem sžil/a? Vnímáte ho jako součást své osobnosti?
10. Máte pocit, že máte tinnitus pod kontrolou?
11. Do jaké míry vám tinnitus brání vykonávat každodenní činnosti?
12. Jaké problémy jsou s ním nejčastěji spojeny?
13. Kdy je tinnitus nejintenzivnější?
14. Je něco, co ho zhoršuje?
15. Máte nějaké rituály, strategie, které vám pomáhají tinnitus zmírnit? (Odvést od něj pozornost?)
16. Co vám pomáhá před usnutím a během noci?
17. Mohl/a byste o svém tinnitu říci, že s sebou přinesl i nějaká pozitiva?
18. Chodíte často lékaři kvůli tinnitu?
19. Kdy jste lékaře navštívil/a poprvé od vzniku tinnitu?
20. Dbáte na jeho rady a názory?
21. Máte dostatek informací o tinnitu?
22. Obdržel/a jste informace o tinnitu od lékaře nebo jste je sám/a aktivně vyhledal/a?
23. Jakou léčbu jste již absolvoval/a a která vám nejvíce pomohla?
24. Jaké jsou vaše plány do budoucna co se týče léčby?
25. Jak myslíte, že se budete cítit např. za rok?

Příloha 4: Přepis rozhovoru účastníka výzkumu

Ú: účastník výzkumu

V: výzkumník

Pohlaví: muž

Věk: 44 let

V: Tak já bych se vás nejdříve zeptala, jak dlouho se u vás tinnitus projevuje?

Ú: No, teďka to jsou tři roky, myslím. Možná dva.

V: Jaký má charakter? Co je to za zvuk?

Ú: Je to pískání, vyšší takový tóny.

V: A je to jen to pískání nebo se kombinuje více zvuků?

Ú: Je to tak různě. Ono to někdy přeskakuje, někdy se to utlumí, někdy je to jako takový jako kdyby praskalo špatně naladěný rádio. Že ten tón se jako chvěje, nebo praská. Nevím, jak bych to nazval. Někdy je to stabilní. Prostě různě. Nemám to pořád, prostě nemám pořád jeden ten samej tón. Naštěstí se to nějak jako hejbe ten zvuk.

V: Připomíná vám něco ten zvuk?

Ú: Já nevím, já myslím, že ne. Prostě pískání. Ale ono to není charakter pískání, jak si člověk představuje pískání. Ten tón je trochu nižší než to pískání, protože pískání si člověk představuje hrozně vysoko. Tohle je spíš takový... Nevím, už jsem nad tím přemýšlel, jak bych to nazval a asi to pískání. Ale ne takový, jaký slyšíte normálně, je to takový trochu hlubší pískání.

V: A projevuje se permanentně nebo přerušovaně?

Ú: Permanentně.

V: Když se u vás tinnitus objevil poprvé, byl jste třeba v dlouhodobém stresu? Nebo...

Ú: Já myslím, že právě že jo, že se u mě projevil po nějakým stresovým období. Nebylo to teda dlouhodobý, to byly tenkrát nějaký zdravotní problémy. Lichý samozřejmě. Ale vím, že jsem tenkrát byl na nějakým cétečku, že mě doktor strašil s rakovinou ledviny nebo

něčím. A vím, že potom to právě bylo. Ale až asi za dva měsíce. Je možný, že to bylo tím. Ale já mám i tu krční páteř nějakou rozhašenou, takže je možný... Ale je pravda, že ten stres tomu předcházel.

V: V hlučném prostředí jste se nepohyboval?

Ú: Ne.

V: Jaké pocity ve vás tinnitus vyvolává?

Ú: No, nepříjemný samozřejmě. Takový, teď už to naštěstí ta psychika se s tím nějak srovnala, ale byla to taková ta beznaděj. Že člověk vzpomínal, jaký by to bylo, kdyby nic neslyšel. A... no, nepříjemný. Takový prostě až depresivní.

V: Měl jste strach, co to je?

Ú: Já jsem měl spíš strach až potom, co jsem zjistil, co to je. Protože jsem zjistil, že se s tím nedá nic dělat. Ze začátku jsem si říkal: tak mi píská v uchu, tak prostě půjdu na ušní a oni s tím něco udělaj, že jo. Takže to jsem nějak vůbec neřešil. Ale pak teprve až když jsem si přečetl a zjistil jsem, že prostě je to věc, která poskytne spoustu lidí a která se zatím, s kterou se zatím v současné době nedá nic dělat, no, tak teprve potom přišel takovej ten strach: ježiš marja, co mě to postihlo.

V: A dá se teď říct, že jste se s tím už sžil?

Ú: Tak jestli se s tím dá nějak sžít, tak jsem se s tím nějak sžil. Takový to sžití to určitě není, furt to člověku vadí, že jo. Furt si člověk to uvědomí. Ale když to srovnám před tím rokem, tak je to prostě podstatně lepší. Teď kon. Změnilo se to vnímání. Přes den na to zapomínám, prostě převážnou část dne na to zapomenu.

V: Máte pocit, že máte tinnitus pod kontrolou?

Ú: Teď jo, teď si myslím, že jo. Ale pak mě to vždycky vyvede z omylu, že to tak není. To už jsem měl loni takhle že to bylo a pak najednou přišlo období, hlavně v zimě, kdy jsem prostě z toho byl úplně šílenej a pak to zase přešlo. Takže...

V: A zpozoroval jste, co by to mohlo zhoršovat?

Ú: Určitě je to spojený s tou krční páteří. Jak jsem se tomu ze začátku bránil, že to asi nebude tak jednoduchý, nějaká krční páteř, tak je pravda, že když mám tu bolest toho krku, za krkem a nějak se to stupňuje, tak je hlučnější i ten tinnitus. Nebo to vnímání. Stresy nevím jako, to si myslím, že spíš než ten stres vnímám tu krční páteř. Tu strnulost. Ale může to bejt jedno s druhým, že jo.

V: Do jaký míry vám ten tinnitus brání vykonávat každodenní činnosti?

Ú: Já myslím, že teď už vůbec. Ze začátku jsem měl jedno období, kdy jsem prostě furt se v tom hrabal. Pořád jsem o tom přemýšlel a to je špatně. Pak to narušilo nějaký vztahy, soužití. Protože člověk je podrážděnej, ale to bylo naštěstí jen to období. A teď se v tom vůbec neňahňám. Snažím se na to nemyslet. Jako teď kon třeba, jak jsme tady, tak to furt slyším. Protože na to myslím, mluvím o tom, že jo, ale vylezu ven, jedu tramvají někam a prostě už si vzpomenu až odpoledne, pak zase až večer. Nejhorší by bylo, kdybych teď vylezl od vás a začal o tom zase přemýšlet. Jestli to někdy přestane, jaký to je, když to člověk neslyší. A jakmile je to taková ta spirála, která se roztočí, tak je potom člověku špatně. To už jsem se právě odnaučil na tohle myslet. Takže to už neřeším.

V: A kdybyste měl říct, jaký problémy s tím byly nejčastěji spojeny?

Ú: No, ta špatná psychika z toho. Jinak jako jiný problémy mi to nijak ne to. Slyším furt stejně...

V: A v komunikaci?

Ú: Ne, ne. To právě spíš tak psychika, když jsem se v tom ňahňal, tak prostě byl člověk nervózní, podrážděnej, nezajímalo ho nic jinýho. Ale jinak nic.

V: A v práci vám to nevadí?

Ú: Ne, ne. Možná proto, že tam přepnu na něco jinýho a ono asi i ten mozek, že je to jak s těma zvukama nepříjemnejma. Třeba tikání hodin. Že prostě když se na to začnete soustředit, tak se z toho můžete zbláznit. Prostě neusnete, furt to slyšíte. A najednou to vypne, protože ten mozek to přestane vnímat a nevíte o tom. A pak si vzpomenete, že nějaký tikání tam je. Třeba. Nebo taky ne. Tak to je něco podobnýho s tím tinnitem. Že naštěstí ten mozek je asi tak chytrej, i když asi chytrej není, jestli to dělá on, tak prostě tam

je nějaká chyba. Ale zase na druhou stranu je tak chytřej, že to dokáže ten stálej tón nějakým způsobem vypnout na chvílku. Nebo ne vypnout, ale to vnímání.

V: A kdybyste měl tedy říct, kdy je nejintenzivnější?

Ú: Samozřejmě v tichu, no. Takže člověk když se v noci vzbudí, tak to slyší hodně. Ale zase nemám problém znova usnout. Zapomenu na to. Neřeším to. Nesmím se v tom začít zase hnípat. Jakmile o tom začne člověk přemýšlet, tak je to nejhorší. Takže to ticho, no. Asi ten večer je to nejhorší. Potom tu noc. Před spaním to ani neřeším.

V: A při usnutí vám to tedy nikdy nevadilo?

Ú: Ne, nikdy. Ani jsem se nebudil. Jako takhle, já se budím, ale nevím, jestli je to způsobený tím, nebo něčím jiným. To bych neřekl, že to bude způsobený tinnitem. To už jsem měl dlouho předtím. A s tím usínáním jsem vůbec problémy neměl.

V: Jak jste říkal, že to bylo nejhorší, když jste se na to soustředil, tak co vám pomohlo v té situaci?

Ú: No, nic. To jsem se v tom rýpal. Až prostě jsem na to zapomněl, že jo. Zase prostě člověk nemůže myslet na tu věc pořád. Takže až jsem teprve se unavil tím, že jsem to řešil, tak to přešlo. Někdy jsem měl i takový období, to bylo na začátku, že jsem jel někam na dovolenou, do nějakých lázní. To jsem se snažil nějak odreagovat od toho tinnitu. No a pak to nějak postupně přestalo. A od té doby je to v pohodě. Teď jsem čekal, jestli se mi to zase vrátí na zimu, protože to bejvalo, že na tu zimu to bylo intenzivnější. Ale letos ne, letos je to takový stálý.

V: Zvláštní, že je to takhle sezónní. Nezpozoroval jste něco, co by se dělo v zimě a ne na jaře?

Ú: Ne, ne.

V: A teď je tu trochu jiná otázka – myslíte si, že vám tinnitus přinesl i nějaký pozitivum?

Ú: No, tak kromě toho, že se člověk něco nového dozvěděl o něčem, o čem neměl skoro ani ponětí. I když ponětí měl, protože já jsem tenkrát shodou okolností viděl ten pořad s tím... Pavlíčkem. Takže to jsem se tenkrát o tom dozvěděl. To si ještě pamatuju, jak jsem

říkal manželce: to musí bejt strašný. No a... A jinak si nemyslím, že by něco pozitivního přinesl.

V: Třeba ze byste se o sebe začal víc starat nebo tak...

Ú: No, tak víc doktorů přibylo. (smích) Ty rehábka a tak. Ale to nevím, jestli je to pravý starání se o sebe. Ale jinak že bych si upravil jídelníček, k tomu mě to nedovedlo. Možná jenom, že si člověk uvědomí, že prostě se může stát cokoliv, a na toho člověka můžou přijít prostě i horší chvíle. Že ten život prostě není jen o legraci a veselí.

V: Chodíte často k lékaři kvůli tinnitu?

Ú: Nechodím. Ne. Nebo takhle, chodím tady vedle k paní na masáž, ale tak to je spíš příjemná věc než chodit k lékaři. U paní doktorky tady to jsem dlouho nebyl. To jsem tady byl jednou vlastně. Nebo dvakrát, ještě kvůli sluchadlům, který jsem si nakonec nevzal. No, a chodím vlastně, vlastně jo, protože chodím jednou za půl roku k neurologovi kvůli tý krční páteři. A to je vlastně spojený s tím, takže to jsou nějaký rehábka, napravování a tohle. Takže jo.

V: A kdy jste navštívil lékaře poprví od toho vzniku tinnitu?

Ú: Asi za tři, za dva dny. U ušního, no.

V: Takže první informace jste se dověděl od lékaře? Ne, vlastně vy jste říkal, že jste viděl ten pořad...

Ú: No, tam jsem se dověděl prd od něj. To jsem byl u ušního tam u nás, a ten mi dal nějaký ty prášky, Betaserc nebo co, a řekl, že to prostě takhle je. Že to může přestat nebo nemusí, a vůbec mi to nějak nevysvětlil. To bylo špatně. Takže pak z internetu, no, všechno. Když to pak nepřestávalo, tak jsem si začal na internetu hledat informace a pak jsem šel ještě někam na nějaký ušní... No a pak k těm neurologům jsem začal chodit.

V: A kromě rehabilitace a Betasercu jste zkoušel ještě nějakou jinou léčbu?

Ú: Hm... Ne.

V: Nezkoušel.

Ú: Ne. Ale ono ani nic jinýho snad není. Ještě ty sluchadla, to jsem měl půjčený chvílku tady, ale to bylo takový veliký, to mi nějak moc nevyhovovalo. A takže nic jinýho...

V: A nejvíc vám pomohly ty masáže by se dalo říct?

Ú: Já myslím, že jo. Tak ono je to taková ta rehabilitace tý krční páteře, že určitě to utlumí, nebo zmírní prostě... A ty masáže jsou taky dobrý. Že to tam pak není stuhlý, nic tam nezpůsobuje, ale já nevím, jestli to způsobuje. On to nikdo neví, co to způsobuje. Takže nevím.

V: Máte v plánu vyzkoušet ještě nějakou jinou léčbu?

Ú: Určitě. Cokoliv bude novýho, tak rád do toho půjdu.

V: Takže nemáte ještě nějakou vymyšlenou, nějakej typ léčby, kterej byste teď chtěl vyzkoušet?

Ú: No, mám, takhle, co jsem zjišťoval, tak všechno jsem absolvoval nějakým způsobem a teďkon teda paní doktorka říkala o něčem, ještě nějaký... že prej je nějakej počítač, že člověk dostane nějaký elektrody na hlavu a soustředí se mozkiem na nějakou počítačovou hru.

V: Biofeedback?

Ú: Jo, jo, jo. Zpětná vazba, že jo. Tak to kdyby byla možnost, tak proč ne. Zkusím to rád. Tak to bych uvítal. Ještě jsem teda četl o nějakých, že zkoušej nějak ty magnetický stimulače. Tak to říkala paní doktorka, že to neví, jestli to vůbec bude účinný. A četl jsem pak někde, že by to mohlo mít i nějaký vedlejší účinky zase. Že to ještě není pořádně zjištěný. Ale vyzkoušel bych to. Klidně. Proč ne.

V: Jak myslíte, že se budete cítit za rok?

Ú: Já doufám, že tak jako teď. Nebo líp. Doufám, že se to nějak nezhorší. To má člověk asi největší strach právě z toho, že by se to mohlo ještě zesílit. To by bylo asi špatně. Ale když to zůstane takhle, tak to by mi možná i vyhovovalo.

V: A co myslíte, že vám za ty dva roky pomohlo nejvíc, co se týče toho běžnýho života?

Ú: Já myslím, že naučení se to nevnímat prostě... Že to člověk nechá bejt, že se s tím smíří a řekne si: no dobře, tak mě píská v uchu, jako neumírá se na to, nebolí to, je to nepříjemný a ta psychika to prostě veme tak jako že máte dvě nohy a ne tři. A že chodíte a nelítáte. Jo, že se člověk prostě smíří s tím, jak to je. A že ten mozek to nevyhodnocuje tak, že je to špatně, že jo. Ta psychika prostě, no. To si myslím, že je nejdůležitější.

Příloha 5: Ukázka tabulky pro kódování z MS Excel

	Participant 1	Participant 2
Pohlaví / věk	Muž, 39 let	Žena, 30 let
Délka tinnitu	8 let	6 měsíců
Permamentně / Přerušovaně	Permanentně, ale slabší a silnější je to.	(Takže to není tak, že by byl pořád?) Ne, ne, určitě ne.
1. Jaký je nečastější charakter tinnitu?	Já bych řek, že pokaždý jinej, jo. Občas je to jeden tón, občas se tam mísí dva tóny, občas v tom uchu jako bubnuje.. No vobčas v tom uchu jako dělá takový jako duc duc – duc duc. ... Jako je tam třeba, je tam pískot, je tam jeden zvuk a do toho ještě je tam jako byste si na něco klepala... MĚ, BU, P, TN	Více méně je to jakoby v uchu, nejdřív se změní tlak, jako takovej ten podtlak, a pak mi jenom chvíličku, tak já nevím, patnáct dvacet vteřin píská... P
2. Co tinnitus zhoršuje?	No, ta únava, jak jsem říkal. A jakmile přišel nějaký silnej zvuk. Jakoby dlouhodobě randál. Já nevím, koncert, sluchátka dlouhodobě. ... No, vždycky je nejvíc v tichu, no. T, Ú, HL	(...) jestli to jakoby i s tím tlakem v práci. Je to možný, že třeba to tělo si říká stop, mám takovej pocit. (smích) Nevím. Je pravda, že se mi to dost často stává v práci. Daleko víc než když jsem doma. S

10. Jaké problémy jsou s tinnitem nejčastěji spojeny?	<p>Hm, takovej ten večerní nepříjemnej zvuk, kdy chcete spát a vono to furt jako píská a někdy to bylo jako hodně, no. Když je koncert nějaký a ještě zkouška a je prostě randál. Tak je to nepříjemný. To bývalo jako, říkám, v těch začátkách. V tom tichu. Tam je to prostě nejvíc, no.</p> <p>SPÁN, HL</p>	<p>..protože v tu chvíli, kdy mi to v tom uchu píská, tak člověk přeruší veškerý činnosti, který normálně dělá. ... A spíš je to naopak v tý práci. Takže musím přerušit to, protože to jako vnímám. SOU</p>
--	---	---

1. Charakter tinnitu	Zkratka kódu:	Popis:
Měnicí se	MĚ	Alespoň jednou za dobu, co mají tinnitus, se zvuk tinnitu změnil a nebyl to stále ten stejný charakter zvuku
Pískání Šumění Tón Bzučení Hučení Bubnování	P Š TN BZ H BU	

2. Co tinnitus zhoršuje	Zkratka kódu:	Popis:
Ticho	T	Pacienti ho nejvíce slyší v tichu, před spaním, v noci
Únava	Ú	Pokud je pacient unavený či přepracovaný
Stres	S	Tinnitus je nejintenzivnější, když je pacient ve stresu
Zaměření se na tinnitus	ZA	Když na tinnitus zaměří pozornost a začne o něm přemýšlet.
Hluk	HL	Dlouhodobý výskyt v hluku vyšší intenzity
Nachlazení	NA	Ucpané dutiny

10. Jaké problémy jsou s tinnitem nejčastěji spojeny	Zkratka kódu:	Popis:
Problémy se spánkem	SPÁN	Usínání i průběh spánku, ztráta ticha
Soustředění	SOU	
Místa spojená s hlukem	HL	Hlučné pracovní prostředí, hudební produkce
Psychické problémy	PSYCH	Náladovost, deprese, úzkosti apod.
Sociální komunikace	KOM	Včetně narušení vztahů s okolím, nepochopení ze strany druhých apod.