

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
INSTITUT SOCIÁLNÍHO ZDRAVÍ



Etiologie traumatu a vliv salutorů u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy, Hashimotova thyreoiditida.

Etiology of trauma and the influence of salutators in persons with autoimmune thyroid disease, Hashimoto's thyroiditis.

Diplomová práce

Olomouc 2024

Autor: Bc. Martina Martušková

Vedoucí práce: MUDr. Michal Kryl

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Olomouci dne 7.4.2024



.....

Klíčová slova:

Adverzivní zážitky, nepříznivé zážitky z dětství, trauma, Hashimotova tyreoiditida, štítná žláza, autoimunitní onemocnění, náročné životní situace, zdraví, salutory, psychosomatika

Key words

Adverse experiences, adverse experiences from childhood, trauma, Hashimoto's thyroiditis, the thyroid gland, autoimmune disease, challenging life situations, health, salutary, psychosomatic

Anotace:

Diplomová práce se zabývá hledáním souvislostí mezi nepříznivými zážitky z dětství („adverzivními zážitky“, ACE), potencionálně náročnými životními událostmi a vznikem autoimunitního onemocnění štítné žlázy a současně mapuje pozitivní faktory, které mají vliv na vnímání onemocnění a život u pacientů s Hashimotovou thyreoiditidou.

Teoretická část práce je věnována traumatu, charakteristice autoimunitního onemocnění štítné žlázy, jako psychosomatickému onemocnění a jejich vlivu na vznik onemocnění. Současně popisuje biologické, psychologické, sociální a ekologické faktory, které souvisí s autoimunitním onemocněním.

V praktické části je popsán realizovaný výzkum, jehož cílem bylo analyzovat společné determinanty, které se vyskytují u pacientů s autoimunitním onemocněním štítné žlázy. Přibližuje žitou zkušenost osob s Hashimotovou thyreoiditidou a ukazuje změny, které pacienti s autoimunitním onemocněním udělali v rámci hledání cesty ke zlepšení svého zdravotního stavu.

Abstract:

The presented diploma thesis investigates the connections between adverse childhood experiences (ACE), potentially challenging life events and the emergence of the autoimmune thyroid disease, while simultaneously mapping positive factors influencing the perception of the disease and its impact on patients with Hashimoto's thyroiditis.

The theoretical part of the work is devoted to trauma, to the characteristics of the autoimmune thyroiditis as a psychosomatic disease and their influence on the development of the disease. At the same time it describes biological, psychological, social and ecological factors related to the autoimmune disease.

The practical part describes the research carried out, the aim of which was to analyze determinants that are common in patients with autoimmune thyroid disease. It brings live experience of patients with Hashimoto's thyroiditis and reflects the changes that the patients of the autoimmune disease have made as part of their search to improve their health condition.

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce za jeho postřehy, cenné rady a směrování během psaní. Děkuji participantům výzkumu za jejich ochotu a otevřenost ve sdílení svých zkušeností se zvládáním autoimunitního onemocnění. Děkuji svému manželovi a rodině za podporu a trpělivost.

Obsah

Úvod	10
1 Teoretická část	12
1.1 Štítná žláza a její funkce	12
1.2 Autoimunita	13
1.2.1 Příčiny autoimunitních onemocnění	15
1.2.2 Autoimunitní onemocnění štítné žlázy	16
1.3 Trauma, emoce, stres a nepříznivé zážitky z dětství.....	20
1.3.1 Emoce a stres	20
1.3.2 Trauma a syndrom CAN	21
1.3.3 Trauma a vztahové vazby na blízké osoby	26
1.3.4 ACE - nepříznivé zážitky z dětství	28
1.3.5 Trauma a paměť	31
1.3.6 Dlouhodobé následky traumatu a nepříznivých zkušeností z dětství	32
1.4 Zdraví, resilience a salutory	36
1.5 Psychosomatika	38
1.5.1 Vztah mezi psychikou a tělem.....	39
1.5.2 Emoční prožívání a tělesnění emocí	40
1.5.3 Psychosomatická medicína.....	41
1.5.4 Vztah lékař a pacient	42
1.5.5 Interdisciplinární spolupráce v psychosomatické medicíně	43
1.5.6 Sociální perspektiva psychosomatiky.....	44
1.5.7 Trauma-informovaný přístup.....	45
2 Výzkumná část.....	48
2.1 Forma výzkumu	48
2.2 Výzkumné otázky	48

2.3	Metody výzkumu	49
2.4	Participanti	53
2.4.1	Údaje o participantech	54
2.5	Etika výzkumu	55
3	Výsledky výzkumu a analýza dat.....	57
3.1	Výskyt traumatických zkušeností	57
3.1.1	Výskyt nepříznivých zážitků z dětství (ACE) u osob s Hashimotovou thyreoiditidou	57
3.1.2	Výskyt náročných životních situací ve výzkumné skupině.....	59
3.2	Co pomáhá při zvládnání Hashimotovy thyreoiditidy?	62
3.2.1	Pozitivní faktory	62
3.2.2	Zvládací strategie a využití psychoterapie	65
3.2.3	Změny provedené v souvislosti s onemocněním.....	67
3.2.4	Doporučení ke zvládnání autoimunitního onemocnění	69
3.3	Hashimotova thyreoiditida jako psychosomatické onemocnění.....	69
3.4	Další výzkumná zjištění	70
3.4.1	Délka léčby	70
3.4.2	Výskyt genetické predispozice	72
3.4.3	Vztah s lékařem a vnímání přenosu informací od lékaře	73
3.4.4	Výskyt dalších onemocnění.....	74
3.4.5	Vnímání omezení v důsledku nemoci	75
4	Diskuze.....	77
4.1	Shrnutí výsledků výzkumu a porovnání s dosavadními zjištěními.....	77
4.1.1	Výskyt ACE a potenciálně traumatických událostí.....	77
4.1.2	ACE, kumulace stresových faktorů a výskyt dalších AO	80
4.1.3	Dopady ACE na fyziologii a pozorované jevy	82

4.1.4	Faktory podílející se na zvládnání Hashimotovy thyreoiditidy.....	84
4.1.5	Hashimotova thyreoiditida jako psychosomatické onemocnění	87
4.2	Silné a slabé stránky výzkumu a doporučení pro další výzkum	87
5	Závěr	89
	Seznam literatury	91
	Seznam příloh	97

Úvod

Jak uvádí Radkin Honzák ve své knize Psychosomatická prvouka (Honzák, 2017, s. 9): „Vstupovat do světa psychosomatiky vyžaduje jednak odvahu, především však drzost.“

Hovoří o tom, že je třeba opouštět pohodlné cesty a hledat nové zdroje k poznání vzniku nemocí a přístupu k nim. Brát v úvahu stejně faktory biologické, sociální, psychologické a faktory duchovní neboli spirituální. Hovoří zde o důležitosti komunikace a významu terapeutického vztahu při cestě za zdravím (Honzák, 2017).

Vnímám přístup medicíny založené na důkazech za limitovaný, zvláště pak u osob s chronickými a autoimunitními onemocněními. Proto považuji rozvoj psychosomatiky, který probíhá v současné době, za velmi přínosný. K tématu mne přivedla osobní zkušenost s tímto onemocněním a nemožnost kompenzovat projevy daného onemocnění bez celostního přístupu a zapojení bio-psycho-socio-spirituálních složek. Současně také práce s lidmi s tímto onemocněním. Zároveň též práce s lidmi s tímto onemocněním, při kariérním poradenství pro osoby se zdravotním postižením, přinesla poznatky, že míra subjektivního vnímání zdraví u těchto osob je ovlivněna způsobem, jakým k sobě přistupují: zda zapojují do cesty ke zdraví všechny složky, zda využívají psychoterapeutické péče, provádějí změny vedoucí ke snížení stresové zátěže. Čím komplexnější byl přístup k sobě, tím lépe se klienti cítili a s tím se nesl i jejich pocit schopnosti pracovat a řídit svůj život. Již v roce 2014 jsem založila facebookovou stránku na podporu osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy a stále jsem aktivním příspěvatelem v dalších facebookových skupinách zaměřených na toto onemocnění. Výstupy z diplomové práce, po dohodě s respondenty, budou publikovány na facebookových stránkách „Štítná žláza – Hashimoto, léčení a cesta ke zdraví“, a to jako inspirace pro členy. Mohou být případně využity pro praxi a doporučení, při psychoterapeutické práci s klienty s tímto onemocněním a pro webové stránky www.hashimoto.cz.

Práce je zaměřená na etiologii traumatu a hledání pozitivních faktorů a jejich vlivu u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy. Pro výzkum tématu jsme zvolili kvalitativní výzkum, který umožňuje zkoumání fenoménu v přirozeném prostředí

jedinice, umožňuje studovat procesy, navrhnout teorie a nabízí hlubší vhled do problematiky (Hendl, 2005).

Cílem diplomové práce je zjistit, zda předpoklady, že u osob s autoimunitním onemocněním se v etiologii vyskytují vícečetná traumata a náročné životní situace, jako potenciální spouštěče onemocnění, jsou relevantní a současně ověřit, které faktory považují osoby zapojené do výzkumu za pomáhající. Sekundárně byl zkoumán vztah s lékařem, s ohledem na to, že pokud je kvalitní, pak se může projevit jako významná léčivá složka v procesu uzdravování. Současně jsme sledovali, zda klienti využívají psychoterapii, případně jiné typy terapií ke svému léčení, a zda jsou si vědomi, že autoimunitní onemocnění štítné žlázy je považováno za psychosomatické onemocnění. Jde tedy o zachycení žité zkušenosti u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy. Metodologicky byl využit polostrukturovaný rozhovor, jehož součástí byl dotazník ACE (Adverse Childhood Experiences) mapující výskyt traumatu v období dětství a dospívání.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretická část je věnována fenoménu traumatu, psychosomatice a informacím o autoimunitním onemocnění štítné žlázy, především pak Hashimotově thyreoiditidě. Shrnuje vybrané pojmy a předkládá dosavadní zjištění v této oblasti.

Praktická část se zabývá hledáním souvislostí mezi traumaty a vznikem autoimunitního onemocnění. Sleduje to, co pomáhá při léčbě, mapuje *salutory* (pozitivní životní faktory) a životní změny, které participantí v souvislosti s onemocněním udělali. Přináší žitou zkušenost participantů. V závěru představuje porovnání s dosavadními výzkumy a srovnává zjištění z těchto výzkumů s námi realizovaným výzkumem.

1 Teoretická část

1.1 Štítná žláza a její funkce

Štítná žláza (glandula thyreoidea, tyreoidea) je umístěna v dolní části krku. Má podkovovitý tvar, tvoří ji dva laloky spojené můstkem. Je žlázou s vnitřní sekrecí. Žlázy s vnitřní sekrecí tvoří hormony, které uvolňují do krve. Štítná žláza tvoří tyroxin (T4), trijodthyronin (T3) a kalcitonin (Trojan, 2003).

Hormony jsou uvolňovány do krve dle potřeby organismu, kde jsou nejčastěji vázány na bílkoviny a předávány do tkání. Vázané hormony jsou mnohem méně účinné, pro náš organismus je tedy vhodnější forma volných hormonů. Předpokládá se, že vyšší účinnost vykazuje trijodthyronin než tyroxin. Tyroxin je často označován jako prekurzor, který je v cílových buňkách přeměněn na trijodthyronin (Trojan, 2003).

Štítná žláza prostřednictvím vylučovaných hormonů ovlivňuje činnost všech tělesných orgánů. Činnost štítnice je regulována pomocí osy hypothalamus – hypofýza – štítná žláza. Její funkce jsou také ovlivňovány množstvím jódu v těle. Adenohypofýza produkuje TSH (tyreotropní hormon), který se váže na receptor folikulárních buněk. Po stimulaci dochází ke zvýšenému vstupu jódu do žlázy, zvýšené jodaci tyreoglobulinu a je zahájena tvorba T3 a T4 (Nečas, 2009).

Myers hovoří o tom, že ve skutečnosti štítná žláza produkuje čtyři typy hormonů, dva z nich se mění na další typy hormonů. Jsou to hormony T3, T4. Jejich funkce je důležitá proto, aby se do každé buňky dostal odpovídající hormon ve správném množství. Začíná hypothalamem, který „má funkci dispečera našeho těla“. Hypothalamus řídí spánek, tělesnou teplotu i tvorbu řady hormonů, včetně forem hormonů štítné žlázy. Hypothalamus odesílá do hypofýzy hormon TRH, hypofýza uvolní svůj vlastní hormon TSH neboli tyreotropní hormon, který stimuluje štítnou žlázu. Štítná žláza pak začne vytvářet své hormony. Přestože hormon TSH je produkován hypofýzou, je klíčovým ukazatelem stavu štítné žlázy. Proto je tento hormon u osob s onemocněním štítné žlázy pravidelně testován. Štítná žláza je funkčně propojena se sítí orgánů, žláz a látek s biochemickými účinky. Správná funkce štítné žlázy závisí na třech orgánech, štítné žláze, hypothalamu a hypofýze (Myers, 2019).

Markalous a Gregorová (Markalous & Gregorová, 2003) popisují, že hormony štítné žlázy plní řadu funkcí, k nejdůležitějším patří vliv na vývoj a látkovou výměnu organismu. Ovlivňují růst a zrání jedince, už od prenatálního vývoje, zejména mozku a nervového ústrojí. U dospělého jedince mají vliv na látkovou výměnu, zvyšují přeměnu látek a spotřebu kyslíku. Při nedostatku hormonů se metabolické děje zpomalují, při nadbytku naopak zrychlují. Tyto účinky se projevují na dalších systémech:

- Oběhová soustava – hormony zvyšují tepovou frekvenci, při nadbytku hormonů mohou vznikat srdeční arytmie
- Kosterní svaly – mění se rychlosti kontrakcí svalové soustavy, mohou vznikat slabosti a bolesti svalů
- Zažívací trakt – problémy se zácpou, pomalé, nebo rychlé, nedostatečné fungování trávicí soustavy
- Kostní tkáň – vznik osteoporózy
- Poruchy krvetvorby, imunitního systému, kůže, cévního systému...

Na terapii onemocnění štítné žlázy by měli spolupracovat odborníci napříč medicínskými obory, přičemž v centru by měl stát endokrinolog. Endokrinologie je lékařský obor, který se zabývá studiem a léčbou onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, kam štítná žláza patří. Choroby štítné žlázy (tyreopatie) tvoří 80–90 % náplně činnosti endokrinologických ambulancí. Choroby štítné žlázy postihují asi 6–7 % populace, u žen středního a vyššího věku nejméně 15 % (Markalous & Gregorová, 2003).

1.2 Autoimunita

Imunitní systém nás chrání před vnějšími i vnitřními patogeny a škodlivými látkami, je schopen rozpoznat škodlivé od benigního a pomáhá udržovat homeostázu organismu. Za normálních okolností je náš imunitní systém schopný rozpoznat antigeny vlastních tkání, tolerovat je a reagovat s nimi ve fyziologických mezích. Odstraňuje staré, poškozené a mutované buňky. Pokud imunitní reakce vede k poškození vlastních tkání, hovoříme o autoimunitním onemocnění (Hořejší et al., 2017).

Skupina autoimunitních onemocnění představuje různorodou soubor chorob, které se liší svým demografickým profilem i klinickými projevy. Chronická povaha těchto nemocí má významný dopad na využití lékařské péče, na přímé a nepřímé ekonomické náklady a kvalitu života pacientů. Nejméně 85 % pacientů s autoimunitním onemocněním štítné žlázy, systémovou sklerózou, SLE a Sjögrenovým syndromem jsou ženy (Cooper et al., 2009).

Autoimunitní choroby se dělí na ty, které postihují pouze jeden orgán a na choroby systémové. Jedním z faktorů, které ovlivňují vznik autoimunitního onemocnění, jsou poruchy v imunitním systému. Základní klasifikace autoimunitních onemocnění podle mechanismů poškození, se dělí se na poškození způsobené buněčnými složkami imunity (lymfocyty T), nebo humorálními složkami (Lymfocyty B a protilátkami). Dále se dělí dle rozsahu poškození tkáně na orgánově specifické, systémové, a na choroby způsobené částečnou nebo předpokládanou autoimunitní podstatou. Autoimunitních onemocnění je velké množství. Mezi onemocnění patří například: Celiakie, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, revmatoidní artritida, Hashimotova tyreoiditida, diabetes, systémový lupus, sarkoidóza, roztroušená skleróza a další. Celkově tyto choroby postihují asi 5–7 % obyvatel, častěji ženy. V současné době se zvažuje spojitost poruchy autoimunity i s takovými onemocněními jako je schizofrenie nebo autismus. Autoimunitní choroby jsou charakterizované obdobími vzplanutí (exacerbace) a obdobími útlumu (remise). V období exacerbace mají pacienti často řadu klinických příznaků včetně abnormálních laboratorních testů. V době remise se obvykle cítí zdraví a mohou žít plnohodnotný život. Úkolem lékaře je dovést pacienta do stadia remise co nejrychleji (Shoenfeld, et al., 2007).

Jak uvádí Faleide (Faleide et al., 2010), chýtrání tělesného zdraví způsobuje také snížení rezistence organismu vůči různým druhům infekcí. Výzkumné zprávy z posledních let ukazují, že různé druhy stresových situací ovlivňují imunitní funkce, tudíž existuje hypotéza, že stres je schopen vyprodukovat nemoc tím, že působí na imunitní systém. Autoři uvádějí, že i když jsou vnější podmínky relativně konstantní, mohou myšlenky, emoce a chování fluktuovat, a tím být příčinou psychosomatických změn.

1.2.1 Příčiny autoimunitních onemocnění

Shoenfeld a kolegové (Shoenfeld et al., 2007) popisují, že u autoimunitních onemocnění neexistuje jednoduchá nebo jednotná příčina. Faktorů, které se na vzniku onemocnění podílejí, je celá řada. Hovoříme o multifaktoriálních příčinách.

Vnitřní faktory:

- Dědičnost – autoimunitní choroby mají svůj dědičný základ. Podílí se na vzniku choroby jen částečně, je nutný vždy další faktor, či faktory nutné k rozvoji autoimunitní choroby.
- Poruchy imunitního systému – deficit IgA, IgM, IgG (imunoglobiny), které chrání organismus před bakteriemi a viry, a podílejí se na boji s infekcí. Bylo zjištěno, že u osob s deficitem IgA protilátek se vyskytují právě autoimunitní choroby. Deficit IgA je klasickým příkladem, který způsobuje, že imunitní systém poškozují vlastní buňky nebo tkáně.
- Hormony – autoimunitní onemocnění postihují častěji ženy než muže. Tělo vytváří pohlavní hormony, u mužů je převažujícím hormonem testosteron, u žen pak dva hormony, estrogen a progesteron. Estrogen je zodpovědný za ženské vlastnosti, progesteron se více podobá androgenům, mužským pohlavním hormonům, souvisí s pohlavními funkcemi ženy. U žen je za normálních okolností rovnováha mezi oběma hormony. Účinky estrogenu jsou na ženský organismus komplexní. Výsledkem je, že imunitní systém u žen je efektivnější. Ženy jsou odolnější vůči infekcím a jejich imunitní systém je robustnější. S tím také souvisí častější vznik autoimunitních onemocnění u žen, protože pokud výkonnější systém zasáhne vlastní organismus, je jeho destruktivní činnost efektivnější a silnější. Jedinci s lepším, silnějším imunitním systémem, jsou více náchylní k autoimunitním onemocněním.

Vnější faktory:

- Infekční choroby a viry, které se mohou podílet na vzniku autoimunitního onemocnění – virus hepatitidy C, Epstein-Barrové viry (EBV), mononukleóza, bakterie – např. revmatická horečka, spalničky, zarděnky, chřipka aj.

- Chemické látky a látky jako induktory imunity – obecně se dá říci, že téměř každý lék může potencionálně zapříčinit autoimunitní chorobu, některé léky mohou způsobit rozpad buněk a tím možnou autoimunitní odpověď organismu. Mechanismy indukce autoimunity léky nejsou stále ještě uspokojivě probádané. Spouštěčem může být častá inhalace chemický par (např. u osob pracujících v chemickém průmyslu), očkovací látky, silikonové implantáty, kouření.
- Psychický stres – dlouhodobé zatížení stresem, násobná traumatizace.
- Transplantace – transplantace kostní dřeně, kde rizikem mohou být dárci se sklonem k autoimunitní reakci.

K rozvoji autoimunitního onemocnění je zapotřebí více faktorů (Shoenfeld et al., 2007).

1.2.2 Autoimunitní onemocnění štítné žlázy

Onemocnění štítné žlázy jsou běžné a rozšířené, přesto mnohdy nejsou diagnostikovány nebo jsou zaměňovány za jiná onemocnění. Mírnější poruchy jsou málokdy rozpoznány a léčené (Rieger, 2019).

Termín „autoimunitní“, nebo také autoagresivní, znamená, že se imunita obrací proti vlastnímu organismu a poškozuje jej. V souvislostech života pacienta to může znamenat, že žije sebezničujícím způsobem, ať už nedbá na své tělesné či duševní limity anebo se vědomě poškozuje. Komplexní psychosomatický pohled může pomoci objasnit příčiny nemocí z biologického hlediska nevysvětlitelných a nevléčitelných, jak je tomu u autoimunitních onemocnění (Poněšický et al., 2021).

Hashimotova tyreoiditida je chronické orgánově specifické autoimunitní onemocnění. Je charakterizována tvorbou autoprotilátek proti antigenům štítné žlázy s její lymfocytární infiltrací, což vede k postupné destrukci funkčního parenchymu žlázy. Jeho etiologie není dosud přesně objasněna, často se u pacientů vyskytuje současně s dalšími autoimunitními poruchami, byl pozorován i jeho familiární výskyt. Toto autoimunitní onemocnění bývá spojeno se zvýšeným rizikem rozvoje nádorového onemocnění štítné žlázy (Cooper et al., 2009).

Co je přesnou příčinou Hashimotovy choroby není dodnes dostatečně vědecky probádáno. Víme ale jistě, že určité předpoklady pro onemocnění jsou geneticky dány a v některých rodinách se vyskytují častěji. Dalšími spouštěči zánětu štítné žlázy mohou být:

- infekční nemoci (např. pásový opar)
- chronická infekční onemocnění
- enormní stres
- extrémně zátěžové situace
- chybná funkce nadledvinek
- hormonálních změny v organismu (např. menopauza)
- léky nebo potraviny s obsahem jódu
- nevhodná strava
- virová onemocnění

(Duntas, 2008; Balázs, 2012; Lontiris & Mazokopakis, 2017; Dunkin, 2010).

Příznaky Hashimotovy tyreoiditidy jsou velmi rozmanité, což ztěžuje její rozpoznání. Postižení často příznaky nepostřehnou a o své nemoci nevědí. Jiní pacienti zase v souvislosti s touto nemocí trpí velkými obtížemi (Duntas, 2008; Balázs, 2012; Lontiris & Mazokopakis, 2017; Dunkin, 2010).

U zánětu štítné žlázy lze pozorovat příznaky:

- stavy úzkosti a panického strachu
- depresivní nálady
- apatie, únava, netečnost
- zimomřivost a zvýšená citlivost na chlad
- bolesti svalů a kloubů
- lámavé nehty a vlasy
- zvýšený krevní tlak

- poruchy soustředění a paměti
- ztráta motivace
- svalová slabost a zatuhlost
- bolesti šije
- poruchy spánku
- závratě
- suchá a popraskaná kůže
- snížené libido
- zácpa a poruchy trávení
- zadržování vody v těle, především v obličeji a očních víčkách
- u žen poruchy menstruačního cyklu

Toto široké spektrum symptomů ztěžuje lékařům a terapeutům stanovení diagnózy a léčebného režimu. Pacienti se často cítí nepochopeni a hledají alternativní cesty, které by vedly ke zlepšení jejich stavu nebo ke zmírnění příznaků nemoci (Duntas, 2008; Balázs, 2012; Lontiris & Mazokopakis, 2017; Dunkin, 2010).

Wentz (2019) píše, že u Hashimotovy tyreoiditidy hraje prostředí mnohem důležitější roli než geny. Uvádí, že nové výzkumy rovněž potvrzují, že autoimunitní onemocnění jsou reverzibilní. Lze to demonstrovat na celiakii, kdy po odstranění lepku, který je spouštěčem tohoto onemocnění, dochází k regeneraci tenkého střeva, jehož poškození je typickým znakem celiakie. Pokud neexistují další spouštěče pro zvýšenou propustnost střeva, pak všechny příznaky autoimunitních markerů celiakie vymizí. U autoimunitního onemocnění štítné žlázy je situace komplikovanější, protože je ve hře více faktorů. Bohužel pacientům bývá lékařem často řečeno, že potřebují pouze hormon štítné žlázy. Ten sám o sobě však progresi autoimunitního onemocnění nezastaví. Člověku, kterému byla diagnostikována Hashimotova tyreoiditida, hrozí riziko vzniku dalších autoimunitních onemocnění, včetně diabetu II. typu, Crohnovy choroby, celiakie a dalších. Někteří vědci dokonce hovoří o tom, že všechna autoimunitní onemocnění jsou stejná a liší se jen cílem. Hashimotova tyreoiditida je nejčastějším důvodem

hypotyreózy u pacientů s onemocněním štítné žlázy. Navzdory tomu, že je Hashimotova tyreoiditida hlavní příčinou jejich onemocnění, dostane se jim často pouze informace, že trpí hypotyreózou, „mají línou štítnou žlázu“, atp. Jedinou léčbou jsou následně syntetické hormony štítné žlázy, ale není řešena nerovnováha imunitního systému a příčiny nemoci.

Jak píše Mayers (2019), v současné době neznáme nic, co by autoimunitní onemocnění vyléčilo, ale můžeme průběh nemoci zvrátit, utlumit zánět v těle a podpořit imunitní systém. K tomu je zapotřebí komplexní přístup. Současná medicína má tendence buď onemocnění potlačit, nebo léčit symptomaticky. Základní příčinou autoimunitního onemocnění je chronický zánět. Zánět se může spouštět z různých příčin, od expozice alergenům (konzumace některých potravin), přes vysokou toxickou zátěž, přetížení tkání přílišnou fyzickou námahou až po stresovou zátěž. Proto je při cestě k uzdravě nutno jednat komplexně. Příkladem může být lepek. U autoimunitního onemocnění štítné žlázy, je často problémem i zvýšená permeabilita (propustnost) střeva. Syndrom propustného střeva souvisí mj. s chronickým zánětem ve střevech. Lepek má tu vlastnost, že připomíná svou bílkovinnou strukturou tkáň štítné žlázy. Ve chvíli, kdy dojde k autoimunitnímu napadení buněk štítné žlázy, je velmi pravděpodobné, že bude imunitou napaden i lepek. Čím vyšší bude permeabilita střeva, tím spíše se nestrávený lepek dostane do krevního oběhu. S ohledem na to, že se u Hashimotovy nemoci zpomaluje metabolismus, autoimunitní systém se díky tomu dostává mimo kontrolu. Štítná žláza vyrábí stále méně hormonů, a je nutné navyšovat dávky hormonů syntetických. Tento postup však bohužel zcela nenahradí jejich přirozenou syntézu.

Pro rozvoj autoimunitního onemocnění je také významným faktorem stres. Pokud jedinec prožije větší počet epizod chronického stresu, nebo traumat, při nichž se imunitní systém zrychluje a následně zpomaluje, je vystaven vyššímu riziku propuknutí autoimunitního onemocnění Myers (2019).

Wentz (2019) konstatuje, že k rozvoji autoimunitního onemocnění je zapotřebí tři základních faktorů:

- genetická predispozice
- spouštěče, které aktivují geny

- propustnost střeva

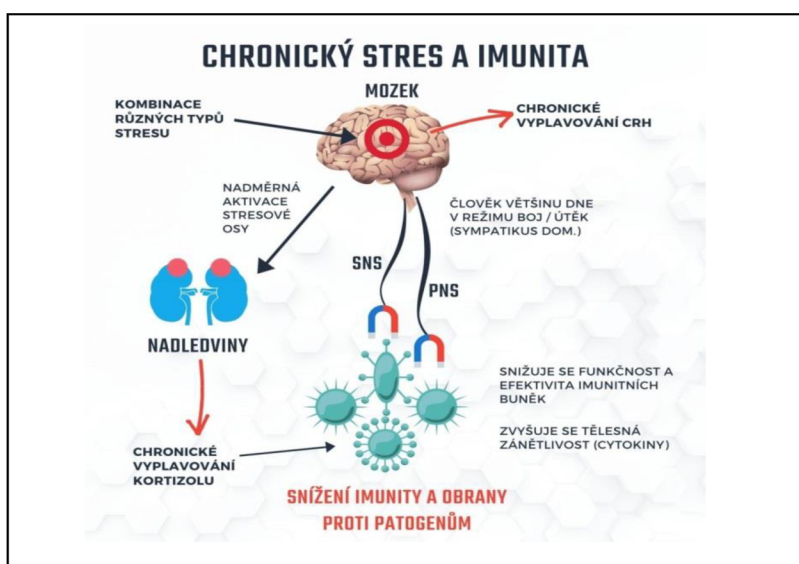
1.3 Trauma, emoce, stres a nepříznivé zážitky z dětství

1.3.1 Emoce a stres

Emoce je složitý stav, který je tvořen mnoha složkami a výsledkem je připravenost organismu k určitému chování (Nolen-Hoeksema, 2012).

Reakce na emoci mohou být kognitivní nebo behaviorální. Lidé využívají různé strategie na regulaci emocí, jejichž důsledky mohou být nečekané. Emoce tvoří šest složek, kam patří kognitivní hodnocení, subjektivní prožitek, tendence myslet a jednat, vnitřní tělesné změny, výraz obličeje a reakce na emoci. Žádná z šesti složek není sama o sobě emoci. Emoce vznikají společným působením všech složek. Subjektivní prožitek emocí ovlivňuje rozhodování a úsudek a současně také řídí paměť, učení a odhadování rizik. Potlačování negativních emocí v dětství souvisí s rizikem vzniku negativních důsledků v pozdějším věku. Negativní emoce zužují aktuální rozsah myšlení a jednání a podporují rychlé jednání v situacích, kde jde o život. Pozitivní emoce naopak rozšiřují aktuální rozsah myšlení a jednání, což může v důsledku přispět k tvorbě trvalých zdrojů důležitých pro přežití (Nolen-Hoeksema, 2012).

Obrázek 1. Chronický stres a imunita



(Chronický stres a imunita, 2020)

Hans Selye byl autorem první systematické teorie stresu. Definuje jej, jako „sumu všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou“ (Schettler, 1993 in Vágnerová, 2008, s. 50). To, jak stres ovlivňuje imunitu, ukazuje obrázek 1.

Termín stres má v současnosti mnohem širší význam a použití. Jak uvádí MKN-10 (in Höschl et al., 2004, s. 513), poruchy v rámci oddílu F43 a reakce na těžký stres „...vznikají vždy jako důsledek akutního těžkého stresu nebo trvalého traumatu – bez jeho existence by nevznikly a lze je považovat za maladaptivní odpovědi na těžký nebo trvalý stres, kde selhaly mechanismy úspěšného vyrovnání s ním, což vede k narušení sociálního fungování nemocného“.

1.3.2 Trauma a syndrom CAN

Trauma je emoční odpověď jedince na událost, která je hrozivého charakteru, jejímž působením jsou ochromeny jeho biologické a psychologické adaptační mechanismy. Mezi typické traumatické události patří přírodní katastrofy, boj, týrání, dlouhodobé věznění, mučení, loupeže a přepadení, znásilnění, nehody, ztráta násilnou smrtí (Praško, 2003).

Praško (2003) rozlišuje tři kategorie traumatických událostí podle původce:

- **Katastrofy způsobené člověkem** – dopravní nehody, nukleární katastrofy, požáry, výbuchy plynů, kolapsy budov.
- **Přírodní katastrofy** – povodně, zemětřesení, laviny, lesní požáry.
- **Kriminální nebo teroristické činy** (záměrné činy) – přepadení, znásilnění, terorismus, válečné události, mučení.

Traumatizující mohou být ale i náhlé změny zdravotního stavu (např. cévní mozková příhoda, infarkt myokardu), dále bolestivé lékařské zákroky (např. neurochirurgické zákroky konané při vědomí pacienta, implantace kardiostimulátoru), konfrontace s nepříznivou diagnózou (Praško, 2011).

Dlouhodobé účinky traumatizujícího stresu postihují jak přímo ohrožené osoby, tak i osoby v roli svědků. Oběti traumatu dělíme na „primární“, jež jsou cílem agrese, „sekundární“, kdy je traumatizovaná blízká osoba, „terciární“, kdy člověk není v přímém vztahu k zasaženému člověku, např. humanitární pracovník, záchranář, hasiči (Vizinová & Preiss, 1999).

Psychické trauma lze definovat jako zážitek ohrožení spojený s intenzivním strachem, který dospělý nebo dítě nedokáže v krátké době zpracovat. Tato zkušenost ovlivňuje následující chování a postoje, krátkodobě i dlouhodobě (Matoušek, 2020).

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014, s. 7) uvádí, že: „Trauma je výsledkem události, série událostí nebo souboru okolností, které jsou jedincem prožívány jako fyzicky nebo emocionálně škodlivé či ohrožující a které mají trvalé nepříznivé účinky na fungování jedince a na jeho fyzickou, duševní, emocionální, sociální nebo duchovní pohodu.“

Jochmannová (2021) popisuje významnost rozdělení jednotlivých kategorií traumatu z hlediska porozumění jednotlivým následkům traumatizujících událostí a stanovení správného terapeutického postupu.

Dělí traumata dle četnosti:

- **Monotraumata:** jednorázové události typu autonehody, přepadení, mučení, znásilnění, živelní katastrofy. Posttraumatické syndromy mohou nastat i v případě, že je osoba svědkem této události, následky jsou ovlivněny pak věkem v době události, resiliencí, formou následné pomoci.
- **Kumulovaná traumata:** traumatické události, které nemusí spolu kauzálně souviset, ale opakovaná expozice traumatu snižuje odolnost nervové soustavy a s každým opakováním se mohou zvyšovat následky expozice traumatu.
- **Vývojová a komplexní traumata:** souvisí s dlouhodobou a opakovanou expozicí, často spojené s blízkými osobami. Následky bývají hluboké, bez léčby často celoživotní. Příkladem jsou závažná emoční traumata a zanedbávání u dětí zejména do šesti let věku typu traumatizující ztráta blízké osoby, nepřítomnost blízké osoby, dlouhodobá šikana, týrání,

nepřiměřené trestání, domácí násilí, sexuální zneužívání, zážitky z války (Jochmannová, 2021).

Následky komplexního vývojového traumatu lze dělit do tří základních oblastí:

- Psychické poruchy: deprese, disociace, problémy s návykovými látkami, úzkostné poruchy, sebevražedné pokusy, poruchy příjmu potravy, slyšení hlasů, amnézie.
- Problémové chování: transgenerační násilí a zneužívání, domácí násilí, sexuálně rizikové chování, vyšší riziko vlastního dítěte s poruchou autistického spektra.
- Zdravotní problémy: kardiologické obtíže, obezita, časná menstruace, autoimunitní onemocnění, plicní a jaterní obtíže (Loewenstein & Brandová, 2014 in Jochmannová, 2021).

Jochmannová (2021) rovněž rozděluje traumata podle způsobu traumatizace:

- **Fyzická traumata:** nehody, úrazy, bolestivé lékařské zákroky. Kombinují se následky fyzického poranění a psychické příznaky.
- **Raná traumata:** monotraumata typu perinatální komplikace (předčasný nebo komplikovaný porod, císařský řez, dušení při porodu), zdravotní komplikace v raném věku (dušení jídlem, opakovaná hospitalizace s lékařskými zákroky). V souvislosti s těmito typy traumatu dochází často k problémům s autonomním nervovým systémem a vzniku organických dysfunkcí.
- **Poruchy attachmentu a předčasné odloučení od pečující osoby:** tento typ traumatu přináší vývojová specifika z hlediska jeho vlivu na vývoj struktury mozku. Dochází také k dysregulaci autonomního nervového systému, emocí a nízké frustrační toleranci.
- **Rodinná a psychosociální problematika:** události souvisejí se vztahy v rodině (rozvod, závislost na návykových látkách u rodiče). Významnou roli hrají specifika psychosociálního kontextu. Tyto stresy v raném věku mohou být akutní nebo chronické a je potřeba je dostatečně zmapovat s ohledem na následky, které v sobě potencionálně nesou.

Van der Kolk (2015,2017 in Jochmannová, 2021) rozděluje symptomy související s traumatickými událostmi podle jednotlivých oblastí mozku takto:

- **Somatizující reakce související s dysregulací mozku kmene:** problémy a symptomy spojené se senzoryckými procesy, impulzivitou, spánkovými obtížemi, Specifické chuťové a dotekové preference, problémy se srdcem, dýcháním, reakce strachu a úleku a nevysvětlitelné tělesné symptomy.
- **Symptomy ovlivněné zejména oblastí limbického systému:** rigidita, opoziční chování, vzdor, nedůvěřivost druhým osobám, problémy s emoční regulací. Zlost, vztek, smutek, špatná nálada nebo naopak prázdnota, strnulost. Výskyt symptomů sebepoškozování, agresivity, nebo autoagresivity.
- **Oblast korových center:** ovlivňující převážně paměťové procesy, exekutivní funkce (plánování, organizování, vnímání kontextu situace). Do této oblasti patří disociativní stavy, kam patří problémy s identitou, problémy se sebepojetím – sebenávist, sebeobviňování, nízká sebehodnota.

Zkušenost s emočním, fyzickým nebo sexuálním zneužíváním, stejně jako s emočním nebo fyzickým zanedbáváním během dětství, je často hlavním traumatickým stresorem, který nepříznivě ovlivňuje pohodu jedinců vystavených těmto nepříznivým situacím v dětství, a to po celou dobu jejich života (Hamilton et al., 2015).

Autorka Kašćáková a kolegové ve svém výzkumu uvádějí, že emoční týrání, které v sobě zahrnuje verbální týrání, používání zraňujících a znevažujících komentářů, může hluboce negativně ovlivňovat sebeúctu a sebehodnotu dítěte (mladého člověka). Emoční zanedbávání je kvalitativně jiné než další formy týrání, protože souvisí spíše s nedostatkem přiměřené interakce s dítětem. Popisují, že nedostatek emoční podpory v dětství negativně ovlivňuje mozková centra, která spouštějí systémy odměny. Důsledkem je také snížení množství oxytocinu v mozku, které se může projevit sníženou schopností profitovat z pozitivních vztahových zážitků, sníženou schopností sebeuspokojení a vyšší pohotovostí k úzkosti a strachu (Kašćáková et al, 2022, s. 189–197).

Gallese (2016, in Jochmannová, 2021) konstatuje, že v důsledku traumatu v dětství dochází k specifickým deficitům rozpoznávání základních emocí hněvu, smutku, štěstí a strachu a v porozumění emocí druhých osob. Konkrétně dochází k záměnám emocí smutku a strachu za emoci hněvu. V rámci výzkumů byly také potvrzeny problémy se seberegulací v afektivním a sociálním rozvoji dětí v souvislosti s dlouhodobým týráním a zanedbáváním.

Syndrom CAN, je syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, v anglosaské literatuře je označován jako Child Abuse and Neglect (CAN). Jde o soubor nepříznivých příznaků (zkušeností) v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte. Tento syndrom obsahuje různorodé jevy, jak co do příčin, mechanismů, tak do charakteru, závažnosti i dopadu na život dítěte (Dunovský et al., 1995).

Dunovský (Dunovský et al., 1995) popisuje formy a projevy syndromu CAN, kterými jsou:

1. Tělesné týrání, zneužívání a zanedbávání

- Aktivní forma: tržné rány, zhmožděny, bití, zlomeniny, dušení, krvácení, smrt.
- Pasivní forma: neprospívání, hladovění, nedostatky ve zdravotní péči, výchovné péči, nedostatky v bydlení, ošacení.

2. Duševní a citové týrání, zneužívání a zanedbávání

- Aktivní forma: nadávky, ponižování, strašení, stres, šikana, agrese.
- Pasivní forma: nedostatek podnětů, duševní a citová zanedbanost.

3. Sexuální zneužívání

- Aktivní forma: sexuální hry, pohlavní zneužití, ohmatávání, manipulace v oblasti erotogenních zón, znásilnění a incest.
- Pasivní forma: exhibice, video, foto, audiopornografie, zahrnutí dětí do sexuálních aktivit dospělých.

4. Zvláštní formy

Münchhausenův syndrom v zastoupení, systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání.

Pojem zneužívání zahrnuje prakticky veškeré formy násilí, agrese či aktivní nedostatečné péče. Zanedbávání pak označuje všechny škodlivé formy ne-péče. Týrání souvisí především s bezprostředním užitím síly vůči dítěti. Termín zneužití se v naší terminologii nejčastěji váže k pohlavnímu zneužívání a pojem zanedbávání se prakticky shoduje s anglickým termínem *neglect* (Dunovský et al., 1995).

1.3.3 Trauma a vztahové vazby na blízké osoby

Podle Bowlbyho teorie (1975 in Hašto, 2005) má dítě instinktivně tendenci připoutat se k matce, což ukazuje nejrůznějšími vzorci chování, které vyjadřují potřebu její blízkosti. Vytváří se vztahová vazba (Hašto, 2005).

Základní struktura teorie vztahové vazby má několik částí. Hlavní a podstatnou částí teorie je postulování, „geneticky naprogramovaného repertoáru chování, který nás, při přiměřeném prostředí, více či méně silně zaměřuje na příslušnou hlavní pečující osobu. Tato potřeba blízkosti má funkci chránit dítě před nebezpečími, které souvisí s evoluční adaptací člověka, původně zřejmě hlavně před nebezpečím od dravé zvěře (Bowlby, 1995 in Hašto, 2005).

V současnosti považujeme za jasně vymezené čtyři typy vztahových vazeb. Typy vazeb můžeme zjednodušeně rozdělit na organizované (první tři typy) a neorganizované.

1. jistá vztahová vazba
2. nejistá (úzkostná) vztahová vazba (ambivalentní, zapletená)
3. nejistá odmítavá vztahová vazba (vyhýbavá)
4. dezorganizovaná (zmatená) vazba (ustrášená, s nevyřešenou traumou/smutkem)

Jednotlivé typy se mohou propojovat, takže nelze jednoznačně jednotlivce a jeho zkušenost přiřadit k určitému typu prožité vazby (bez objektivního vědeckého zkoumání pomocí nástroje zaměřeného na výzkum vazby). Vazba je otevřena změnám a kvalita vztahové vazby se může změnit včasnými preventivními intervencemi nebo psychoterapií. Posun od více rizikových faktorů k méně rizikovým je prokázán v mnoha studiích zaměřených na efektivitu intervencí. Zvýšené riziko je u kumulace rizikových faktorů ve vývoji jedince, které mohou zatěžovat vývoj a zvyšovat vulnerabilitu jedince (Hašto, 2005).

Jistá vazba na blízké osoby je v současné době považována za jeden z významných prediktorů zdravého psychického vývoje. U traumatizovaných dětí se často vyskytují typy nejistých vazeb. Nejčastěji vazba vyhýbavá a úzkostná (zapletená). Vyhýbavá vazba spočívá v tom, že dítě potlačuje citové projevy, na které blízká osoba reaguje negativně. Úzkostná (zapletená) vztahová vazba je strategie označující přehánění emočních projevů. U těžce traumatizovaných dětí je popisována také dezorganizovaná vazba, která se často vyskytuje u dětí vyrůstajících v chaotickém prostředí a vyznačuje se dezorganizací vzorců chování a úzkostí (Matoušek, 2020).

Nejčastější poruchy chování u dětí s nejistou vazbou:

- Nutkavá potřeba řídit chování druhých.
- Časté lhaní, i v situacích, kdy jsou chyceni tzv. při činu.
- Odpor k pravidlům, opozičnictví.
- Oční kontakt považují za nepříjemný.
- Neadekvátní tělesný kontakt, žádný nebo příliš častý.
- Poruchy základních tělesných funkcí (spánek, vyměšování...).
- Pokusy o navázání kontaktu způsobují paniku.
- Snadno se povrchně přátelí s jinými.
- Černobílé hodnocení situací.
- Časté odpojení od vlastních emocí.
- Pocity extrémního studu.

(Hudges, 1997 in Matoušek, 2020).

Vztahová vazba je základem pro zvládání a emoční regulaci v náročných situacích. Dítě s jistou vztahovou vazbou dokáže využívat efektivních strategií ke zvládání zátěže, dokáže se obrátit pro pomoc na významnou osobu. U dětí s nejistou úzkostnou ambivalentní vazbou bylo pozorováno, že vyjadřují minimálně své emoce, nedokáží si říci o sociální oporu, přitom navenek působí klidně a adaptovaně. Děti s nejistou úzkostnou vztahovou vazbou nápadně vyjadřují své emoce, které neumí regulovat. U dětí s dezorganizovanou citovou vazbou je schopnost regulace emocí narušena nebo úplně chybí. Velmi často se objevují poruchy chování, adaptace, poruchy nálad a emocí (Vojtová & Červenka, 2012).

Vzhledem k tomu, že k traumatizaci často dochází v kontaktu s primární pečující osobou, je zásadně ovlivněna schopnost navazovat stabilní citové vazby. K následkům rané traumatizace patří dysregulace v oblasti emoční, kognitivní, vztahové a somatické oblasti (Klepáčková et al., 2020).

Jochmannová (2021a) v souvislosti s traumatem hovoří o významu vztahové vazby. Pokud má dítě s matkou, nebo s jinou pečující osobou, vytvořenou bezpečnou vztahovou vazbu, získává tím do života stabilitu a odolnost. U dítěte, které vytvořeno kvalitní vztahovou vazbu s primární pečující osobou nemá (traumatizovaná matka, opakované opouštění dítěte, děti v ústavní péči aj.), projevuje se tato skutečnost v neurobiologii jeho mozku a navenek působí impulzivně, se špatnou schopností zvládat zátěž a afekt.

Zanedbávání je definováno jako pasivní přístup k dítěti, který nerespektuje jeho potřeby a má za následek opoždění v tělesném, psychickém a emocionálním vývoji. (Dunovský et al., 1995).

1.3.4 ACE - nepříznivé zážitky z dětství

Morgan a Fisher (2007) pojímají dětské trauma jako široký pojem zahrnující množství adverzivních zážitků – nepříznivých zážitků z dětství. Nepříznivé zážitky z dětství (ACE, Adverse Childhood Experiences) Brown a kolegové uvádí jako „...běžné formy dětského zneužívání a spojených traumatických stresorů“ (Brown et al., 2007, 962). Obecně je termín používán k popisu všech typů zneužívání, zanedbávání a dalších potencionálně traumatizujících zkušeností, které se mohou stát lidem pod osmnáct let.

Nepříznivé zážitky z dětství představují, na rozdíl od traumatických zážitků, širší pojem. Zahrnují v sobě nejen setkání s hrozbou smrti, sexuálního násilí, ale i zkušenosti s psychologickým zneužíváním a zanedbáváním, šikanou, ztrátou rodiče či traumatickou separací nebo uvězněním (Gibson et al., 2016).

Sama velká ACE studie, „the Adverse Childhood Experiences Study“, probíhala v letech 1995–1997. Felitti, Anda a další kolegové v týmu vytvořili dotazník, který obsahoval seznam deseti obecně popsanych nepříznivých dětských zkušeností. Felitti a kolegové (2019) uvádí více jak 17 tisíc probandů, u kterých retrospektivně zkoumali

vystavení dětským stresorům. Tyto stresory byly později nazvány ACE. Těchto 10 zkoumaných faktorů se nejčastěji používá k definici nepříznivých dětských zážitků.

ACE dle Felitti et al. (2019):

1. fyzické zneužívání
2. emocionální zneužívání
3. sexuální zneužívání
4. emoční zanedbávání
5. fyzické zanedbávání
6. zneužívání látek v domácím prostředí
7. duševní onemocnění v domácím prostředí
8. rodičovský rozvrat
9. svědectví domácího násilí
10. kriminalita v domácím prostředí.

Hodnocení těchto 10 ACE (nepříznivých zkušeností z dětství), představovalo významný posun od dosavadních výzkumů, které se zaměřovaly převážně na individuální formy zneužití a jejich dopadu na zdraví. ACE studie byla jedna z prvních studií, které ukázaly, že vystavení každé z deseti kategorií je běžné a zároveň mohou být tyto kategorie vzájemně propojené. Celkovým počtem ACE u jedince, tzv. ACE skórem, zdokumentovali, že skoro 2/3 dospělé populace měly zkušenost s alespoň jednou z ACE a 40 % mělo zkušenost se dvěma a více ACE. Zároveň se ale ukázalo, že jakkoliv docela velká část účastníků nezažila žádnou dětskou zkušenost, nebo jen jednu, řada z nich zažila dvě a více nepříznivých zkušeností. Z celkového počtu 17 337 účastníků studie zažilo:

Tabulka 1. ACE studie v procentech

Celkový počet nepříznivých zkušeností, jak je uvedli jednotliví účastníci ACE studie	Počet účastníků ACE studie, kteří zažili daný počet averzních zkušeností, v procentech
0	36 %
1	26 %
2	16 %
3	9,5 %
4 a více	12,5 %

(Felitti et al., 1998)

ACE studie také ukázala souvislosti mezi zneužitím, zanedbáváním a vážnými formami dysfunkčního sociálního prostředí a mnohočetnými fyzickými, duševními, behaviorálními a sociálními obtížemi, které se objevují v dospívání a přetrvávají do dospělosti. Jedním z nejdůležitějších přínosů ACE studie bylo zjištění, že nepříznivé zážitky z dětství mají tendenci se spolu vyskytovat. Současně se zvyšuje korelace mezi ACE skórem a již zmíněnými zdravotními a sociálními důsledky v dospělosti. Zjištění ACE studie ukázala, že vystavení dětskému zneužití a dalším formám traumatu pravděpodobně aktivuje stresovou odpověď organismu, která může v konečném důsledku narušovat vývoj nervového, imunního a metabolického systému dětí (Murphy et al., 2016; Felitti et al., 2019).

„V případě dlouhodobého vystavení traumatickým událostem či expozici traumatům v raném dětství zobrazovací metody mozku prokazují atrofii hipokampu, amygdaly, mediální a prefrontální kůry, což následně vede k dysfunkci v tlumení nervového systému“ (Felitti et al., 2019 in Jochmannová, 2021).

Jak uvádí Debra Wilson (Wilson, 2010) ve svém článku „Zdravotní důsledky sexuálního zneužívání“, u osob s těmito nepříznivými zážitky z dětství se častěji vyskytují deprese, obezita, autoimunitní onemocnění, poruchy příjmu potravy

a závislosti. Holistický přístup umožňuje pochopit zdravotní důsledky u osob, které mají v etiologii nepříznivé zážitky z dětství (sexuální zneužívání).

1.3.5 Trauma a paměť

Při hodnocení míry traumatizace se nelze spoléhat na paměťové stopy. S ohledem na trauma rozlišujeme dva typy paměti, tzv. paměť implicitní a explicitní. Implicitní paměť zahrnuje vzpomínky a zkušenosti uložené ve vývojově starých oblastech mozku, v limbickém systému. Zde se ukládají traumatické zkušenosti, které jsou později nesnadno vybavitelné. Implicitní paměť, co se týká traumatu, je velmi nespolehlivá, ovlivnitelná aktuální situací a zájmy. U menších dětí podléhá tzv. programování, jehož účelem může být i zahladit traumatizující zkušenost programujícím dospělým, nebo vytvoření falešné vzpomínky. Není výjimkou, že si dítě idealizuje osobu, která s ním zacházela nevhodným způsobem, nebo příliš traumatické zkušenosti vytěsňuje. Explicitní paměť pak zahrnuje vědomě uložené vzpomínky (Matoušek, 2020).

Jak uvádí Jochmannová (2021), vzpomínky na traumatickou událost mají různou kvalitu a obsah. Týkají se čtyř základních oblastí, jde o sensorické vjemy, emoce, myšlenky a tělesné interocepce, které mohou být v důsledku traumatu změněny. Tyto změny mohou mít podobu disociace, části vzájemně nepropojených útržků, nebo flashbacků (silně navázaných vzpomínek). Traumatizovaní lidé mají podle Levina, 2015 in Jochmannová, 2021) tendenci jednat falešně negativně (ignorování nebezpečí), nebo falešně pozitivně (hypersenzitivita). Tyto reakce souvisejí s dysregulovaným autonomním nervstvem v důsledku traumatu.

V souvislosti s traumatickými vzpomínkami popisuje Van der Kolk (2015 in Jochmannová, 2021) mechanismus prožívání základních pocitů, který vychází z mozkového kmene, které pak souvisí u traumatizovaných jedinců s ohrožujícím vnímáním vlastního těla, kdy může docházet ke stavům paniky a neklidu. Heller a La Pierrová (2012 in Jochmannová, 2021) upozorňují na souvislosti se závažným stresem, kdy dochází v důsledku vysokých hladin kortizolu na buňky hipokampu k jejich zakrňování.

1.3.6 Dlouhodobé následky traumatu a nepříznivých zkušeností z dětství

Vznik psychického traumatu souvisí s aktivací systému přežití. V mozku existují systémy, které řídí reakce na bezprostřední hrozbu. Základními typy reakcí na hrozbu jsou útok, útek a zamrznutí. Systém funguje tak, aby základní reakce proběhly co nejrychleji (Matoušek, 2020).

Jak dále popisuje Matoušek (Matoušek, 2020), nově přináší literatura poznatky, že do reakcí na ohrožení se zapojují i jiné části nervového systému než mozek. Polyvagogová teorie je model nervové regulace autonomního nervového systému, kde nervus vagus, bloudivý nerv, nejdelší a nejkompexnější hlavový nerv, představuje most mezi mozkiem a vnitřními orgány. Tři čtvrtiny tvoří vlákna dostředivá a jednu čtvrtinu odstředivá. Spolu tvoří systém sociální komunikace mezi mozkiem a jednotlivými orgány. Myelinizovaný vagus tlumí vlivy sympatiku na vnitřní orgány a posiluje klidový stav a nemyelinizovaný vagus spouští nejstarší reakce na hrozbu (tzv. zamrznutí). Vedle těchto částí funguje ještě obranný systém, ovládaný sympatickou částí autonomního nervstva, která aktivuje vyplavování adrenalinu z nadledvinek, připravuje organismus na boj nebo útek.

Lidé mají různé vrozené dispozice ke vzniku reakcí na hrozbu, oslabení vyšších úrovní mozku může mít vliv na nižší úrovně mozku a následně pak ovlivnit chování a prožívání. Trauma může být podnětem, který tyto schopnosti mění. Mozek, který je traumatickými zkušenostmi opakovaně aktivován, ukládá zkušenosti do paměti ve formě neintegrováných vzpomínek, které jsou připomínkou ohrožení. Tím ztěžuje prožívání a hodnocení běžných situací a druhotně pak i představu o vlastních schopnostech a kompetencích. Nezpracované trauma může ovlivnit a zkreslit vnímání do té míry, že člověk nedokáže správně vyhodnotit míru rizik a příležitostí, může se vyhýbat situacím, kde žádné hrozby nehrozí (Matoušek, 2020).

Pokud jedinec prožije určité trauma, které vyvolá jednu z typických reakcí na trauma – útok, útek či zamrznutí, mohou se tyto přirozené automatické reakce stát způsobem, jak bude v budoucnu mimovolně reagovat i na neohrožující podněty či situace (Klepáčková et al., 2020).

Raná léta života představují citlivé vývojové období, ve kterém se formují behaviorální a fyziologické reakce na prostředí. Na fyziologické úrovni jde především o nervový, imunitní a endokrinní systém, které společně řídí stresovou reakci organismu. Biologické zakotvení dětských nepříznivých zážitků má proto potenciál trvale narušovat fyziologický systém reakce na stres, což má celoživotní důsledky pro psychické i somatické zdraví (Shonkoff et al., 2009).

Levine a Klineová popisují fyziologické reakce, které přicházejí v okamžiku, kdy lidský mozek zaregistruje nebezpečí a mají člověka připravit na boj nebo útek. Hovoří o „zamrznutí“, které nastává ve chvíli, kdy člověk buď nerozumí svým fyziologickým reakcím, nebo nemá dostatek pohybu. Zamrznutí pak činí člověka náchylným k traumatizaci, protože běží stejné fyziologické procesy jako by se chystal na boj nebo útek, ale nedojde k vybití energie, která s přípravou těchto procesů souvisí. Abychom předešli vzniku traumatu, musí být tato energie spotřebována. Pokud k vybití energie nedojde, vytváří se potenciál pro vznik traumatických symptomů (Levine & Klineová, 2012).

Traumatické zážitky, jako jsou sexuální zneužívání v dětství, emocionální zanedbávání, fyzické týrání a další typy zanedbávání a zneužívání v dětství, mohou ovlivnit fyziologii vyvíjejícího se mozku (Heim et al., 2002 in Wilson, 2010).

Zneužívání je spojeno s chronickým přebuzením stresové reakce a zvýšenou ostražitostí vůči prostředí, díky čemuž jsou osoby, které prožily traumatické zkušenosti, zranitelnější vůči stresu. Zranitelnost vůči stresu může vést ke komplexním chorobným procesům postihujícím dospělé, kteří prožili sexuální zneužívání v dětství. U žen, které v dětství zažily sexuální zneužívání, bylo zjištěno, že mají zvýšenou reaktivitu osy hypotalamus-hypofýza-adrenokortikální (HPA) (Heim et al., 2002; Stein, Yehuda & Koverola, 1997 in Wilson, 2010). Zvýšená reaktivita v ose HPA je spojena s potlačením imunitního fungování a následnými zdravotními důsledky (Altemus, Cloitre, & Dhabhar, 2003; Anda a kol., 2006; Heim a kol., 2002; Sachs-Ericsson a kol., 2005 in Wilson, 2010).

Výzkum týmu Hašta a Kašćákové popisuje souvislosti mezi emočním týráním a emočním a fyzickým zanedbáváním v dětství a zvýšeným rizikem výskytu neurotických, stresových a somatoformních poruch v dospělosti. Kombinovaná

traumatizace, výskyt více než tří typů špatného zacházení v dětství, byla významným prediktorem pro výskyt klinicky diagnostikovaných poruch ze spektra neurotických, stresových a somatoformních poruch. Autoři vyzdvihli význam vlivu prostředí, a to především negativní zážitky s primárními vztahovými osobami v dětství. K prevenci případných zdravotních následků v dospělosti vede zvýšení povědomí o negativních vlivech traumatizace v dětství a diskuze k tomuto tématu ve veřejných i odborných. (Kaščáková et al, 2022, s. 189–197).

Lidé, kteří jsou v dětství vystaveni traumatizujícím zkušenostem, mají prokazatelně více zdravotních problémů, včetně alkoholismu, depresí, užívání drog, nebo se u nich častěji vyskytují partnerské neshody a sebevražedné pokusy. Vliv dětských traumatických zkušeností je kumulativní, čím více těchto zkušeností, tím více zdravotních a sociálních problémů může člověk v dospělosti mít. Očekávaná délka života u osob, které mají šest takových zkušeností z dětství, je o dvacet let kratší v porovnání s lidmi, kteří těmito zkušenostmi neprošli (Wilkins et al., 2014 in Matoušek, 2020).

Specificky pro formu rané mnohonásobné traumatizace v kontextu blízkých vztahů se používá termín vývojové trauma. Daný termín v sobě obsahuje nejen vystavení dítěte četným traumatickým událostem, ale také rozsáhlé, dlouhodobé až trvalé následky, které s sebou tento typ traumatizace nese (Klepáčková et al., 2020).

Studie „Zánětu u žen s anamnézou špatného zacházení v dětství“, poukazuje na to, že tyto zkušenosti jsou spojeny s chronickým zánětem v dospělosti. Výsledky studie nabízejí jasný důkaz pro asociaci změn v mitochondriálním fungování imunitních buněk, oxidačním stresu a prozánětlivém fenotypu, pozorovaném u jedinců, kteří měli anamnézu špatného zacházení v dětství. Autoři studie zdůrazňují, že včasná prevence zneužívání a zanedbávání dětí si zaslouží větší pozornost, protože zkušenost s těmito nepříznivými zkušenostmi z dětství může mít celoživotní následky pro fyzické zdraví (Boeck et al., 2016).

Thakkar a McCanne zkoumali každodenní stresory a fyzické symptomy u dospělých osob, které zažily sexuální zneužívání v dětství, v rámci studie provedli srovnání s osobami, které neprošly nepříznivými zkušenostmi z dětství. Při srovnání vědci zjistili, že účastníci s anamnézou sexuálního zneužívání v dětství byli zranitelnější

vůči stresu a hlásili více fyzických příznaků úzkosti. Autoři studie navrhli teorii, že stres v raném věku ovlivňuje fungování imunitního systému a predisponuje oběť ke zdravotním problémům (Thakkar & McCanne, 2000 in Wilson, 2009).

Jak uvádí Wilson (2009), v sérii epidemiologických studií Golding a kolegové (Golding, 1999; Golding, Taylor, Menard, & King, 2000; Golding, Wilsnack & Cooper, 2002 in Wilson, 2009) vytvořili spojnici mezi sexuálním zneužíváním v dětství a následným „špatným zdravím“. Byly zkoumány a měřeny biomarkery funkčního i vnímaného zdraví. Pravděpodobnost „špatného zdraví“ byla 1,63krát vyšší, pokud byli v dětství sexuálně zneužíváni, bez ohledu na pohlaví nebo etnický původ (Golding, 1999 in Wilson, 2009).

Výzkum Goodwinové a Steina ukazuje, že fyzické týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání v dětství byly spojeny se statisticky významně zvýšeným rizikem široké škály fyzických onemocnění v dospělosti. Výsledky ukázaly, že fyzické týrání v dětství bylo spojeno se zvýšeným rizikem plicních onemocnění, peptického vředu a artritických onemocnění. Sexuální zneužívání v dětství bylo spojeno se zvýšeným rizikem srdečního onemocnění a zanedbávání v dětství bylo spojeno se zvýšeným rizikem diabetu a autoimunitních poruch. Na základě výzkumných zjištění autoři uvádějí, že nepříznivé zážitky z dětství (dětské trauma) jsou spojeny se zvýšeným rizikem řady fyzických onemocnění v dospělosti. (Goodwin & Stein, 2004).

Studie z roku 2023, kterou realizovala Švecová a kolegové, zjistila, že emocionální a sexuální zneužívání predikovalo vyšší skóre ve všech typech psychopatologie a globálním indexu závažnosti (GSI). Uvádějí, že zjištění z předchozích studií potvrzují, že i jediná zkušenost s emocionálním nebo sexuálním zneužíváním v dětství vede k nárůstu psychopatologických symptomů v dospělosti ve srovnání s žádnou zkušeností se zneužíváním. Upozorňují, že emocionální zneužívání může být obzvláště škodlivé, protože nemusí mít okamžitě viditelné známky poškození a může zůstat po značnou dobu nerozpoznané. Emocionální zneužívání a příliš kontrolující rodičovský styl vedou k rozvoji psychopatologie, ovlivněné nízkým sebevědomím a nezralou obranou. Vyšší frekvence emočního zneužívání má vliv na pozdější vyšší výskyt psychopatologie. Emocionální zneužívání navíc ovlivňuje kvalitu verbálních a sociálních dovedností, vývoj mozku a hormonální fungování člověka. Dopad na

změny ve specifických oblastech mozku (amygdala, hippocampus, corpus callosum) je ovlivněn i formou zanedbávání či zneužívání a také věkem, kdy k nepříznivým zkušenostem došlo, tj. rané dětství, puberta nebo adolescence (Švecová et al., 2023).

Pro potřeby naší práce budeme převážně pracovat s pojmem „nepříznivé zážitky z dětství“, jelikož zahrnuje širší škálu zkušeností než pouze pojem trauma.

1.4 Zdraví, resilience a salutory

Jak píše Vašina, pojem „zdraví“, „být zdrav“, používáme v našem životě poměrně často. Zdraví představuje jednu z nejvýznamnějších hodnot, uznávanou ve všech společnostech, ve všech dobách a všech kulturách. Obecně zdraví chápeme jako něco, co souvisí se správnou funkcí všech orgánů i celého organismu (Vašina, 2009).

Zdraví vytváří základ pro fungování lidského organismu. Když jsme zdraví, můžeme pracovat, uskutečňovat svá přání a realizovat své životní plány. Zdraví není samo o sobě cílem, ale představuje jednu ze zásadních podmínek smysluplného života (Machová & Kubátová, 2015).

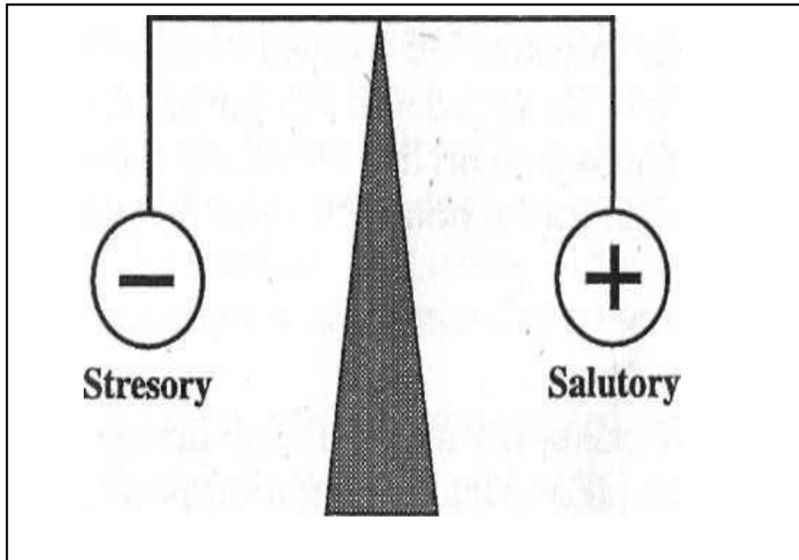
Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady. „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“, WHO, 1946. Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation) definuje zdraví jako vyvážený stav tělesné, duševní a sociální pohody (Vašina, 2009).

Žádoucím stavem v našem životě jsou situace, kdy to, co na nás působí negativně, je vyrovnáváno souborem našich schopností a možností negativní vlivy úspěšně zvládat (Křivohlavý, 1998).

Nelze předpokládat jednoduché příčinné souvislosti mezi zdravím a nemocí. Není pouze jedna příčina, která by způsobovala nemoc. Stejně jako zdraví je výsledkem mnoha příčin, tak i nemoc zapříčiňuje mnoho faktorů, které se navzájem ovlivňují. Ke stejné nemoci mohou jedinci dospět různými cestami (Čevela et al., 2009).

Křivohlavý (1998) ve své knize „Jak neztratit nadšení“ uvádí jednoduchý model. Člověk se nachází v rovnovážném stavu, když působení stresorů, patogenů (negativních faktorů) je vyrovnáváno působením salutorů (pozitivních faktorů), (viz. obrázek 2).

Obrázek 2. Vyrovnaná životní situace



(Křivohlavý, 1998).

Salutory jsou faktory, které mohou pozitivně ovlivňovat naše zdraví, vedou k zájmu sama o sebe, soustředění pozornosti na sebe. Salutory mohou být i preventivní opatření vůči stresu, jako je meditace, relaxace nebo psychoterapeutické techniky. Kdo zná své salutory, tedy pozitivní faktory působící na jeho zdraví, je schopen si sestavit vlastní antistresový program (Křivohlavý, 2009).

Jak uvádí Americká psychologická asociace (APA), resilience (odolnost) je proces i výsledek úspěšného přizpůsobení se obtížným nebo náročným životním zkušenostem, zejména prostřednictvím mentální, emocionální a behaviorální flexibility a přizpůsobení se vnějším a vnitřním požadavkům. Velkou roli hraje dostupnost a kvalita sociálních zdrojů a specifické strategie zvládnání. Psychologický výzkum ukazuje, že zdroje a dovednosti spojené s odolností lze kultivovat a praktikovat (*Resilience*, b.r.).

Výsledky studie Švecové a kolegů (Švecová et al., 2023), naznačují, že resilience je ochranným faktorem pro výskyt všech typů psychopatologie navzdory traumatizaci. Pro získání odolnosti je důležité mít své zdroje (tj. ochranné faktory) na třech úrovních:

osobní, sociokulturní a širší sociální prostředí. Ochrannými faktory zvyšujícími odolnost mohou být vzdělání, optimismus, interpersonální a emoční kompetence, sociální vazba a podpora ze strany rodiny. Rozvíjení těchto faktorů, navzdory nepříznivým okolnostem, je důležitá součást adaptace. Resilience jako ochranný faktor pro duševní zdraví adolescentů a její důležitá role mezi dětským traumatem a výskytem pozdějších psychopatologických symptomů, je v literatuře už dlouhodobě uznávána.

Studie zaměřená na zvládání stresu u žen s Hashimotovou thyreoiditidou ukázala, že krátkodobé zvládání stresu prostřednictvím programu na zvládání stresu, který účastníci studie podstoupili, mělo příznivé účinky na titry anti-TG, životní styl a psychický stav žen s Hashimotovou thyreoiditidou (Markomanolaki et al., 2019).

Levine (Levine, 2011), píše, že naše schopnost adekvátně reagovat v situaci, kdy čelíme hrozbě, je ovlivněna řadou faktorů, ke kterým patří:

- Událost sama (ohrožující události, které jsou velmi intenzivní, představují největší výzvy).
- Životní situace v době traumatizující události (podpora rodiny a přátel může mít zásadní vliv, stejně jako aktuální zdraví, stres a výživa).
- Fyzické rysy jedince (někteří lidé jsou konstitučně, geneticky odolnější než jiní, rozdíl hraje věk, fyzická a psychická zralost).
- Schopnosti, které člověk získal během života (děti, dospívající a lidé s nedostatečnými zkušenostmi a dovednostmi jsou k traumatu náchylnější).
- Pocit připravenosti čelit nebezpečí (někteří lidé se cítí připraveni čelit nebezpečí, jiní ne, popsaný pocit sebedůvěry hraje v odolnosti vůči traumatu velkou roli).
- Dřívější úspěchy nebo nezdary (předchozí úspěchy a nezdary významně ovlivňují, zda jsme schopni využít vrozené instinktivní vzorce chování).

1.5 Psychosomatika

Pojem psychosomatika pochází z řečtiny a jedná se o složeninu dvou slov – psýché znamenající duši a soma, řecký výraz pro tělo. Velmi zjednodušeně bychom pojem mohli definovat jako vzájemné ovlivňování složky duševní a fyzické (Baštecká, 2009).

Jak uvádí Jan Poněšický: „Psychosomatická medicína se zabývá vzájemnými vztahy mezi duševními, sociálními a tělesnými procesy“ (2021, s. 9).

Poněšický konstatuje (Poněšický et al., 2021), že v současnosti onemocní každý třetí člověk během svého života psychogenním/psychosomatickým onemocněním. S ohledem na to, že často nejsou tyto psychosomatické poruchy diagnostikovány včas, v důsledku s sebou nesou osobní utrpení pacienta, chronicitu i velké finanční výdaje na léčbu. Psychické a psychosomatické poruchy se podílí čtyřiceti procenty na přiznání invalidního důchodu a mají za následek předčasnou úmrtnost. Příčinou je nebývale rychlý a silný civilizační tlak a obrovský tlak na výkon. Uvádí se, že civilizační tlak ve spojení se stresem vede ke vzniku a trvání až osmdesáti procent nemocí. Nejčastěji se jedná o deprese, kardiovaskulární onemocnění, obezitu, bolestivé ortopedické a gynekologické syndromy a Alzheimerovu chorobu.

Somatizace znamená ztělesňování často neřešené a složité životní situace. Snahou psychosomatické medicíny je vysvětlit pacientovi souvislosti mezi jeho zdravotním stavem a životní situací (Poněšický et al., 2021).

1.5.1 Vztah mezi psychikou a tělem

Neurovědy a neuropsychologie a zaznamenávají nebývalý rozvoj. Jde o propojení epigenetiky, tedy vlivu psychických dějů na aktivaci či deaktivaci genů, vlivu placebo, víry v sebeozdravné procesy, aktivního vlivu vědomí na psychické i tělesné procesy, vlivu pozorovatele na pozorované, a to i během psychoterapie, nebo vlivem sebezpozorování, všímavosti. Rozvíjí se výrazným způsobem také psychoneuroimunologie. Zajímavým poznatkem pro psychosomatiku je embodiment, tedy tělesnění našeho způsobu života. V této souvislosti hovoříme o zapisování zvláště traumatických (kognitivně nezpracovatelných zážitků) do tělesnosti. To, co si z vědomí vytěsníme, se pak o to více projeví v tělesném stavu, a naopak to, co si dokážeme uvědomit, pak ztratí emočně tělesný náboj. Obojí se může zastupovat a také něco vyjadřuje.

Duše a tělo je jeden a tentýž život. V souvislosti s epigenetikou by měla být i psychosomatická léčba komplexnější. Měla by zahrnovat nejen psychoterapii, ale

i management stresu, stravu, pohyb, relaxaci a podporu pro zdravý život. Velkou roli v udržení zdraví hraje také spiritualita (Poněšický et al., 2021).

1.5.2 Emoční prožívání a tělesnění emocí

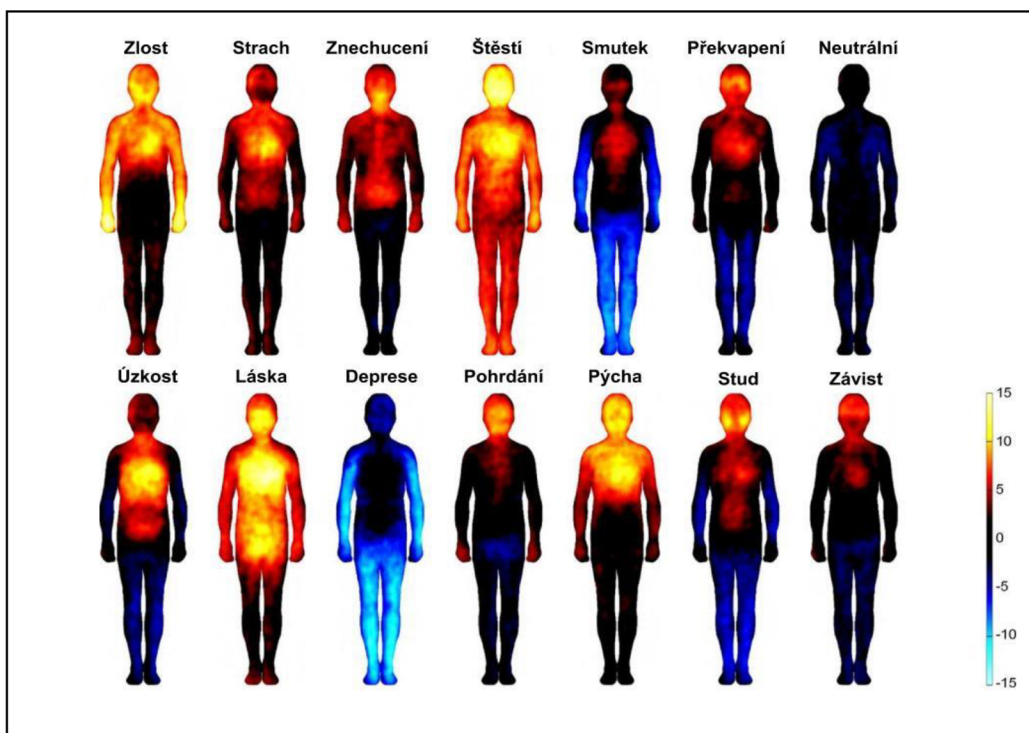
Poněšický v duchu psychoanalytických konceptů říká (Poněšický et al., 2021), že často vytěšňujeme do tělesnosti naše emoce, přání nebo tabuizované představy, které by nebyly akceptovány v širším sociálním okolí. Tímto si „vyrábíme“ nevědomí, které se skrze tělesné reakce a symptomy, spolu se zvýšenou stresovou zátěží, dostává ven. Pak nás často onemocnění přinutí se zastavit a lehnout si do postele.

S emocemi počítáme, cítíme je, ovlivňují naše chování. Platí všeobecná shoda na tom, že emoce jsou evoluční výhodou, vznikly jako nástroj vypořádávání se s nástrahami reality. Pod emocemi rozumíme změny ve vnitřním prožívání, v odpovědi autonomního systému (srdeční tep, dýchání atd.), ve fyzické aktivitě (pohyby svalů), ve vnímání, v myšlení. V dalším se hypotézy o tom, jak emoce vznikají, liší. Jedna z teorií je teorie přirozených emocí, která říká, že emoce existují samy o sobě, jsou to přirozené tělesné stavy. Mají jasné biologické hranice a charakteristiky. Jednotlivé emoce lze odlišit již na tělesné úrovni. Druhý pohled je konstruktivistický, jenž tvrdí, že emoce jsou konstrukty lidské mysli. Znamená to, že jsou spíše komplexní percepcí. Abychom mohli vnímat emoce, počáteční afekt musí projít přes základní mysl, která jej formuje (Nummenmaa et al., 2014).

V roce 2014 proběhl výzkum Lauriho Nummenmaa a jeho kolegů, který se týkal vytváření tělesných map emocí. (viz. obrázek 3). Výzkumný vzorek byl tvořen lidmi ze západní Evropy a východní Asie. Během něj měly subjekty vytvářet tělesné mapy šesti základních a sedmi komplexních emocí. Ukázalo se, že základní emoce, jakými jsou hněv, strach, znechucení, štěstí, smutek, překvapení, se u lidí zobrazují jednoznačným způsobem v těle, i když v něčem se uvedené vzorce tělesného prožívání překrývají, v jiných aspektech se liší jeden od druhého. Ze studie uveřejněné v roce 2014 vyplývá, že duševní pocity jsou spojeny s individuálními a současně se překrývajícími mapami tělesných pocitů, které by mohly být jádrem emočního prožitku. Výsledky studie podporují modely předpokládající, že somatosenzitivita

a ztělesnění hrají významnou roli v emočním zpracování. Rozluštění subjektivních tělesných vjemů spojených s lidskými emocemi by mohlo být cestou k lepšímu porozumění poruchám nálad, depresím nebo úzkostem, které jsou doprovázeny změněným emočním zpracováním, somatizací. Topografické změny v pocitech spouštěných emocemi v těle by tak mohly poskytnout nový biomarker pro emoční poruchy (Nummenmaa et al., 2014).

Obrázek 3. Emoce sídlící v těle



Tělesná topografie základních (Horní) a nezásadních (Dolní) emocí spojených se slovy. Mapy těla ukazují oblasti, jejichž aktivace se zvýšila (teplé barvy) nebo snížila (studené barvy) při prožívání každé emoce. ($P < 0,05$ FDR opraveno; $t > 1,94$). Barevný pruh označuje t – statistický rozsah ((Nummenmaa et al., 2014).

1.5.3 Psychosomatická medicína

Jak uvádí Poněšický (Poněšický et al., 2021), psychosomatika nabývá nebývalého rozvoje a významu, jde o propojení bio-psycho-sociálního přístupu.

Bio-psycho-sociálního přístup klade vysoké nároky na lékaře a předpokládá psychosomatickou kompetenci, která s sebou nese i minimálně zkrácené psychologické studium (Poněšický, 2014).

Chvála a Trapková (2020), hovoří o tom, že psychosomatická medicína ve zvláštním režimu vedle biomedicíny a psychoterapie naplňuje nejpřísnější kritéria pro definování zdraví a nemoci dle WHO. Uvádějí, že čím více se na onemocnění podílí psychické a sociální vlivy, tím důležitější se pro léčbu stává vztah, slovo a naděje na uzdravení.

1.5.4 Vztah lékař a pacient

Současná medicína se často soustřeďuje jen na příznaky a je přísně objektivistická s orgánovým zaměřením. Psychosomatická medicína má člověka přivést k pochopení souvislostí mezi jeho obtížemi a životní situací a předejít organickým změnám a těžkým onemocněním. Úkolem lékaře je poradit pacientovi, jak změnit svůj život, aby posílil sebeúdravné – imunitní schopnosti a současně, v případě potřeby, podpořit léčbu léky. „Onemocnění štítné žlázy jsou často spojená s psychikou a stresem, štítná žláza představuje emoční štít“, při jeho vyčerpání se dostaví klinické příznaky (Poněšický et al., 2021).

Jan Hnízdil (Poněšický et al., 2021) cituje MUDr. Jiřího Jenšovského CSc., zkušeného endokrinologa, který komentuje autoimunitní onemocnění štítné žlázy takto: „Problémem současné endokrinologie jsou subklinické stavy. Laboratorní nález totiž není nemoc! Pacientů s nálezem TSH někde mezi 4,2-7 je mnoho. Nejsnazší a mnohdy i nejčastější způsob řešení je zjednodušená odpověď „paní, Vám špatně funguje štítnice, tady máte prášek“... pak už se dávka jen zvyšuje. Zamyslet se nad příčinou, opakovat výsledek s odstupem, doplnit další vyšetření... To jsou postupy, které vyžadují určité znalosti, zkušeností i času, a navíc se „nevyplácejí“.“

Novější (na pacienta orientovaný) model vztahu mezi lékařem a pacientem respektuje bio-eko-psychosociální přístup. Na rozdíl od tradiční medicíny, která je spíše fragmentární, jde o holistický přístup, který pojímá nemoc jako nemoc člověka v celé jeho komplexitě. Základem spolupráce mezi pacientem a lékařem je

spoluzodpovědnost, nedirektivita, participace a zájem o osobní život a rodinu pacienta. Vztah je zde vytvářen a podporován vzájemnou komunikací, akceptací i potřebou uznání, bezpečí a jistoty (Baštecká, 2003; Vymětal, 2008).

Jak uvádí Mandincová (Mandincová, 2011), i chronicky nemocný pacient očekává brzké uzdravení. Často do lékařovy rady vkládá větší naděje, než je reálné. V případě, že se jeho očekávání nenaplní, rychle ztrácí důvěru v lékaře, klade si otázky k jeho odborné zdatnosti, začíná hledat jiné možnosti. Často se obrací k alternativní medicíně, s čímž lékař nemusí souhlasit. Obvykle se stává, že je pacient propuštěn do domácího ošetřování, aniž by byl dostatečně informován, s čím v domácím prostředí může být konfrontován. Křivohlavý (Křivohlavý in Mandincová, 2011) říká, že k jiným nepochopením dochází, pokud je lékař úzce zaměřený na nemoc pacienta a nemá dost pochopení pro pacientovy emocionální stavy.

Chvála a Trapková (2020) zmiňují, že u psychosomatických pacientů je důležitý individuální přístup, jedinečnost pacienta, jeho individuální historie a často i jeho laická teorie o vzniku potíží.

Studie zaměřená na zvládání stresu u pacientů s Hashimotovou thyreoiditou ukázala, že role zvládání stresu může být důležitou součástí léčebného procesu. S ohledem na relativní bezpečnost technik pro zvládání stresu, by se mohla stát bezpečnou personalizovanou volbou pro lékaře i pacienty (Markomanolaki et al., 2019).

1.5.5 Interdisciplinární spolupráce v psychosomatické medicíně

Skorunka (Poněšičký et al., 2021) hovoří o tom, že interdisciplinární spolupráce je v současné době všudypřítomným prvkem v biomedicíně. Špatná koordinace a nedostatečná spolupráce mezi jednotlivými členy interdisciplinárního týmu však může zbytečně u pacienta prohlubovat distress, prodlužovat a komplikovat terapii a v konečném důsledku dokonce vést k chronifikaci.

Skorunka (Poněšičký et al., 2021) dále poznamenává, že medicínu čekají zásadní reformy, které by měly být změnou uvažování o zdraví a nemoci, a to směrem ke komplexnějšímu bio-psycho-sociálnímu pohledu. Koordinované úsilí je nutné především při léčbě jedince s chronickým onemocněním, traumatem nebo postižením,

protože jde o zdravotní potíže, které jsou svým rozsahem a závažností natolik významné, že ovlivňují kvalitu života nejen nemocného, ale i jeho blízkých.

Vymětal (2008) uvádí, že kvalita rodiny se promítá do zdravotního stavu jejích členů a všechny náročné zdravotní újmy a životní situace se dotýkají všech rodinných příslušníků.

Skorunka (Poněšický et al., 2021) popisuje, že rodina je důležitým faktorem v léčbě pacienta, ovlivňuje jeho postoje jak v otázce důvěry v lékaře, tak i v postoji ke zdravotnickému systému. Systematický zájem o práci s rodinou při léčbě nemocného s chronickým onemocněním, je běžný spíše v pediatrii a pedopsychiatrii, u dospělých pacientů se v takové míře zájem nevyskytuje. Prospěch z tohoto přístupu mohou mít pacienti s chronickými onemocněními, metabolickými, onkologickými, kardiovaskulárními a dalšími onemocněními. Psychosomatická medicína tedy bere v potaz při diagnostice, léčbě, rehabilitaci a prevenci, faktory biologické, psychologické, sociální a případně spirituální.

Potřebu multidisciplinární spolupráce zmiňuje Van Hoff (2017 in Jochmannová, 2021), který hovoří o nutnosti klasifikovat symptomy přesahující PTSD (posttraumatickou stresovou poruchu) a následky zneužívání dětí a dospívajících s ohledem na to, že následky pro duševní a fyzické zdraví jsou celoživotní a trauma ovlivňuje rovněž geny, imunologii a fungování mozku. Trauma a nepříznivé zážitky z dětství jsou spojeny se somatickými problémy v dospělosti, jako jsou diabetes, kardiovaskulární onemocnění a rakovina.

1.5.6 Sociální perspektiva psychosomatiky

Poněšický (Poněšický et al., 2021) se zamýšlí nad tím, jak na nás působí sociální systém a jaké společenské poměry potlačují nebo deformují zdravý způsob života. Poznává, že z psychosomatického pohledu je podstatné, jaké normy, vzájemné vztahy a chování, které ovlivňují společenské vědomí a nevědomí, vedou k onemocněním. Patologii vidí ve chvíli, kdy jsou sociálním prostředím ovlivňovány a omezovány naše základní potřeby seberealizace, individualizace a vyrovnaného života, kde celý svět je reprezentován v naší mysli a na jehož obrazy reagujeme.

Chronická onemocnění mohou významně ovlivňovat společenský život pacientů. Výzkumy potvrzují, že dostupnost sociální podpory napomáhá adaptaci na chronickou nemoc. Patříčná sociální opora u pacientů posiluje jejich vlastní strategie a mechanismy zvládání nemoci. Zdravotní stav pacienta se týká i jeho partnera, dětí, rodiny. (Mandincová, 2011).

1.5.7 Trauma-informovaný přístup

Trauma-informovaný přístup je přístupem v oblasti sociálních a zdravotních služeb, který předpokládá, že v anamnéze jedince se s největší pravděpodobností vyskytuje trauma. Zahrnuje tři klíčové prvky“

- uvědomění si prevalence traumatu,
- povědomí o tom, jak trauma může působit na jedince, osoby zapojené do programu, organizaci nebo službu,
- implementaci těchto znalostí do praxe (SAMSHA, 2014).

Tento přístup je založen na pochopení traumatu a jeho dopadu na jedince, klade důraz na emocionální, fyzické a psychické bezpečí jedince. Umožňuje vycházet ze silných stránek jedince, vytváří pro traumatizované jedince příležitosti k tomu, aby si mohli vybudovat pocit vlastního zmocnění a kontroly (Hopper et al., 2010 in Klepáčová et al., 2020). Je důležitý nejen pro klienty, ale i poskytovatele služeb, a zásadní je zde schopnost umět rozpoznat přítomnost symptomů traumatizace, uznat roli traumatu v životě jedince a přizpůsobit praxi těmto poznatkům (SAMSHA, 2014).

Hlavní principy trauma-informovaného přístupu, nejen pro sociální a zdravotní služby, jsou:

- Bezpečí
- Důvěryhodnost a transparentnost
- Možnost volby
- Spolupráce
- Zmocnění
- Respektk odlišnosti

(SAMSHA, 2014; ITTIC, 2018 in Klepáčová et al., 2020).

Dospělí s etiologií traumatu v dětství tvoří v sociálních službách zvláště náročnou skupinu klientů, a to s ohledem k dlouhodobým následkům této traumatizace a současným potížím, kterým čelí (Knight, 2014 in Klepáčková et al., 2020).

„Hluboce traumatické zkušenosti, zvláště v období dětství, mohou mít ještě hlubší dopad v dospělosti. Mohou významně formovat osobnost a životní volby daného jedince.“ (Davies, 2018 in Klepáčková et al., 2020).

Dlouhodobé následky týrání nebo zneužívání v dětství mohou mít dlouhodobý až mezigenerační dopad a ovlivňují jedince v mnoha oblastech jeho života. Následky se mohou individuálně lišit a jsou ovlivněny kombinací mnoha faktorů (Rosen et al., 2018 in CHWIG, 2019 in Klepáčková et al., 2020).

V oblasti fyzického zdraví je dokázána spojitost s vyšší mírou některých chronických onemocnění (Klepáčková et al., 2020).

Conwayová, Osterová a Szymanski zkoumali vazbu mezi syndromem ADHD a komplexním vývojovým traumatem. Dospěli k závěru, že děti s ADHD zažívaly vyšší výskyt chronického stresu (zde označovaného jako enviromentální trauma) spolu s narušením vztahové vazby. Autoři navrhli, aby zkušenosti s nepříznivými situacemi během dětství označované jako komplexní trauma byly vyňaty ze symptomatologie ADHD. Kognitivní a emocionální poruchy, které se projevují v reakci na trauma se totiž překrývají se symptomatologií ADHD (Conwayová et al., 2011 in Jochmannová, 2021).

Vzhledem k tomu, že děti, které zažily špatné zacházení, mají vysoký výskyt příznaků ADHD, měla by diagnostice ADHD předcházet individualizovaná péče a přístup, a to tak, aby nedošlo k nesprávnému pochopení emočně behaviorálních symptomů (Klein et al., 2014 in Jochmannová, 2021).

Marksová (2017 in Jochmannová, 2021) v souvislosti s diagnostikou traumatu doporučuje před stanovením jakékoliv diagnózy provést diagnostiku všech dětí na trauma a disociaci. Klade důraz na epigenetické vlivy a děje, prenatální vývoj, porod a dále jakékoliv formy zneužívání, zanedbávání, domácího násilí a zdravotní traumata.

Štěpánek (2016 in Jochmannová, 2021) navrhuje u dětí s několika komorbidními diagnózami vždy provést diagnostiku traumatu, provést měření četnosti výskytu

potencionálně traumatizujících událostí a posoudit, zda neprožily trauma, nebo nedošlo k narušení citové vazby s pečující osobou.

„Uzdravení z traumatu je především vztahová záležitost, součástí je obnovení důvěry, znovunabytí sebevědomí, návrat k pocitu bezpečí a opětovné spojení s láskou. Samozřejmě, léky mohou pomoci zmírnit příznaky a spolupráce s terapeutem může být nesmírně užitečná. Ale léčení a uzdravení jsou obtížně dosažitelné – i s těmi nejlepšími léky a psychoterapií – bez stálých, pečujících vztahů s druhými.“ (Perry, Salavitz, 2006, s. 231–232 in Klepáčková et al., 2020).

2 Výzkumná část

2.1 Forma výzkumu

Vzhledem k charakteru výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup, který umožňuje hlubší vhled do problematiky, umožňuje studovat procesy, navrhnout teorie (Hendl, 2005). V průběhu zpracovávání informací ze strukturovaných dotazníků bylo možné při kodifikaci dat z narativního vyprávění respondentů vytvořit kategorie, které byly zpracovány v programu Excel a Jamovi. Byly využity také pro tvorbu ilustrativních grafů a tabulek, které umožňují strukturovat data a přiblížit popisované jevy a teorie.

2.2 Výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo hledání souvislostí mezi traumaty (nepříznivými zážitky z dětství) a vznikem autoimunitního onemocnění a současně mapování salutorů u osob s Hashimotovou thyreoiditidou. Stanovení cíle výzkumu a výzkumných otázek vycházelo z osobní zkušenosti autora s autoimunitním onemocněním a potřebou porozumět souvislostem vzniku tohoto onemocnění.

Byly stanoveny dvě primární výzkumné otázky: „Do jaké míry se traumatické zkušenosti vyskytují u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy?“, „Co pomáhá při zvládnutí autoimunitního onemocnění štítné žlázy?“ Byly stanoveny již před započatím výzkumu. V průběhu přípravy strukturovaného interview pak vyvstaly otázky: „Jaký vztah k lékaři mají pacienti s autoimunitním onemocněním štítné žlázy“, „Mají dostatečné informace k léčbě?“, „Jaký je výskyt genetické predispozice?“, „Vnímají pacienti s autoimunitním onemocněním štítné žlázy nemoc jako omezující?“ a současně „Jaké jsou strategie zvládnutí této nemoci?“, „Je psychoterapie součástí léčebného procesu?“ a „Do jaké míry jsou si pacienti s autoimunitním onemocněním vědomi toho, že se jedná o psychosomatické onemocnění?“.

Výzkumné otázky pak byly následně zpracovány do polostrukturovaného dotazníku, který sloužil jako opora pro rozhovor, nikoliv dogma. (Příloha1)

Tabulka 2. Výzkumné otázky

Hlavní výzkumné otázky:

- Do jaké míry se traumatické zkušenosti vyskytují u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy?
- Co pomáhá při zvládnání autoimunitního onemocnění štítné žlázy?

Vedlejší výzkumné otázky:

- Jaký vztah k lékaři mají pacienti s autoimunitním onemocněním štítné žlázy? Mají dostatečné informace k léčbě?
- Jaký je výskyt genetické predispozice?
- Vnímají pacienti s autoimunitním onemocněním štítné žlázy tuto nemoc jako omezující?
- Jaké jsou strategie zvládnání této nemoci?
- Je psychoterapie součástí léčebného procesu?
- Do jaké míry jsou si pacienti s autoimunitním onemocněním vědomi toho, že se jedná o psychosomatické onemocnění?

2.3 Metody výzkumu

Před zahájením výzkumu byla provedena rešerše vhodné literatury související s autoimunitními onemocněními štítné žlázy, především s Hashimotovou thyreoiditidou. Vycházeli jsme ze zdrojů Vědecké knihovny Ostrava, byly vyhledány studie související s tímto onemocněním, především prostřednictvím Web of Science, nebo přes internetový vyhledávač Google Scholar.

Sběr dat byl proveden prostřednictvím polostrukturovaného interview. Byl vytvořen dotazník, který mapoval v první části základní demografické údaje, informace související s autoimunitním onemocněním štítné žlázy a potenciální traumatické události. Součástí byl překlad ACE dotazníku a dotazy na konkrétní potenciálně náročné životní situace, které byly inspirovány „Inventářem životních událostí“ od Holmese a Raheho („SRRS – Social Readjustment Rating Scale“), (*Holmes – Rahe Stress-inventory*) a dotazníkem negativních zkušeností z dětství (ACE), který

přeložila a poskytla Mgr. Kaločová, vycházela z verze dotazníku použitého v původní studii Centers for Disease Control and Prevention a Kaiser Permanente z roku 1998 (Příloha1). Dotazník byl porovnán a stylisticky upraven také podle dotazníku ACE, který je uveden na stránkách České odborné společnosti pro inkluzivní vzdělávání (*ACE study*, 2021).

Ve druhé části byla pro potřeby dotazování vytvořena hodnotící tabulka důležitých faktorů, které se podílejí na zvládnání onemocnění. Tabulka pozitivních faktorů a otázky na pozitivní se zaměřovaly na změny související se zvládnáním onemocnění. Byl vždy dán prostor respondentům k vyjádření vlastního názoru.

V přípravné fázi před interview byl domluven online rozhovor. Participantí byli dopředu seznámeni se strukturou rozhovoru, jeho náplní i členěním. Bylo domluveno, že mohou kdykoliv rozhovor ukončit. Participantům byl předem zaslán písemný souhlas s nahráváním. (Příloha2)

Výběr participantů proběhl formou záměrného výběru. Bylo stanoveno kritérium pro výběr, a to: „Osoba s diagnostikovaným autoimunitním onemocněním štítné žlázy, Hashimotovou thyreoiditidou“.

Participantí byli osloveni prostřednictvím sociálních sítí, především facebookových skupin, určených osobám s onemocněním štítné žlázy, a to formou nabídky účasti na výzkumu. Přihlásilo se sedmnáct participantů, kritérium splnilo 15 participantů, po emailové komunikaci pak souhlasilo s nahráváním 10 participantů. 1 rozhovor proběhl osobně v prostorách komunitního centra Anulika z.s. a 9 rozhovorů bylo provedeno online.

Samotné interview probíhalo s každým participantem individuálně, a to následujícím způsobem: nejprve se výzkumník představil, informoval potencionální respondenty o účelu setkání, časovém rámci setkání, krátce prezentoval výzkumnou práci a požádal je o souhlas s pořízením audiozáznamu z rozhovoru. Po udělení jejich verbálního souhlasu s provedením interview a audionahrávkou, byl pořízen hlasový záznam. Byl zajištěn klid a nepřítomnost dalších osob.

Jádro interview bylo tvořeno společnou administrací dotazníku a část dotazů byla koncipována tak, aby umožnila narativní vyprávění. Na začátku dotazníku byly otázky mapující demografická data a otázky věnující se vzniku onemocnění, dále otázky

na informace, které získali od lékaře a na jejich vztah s ním. Poté byl společně vyplněn ACE dotazník. Participanti byli vyzváni ke stručným odpovědím ano – ne. Postup byl zvolen s ohledem na možnou retraumatizaci a zaplavení negativními emocemi při oživení traumatické vzpomínky v rámci vyplňovaného ACE dotazníku a otázek na potencionálně traumatizující zkušenosti.

V druhé části dotazníku byly společně mapovány faktory, které pomáhají při léčbě. Byla využita tabulka pozitivních faktorů, které měli respondenti ohodnotit v rozmezí 1-5 (příčemž hodnoty byly od 1 – zcela neuspokojivý, až 5 – výborný).

Za každým dotazováním, pomocí předem připravených otázek, v rámci celého dotazování, byl dán prostor pro doplnění pomocí otevřené otázky typu: „Je nějaký pozitivní faktor, výše neuvedený, který považujete za tolik důležitý, že byste jej zde chtěl(a) uvést a ohodnotit?“ Vždy následovala na konci dotazování výzva: „Je nějaká otázka, která zde ještě nezazněla a chtěl/a byste na ni odpovědět?“ nebo „Přejete si ještě něco doplnit?“ Případně „Mělo by tu ještě něco zaznít, co je důležité a nemluvili jsme o tom?“.

Ne vždy bylo vhodné použít všechny připravené otázky. U některých respondentů bylo dotazování uzpůsobeno obsahu rozhovoru, např. pokud participantka uvedla, že nemůže mít děti, tak dotazy na potrat a porody byly vynechány. Případně, pokud byl znát silný emoční náboj daného tématu, tak výzkumník požádal o bližší ozřejmění dané problematiky. Metoda byla zvolena s ohledem na potřebu propojit podávané informace s konkrétní zkušeností, k objasnění motivů a zasazení informace do životního kontextu (Miovský, 2006). Odpovědi byly do záznamového archu zaznamenány výzkumníkem osobně. V případě potřeby byl záznam doplňován psanými poznámkami. Nahrávání rozhovoru probíhalo přibližně 30–40 minut, po ukončení nahrávání, téměř vždy, bylo dalších 30 minut věnováno k ukotvení zážitků z rozhovoru. U jedné respondentky došlo k zvýšení stresové zátěže v důsledku probíraných témat, uvědomění si, kolik náročných situací zažila. Bylo nutné participantku prostřednictvím podpůrného rozhovoru podpořit. Kontakt s participanty byl ukončen ve chvíli, kdy se jejich duševní stav jevil stabilizovaný, a na základě společné domluvy.

Každý rozhovor byl zaznamenán v audio podobě na mobilní telefon. Převod do psaného textu byl pořízen pomocí funkce v softwaru Office365. Text byl poté výzkumníkem redigován a anonymizován.

V další fázi došlo k tematické analýze dat. Výzkumníkem byly hledány jednotlivá témata a parafrázovány části textu. Texty byly vytištěny na barevné papíry a rozstříhány podle tematických úseků, každý respondent byl označen jinou barvou. Pomocí softwaru Excel z řady Office byly vytvořeny tabulky s tématy a texty, které výzkumník rozdělil na jednotlivé části, jež byly navzájem porovnávány. Hledány byly souvislosti s výzkumným záměrem. Z narativního vyprávění byla vytvořena kódovaná data, která byla přepsána v programu Excel a vytvořena základní data pro zpracování v programu Jamovi.

S ohledem na to, že šlo o polostrukturovaný dotazník, byl dotazník ACE administrován, jak samostatně, tak i v souvislostech s tématy, která se objevovala v rozhovorech. Stejně tak bylo postupováno u všech kategorií dotazníku, kde byla strukturovaná data.

Kategorie byly v základu nastaveny takto:

1. Základní data
 - Věk, vzdělání, doba léčby s tímto onemocněním
2. Data na informovanost participantů o onemocnění, vlastní vnímání tohoto onemocnění
 - Vyskytuje se dané onemocnění ve vaší rodině?
 - výskyt onemocnění – kdo
 - Pokud jste hledali informace, tak kde?
 - Dostatečné předání informací lékařem
 - Omezuje Vás vaše onemocnění?
 - Máte další autoimunitní onemocnění, se kterými se trvale léčíte?
3. Data k výskytu potencionálně traumatizujících zkušeností, dotazník ACE, otázky k náročným životním situacím
 - Počet ACE na osobu
 - Náročné životní situace vyskytující se u participantů
4. Data k pozitivním faktorům a zvládání životních situací

- Pozitivní faktory, které se vyskytují u participantů
5. Data k využití psychoterapie a jiných aktivit ke zvládnání náročných situací
 6. Data k životním změnám, které provedli – neprovedli participantí v souvislosti onemocněním.
 7. Data ke strategiím zvládnání náročných situací
 8. Data k vnímání autoimunitního onemocnění štítné žlázy jako psychosomatického onemocnění

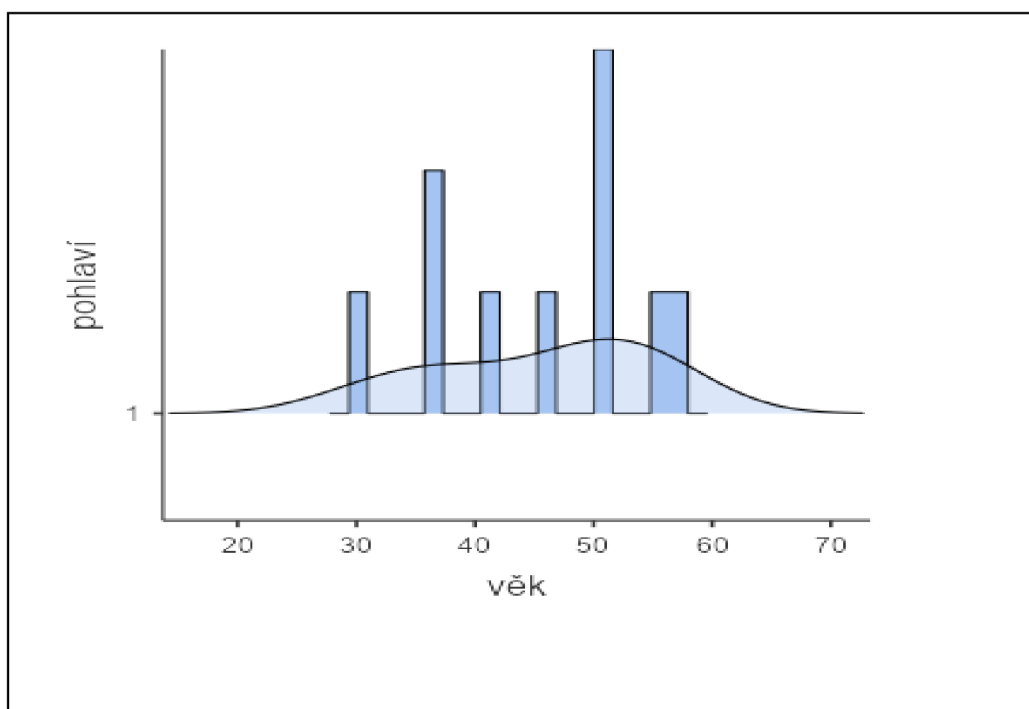
V průběhu zpracování dat z rozhovorů a polostrukturovaných dotazníků byly vytvářeny další kategorie a kódy, které byly přenášeny do Excelu. Zde byly přenášeny i jednotlivé části rozhovorů. Byly vytvořeny kategorie pro tabulky, které byly zpracovány také v programu Jamovi. Seznam kategorií a kódů je přiložen. (Příloha 3)

2.4 Participantí

Výběr participantů byl záměrný, s ohledem na zaměření výzkumu na osoby s autoimunitním onemocněním štítné žlázy, Hashimotovou thyreoiditidou. Participantí žijí trvale na území České republiky, jedna participantka je Češka žijící v Německu.

Výzkumu se zúčastnilo deset žen. Věk se pohyboval v rozmezí 30–57 let.

Obrázek 4. Graf rozložení věku



Byli osloveni členové a členky diskuzních skupin na facebookových stránkách věnujících se osobám s autoimunitním onemocněním štítné žlázy, a to bez ohledu na pohlaví. Bohužel se do výzkumu nepodařilo získat žádnou osobu mužského pohlaví. Nemoci štítné žlázy patří poměrně k častým chronickým onemocněním. Jde o nejčastější onemocnění endokrinního systému vůbec. Odhaduje se, že u nás výskyt tohoto onemocnění přesahuje 5 % populace s výraznou závislostí na věku a pohlaví a s výraznými regionálními rozdíly. Ženy onemocní 4 – 6x častěji a největší počet nemocných je středního a vyššího věku – ve stáří onemocní 20 % žen a 10 % mužů (Zamrazil, 2001).

Autoimunitní tyreoiditida celosvětově postihuje velké procento populace a je připisována kombinaci genetických a environmentálních faktorů (Wasserman et al., 2009 in Markomanolaki et al., 2019).

2.4.1 Údaje o participantech

Ve výzkumném vzorku bylo šest žen s vysokoškolským vzděláním, dvě se středoškolským s maturitou a jedna absolventka středního odborného učiliště.

Tabulka 3. Údaje o participantech

Pseudonym	Věk	Vzdělání
Jitka	30–40	SŠ
Eva	30–40	VŠ
Olga	30–40	SOU
Jana	40–50	VŠ
Dana	40–50	VŠ
Ivana	40–50	VŠ
Anna	40–50	SŠ
Zita	40–50	VŠ

Alena	50–60	VŠ
Dita	50–60	VŠ

2.5 Etika výzkumu

Účastnice výzkumu byly před započítím rozhovorů informovány o zaměření výzkumu, struktuře a délce rozhovoru. Dále byly seznámeny se způsobem sběru dat a s nakládáním s nimi. Respondentky byly poučeny o jejich právech, ke kterým patří zejména odvolání souhlasu s použitím rozhovoru k výzkumu a vyjádření nesouhlasu se zpracováním a uchováváním dat. Byly zodpovězeny všechny dotazy. Získané informace byly předány i v tištěné podobě formou informovaného souhlasu, který byl participantům zaslán před interview na email. Před zahájením rozhovoru byl vždy podepsaný souhlas a současně jej participant v rámci nahrávání vyjádřili i ústně.

S daty je nakládáno následovně: audio záznam rozhovoru a jeho přepis, pasáže s kódy a exportní soubory v Excelu i Jamovi jsou uchovávány v zařízeních zabezpečených před zneužitím. Tištěná forma rozhovorů s poznámkami je uschována u výzkumníka. V textu práce jsou použity pouze krátké, anonymizované části rozhovorů v doslovném znění, ojediněle s drobnými stylistickými úpravami. Psané texty jsou ve všech podobách anonymizovány. V práci jsou použity místo jmen participantek pseudonymy.

Přepisy rozhovorů i jednotlivé podepsané informované souhlasy nejsou součástí této práce. Důvodem je citlivost uváděných sdělení, která se netýkají pouze respondentek, ale rovněž jejich rodinných příslušníků a dalších osob. Vzhledem k těmto skutečnostem se výzkumník v informovaném souhlasu zavázal k nezveřejnění dat.

Samotné rozhovory byly koncipovány a vedeny tak, aby se co nejvíce snížila stresová zátěž z důvodu citlivých témat, která byla probírána. ACE dotazník byl čten výzkumníkem bez důrazu na jednotlivé otázky. Na konci dotazníku se výzkumník vždy dotázal, jak se participantky cítí, zda jsou v psychické pohodě a mohou pokračovat. V případě, že se některá z účastnic výzkumu cítila nekomfortně, byl dán prostor

pro ventilaci emocí, byl jim nabídnut podpůrný rozhovor na konci dotazování, který byl již bez záznamu. Tuto možnost využilo šest participantek.

3 Výsledky výzkumu a analýza dat

3.1 Výskyt traumatických zkušeností

Hlavní výzkumná otázka „Do jaké míry se traumatické zkušenosti vyskytují u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy?“, byla vyhodnocována pomocí dotazníku výskytu ACE, prostřednictvím dotazů na potenciaálně traumatizující životní události. Současně byly využity informace z narativního vyprávění respondentek.

3.1.1 Výskyt nepříznivých zážitků z dětství (ACE) u osob s Hashimotovou thyreoiditidou

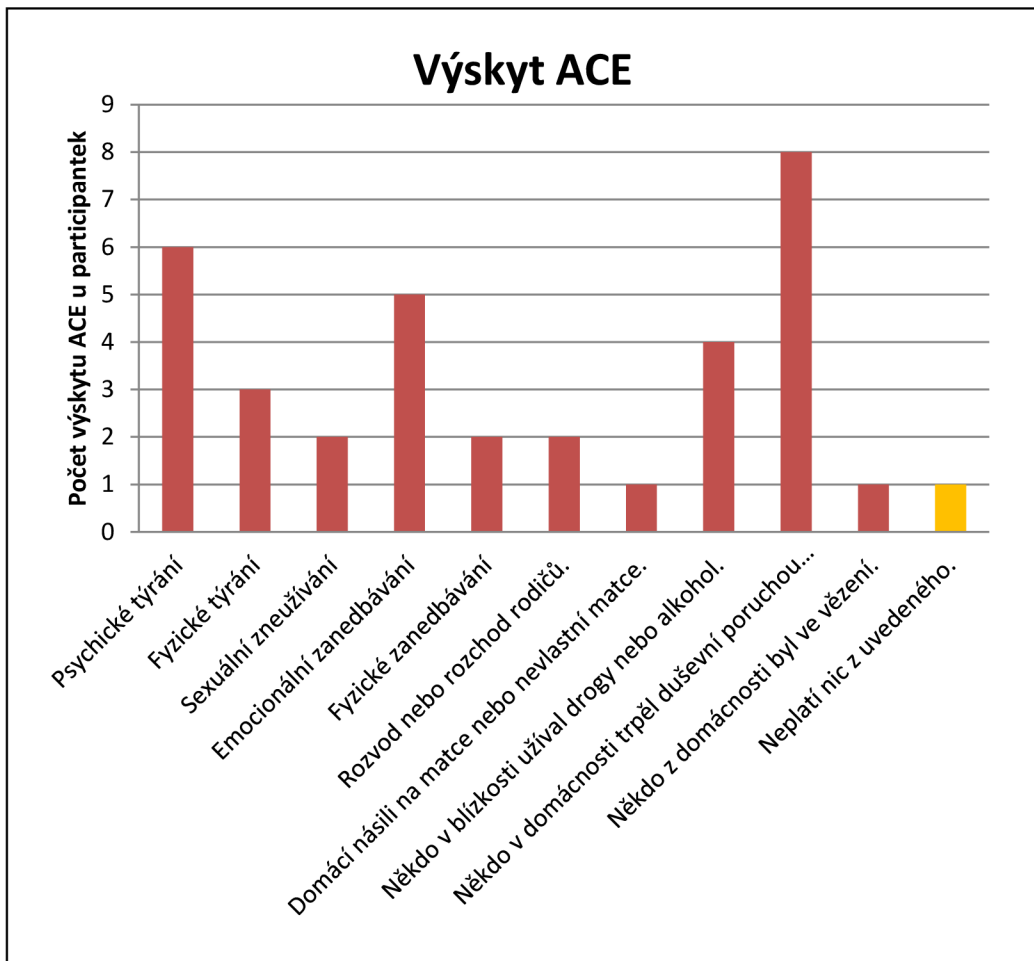
Pro potřeby zjištění výskytu nepříznivých zážitků z dětství (potencionálního traumatu) byl použit v rámci dotazování ACE dotazník, který byl přeložen z anglického originálu (ACE, Adverse Childhood Experiences). Překlad byl získán od psychologičky a psychoterapeutky Jenifer Kaločové, která se specializuje na práci s traumatem. Pro potřeby popisů získaných dat bylo použito pouze označení ACE.

Byl sledován výskyt jednotlivých ACE ve výzkumném vzorku. Předpokladem bylo, že výskyt ACE bude u participantů vyšší než u běžné zdravé populace. Z deseti participantek devět potvrdilo výskyt nepříznivých zážitků v dětství (ACE). Výskyt ACE u těchto participantek je dále rozveden v tabulkách a grafech zpracovaných v programu Excel a Jamovi.

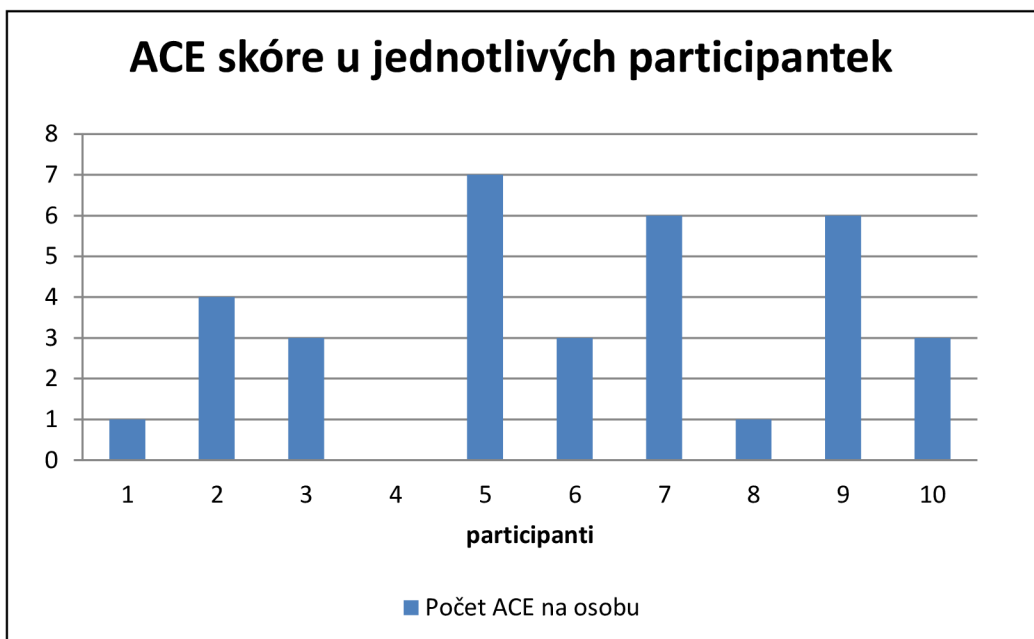
Tabulka 4. Počet ACE na osobu

Počet ACE na osobu	Počet osob
0	1
1	2
3	4
6	2
7	1

Obrázek 5. Graf výskytu ACE ve výzkumné skupině



Obrázek 6. Graf ACE skóre na osobu



Osm z deseti participantek uvedlo, že byl v rodině výskyt psychického onemocnění u blízkých příbuzných. Šest potvrdilo psychické týrání v průběhu dětství a dospívání, pět participantek emocionální zanedbávání. Čtyři participantky hovořily o zneužívání návykových látek, především alkoholu. U tří účastnic výzkumu docházelo doma k fyzickému týrání. Sexuální zneužívání se vyskytlo u dvou participantek. Vždy se jednalo o blízké osoby, jednou to byl rodinný příslušník, v dalším případě osoba pro dítě blízká s vysokou mírou autority. U dvou respondentek docházelo k fyzickému zanedbávání a dvě uvedly rozvod rodičů v dětství. Jedna participantka uvedla, že byla svědkem domácího násilí na matce, jedna měla rodiče ve vězení.

3.1.2 Výskyt náročných životních situací ve výzkumné skupině

V rámci výzkumu byly respondentky dotazovány na výskyt dalších náročných situací v jejich životě. Bylo zaznamenáno, zda dochází ke kumulaci obtížných životních situací a zda osoby s autoimunitním onemocněním štítné žlázy tyto extrémně zátěžové situace ve své historii mají a v jaké míře.

Shodně respondentky uváděly náročné životní situace jako spouštěče, nebo důvody ke zhoršení jejich onemocnění. Některé se znovu vracely po dotazu: „Je nějaká životní situace, kterou byste ještě neuvedla, nebo ji považujete za tak důležitý faktor, který chcete uvést?“, ke svému dětství. Opět uváděly situace, které považovaly za extrémně zátěžové a zmiňovaly souvislosti se vznikem onemocnění.

Alena: ... V současné době onemocnění mého muže... Takže to moje dětství nebylo příliš šťastné...

Dana: ... Ano, sexuální obtěžování. V dětství...

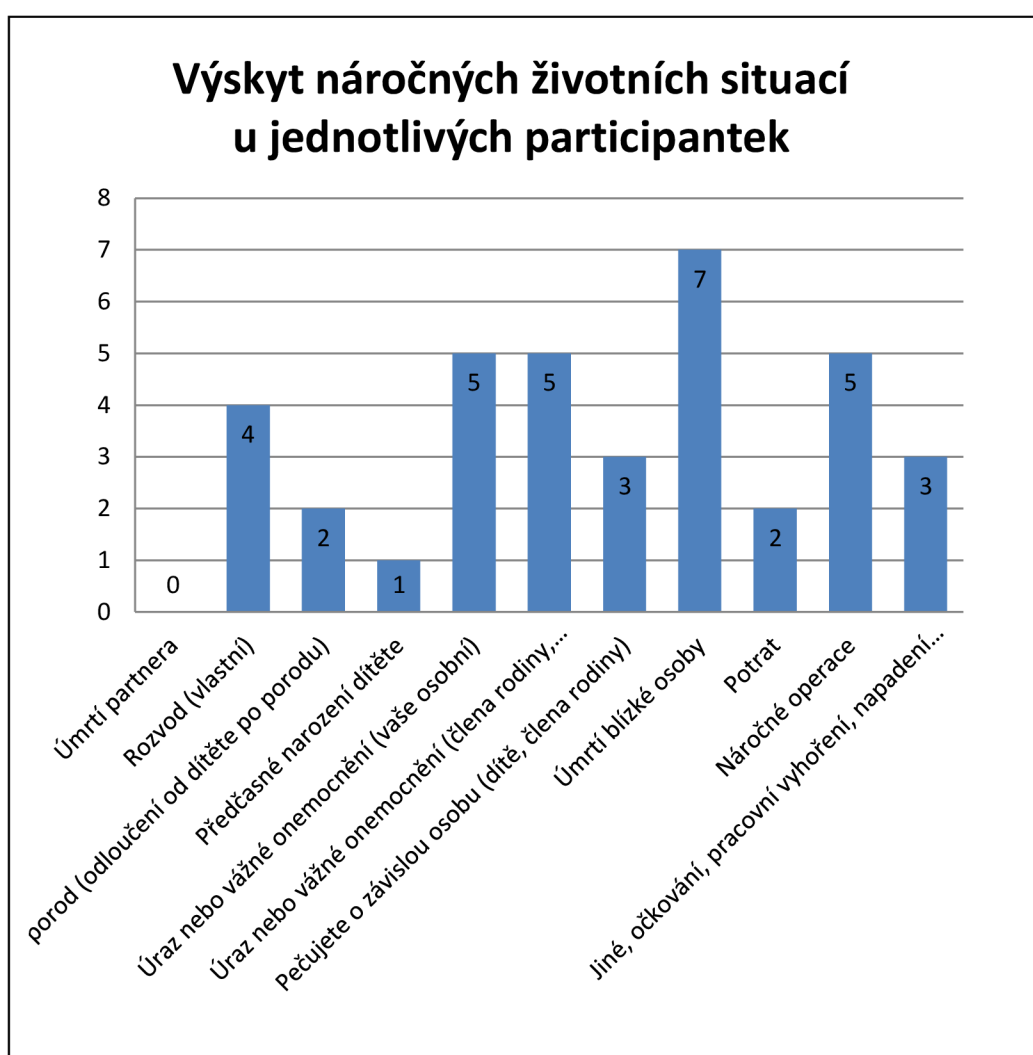
Dita: ... Jo, první byl úraz, tam jsem spadla na běžkách a byla jsem v těžkém bezvědomí... No, starala jsem se o umírající maminku nebo jako prošla jsem s ní jeden rok. To bylo hodně náročné období. Víte, měla to moc dlouhý...

Anna uvedla: ... a tím, že já jsem neměla už očkovací průkaz, tak prostě ta milá paní doktorka si myslela, že mi musí dát všechny možné očkování, tak mi jich dala? Asi, nevím pět různých, prostě naočkovala mě znovu vším. Za tři měsíce, potom mi začaly padat vlasy jo, ale totálně jako po chomáčích...

Olga: ... *Ve 20 letech mě můj jakoby bývalý přítel napadl a skončila jsem v nemocnici, tam mě to ovlivnilo hodně. Tam jsem zhubla na nějakých 56 kilo při 180 centimetrech...*

Do grafu byly převedeny náročné životní situace, které byly uvedeny v polostrukturovaném dotazníku a také situace, které respondentky uvedly v průběhu rozhovoru a označily je za významný zátěžový faktor.

Obrázek 7. Graf výskytu náročných situací ve sledované skupině



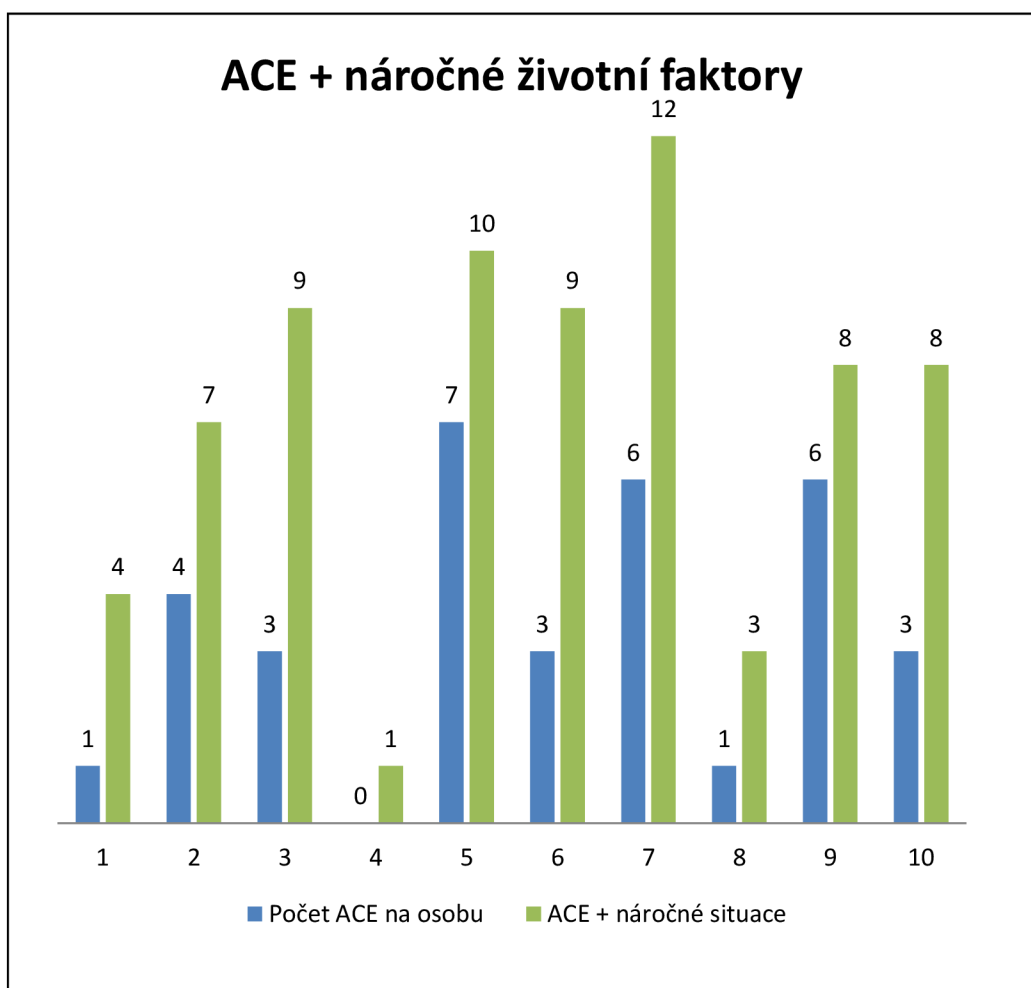
Všechny participantky se po zjištění onemocnění zabývaly hledáním důvodů, které souvisí se vznikem onemocnění. Eva uvedla, že hledala společně s psychoterapeutkou

spouštěč, který by vysvětlil vznik jejího onemocnění. Našly úraz páteře v dětství. Ten podle jejího názoru mohl způsobit fyziologické trauma a spolu s traumatem z dětství a prodělanou operací, spustit autoimunitní onemocnění.

Eva: ... *Já tomu jako úplně nerozumím, ale pamatuju si, že tohle říkala a že tam mohlo jako dojít k nějakému vnitřnímu traumatu, který to potom jakoby způsobilo nebo vyvolalo...*

Eva: ... *Já, jak jsem neměla, zaplatpánbůh, nic zlomeného ani jako žádnou operaci od té kýly nebo tak. Takže vždycky jsem věděla, že když třeba jsem přetáhla strunu a prostě jsem se hodně unavila, tak se to na tom těle jako projevilo hned a věděla jsem, že ten mechanismus funguje prostě jako skvěle...*

Obrázek 8. Graf kumulace ACE a náročných životních situací

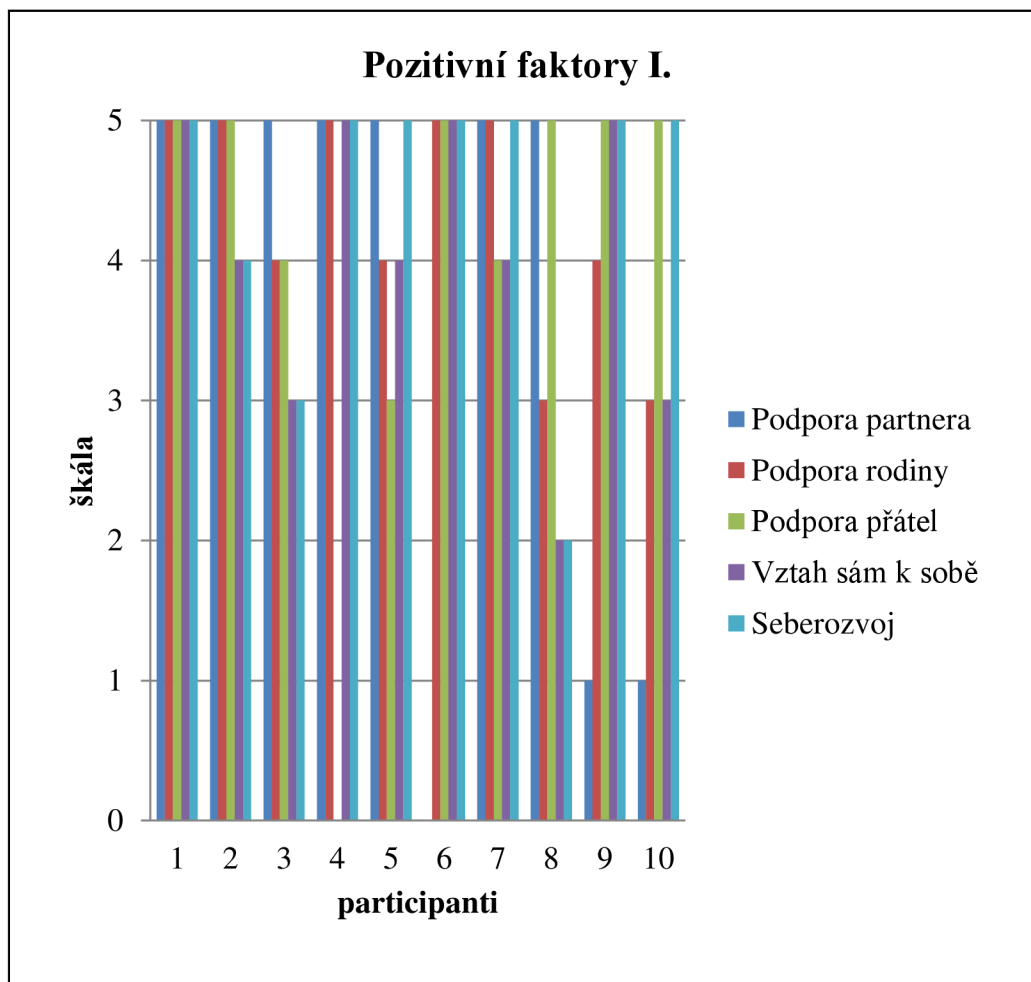


3.2 Co pomáhá při zvládnání Hashimotovy thyreoiditidy?

Při hledání odpovědí na druhou hlavní výzkumnou otázku byly v průběhu rozhovorů s jednotlivými participantkami mapovány pozitivní faktory a strategie zvládnání života s autoimunitním onemocněním. Při hodnocení pozitivních faktorů byla využita škála 1–5, kdy 1 je nejméně a 5 nejvíce.

3.2.1 Pozitivní faktory

Obrázek 9. Graf pozitivních faktorů I.



Participantky uvedly, že za nejdůležitější faktor považují vztah k sobě samé. Tři respondentky se vyjádřily, že jejich vztah k sobě se pohybuje mezi 2–3.

Zita: ... *No, musím se polepšit ve vztahu sama k sobě... už umím říkat ne...*

Eva: ... *A ano, já se snažím jako hledat tu cestu k sobě, protože když se vrátíme jakoby k tomu období předtím, než jsem začala mít nějaké jakoby potíže, tak jsem měla hrozně dobrou intuici, akorát teda jako odumírala v průběhu let...*

Ivana: ... *No, to nevím, tak řekněme, já nevím – tři...*

Účastnice výzkumu, které hodnotily svůj vztah k sobě na škále 4–5 hovořily takto:

Dana: ... *Seberealizace a podpora, uvědomit si, že já jsem na prvním místě. Vždycky jsem myslela jen na druhé, ne na sebe...*

Alena o sobě řekla: ... *Umím si poradit vždycky za každých okolností...*

Anna: ... *Že já stojím na prvním místě a pak je pes a pak, to ostatní...*

Dita: ... *No já, mám se ráda...* Jana: ... *Úplně klidně si dám maximum, protože jsem se sebou v pohodě...* Jitka: ... *Lepším se. Už nějaký vztah k sobě mám...* Olga: ... *Ted'ka typicky ten poslední rok, když jsem o té nemoci nevěděla, tak jsem s tím hodně bojovala. To bylo špatně a teď bych řekla, že fakticky 5...*

Všechny účastnice výzkumu uváděly jako podpůrné faktory podporu partnera. Olga a Zita se vyjádřily, že by ji ocenily, ale partnery v současné době nemají. Dvě participantky uvedly, že nemají podporu rodiny, ostatní ohodnotily podporu rodiny na škále v rozmezí 4–5. Stejně tak pouze Anna nemá podporu přátel, protože se s nimi o své nemoci nemluví. Ostatní účastnice mají významnou podporu přátel. Na škále se podpora pohybovala v rozmezí 4–5.

Participantky se vyjadřovaly, že na sobě pracují a snaží se o vlastní seberozvoj.

Eva říkala: ... *Z těch příčin tohoto onemocnění u mě, snažím se na to prostě přijít. Nejdřív jsem jako chtěla to hned zvrátit, jako když je stresu hodně, tak se nesmím stresovat, ale tak to úplně nejde. Takže se snažím jako se sebou pracovat nějak, v tom směru, jako abych se zbytečně nevystavovala situacím, které jsou mi nepříjemný...*

Dita uvedla: ... *Jo, pracuju na sobě pořád. Chodila jsem na tu čínskou medicínu, studuji ajurvědu, beru to, že vzdělávání je hlavně nejlepší proti alzheimerovi...*

Jana hovořila o tom, že práce na vlastním seberozvoji je prací, proto se brzdí, aby měla čas zároveň odpočívat.

Respondentky v průběhu dotazování hovořily o práci jako významném faktoru. Dvě participantky nejsou spokojeny s prací, jedna ze zdravotních důvodů nemůže pracovat a druhá se po operaci štítné žlázy necítí dobře a bere antidepresiva.

Ostatní respondentky buď hledají jiný postoj k práci, aby nebyly tolik vystaveny stresu, nebo práci změnilly. Důvodem vždy bylo snížení stresové zátěže.

Anna řekla: ... *Mám kolem sebe lidi nebo věci, které mi dělají dobře, a co mi nedělá dobře, tak to prostě vypustím. I práci si vybírám tu, co mi dělá dobře...*

Eva hovořila o hledání změny postoje a zvažování pracovní pozici, s vysokou stresovou zátěží, opustit: ...*Spíš se snažím najít, teďka jiný způsob, jak tu práci vykonávat a nicméně, i když jsem začala brát euthyrox, tak jsem se totálně nemohla soustředit na tu práci, takže jsem hrozně roztěkaná a je to jako náročné....*

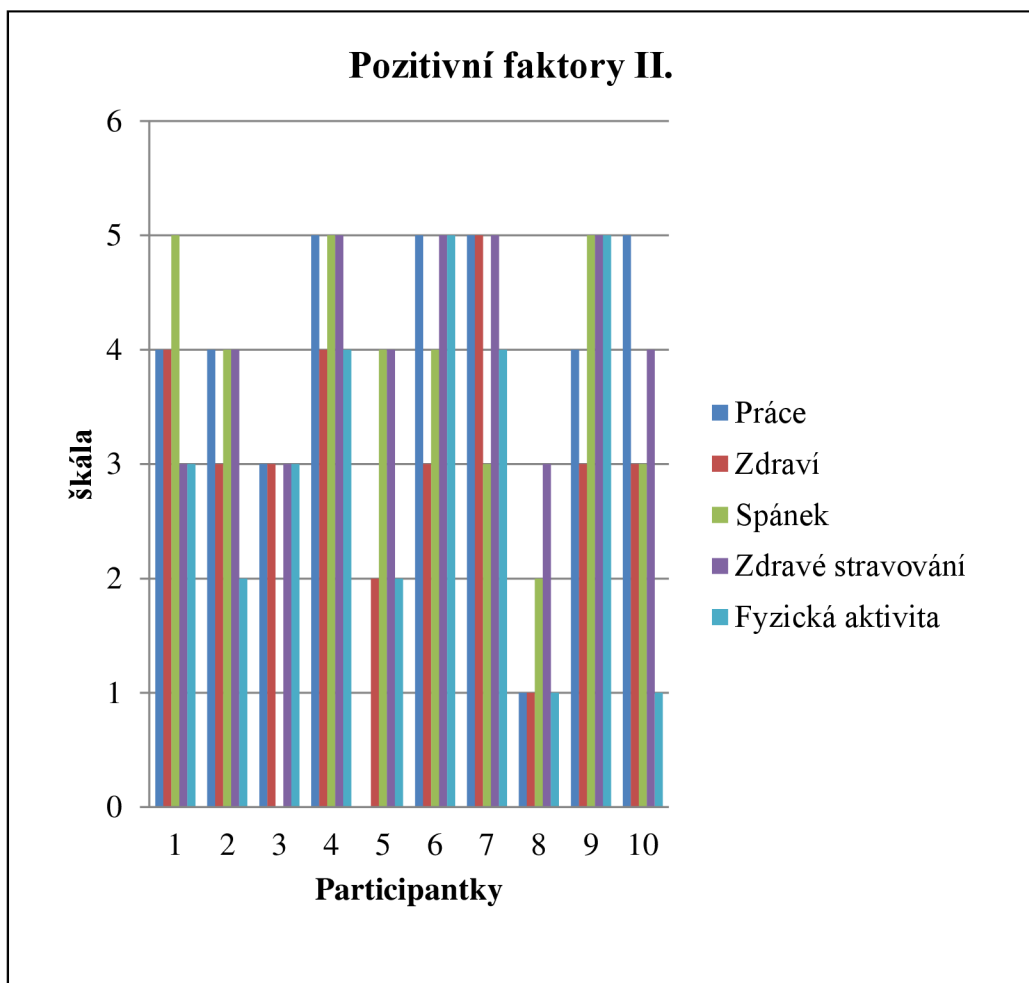
Tři participantky uváděly problémy se spánkem, jedna bere pravidelně léky na spaní. Ostatní účastnice uváděly, že se změnou režimových opatření začaly lépe spát.

V rámci výzkumného šetření byly sledovány změny v oblasti stravování a fyzické aktivity. Všechny respondentky popisovaly změny stravovacích návyků směrem k zdravějšímu jídelníčku, tři z nich vidí ještě velký prostor pro změnu a hodnotí stravování na tři. Zbývající participantky provedly výrazné změny směrem k používání biopotravin, jedna respondentka si pořídila vlastní farmu. Hovořily především o bezlepkové, bezlaktózové dietě, případně vyřazení mléčných výrobků ze stravy.

Anna uvedla: ... *Já bych řekla, že jídlo je to poslední, na kterém bych chtěla šetřit, jako raději ušetřím na něčem jiném, ale pokud jde o potraviny, tak kvalitní, hodně i biopotraviny...*

Dita: ... *Mám biozahradu, takže to je vlastně takové, moje největší hobby. Já chovám i ovečky a kozičky a prostě, myslím si, že zdravá strava, to je hodně alfa omega...*

Obrázek 10. Graf pozitivních faktorů II.

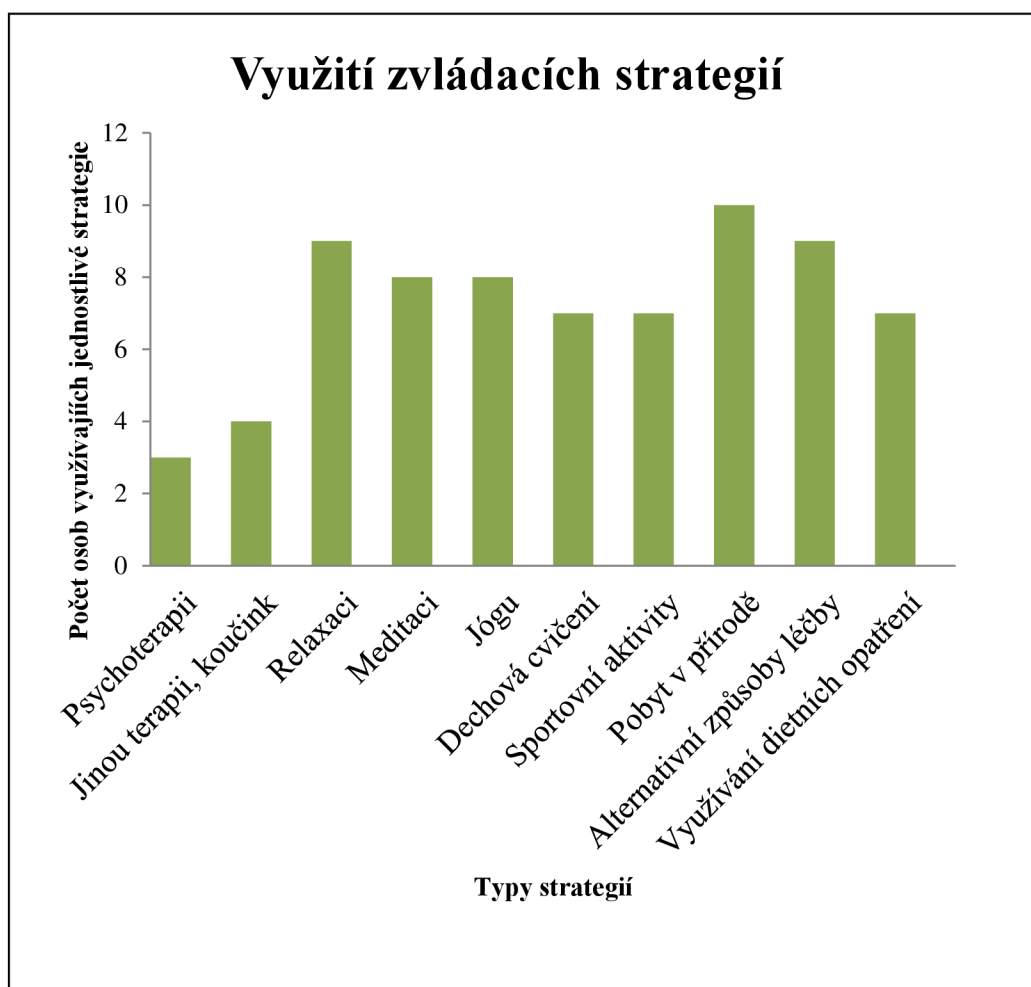


Fyzická aktivita je, z vyjádření respondentek, závislá více na aktuálním zdravotním stavu a souvisí s tím, v jaké fázi onemocnění se vyskytují. Participantka v remisi onemocnění uváděla, že je velmi fyzicky aktivní, ostatní pak hodnotily fyzickou aktivitu s ohledem na aktuální zdravotní stav.

3.2.2 Zvládací strategie a využití psychoterapie

Participantky byly dotazovány na zvládací strategie a využívání psychoterapie.

Obrázek 11. Graf využití zvládacích strategií



Všechny respondentky ke zlepšení zdravotního stavu využívají pobytu v přírodě, devět z nich pravidelně relaxuje, využívá alternativní přístupy a způsoby léčby. Osm cvičí jógu a medituje. Sedm participantek hovořilo o změně stravování, provedlo úpravu jídelníčku a využívá různých dietních opatření. Čtyři účastnice výzkumu využily koučink, nebo jiný typ terapie: regresní terapii, metodu RUŠ, EFT terapii a hypnózu.

Pouze tři participantky využily dlouhodobou psychoterapii. Všechny se vyjádřily, že jim pomohla a doporučily by ji.

Z alternativních léčebných přístupů osm respondentek hovořilo o využití bylin, homeopatii, čínské medicíně a ájurvédě. Respondentky dále v rozhovorech uváděly rozvojové techniky, výčetem Wim Hofova metoda, využití CBD kapek, detoxikace a Bachovy esence.

3.2.3 Změny provedené v souvislosti s onemocněním

Participantky odpovídaly na otázky ke změnám, které udělaly v souvislosti s onemocněním. Změny bylo možné rozdělit do tří kategorií:

- Změna pracovního a rodinného života směrem k jeho harmonizaci
- Změna životního postoje
- Změna režimových opatření

Respondentky uváděly v souvislosti se změnami především změny v časovém rozvrhu dne, změny pracovního uplatnění, změny postojů sama k sobě. Změny mířily především ke snížení stresové zátěže participantek.

Alena uvedla: ... *A ano, změnila jsem harmonogram, vlastně soubor změn čili celý timing celého dne... Denně se roky zaměřuji na pozitivní myšlení... mám sociální podnik, takže tady to vidím jako své způsoby seberealizace a zároveň pomoci třetím osobám se zdravotním postižením...*

Anna se vyjádřila: ... *Já myslím, že je fakt jako důležité, aby si člověk, aby byl člověk vyrovnaný v životě, to hodně pomáhá... také si dávám pozor na tu výživu. A aby člověk jako hodně spal, to je u autoimunitního onemocnění důležité... Mám kolem sebe lidi nebo věci, které dělají dobře a co prostě ne, tak je vypustím...*

Dana: ...*Změnila jsem práci, v původní práci na nás vedení tlačilo, cítila jsem se tam hodně negativně, takže mně se tím způsobem to moje zdraví zhoršovalo, takže jsem měla pocit, že zdokonalit se vzděláváním je cesta, abych mohla pokročit někde jinde...*

Dita: ... *Užívat si víc svůj život... Takže určitě ano. Jako každá nemoc člověka zpomalí a vede ho k sobě samému... Přestěhovala jsem se z města na vesnici, z paneláku do rodinného domku se zahradou a rozhodla jsem se, že si budu sama pěstovat co nejvíc...*

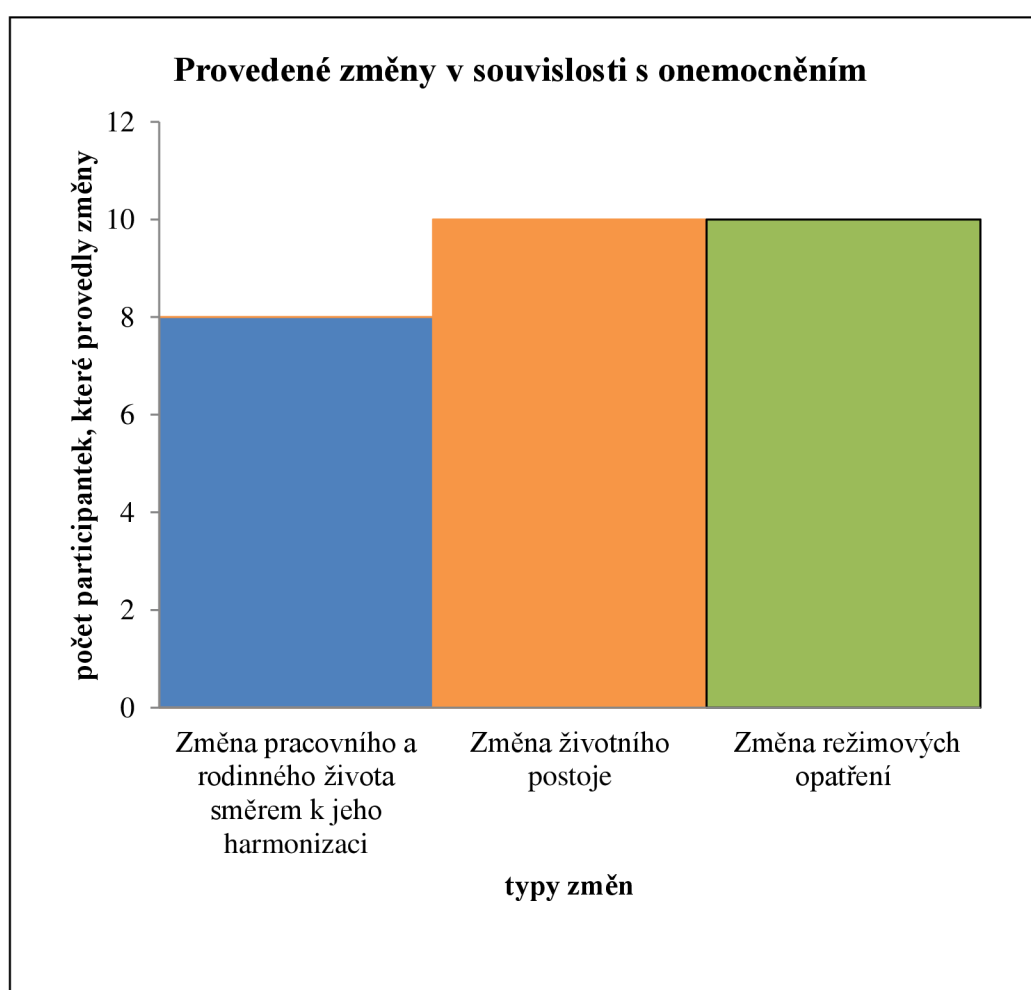
Eva: ... *Je to o přístupu k sobě, jako netlačit na sebe, prostě hodit se do klidu, že přece jenom je to váš život, tak prostě musíte se vy o sebe starat, že jo? Abyste, abyste se cítila zdravě a měla šťastný život. Takhle se jako změnil ten pohled, víc péče o sebe a jako tak mě to nějak zastavilo...*

Ivana: ... Má tam jediné jako přehodnocení těch hodnot. Jo, že vlastně to zdraví je na tom prvním místě, že už pro mě není na prvním místě třeba práce...

Olga: ... A taky jsem, protože v té době onemocněla zemřel i ten nejlepší kamarád, tak jsem změnila celkově jakoby pohled na věc a nezabývám se maličkostmi... některé věci, které pro mě byly problém, tak dneska nad tím mávnu rukou...

Zita: ... Jsem věděla, že kdybych v tomhle, měla jako v tom způsobu života jako pokračovat tak, že to prostě jako nedám...

Obrázek 12. Graf provedených změn v souvislosti s onemocněním



Všechny participantky uváděly změny v životním postoji, změny režimových opatření. Osm z nich provedlo změny pracovního a rodinného života směrem k jeho harmonizaci.

3.2.4 Doporučení ke zvládnání autoimunitního onemocnění

Na závěr rozhovoru byly participantky dotazovány na doporučení nebo doplnění toho, co by mělo na závěr ještě zaznít. Tato vyjádření jsou v samostatné kapitole, jako poselství a inspirace pro pacienty s autoimunitním onemocněním.

Dita: ... *No, asi takový vzkaz, že nikdy není pozdě s tím začít něco dělat...*

Eva: ... *No, to já bych možná ještě doplnila, tak já a moje mamka jsme si kdysi koupily knížku, „Skrytý význam nemocí“ a tam se právě o té štítné žláze, nebo o té hypotyreóze píše, že to, že tím často trpí ženy, které jsou třeba orientovaný jakoby na tu mužskou část toho života., že se snaží právě jako udělat nějaký ten výkon, prostě vydat ze sebe jako maximum a trošku jako omezují to svoje duševní nebo duchovní, které by mělo dostat tu péči, a tak by se tím měly spíš zabývat...*

Ivana: ... *Je důležité v životě mít pro něco žít...*

Jana: ... *Mít prostě nějaký ten středobod svého světa...mít pro co žít...*

Jitka: ... *Musím se s tím akorát naučit žít a vnímat víc to svoje tělo...*

Olga: ... *Ty velké změny, co jsem udělala v životě, jsem měla udělat dřív než po operaci...*

Zita: ... *Obecně jako člověka mění jako celkově, že jo? Jako hlavně jsem potom začala pátrat, jak říkám v těch různých knihách...*

3.3 Hashimotova thyreoiditida jako psychosomatické onemocnění

Jedna z výzkumných otázek, se týkala vnímání autoimunitního onemocnění jako psychosomatického onemocnění. Devět z deseti participantek považuje autoimunitní onemocnění štítné žlázy za psychosomatické.

Alena: ... *No, to mi to všichni říkali, že je to od hlavy... Jako naposledy jsem se s tím setkala ve fakultce před operaci, která se uskutečnila... Ale rozhodně si to do hlavy neberu. Já to беру prostě jenom tak, že беру léky. Mám sice to imunitní onemocnění, ale příliš se tím nezabývám... a nemyslím si, že by to bylo psychosomatické...*

Anna: ... *No, určitě...*

Dita: ... *Určitě ano a určitě je tam i genetika. Jako vím, že to měla maminka, takže tam je větší pravděpodobnost, že děti to budou mít taky, u bráchy se to nepotvrdilo...*

Eva: ... *Ano myslím si, že to má určitou jakoby základ v genech, ale já vždycky jsem každou chorobu měla prostě psychosomatickou, takže si myslím, že tohle je na tom stejně úplně...*

Ivana: ... *Rozhodně je...*

Jana: ... *Rozhodně považuji za psychosomatického onemocnění...*

Jitka: ... *Rozhodně ano. Myslím si, že ano...*

Olga: ... *Ano, určitě psychosomatické onemocnění...*

Zita: ... *Já si myslím, že všechno musí být psychosomatické...*

3.4 Další výzkumná zjištění

3.4.1 Délka léčby

Tabulka 5. Délka léčby

Jméno	Věk	Jak dlouho se léčíte s onemocněním štítné žlázy? (v letech)
Jana	40-50	10
Dana	40-50	11
Ivana	40-50	23
Anna	40-50	48
Alena	50-60	26
Dita	50-60	14
Jitka	30-40	14

Eva	30-40	1
Olga	30-40	1
Zita	40-50	15

Dvě účastnice výzkumu mají krátkou zkušenost s autoimunitním onemocněním štítné žlázy. Jedné byla nemoc diagnostikována v roce 2022, druhé v roce 2023. Ta uvedla, že symptomy sahají až do dětství, i když jí nemoc byla diagnostikována v letošním roce.

Jedna participantka se s onemocněním štítné žlázy léčí od raného dětství a u zbývajících částí účastnic se nemoc rozvinula v dospělosti.

Příznaky, které přivedly participantky k lékaři, byly různorodé. Všechny shodně uvádějí, že symptomy vnímaly už delší dobu a patřily k nim únava, problémy s pamětí, bolesti nespecifického původu.

Na otázku: „Jaké důvody nebo příznaky vás přivedly k návštěvě lékaře?“ odpovídaly takto:

Alena: ... To bylo zcela náhodné. Protože jsem přišla k neurologovi, nevěděli si se mnou rady. Měla jsem obrovské bolesti. A pan doktor, který zastupoval mého lékaře, tak si všiml, že by mohla být příčinou štítná žláza, takže mě odeslal k endokrinologovi, a tak to celé začalo...

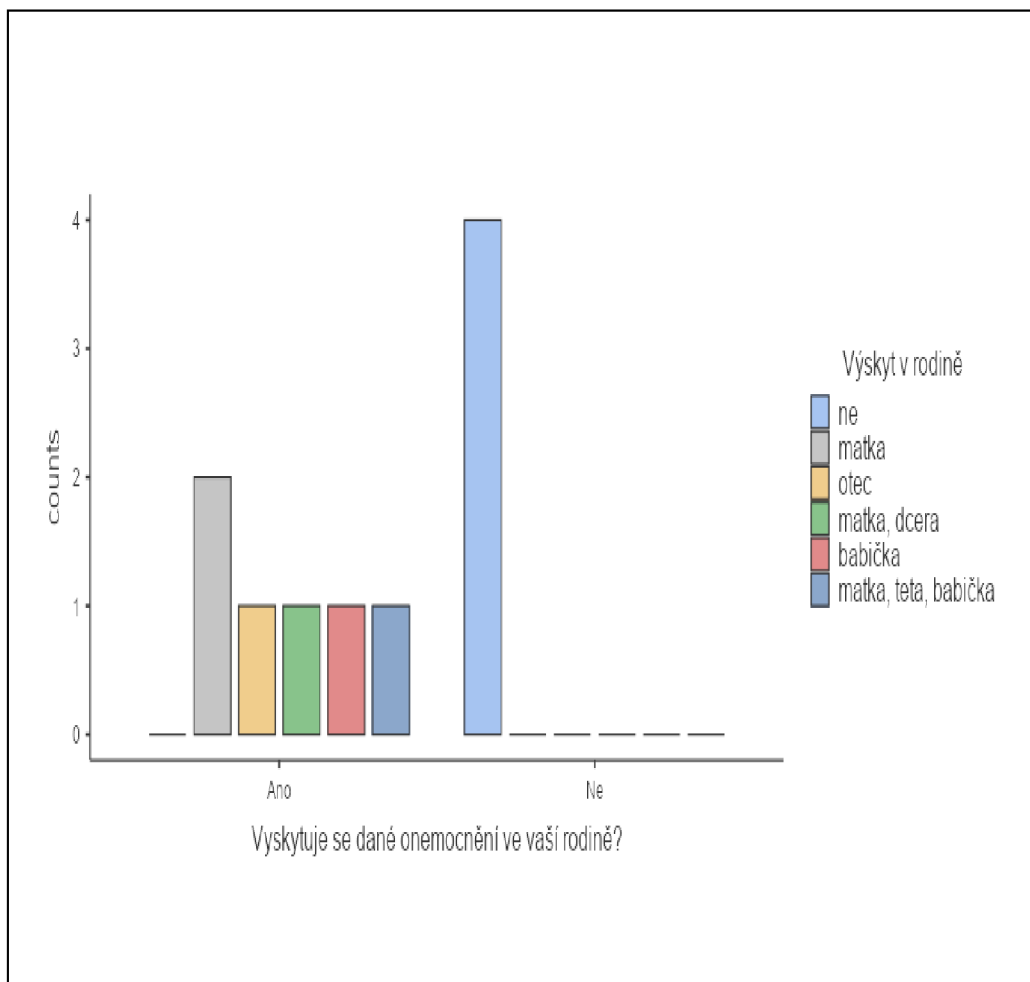
Anna: ... Mamka říkala, že já jsem jako tříleté dítě dostala vysoké horečky. Kolem čtyřicítky. A po dvou týdnech byly horečky znovu. Odvezli mne do nemocnice, když mě chtěli už pustit domů a najednou, ty horečky přišly zas. Takže jsem byla skoro měsíc v nemocnici, ale jak to řeknu, na jako uzavřeném oddělení, ani mámu tam nepouštěli, protože vlastně nevěděli, co mi je... Takže mi vlastně tím, že mamka byla zdravotní sestra, tak mi brali odběry a zjistili, že jsem měla zvýšenou funkci štítné žlázy, pak sníženou. Takže mi vlastně jen dávali tabletky na tu štítnou žlázu...

Zita: ... Takže já, už v patnácti letech, když jsem byla úplně unavená, vydřená ze všeho a přišlo mi to strašně nelogický, tak jsem sama teda asi vyhledala. Jako endokrinologa...

3.4.2 Výskyt genetické predispozice

Ve výzkumném vzorku mělo šest respondentek výskyt Hashimotovy tyreoiditidy v rodině. Všechny respondentky, u kterých se vyskytlo autoimunitní onemocnění štítné žlázy v rodině, to považují za rizikový faktor. Buď informují rodinu, aby se mohla otestovat, nebo upozorňují na možnost dědičnosti a potřebu nepodcenit tento faktor. Z našich zjištění vyplývá, že za spouštěč onemocnění všechny účastnice výzkumu považují stres a souběh více zátěžových faktorů.

Obrázek 13. Graf výskytu onemocnění v rodině



3.4.3 Vztah s lékařem a vnímání přenosu informací od lékaře

V průběhu dotazování a zpracování dat se začal jevit jako velmi významný vztah s lékařem, který definuje, jak se bude pacient stavět k léčbě, kde a jak bude hledat zdroje informací a zda bude dodržovat léčbu a řídit se doporučeními lékaře.

Sedm z deseti respondentek odpovědělo, že jim nebyly předány informace dostatečně.

Dvě respondentky uváděly zlepšení po výměně lékaře. Dita uvedla, že až výměna lékaře jí zajistila pocit, že na léčbě se svým lékařem spolupracuje.

Dita: ... Jako, tam jsem byla velice nespokojená, ale nastoupila nová mladá paní doktorka a ta je výborná. Jako s ní jsem vždycky všechno rozebrala a vysvětlila mi to, velice krásný lidský přístup...

Objevila se bagatelizace symptomů a zesměšňování pacienta, jak uvedla Jitka:

... Lékař rozhodně ne. S tím mám hodně špatnou zkušenost. A tím určitě to bylo, já jsem nevěděla vlastně ani, co to onemocnění znamená. Spíš došlo k takovému, až jako urážení, že to má přece každý. Ano, no, byla to hodně špatná zkušenost...

Dana uvedla, že k předání informací došlo, ale lékař měl na ni málo času. *... Není špatný, pan doktor je hodně komunikativní, akorát, že má na mě velmi málo času, takže v tom je asi ten problém...*

Ivana uvedla, že k dostatečnému předání informací nedošlo, ale má pozitivní vztah k lékaři, protože vnímá, že byla pod kontrolou a chodila pravidelně k lékaři na kontroly. *... No nevím, já jsem vlastně byla celou dobu. Pozorovali se teda hormony, které jsem měla prostě v pořádku a chodila jsem na kontroly...*

Olga: ... Moje první endokrinoložka byla docela taková přímá a rázná a teď mám novou endokrinoložku, díky které, ona to bere, tak jakoby v pohodě. Jelikož v tom pracuje, tak asi v pohodě, nebojím se jí na něco zeptat...

Všem participantkám se dostala od lékaře primární informace, že se to nikdy nespraví a budou brát doživotně léky. Všechny participantky začaly hledat další cesty vedoucí k uzdravení.

I přesto, že tři participantky uvedly, že dostaly dostatečné informace, tak všech deset účastnic výzkumu si zajišťovalo další informace jinde. Všechny hledaly informace na internetu, u ostatních osob, které se léčí se stejným onemocněním, nebo v literatuře.

Jak uvedla Anna: ... *Vztah k lékaři tam víceméně žádný vztah není, protože já jsem chodila v posledních deseti letech, co půl roku vždycky na radiologii, na kontroly, ale tam byl pokaždé jiný doktor. Informace jsem zjišťovala tak různě po internetu, knížky, nebo mezi lidmi se zkušeností...*

Jitka hovořila o své zkušenosti se změnou lékaře a přístupu k nemoci a sobě:

... *Vůbec jsem nevěděla, proč tam jsem, protože jsem o té nemoci vůbec nic netušila. Jenom mě tam poslali dle výsledku krve a ptali se mě, co jako se mnou. A když jsem lékaři vyprávěla, jaké mám příznaky autoimunitního onemocnění, a že si myslím, že to může mít spojitost s tou nemocí, tak si ze mě dělal srandu, že to prostě zveličuji a jestli náhodou nemám i HIV a podobně...*

... *Ale díky bohu jsem se pak začala o tu nemoc víc zajímat a změnila lékaře, mám už čtvrtého. Já se pokaždé ptám, i když samozřejmě odpovědi už tak nějak vím, jestli se dá třeba do budoucna počítat s nějakým zlepšením nebo vysazením léků, nebo co pro to prostě můžu víc udělat, tak konečně jsem dostala velmi odbornou přednášku o té nemoci a konkrétně ke mně, k mé diagnóze. Takže teď, společně s léky, které dlouhodobě beru, tak se i snažím já to nějak jakoby ovlivnit, způsobem života a stravou a tak...*

Z analýzy zkušeností výzkumné skupiny bylo zjištěno, že bagatelizace symptomů, nedostatečná komunikace mezi respondentkami a jejich lékaři, nedostatek času na pacienta a nezapojení pacienta do spolupráce na znovuoživení zdraví, vedlo participantky k hledání alternativních přístupů, nedodržování léčebného režimu, změnám lékaře a hledání dalších, více komplexnějších, cest k uzdravení.

3.4.4 Výskyt dalších onemocnění

U participantek byl sledován výskyt dalších onemocnění, případně jiného autoimunitního onemocnění. Pět z nich nemá žádné další onemocnění, tři uvedly jedno onemocnění, a to jmenovitě astma, polycystická ovaria a neuroboreliózu.

Dvě hovořily o souběhu více onemocnění. Participantky s více komorbiditami hovořily o astmatu, neurodegenerativním onemocněních kloubů a revmatoidní artritidě.

3.4.5 Vnímání omezení v důsledku nemoci

Sedm z deseti respondentek vnímá své onemocnění jako omezující, pro dvě z nich je těžké rozlišit, zda to souvisí pouze s autoimunitním onemocněním štítné žlázy nebo s dalšími nemocemi. Pokud respondentky považují své onemocnění za omezující, tak udávají příklady širokého spektra příznaků a omezení, kterými trpí.

Zita uvádí: ... *Ono to totiž ještě jako těžko rozlišit, protože mám ještě syndrom polycystických vaječníků. Které taky způsobují víc věcí, takže já nerozlišuju vlastně, co je, co je čím, já to беру tak jako kompletně. Já nemůžu říct, prostě, jako jsou věci, které mě omezují, jo, což je třeba ta nadváha, nebo prostě to nadměrný ochlupení v obličejí, to se ale připisuje vaječníkům. Takže já nerozlišuju, co přesně je tou, štítkou. Nebo možná jo. Což je pomalý metabolismus. Taková ta mozková mlha...*

Alena: ... *Těžko říct, protože já to mám ještě další a další onemocnění, takže. Něco může patřit k tomu, něco může patřit k něčemu jinému. Těžko říct...*

Dita: ... *Ted' momentálně vůbec nevím, že bych něco takového jako je nedostatečná štítná žláza měla, ale předtím jsem bývala hrozně moc unavená, ale tak unavená, že jsem byla schopná usnout vedle sklepa. A potom ještě hodně studené ruce a studené nohy...*

Všechny participantky, které uvedly, že se cítí omezeny z důvodu nemoci, uvádějí únavu, problémy se soustředěním, paměť. V případě stresové zátěže vyšší unavitelnost a zhoršující se obtíže. Popisují špatné zvládnání pracovních a jiných povinností, z toho plynoucí zvýšenou stresovou zátěž. U Zity došlo v důsledku komorbidit dalších onemocnění k vzniku invalidity. Uvádějí omezení v běžných denních činnostech, sportu, pocitu schopnosti zvládat svůj život.

Jak říká Jitka: ... *Omezuje mě to a je to hodně náročný. Příznaků jako přibývání na váze a vypadávání vlasů a podobně. Tak s tím už jako pracovat umím, ale nejhorší je*

únava a takový jakoby čerpání i jako psychický. Tam se samozřejmě taky snažím dělat, co se dá, ale někdy je to těžký, když bych chtěla dělat víc činností a nemám na ně jako fyzicky energii a někdy ani psychicky...

4 Diskuze

Ve výzkumu byl hledán výskyt potencionálně traumatizujících událostí u osob s Hashimotovou tyreoiditidou a současně také salutory, strategie a změny, které respondenti využívají k zvládnání autoimunitního onemocnění. Jak uvádí Markalous a Gregorová (Markalous & Gregorová, 2003) je chronický zánět štítné žlázy nejčastějším onemocněním a je projevem autoimunitního onemocnění. Postihuje především ženy středního a vyššího věku. To odpovídá i výzkumnému vzorku tvořenému deseti ženami.

Výzkum se zaměřil se na mapování nepříznivých zážitků z dětství (ACE, Adverse Childhood Experiences), které představují běžné formy dětského zneužívání a potencionálně traumatizující situace z dětství, jako jsou rozvod rodičů, ztráta rodiče a další (Brown et al., 2007). Byly identifikovány pozitivní faktory, které pomáhají zvládat onemocnění, včetně využití psychoterapie.

V průběhu výzkumu bylo zjištěno, že participantky většinou vnímají autoimunitní onemocnění štítné žlázy jako psychosomatické onemocnění. Byly popsány další faktory, které působí v procesu hledání cesty k uzdravení, jakými jsou vztah s lékařem a vztah sám k sobě.

4.1 Shrnutí výsledků výzkumu a porovnání s dosavadními zjištěními

4.1.1 Výskyt ACE a potencionálně traumatických událostí

U sledovaného vzorku respondentů byl identifikován u devíti účastnic výskyt nepříznivých zážitků z dětství (ACE), sedm respondentek mělo ACE skóre vyšší než tři a současně u všech respondentek došlo ke kumulaci zátěžových faktorů. Všechny účastnice výzkumu tyto ACE, stejně jako zátěžové faktory, považují za potencionální spouštěče onemocnění. U participantek s autoimunitním onemocněním štítné žlázy, které se zúčastnily realizovaného výzkumu, je výskyt ACE skóre 90 %, z toho 70 % má zkušenost se třemi a více ACE. Ve výzkumu byl využit přeložený dotazník ACE.

Výzkumná zjištění byla porovnána se studii, které jsou zaměřeny na pacienty s autoimunitními onemocněními. Bohužel studie, které by se věnovaly souvislostem s výskytem traumatu a nepříznivých zážitků z dětství u pacientů pouze s Hashimotovou thyreoiditou nejsou k dispozici. V rámci problematiky onemocnění štítné žlázy se nejvíce studií věnovalo zkoumání role stresu v patogenezi hypertyreózy, resp. Gravesovy choroby, která je autoimunitním onemocněním, stejně jako Hashimotova thyreoiditida (Janečková, 2008).

Corso a kolegové zveřejnili studii, která zjišťuje, zda jsou pacienti s autoimunitními poruchami štítné žlázy (dále jen AITD) častěji postiženi stresem v raném věku. Existují totiž silné důkazy naznačující, že stres v raném věku je zapojen do etiopatogeneze AITD. Jde o významnou studii, protože žádné studie tyto potenciální souvislosti u pacientů s AITD dosud samostatně nezkoumaly. Výzkumný soubor tvořili pacienti s autoimunitními onemocněními štítné žlázy (AITD), Hashimotovou thyreoiditidou, Gravesovou chorobou a nespecifikovanými AITD. Předpokladem bylo, že pacienti s AITD budou mít vyšší míru stresu v raném věku než zdravá populace (Corso et al., 2023). Corso a jeho kolegové využili pro měření raného stresu v rámci studie dotazník dětských traumat, CTQ, byla použita krátká verze dotazníku Childhood Trauma Questionnaire, která zkoumá vlivy podrobněji a více do hloubky (Corso et al., 2023). Stejně tak Felitti a spolupracovníci (Felitti et al., 2019) pomocí ACE skóru zdokumentovali, že téměř 2/3 dospělé populace měly zkušenost s alespoň jednou z ACE a 40 % mělo zkušenost s dvěma a více ACE.

Jak bylo zjištěno, ve srovnání s Felittiho výzkumem (Felitti et al., 2019), který byl realizován na výzkumném vzorku zdravé populace, je u participantek s autoimunitním onemocněním štítné žlázy procentuálně výrazně vyšší výskyt ACE. Čímž byl naplněn předpoklad, že výskyt ACE ve sledované skupině bude vyšší.

Stejně tak ve srovnání s výzkumem Corsa a jeho kolegů, se předpoklad výskytu potencionálně traumatizujících situací naplnil. Corso a kolegové popisují, že ve sledované skupině osob s AITD byl výrazně vyšší výskyt emočního týrání a emočního zanedbávání. Větší část pacientů uvedla emocionální zneužívání (41,3 % vs. 32 %;

$X^2 = 1,779, p = 0,091, w = 0,092$) a emoční zanedbávání (29,7 % vs. 19,5 %; $X^2 = 2,695, p = 0,051, w = 0,114$), (Corso et al., 2023).

To odpovídá i výzkumným zjištěním. Osm z deseti participantek uvedlo, že byl v rodině, u blízkých příbuzných, výskyt psychického onemocnění. Šest potvrdilo psychické týrání v průběhu dětství a dospívání, pět participantek emocionální zanedbávání. Čtyři participantky hovořily o zneužívání návykových látek, především alkoholu. Lze tedy s jistotou tvrdit, že výskyt emočního zneužívání a emočního zanedbávání je ve sledované skupině osob s Hashimotovou thyreoiditou výrazně vyšší.

Dube et al. (2009b) s použitím longitudinálních dat ze studie Adverse Childhood Experiences (ACE) vytvořili ACE skóre pomocí celočíselného počtu osmi vzájemně souvisejících a současně se vyskytujících potencionálně traumatizujících událostí v dětství, aby změřili kumulativní dětský traumatický stres. Byl zkoumán vztah mezi ACE skóre a rizikem 21 různých autoimunitních onemocnění (dále jen AO) v dospělosti. Předpokládali, že jak kumulativní vystavení dětskému stresu a traumatu roste, zvyšuje se také riziko rozvoje AO v dospělosti. Analytický vzorek tvořilo 17 337 osob. Studii schválily Institutional Review Board of Kaiser Permanente a Office for Protection from Research Risks at National Institutes of Health. Protože různé AO mají různou imunopatologii, zkoumali také vztah mezi ACE skóre a specifickými skupinami AO. Jedna skupina AO s buněčně zprostředkovanou imunopatologií typu Th1, která převládá u mužů, zahrnovala následující onemocnění: idiopatická myokarditida, idiopatická plicní fibróza, diabetes mellitus závislý na inzulínu, onemocnění dráždivého tračníku a Wegenerova granulomatóza. Další skupina se zprostředkovanou imunopatologií typu Th2, která převládá u žen, zahrnovala onemocnění: autoimunitní trombocytopenie purpura, dermatomyositida, Gravesova choroba, Hashimotova thyreoiditida, myasthenia gravis, revmatoidní artritida, sklerodermie, Sjogrenova choroba a systémový lupus. Z celkového vzorku 17 337 respondentů bylo identifikováno 372 osob s diagnózou AO. Osm osob z Dubeho výzkumného vzorku mělo Hashimotovu thyreoiditidu. Podle Dubeho a kolegů mají osoby s ≥ 2 ACE o 80 % vyšší pravděpodobnost pro vznik AO typu Th2, kam patří i autoimunitní onemocnění štítné žlázy, Hashimotova thyreoiditida. Zjistili, že čím více ACE v historii, tím vyšší pravděpodobnost vzniku AO (Dube et al., 2009b).

Participantky, ve sledované skupině osob s autoimunitním onemocněním Hashimotova tyreoiditida, vykazovaly zvýšený výskyt ACE. Sedm respondentek mělo 3 a více ACE, což odpovídá zjištěním Dubeho et al. (Dube et al., 2009b), že se zvyšujícím se počtem traumatických událostí se zvyšuje pravděpodobnost vzniku AO.

4.1.2 ACE, kumulace stresových faktorů a výskyt dalších AO

Dube et al. (2009b) uvádějí, že výzkumy nervových, endokrinních a imunitních interakcí odhalily, že tyto systémy jsou anatomicky a funkčně propojeny. Stresory jako jsou infekce, toxiny nebo psychická traumata, stimulují osu hypotalamus-hypofýza-nadledviny k uvolňování hormonu uvolňujícího kortikoidy (CRH), což má za následek zvýšené systémové hladiny kortikosteroidů, jako jsou glukokortikoidy. Chronický stres má opačný účinek a snižuje hladinu glukokortikoidů. Tato zjištění a tato studie naznačují, že stresové události v dětství mohou nezávisle zvýšit pravděpodobnost vzniku AO a také zesílit účinek dalších faktorů prostředí, jako jsou infekce. Možným vysvětlením zvýšené prevalence AO u žen je tedy to, že ženy reagují na podobné stresové události odlišně než muži kvůli rozdílům mezi pohlavími ve fyziologii a neurobiologii (tj. vyšší hladiny Th2 a glukokortikoidů, které jsou dále zesíleny stresem).

Toto potvrzuje také nedávná epidemiologická studie, která popisuje souvislost mezi zneužíváním v dětství a dlouhodobými změnami imunitní odpovědi. V této longitudinální studii bylo zneužívání v dětství spojeno se zvýšenou hladinou CRP, počtem bílých krvinek a dalšími markery zánětu o 20 let později (Boeck et al., 2016b).

Boeck a kolegové popisují, že z výsledků mitochondriální aktivity, oxidačního stresu a zánětu u dospělých žen s anamnézou týrání v dětství vyplývá, že se zvyšující se závažností zážitků špatného zacházení s dětmi se fyziologická aktivita mitochondrií imunitních buněk zvýšila. Čím více imunitní buňky vylučovaly in vitro prozánětlivých cytokinů, tím závažnější týrání v dětství bylo zaznamenáno. Časová a kauzální povaha asociace mezi mitochondriální aktivitou imunitních buněk, oxidačním stresem a zánětem proto vyžaduje další zkoumání, aby se objasnilo, které biologické změny jsou kauzální a které jsou důsledkem maladaptace po nepříznivých

raných zkušenostech. Pokud prozánětlivá odpověď nemůže být vyřešena, mohou tyto změny vést k vytvoření chronického opakování, které samostimuluje uvolňování prozánětlivých signálů, a tím udržuje a zhoršuje zánět. Tyto údaje společně naznačují nový koncept pro rozvoj chronického zánětu a mohly by sloužit jako výchozí bod k rozuzlení (adaptivních) změn biologických sítí, které možná propůjčují vysokou zranitelnost vůči nepříznivým zdravotním výsledkům pozorovaným u jedinců s anamnézou ACE v dětství (Boeck et al., 2016b). Stres v raném věku má také přímý vliv na osu hypothalamus-hypofýza-štítná žláza. Například u žen se sexuálním zneužíváním v dětství byly pozorovány zvýšené hladiny hormonu stimujícího štítnou žlázu. (Bunevicius et al., 2012). Jedinci vystavení traumatu z dětství měli zvýšené riziko rozvoje autoimunitních poruch a rozvoje poruch štítné žlázy (Bunevicius et al., 2012 in Corso et al., 2023).

Ve výzkumné skupině se potvrdil předpoklad, že čím vyšší bylo ACE skóre a vyšší zátěž v podobě potencionálně zátěžových situací, tím horší zdravotní problémy participantky popisovaly, současně docházelo k větším komorbiditám. Tyto závěry nabízejí hypotézu, že dochází ke kumulaci stresorů, které mohou mít vliv na zhoršení onemocnění.

V rámci výzkumu byla sledována subjektivní vyjádření participantek, která uvedly v souvislosti se vznikem svého onemocnění. Participantky shodně hovořily, že došlo ke vzniku a zhoršení jejich autoimunitního onemocnění v souvislosti s potencionálně traumatizujícími zkušenostmi. Respondentka, která uváděla vznik onemocnění v dětství, neměla v etiologii onemocnění žádné ACE, vznik onemocnění dávala do souvislosti s genetickou predispozicí a virovým onemocněním, kterým v dětství prošla. Zhoršení onemocnění později dávala do přímé souvislosti s mnohonásobným očkováním. U dalších účastnic našeho výzkumu se rozvinulo AO v dospělosti. Všechny shodně uváděly ACE v dětství a náročné životní situace jako související události, které se podílely na vzniku jejich onemocnění.

Stejně tak skutečnosti uvedené ve studii, kterou provedl Boeck et al. (Boeck et al., 2016b), nabízí souvislosti s výskytem dalších autoimunitních onemocnění, kterými osoby s Hashimotovou thyreoiditidou trpí. Jak uvádí Wentz (Wentz, (2019) většina osob s Hashimotovou thyreoiditidou trpí nejrůznějšími dalšími příznaky nějakého

zánětlivého onemocnění. Corso a kolegové (Corso et al., 2023) uvádějí výskyt komorbidních onemocnění, 13 % pacientů mělo kardiovaskulární onemocnění, 4 % mělo zánětlivé onemocnění, 4 % mělo metabolické onemocnění, 6 % trpělo opakovanými bolestmi hlavy a 12 % trpělo afektivní poruchou.

Pět participantek našeho výzkumu uvedlo výskyt dalších onemocnění. Dvě hovořily o revmatoidní artritidě, kterou zmiňuje i výzkum Dubeho a jeho kolegů (Dube et al., 2009b), jako onemocnění, které souvisí s imunopatologií Th2, stejně jako Hashimotova thyreoiditida. Tento výzkum zmiňuje i celiakii, která u našeho sledovaného vzorku sice nebyla diagnostikována, ale participantky z důvodu zdravotních problémů v pěti případech omezily konzumaci potravin s lepem, tři se stravují bezlepkově. Stejně tak ze zdravotních důvodů v pěti případech omezily konzumaci mléčných potravin, kdy uváděly jako důvod časté záněty a střevní problémy. Což opět potvrzuje zvýšenou citlivost imunitního systému u osob s etiologií ACE v dětství. Celkem sedm účastnic našeho výzkumu provedlo významné úpravy stravovacího režimu.

4.1.3 Dopady ACE na fyziologii a pozorované jevy

Byly zdokumentovány fyziologické a anatomické změny v mozku jedinců, kteří zažili zneužívání v dětství. Teicher a jeho spolupracovníci provedli elektroencefalogramy k měření limbické dráždivosti a zjistili, že procento klinicky významných abnormalit mozkových vln je vyšší u jedinců, kteří měli v anamnéze časné trauma, oproti těm, kteří časné trauma nezažili. Magnetická rezonance odhalila snížení objemu hipokampu u vážně sexuálně zneužívaných žen a snížení intrakraniálního a mozkového objemu u týraných dětí ve srovnání s netýranými jedinci. Předpokládali, že mozek je plastický orgán, jehož konečná podoba a funkce jsou řízeny geny, ale vytvarovány ranou zkušeností. Přestože raný stres a trauma by mohly mít dopad na všechny známé aspekty postnatálního vývoje mozku, předpokládali, že některé oblasti a funkce mozku mohou být zvláště zranitelné. Mezi tyto cíle patří hipokampus, amygdala, prefrontální kortex a corpus callosum. Nejzajímavější zjištění, která z tohoto výzkumného programu vyplynula, jsou konzistentní důkazy, že časné zneužívání se zdá být spojeno s abnormalitami levé

hemisféry a obrácenou asymetrií levé/pravé hemisféry. Z těchto pozorování vyslovili hypotézu, že časné zneužívání má škodlivější účinek na levou kortikální a hipokampální oblast a její vývoj, a může bránit hemisférické integraci a nastolení normální levé kortikální dominance (Teicher et al., 1997).

Dotazované respondentky uváděly časté problémy s pamětí, často se vyskytující už od dětství, problémy se spánkem, výkyvy nálad, únavu a vyčerpání. Projevy častější unavitelnosti a neschopnost vykonávat i běžné denní činnosti participantky dávaly do souvislosti s vyšší stresovou zátěží. Tyto výsledky lze také dát do souvislosti s informacemi, které uvádějí Teicher a spolupracovníci (Teicher et al., 1997).

Všechny participantky uvedly, že cítí omezení z důvodu nemoci, a to i ty, které mají v současné době onemocnění v remisi. Popisovaly, že ve chvíli zvýšení stresové zátěže dochází ke zhoršení zdravotního stavu, problémům se zvládnutím pracovních povinností, nutností více odpočívat, uváděly problémy se soustředěním, pamětí, projevy vyšší unavitelnosti. Omezení popisovaly i u sportovních aktivit, vyšší fyzické zátěže. U jedné participantky došlo v důsledku komorbidit dalších onemocnění ke vzniku invalidity.

Jak uvádí Janečková (Janečková, 2008), pacienti s tyreopatií na rozdíl od zdravých osob vnímají významně vyšší sociální oporu od rodiny, jsou úzkostnější a na hranici významnosti méně spokojeni se životem. Na základě výzkumných zjištění uvádí sedm participantek pocity omezení díky autoimunitnímu onemocnění.

Corso a kolegové ve studii dvojčat potvrdili roli genetických faktorů u AITD s odhadem dědičnosti mezi 70 a 80 % (Corso et al., 2023). Odpovídá to výzkumným zjištěním, kdy dotazované respondentky uvedly, že u šesti z nich se vyskytuje onemocnění v rodině.

Wentz konstatuje, že u Hashimotovy tyreoiditidy hraje prostředí významnější roli než geny (Wentz, (2019). Za spouštěč onemocnění všechny účastnice výzkumu považují stres a souběh více zátěžových faktorů, a to včetně nepříznivých zážitků z dětství.

4.1.4 Faktory podílející se na zvládnutí Hashimotovy thyreoiditidy

Dotazované respondentky provedly, v souvislosti s autoimunitním onemocněním a hledáním cesty k vyléčení, spoustu změn. Za nejdůležitější považují vztah sám k sobě, kdy sedm z deseti respondentek hovořilo o větší sebelásce, nutnosti změnit vztah sama k sobě, uváděly kvalitní partnerské a rodinné vztahy. Všechny respondentky pracují na snížení stresové zátěže a komplexním přístupu ke svému zdraví, což zahrnuje harmonizaci pracovního a rodinného života, změny životních postojů a změny režimových opatření.

Jak uvádí Wentz (Wentz, 2019), integrativní přístup zaměřený na pacienta je obvykle tím neefektivnějším. Motivace ke zvládnutí autoimunitního onemocnění musí vzejít od pacienta, protože vzdělaný a odhodlaný pacient je nejdůležitější součástí léčebného týmu, do nějž patří také lékař přístupný novým léčebným postupům, praktik funkční medicíny, odborník na výživu, zdravotní kouč, podpůrné (terapeutické) skupiny a další odborníci. Holistický přístup k léčbě Hashimotovy thyreoiditidy dává naději na remisi onemocnění. Janečková (Janečková, 2008) konstatuje, že dosavadní výzkumy dokladují, že navzdory léčbě hypotyreózy substitucí hormonu T4, mnoho pacientů udává více či méně vážné stížnosti a pociťuje zhoršenou kvalitu života. Přestože hormonální substituční terapie se považuje za velmi úspěšnou ke snížení morbidit a mortality, má také své skutečné nedostatky, jde vždy pouze o napodobení normální hormonální sekrece. Navíc je obtížné kvantifikovat účinek hormonů na úrovni tkání. Pokud si uvědomíme tyto nedostatky, můžeme se vyhnout nesprávnému nálepkování pacientů. Je totiž pravděpodobné, že se na stížnostech přinejmenším částečně podílejí nedostatky biologické terapie. Naopak je důležité usilovat o další zdokonalování této léčby, protože jinak přispíváme k vytváření „chronického endokrinního pacienta“ (Romijn, Smit, Lamberts, 2003; Lamberts, Romijn, Wiersinga, 2003; Kaplan, Sarne, Schneider, 2003 in Janečková, 2008). Naše zjištění potvrzují uvedené skutečnosti.

Participantky uváděly nepochopení ze strany lékařů, nálepkování, nutnost změny lékaře za jiného „s lepším přístupem“. Pouze tři participantky uvedly pozitivní vztah s lékařem (u dvou až po výměně lékaře), jedna popsala vztah jako ucházející, dvě jej označily za špatný a tři nemají žádný vztah se svým lékařem. Všechny participantky

hledaly informace mimo lékaře, zmiňovaly jednotlivě nedostatečnost léčby pouze prostřednictvím hormonální substituce a nedostatek informací. Současně tato zjištění korelují s potřebou participantek hledat alternativní léčebná opatření. Všech deset účastnic výzkumu hledalo další opatření, která by ovlivnila léčbu onemocnění směrem ke zlepšení zdraví.

V souvislosti s tím Janečková (Janečková, 2008) popisuje studii japonských vědců, kteří uvádějí dva případy úspěšného léčení pacientů s Gravesovou chorobou (autoimunitní onemocnění štítné žlázy) kombinací konvenční medicíny a psychoterapie. Stejně tak uvádí studii (Zeng et al., 2003 in Janečková, 2008), jenž srovnávala léčbu pacientů s hypertyreózou, kteří byli léčeni medikamentózní léčbou a pacientů, jejichž léčba byla doplněna o behaviorální terapii, biofeedback, nácvik relaxace, muzikoterapii a podpůrnou psychoterapii. U pacientů, kteří byli léčeni zároveň psychologickými způsoby léčby, byl zjištěn lepší léčebný efekt a také došlo k výraznému zlepšení kvality života, která byla měřena metodou Grading Questionnaire of Life Quality.

Také studie zaměřená na zvládání stresu u osob s Hashimotovou thyreoiditidou, kterou realizoval Markomanolaki a jeho kolegové, zkoumala vliv a změny, které proběhly u osob s Hashimotovou thyreoiditidou (HT) v důsledku osmitýdenního antistresového programu. Testy funkce štítné žlázy byly hodnoceny na začátku a po osmi týdnech. Hladiny tyreoidálních autoprotilátek (anti-TPO, anti-TG) byly měřeny klasickou metodou imunofluorescence a TSH byl měřen chemiluminiscenční metodou třetí generace. V této randomizované kontrolované studii byl u žen s HT implementován osmitýdenní program zvládání stresu s cílem posoudit jeho dopad na testy funkce štítné žlázy, duševní zdraví a životní styl. Celkově studie ukázala, že pacienti v intervenční skupině snížili titry anti-TG, hladinu stresu, úzkosti a deprese a přijali zdravější životní styl. Obsahem programu byly změny životního stylu ke zdravějšímu způsobu života, diafragmatické dýchání, progresivní relaxační techniky, kognitivní techniky, úprava stravy a terapeutická podpora při zvládání programu (Markomanolaki et al., 2019).

Všechny dotazované respondentky výzkumu uváděly změny v životním postoji a změny režimových opatření. Osm respondentek provedlo změny pracovního a rodinného života směrem k jeho harmonizaci. Všechny respondentky využily rovněž

nějaký alternativní typ terapie: koučink, léčbu bylinami, tradiční čínskou medicínu, homeopatii. Dlouhodobou psychoterapii využily pouze tři participantky.

Dle zjištění u výzkumné skupiny došlo k významným změnám režimových opatření, především k úpravě spánkové hygieny, kde respondentky uváděly potřebu dostatečné doby věnované spánku. Také v oblasti psychohygieny uváděly respondentky pravidelnou relaxaci, využívání meditací, pobytu v přírodě a přiměřené fyzické aktivity. Všechny participantky hovořily o opatřeních ke snížení stresové zátěže. Důležitou součástí těchto opatření je také změna stravovacích návyků směrem k zdravějšímu stravování, dodržování protizánětlivého jídelníčku, stravování bez lepku a bez laktózy. Všechna tato zjištění korespondují s výzkumem Markomanolakiho a jeho kolegů, který v závěrech doporučuje uvedený typ antistresových programů, jako možnou volbu pro přístup k pacientům s Hashimotovou thyreoiditidou. Autoři konstatují, že vzhledem k absenci podobných studií je opodstatněný další výzkum (Markomanolaki et al., 2019).

Wentz (Wentz, 2019), doporučuje tzv. „pokročilé léčebné programy“, které by měly zahrnovat programy týkající se výživy a příjmu živin, programy na překonání traumatického stresu, na infekce, na odstranění toxických látek a programy směřující k optimalizaci hormonů štítné žlázy, což také odpovídá našim výzkumným zjištěním.

Janečková (Janečková, 2008, str. 152) uvádí, že se na prvních místech, u respondentů, kteří uváděli určitou oblast důležitosti, která ovlivňuje celkovou kvalitu jejich života (a lze je tedy z našeho pohledu považovat za salutory) objevovala 1. rodina, 2. zdraví, 3. spirituální rozměr.

Dotazované účastnice výzkumu uváděly po této stránce na 1. místě vztah k sobě samým, 2. podporu partnera, 3. podporu rodiny a přátel. Rozdíl mezi výzkumy vidíme také v tom, že Janečková (Janečková, 2008) zkoumala obecné psychosociální aspekty, zatímco náš výzkum byl zaměřen na aspekty, které přispívají ke zvládnutí autoimunitního onemocnění.

Všechny participantky shodně popisovaly soubory změn postojů, opatření a vnímání sebe sama v léčbě autoimunitního onemocnění. Uváděly potřebu podílet se na léčebném procesu, změny ve svých hodnotách v souvislosti s autoimunitním onemocněním a potřebu přistupovat k Hashimotově thyreoiditidě celostně.

4.1.5 Hashimotova thyreoiditida jako psychosomatické onemocnění

Devět z deseti participantek považuje autoimunitní onemocnění štítné žlázy za psychosomatické. Pouze jedna účastnice výzkumu uvedla, že nepovažuje své onemocnění za psychosomatické, zmiňovala, že jí to podsunují lékaři. Hovořila především o hledání fyziologických příčin svého onemocnění, o hledání souvislostí s genetikou. Jak uvádí Janečková (Janečková, 2008), co se týká počátku onemocnění, uvádějí pacienti, že se subjektivně necítili dobře mnohem dříve, než u nich lékař onemocnění diagnostikoval. Část z nich měla zkušenost, že zdravotníci považovali jejich nemoc spíše za psychickou, dokud nebyl nalezen fyziologický podklad obtíží. Někteří právě z obav diagnostikování psychického onemocnění, nechtěli kontaktovat lékaře.

Zbývající účastnice našeho výzkumu se vyjádřily, že vnímají vysoký podíl ACE v dětství na vzniku jejich onemocnění. Rovněž popisovaly souvislosti s dalšími náročnými situacemi v jejich životech, respektive jako souběh událostí, které se podílely na vzniku jejich autoimunitního onemocnění. V případě další léčby a cesty k remisi onemocnění hovořily participantky o potřebě vyšší informovanosti a celostního přístupu k pacientům s Hashimotovou thyreoiditou.

4.2 Silné a slabé stránky výzkumu a doporučení pro další výzkum

Poté, co byly diskutovány výsledky výzkumu s dosavadními výzkumnými zjištěními, je na místě uvést, jaké byly identifikovány silné a slabé stránky výzkumu.

Slabou stránkou výzkumu je úzké zaměření na specifickou skupinu osob s Hashimotovou thyreoididou. Zároveň jde současně také o silnou stránku výzkumu, protože výzkumů zaměřených na pacienty s Hashimotovou thyreoiditou je velmi málo. Nespornou slabinou výzkumu je pak malý reprezentativní vzorek a nepřítomnost mužů ve výzkumné skupině.

Za silnou stránku lze považovat osobní zájem výzkumníka, který zároveň může představovat limit výzkumu, kdy se výzkumník více zaměří na témata, která odpovídají

jeho osobní zkušenosti, případně interpretuje data z výzkumu na základě vlastního porozumění tomuto tématu. Snažili jsme se této skutečnosti vyhnout samotným přemýšlením o analýze získaných dat, také tvorbou tabulek, kam jsme převáděli citace, a kodifikací získaných dat tak, abychom co nejméně ovlivňovali následnou interpretaci.

Výzkum ukázal nedostačující informovanost pacientů s Hashimotovou tyreoiditidou o jejich onemocnění, možnostech léčby a využití psychoterapie. Poukázal na nezbytnost „trauma-informativního“ přístupu k pacientům s autoimunitními onemocněními nejen v sociálních službách, ale především ve zdravotnictví.

V doporučeních k dalšímu výzkumu se nabízí možnost využití longitudinální studie u osob s Hashimotovou tyreoiditidou, která by umožnila sledovat využití zvládacích strategií i provedených změn, ověřila jejich účinnost v průběhu času, nabídla kvalifikovaná data pro využití jednotlivých zvládacích postupů při léčbě pacientů s Hashimotovou tyreoiditidou.

5 Závěr

Cílem práce bylo zjistit, zda se u osob s Hashimotovou thyreoiditidou vyskytují potencionálně traumatizující události a současně najít salutory, strategie a změny, které respondenti využívají ke zvládnání autoimunitního onemocnění.

Zdrojem výzkumu byla polostrukturovaná interview, která byla vedena s deseti ženami s Hashimotovou thyreoiditidou. Pro zpracování výzkumu byla zvolena kvalitativní analýza dat s kodifikací jednotlivých témat a výstupů z polostrukturovaných dotazníků a narativního vyprávění participantů.

Výzkum ukázal, že u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy, Hashimotovou thyreoiditidou, se ve vyšší míře vyskytují nepříznivé zážitky z dětství (ACE), a to dokonce u 90 % respondentek, přičemž 70 % z nich mělo více než 3 ACE na osobu. Stejně tak se prokázal kumulativní účinek náročných životních situací a ACE, jejich vliv na zdraví a zvládnání autoimunitního onemocnění u sledované skupiny osob.

V oblasti zvládnání autoimunitního onemocnění bylo z analyzovaných dat zjištěno, že nejdůležitějším faktorem u účastníků výzkumu byl vztah sám k sobě, respekt k vlastní individualitě, potřebám a možnostem. Zjištění také souvisí s potřebou participantek snižovat stresovou zátěž a provádět životní změny směrem k harmonizaci profesního a soukromého života. K dalším faktorům patřila rodina, přátelé a smysluplnost, která se promítala do práce, vzdělávání a vykonávaných aktivit. Ukázalo se, že důležitými zdroji pro zvládnání onemocnění jsou vztah s lékařem, výživová opatření, režimová opatření a dostatečná informovanost.

Ze závěrů výzkumu vyplývá, že k Hashimotově thyreoiditidě je vhodné přistupovat jako k psychosomatickému onemocnění a využívat celostní přístup. Potřebná je dostatečná informovanost pacientů s tímto onemocněním a nabídka psychoterapie jako doplňkové léčby.

Tato zjištění byla porovnávána v diskuzi s dosavadními známými informacemi v rámci proběhlých empirických výzkumů, doplněna o další teoretické poznatky, korespondující s odbornou literaturou uvedenou v teoretické části.

Výzkum přispěl k mapování problematiky výskytu nepříznivých zážitků v dětství (ACE) a potencionálně traumatizujících událostí, jejich vlivu na vznik Hashimotovy

thyreoiditidy a současně nabídl informace ke zvládnání tohoto onemocnění. Výstupy z výzkumu mohou být inspirací pro pacienty s Hashimotovou thyreoiditidou, pro odborníky pracující s těmito pacienty i pro další výzkum. V sociální práci, v lékařské péči i v psychoterapii doporučujeme u osob s Hashimotovou thyreoiditidou využívat trauma – informovaný přístup.

Seznam literatury

1. *ACE study: Jak negativní zkušenosti v dětství ovlivňují náš další život?* Čosiv. Dostupné 16 březem 2024, z <https://cosiv.cz/cs/2021/10/14/ace-study-jak-negativni-zkusenosti-v-detstvi-ovlivnuji-nas-dalsi-zivot/>
2. Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Portál.
3. Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Grada.
4. Balázs, C. (2012). The role of hereditary and environmental factors in autoimmune thyroid diseases. *Orvosi Hetilap*, 153(26), 1013–1022. <https://doi.org/10.1556/oh.2012.29370>
5. Boeck, C., Koenig, A. M., Schury, K., Geiger, M. L., Karabatsiakakis, A., Wilker, S., Waller, C., Gündel, H., Fegert, J. M., Calzia, E. & Kolassa, I.-T. (2016). Inflammation in adult women with a history of child maltreatment: The involvement of mitochondrial alterations and oxidative stress. *Mitochondrion*, 30, 197–207. <https://doi.org/10.1016/j.mito.2016.08.006>
6. Brown, D. W., Anda, R. F., Edwards, V. J., Felitti, V. J., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2007). Adverse childhood experiences and childhood autobiographical memory disturbance. *Child Abuse & Neglect*, 31(9), 961–969. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.011>
7. Brown, M., Worrell, C., & Pariante, C. M. (2021). Inflammation and early life stress: An updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. *Pharmacology Biochemistry And Behavior*, 211. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173291>
8. Bunevicius, A., Leserman, J., & Girdler, S. S. (2012). Hypothalamic-Pituitary-Thyroid Axis Function in Women With a Menstrually Related Mood Disorder. *Psychosomatic Medicine*, 74(8), 810-816. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31826c3397>
9. Coelho, R. P. S., Viola, T. W., Walss-Bass, C., Brietzke, E., & Grassi-Oliveira, R. (2013). Childhood maltreatment and inflammatory markers: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(3), 180–192. <https://doi.org/10.1111/acps.12217>

10. Cooper, G. S., Bynum, M. L. K., & Somers, E. C. (2009). Recent insights in the epidemiology of autoimmune diseases: Improved prevalence estimates and understanding of clustering of diseases. *Journal Of Autoimmunity*, 33(3-4), 197-207. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2009.09.008>
11. Corso, A., Engel, H., Müller, F., Fiacco, S., Mernone, L., Gardini, E., Ehlert, U. & Fischer, S. (2023). Early life stress in women with autoimmune thyroid disorders. *Scientific Reports*, 13(1), 22341. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49993-3>
12. Čevela, R., Čeledová, L., & Dolanský, H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Grada.
13. Dube, S. R., Fairweather, D., Pearson, W. S., Felitti, V. J., Anda, R. F. & Croft, J. B. (2009). Cumulative Childhood Stress and Autoimmune Diseases in Adults. *Psychosomatic Medicine*, 71(2), 243–250. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181907888>
14. Dunkin, M. A. (2010). *Hashimoto's Thyroiditis: Symptoms, Causes, and Treatment*. Webmd. Dostupné 16 březen 2024, z <https://www.webmd.com/women/hashimotos-thyroiditis-symptoms-causes-treatments>
15. Dunovský, J., Dytrych, Z. & Matějček, Z. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Grada.
16. Duntas, L. H. (2008). Environmental factors and autoimmune thyroiditis. *Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism*, 4(8), 454–460. <https://doi.org/10.1038/ncpendmet0896>
17. Faleide, A. O., Lian, L. B. & Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Grada.
18. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. J., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). REPRINT OF: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774–786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>

19. Gibson, L. E., Alloy, L. B., & Ellman, L. M. (2016). Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 49, 92–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.003>
20. Goodwin, R. D. & Stein, M. B. (2004). Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychological Medicine*, 34(3), 509–520. <https://doi.org/10.1017/S003329170300134X>
21. Hamilton, L., Micol-Foster, V., & Muzik, M. (2015). Childhood maltreatment trauma: relevance for adult physical and emotional health. *A review. Trauma Cases Rev*, 1(1), 10-1001.
22. Hašto, J. (2005). *Vztáhová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
23. Hendl, J. (2005). *Kvalitatívni výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.
24. *Holmes – Rahe Stress-inventory*. The American Institute Of Stress. Dostupné 16 březem 2023, z <https://www.stress.org/wp-content/uploads/2019/04/stress-inventory-1.pdf>
25. Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka*. Vyšehrad.
26. Hořejší, V., Bartůňková, J., Brdička, T., & Špišek, R. (2017). *Základy imunologie* (6., aktualizované vydání). Stanislav Juhaňák – Triton.
27. Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie* (2., dopl. a oprav. vyd). TIGIS.
28. *Chronický stres a imunita*. (2020). Dostupné 8 říjen 2023, z www.risebyperformance.cz
29. Janečková, P. (2008). *Psychosociální aspekty tyreopatie*. [Disertační práce, Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie]. https://is.muni.cz/th/k8ics/Disertacni_prace.pdf.
30. Jochmannová, L. (2021a). Specifické otázky dětského traumatu – klasifikace, projevy, terapie. In *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Dítě v pěstounské péči a trauma* (s. 45–52). Sdružení pěstounských rodin. http://www.konferencepestouni.cz/wp-content/uploads/2021/08/Dite_v_pestounske_peci_a_trauma_sbornik_A4.pdf

31. Jochmannová, L. (2021). *Trauma u dětí: kategorie, projevy a specifika odborné péče*. Grada.
32. Kaločová, J. *Dotazník negativních zkušeností z dětství (ACE)*.
33. Kaščáková, N., Petříková, M., Hašto, J. & Tavel, P. (2022). Dlhodobá úzkost a klinicky diagnostikované poruchy: súvislosti s traumatizáciou v detstve a neistou vzťahovou väzbou v dospelosti. *Česká a slovenská psychiatrie*, 118 (5), 189–197.
34. Klepáčková, O., Krejčí, Z., & Černá, M. (2020). *Trauma-informovaný přístup v sociální práci*. Grada Publishing.
35. Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Grada.
36. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Portál.
37. Levine, P. A. (2011). *Probouzení tygra: léčení traumatu: vrozená schopnost transformovat zdrcující zážitky* (1. vyd. v českém jazyce). Maitrea.
38. Levine, P. A., & Klineová, M. (2012). *Trauma očima dítěte*. Maitrea.
39. Liontiris, M. I., & Mazokopakis, E. E. (2017). A concise review of Hashimoto thyroiditis (HT) and the importance of iodine, selenium, vitamin D and gluten on the autoimmunity and dietary management of HT patients. Points that need more investigation. *PubMed*, 20(1), 51–56. <https://doi.org/10.1967/s002449910507>
40. Machová, J., & Kubátová, D. (2015). *Výchova ke zdraví* (2., aktualizované vydání). Grada.
41. Mandincová, P. (2011). *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy* (1. vyd). Grada.
42. Markalous, B., & Gregorová, M. (2004). *Nemoci štítné žlázy: otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny* (2. vyd). Triton.
43. Markomanolaki, Z. S., Tigani, X., Siamatras, T., Bacopoulou, F., Tsartsalis, A., Artemiadis, A., Megalooikonomou, V., Vlachakis, D., Chrousos, G. P. & Darviri, C. (2019). Stress Management in Women with Hashimoto's thyroiditis: A Randomized Controlled Trial. *Journal of molecular biochemistry*, 8(1), 3–12.
44. Matoušek, O. (Ed.). (2020). *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny* (Vydání druhé). Portál.

45. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (Vyd. 1). Grada.
46. Morgan, C. & Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 3–10. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl053>
47. Myers, A. (2019). *Za čím vším stojí štítná žláza* (M. Brunnerová, Přel.). ANAG.
48. Nečas, E. (2009). *Patologická fyziologie orgánových systémů* (2. vyd). Karolinum.
49. Nolen-Hoeksema, S. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda* (Vyd. 3., přeprac, přeložil Hana ANTONÍNOVÁ). Portál.
50. Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R. & Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(2), 646–651. <https://doi.org/10.1073/pnas.1321664111>
51. Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládáním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí* (2., dopl. vyd). Triton.
52. Poněšický, J., Hnízdil, J., Honzák, R., Chvála, V., Kabát, J., Růžička, J., Skorunka, D., Šavlík, J., Šimek, J., Trapková, L. & Večeřová-Procházková, A. (2021). *Duše a tělo v psychosomatické medicíně*. Stanislav Juhaňák - Triton.
53. Praško, J. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu* (Vyd. 1). Portál.
54. Praško, J. (2011). *Klinická psychiatrie* (1. vyd). Tigris.
55. *Resilience*. (b.r.). <https://www.apa.org>. Získáno 3. březen 2024, z <https://www.apa.org/topics/resilience>
56. Rieger, B. (2019). *Štítná žláza: rovnováha pro tělo a duši* (přeložil Jiří PONDĚLÍČEK). Euromedia.
57. SAMSHA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Trauma Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. (b.r.). *HHS Publication No. (SMA) 13-4801* Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4816.pdf>

58. Shoenfeld, Y., Fučíková, T., & Bartůňková, J. (2007). *Autoimunita: vnitřní nepřítel*. Grada.
59. Shonkoff, J. P., Boyce, W. T. & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities: Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention. *JAMA*, 301(21), 2252–2259. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.754>
60. Švecová, J., Furstova, J., Kaščáková, N., Hašto, J. & Tavel, P. (2023). The effect of childhood trauma and resilience on psychopathology in adulthood: Does bullying moderate the associations? *BMC Psychology*, 11(1), 230. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01270-8>
61. Teicher, M. H., Ito, Y., Glod, C. A., Andersen, S., Dumont, N., & Ackerman, E. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821(1 Psychobiology), 160–175. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48277.x>
62. Trojan, S. (2003). *Lékařská fyziologie* (Vyd. 4, přeprac. a dopl). Grada Publishing.
63. Vágnerová, M. M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (Vyd. 4., rozšířené a přepracované). Portál.
64. Vašina, B. (2009). *Základy psychologie zdraví*. Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
65. Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Portál.
66. Vymětal, J. (2008). *Lékařská psychologie*. PORTÁL s. r. o.
67. Wentz, I. (2019). *Hashimotova tyreoiditida: 90denní plán léčby štítné žlázy vedoucí k obnově kvality života* (B. Grygová, Přel.). ANAG.
68. Wilson, D. R. (2010). Health Consequences of Childhood Sexual Abuse. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), 56–64. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00238.x>
69. Zamrazil, V. (2001). Vliv věku na štítnou žlázu. *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa*, č. 1, s. 46–52.

Seznam příloh

Příloha 1: Scénář pro polo-strukturované rozhovory

Příloha 2: Informovaný souhlas – vzor

Příloha 3: Seznam kódů

Příloha 1

OTÁZKY K ROZHOVORU:

1. Můžete mi říci kolik je Vám let a jaké je Vaše zaměstnání nebo co studujete?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho se léčíte s onemocněním štítné žlázy? (pokud nevíte přesně, uveďte přibližně datum, nebo počet let) a jaké důvody/příznaky Vás vedly k návštěvě lékaře?
4. Myslíte si, že Vám lékař vysvětlil vše potřebné, co se týká léčby onemocnění štítné žlázy a jeho předané informace byly dostatečné a všemu jste porozuměl/a anebo jste si musel/a informace dohledávat sama, pokud ano tak kde?
5. Jaký máte vztah ke svému lékaři?
6. Jak vy sám/sama vnímáte své onemocnění, omezovalo/ omezuje Vás v něčem, například v uspokojování určité potřeby?
7. Vyskytuje se ve Vaší rodině dané onemocnění?
8. Máte další onemocnění, se kterými se trvale léčíte?

Otázky na náročné oblasti života, potencionálně traumatizující zkušenosti:

(Je použit dotazník, nepříznivé zážitky z dětství, (ACE, Adverse Childhood Experiences), Fellini, Anda a kol. Chtěla jsem požádat o vyplnění těchto významně náročných životních situací. Pokud byste v průběhu vyplňování, nebo po vyplnění dotazníku, měl potřebu toto konzultovat, na konci dotazníku je odkaz, kde mi můžete napsat nebo se prosím obraťte pro terapeutickou podporu ve svém okolí.)

	Ano	Ne
Když jste vyrůstali, v průběhu prvních osmnácti let vašeho života, děla se ze strany Vašich rodičů nebo jiných dospělých členů domácnosti některá z těchto věcí?		

<p><i>(Rodič nebo jiný dospělý v domácnosti. . .)</i></p> <p>...Vám často nebo velmi často nadával, urážel Vás, nebo Vás ponižoval?</p> <p>...často nebo velmi často jednal způsobem, který ve Vás vyvolával strach z fyzického násilí?</p>	Ano	Ne
<p>Strkali do Vás často, fackovali Vás nebo bili, případně po Vás něčím házeli?</p> <p>Uhodili Vás někdy tak silně, že jste měli modřiny nebo jiné zranění?</p>	Ano	Ne
<p><i>(Dospělý nebo osoba alespoň o pět let starší než Vy. . .)</i></p> <p>...se Vás někdy dotýkal/anebo Vás hladil/a sexuálním způsobem?</p> <p>...dotýkal/a jste se jich sexuálním způsobem?</p> <p>...se někdy pokusil/a o orální, anální nebo vaginální styk s Vámi?</p> <p>...měl/a orální, anální nebo vaginální styk s Vámi?</p>	Ano	Ne
<p>Měli jste často pocit, že vás nikdo z rodiny nemá rád, ani si nemyslí, že jste důležití a jedineční?</p> <p>Měli jste pocit, že se ve vaší rodině jeden o druhého nestaráte, jste si cizí</p> <p>nebo nedržíte spolu?</p>	Ano	Ne
<p>Často jste neměli co jíst, chodili jste špinaví a neměli jste nikoho, kdo by vás bránil?</p>	Ano	Ne

Byli vaši rodiče někdy příliš opilí nebo pod vlivem jiných látek, aby se o Vás mohli starat nebo vás vzít k lékaři, když jste to potřebovali?		
Žili vaši rodiče odděleně nebo byli rozvedeni?	Ano	Ne
<i>Byla Vaše matka (nebo nevlastní matka):</i> Někdy, často, nebo velmi často strkána, vláčena, pohlavkována nebo po ní někdo házel věci? Někdy, často, nebo velmi často kopána, kousána, bita pěstí nebo něčím tvrdým? Někdy opakovaně fyzicky napadána po dobu nejméně několika minut? Někdy ohrožována nebo zraněna nožem nebo zbraní?	Ano	Ne
Žili jste někdy s někým, kdo měl problémy s pitím, byl alkoholik nebo užíval drogy?	Ano	Ne
Trpěl někdo ve Vaší rodině depresemi nebo duševní nemocí? Pokusil se někdo z Vaší domácnosti o sebevraždu?	Ano	Ne
Byl někdo z Vaší domácnosti ve vězení?	Ano	Ne

Doplňující otázky k náročným životním situacím:

Jsou ve Vašem životě situace, které jsou zde uvedené?

Úmrtí partnera	Ano	Ne
Rozvod	Ano	Ne
Těžký porod (odloučení od dítěte po porodu)	Ano	Ne

Předčasné narození dítěte	Ano	Ne
Úraz nebo vážné onemocnění (vaše osobní)	Ano	Ne
Úraz nebo vážné onemocnění (člena rodiny, dítěte)	Ano	Ne
Pečujete o závislou osobu (dítě, člena rodiny)	Ano	Ne
Úmrtí blízké osoby	Ano	Ne
Potrat	Ano	Ne
Náročné operace	Ano	Ne

Je nějaká životní situace, výše neuvedená, kterou považuje za tolik důležitý náročný faktor, že byste ji zde chtěl/a uvést?

.....

Dotazy na pozitivní faktory a zvládání životních situací:

Jak byste ohodnotili tyto oblasti Vašeho života?:

(Hodnocení používejte v rozmezí 1-5, přičemž 5 je nejvíce. Hodnoty: 1-zcela neuspokojivé, 2 –částečně uspokojivý, 3 –dobrý, 4 –velmi dobrý, 5 –výborný.

	Zcela neuspokojivý	Částečně uspokojivý	Dobrý	Velmi dobrý	Výborný
Podpora partnera	1	2	3	4	5
Podpora rodiny					
Podpora přátel					
Vztah sám k sobě					
Seberozvoj					

Práce					
Zdraví					
Spánek					
Vnitřní nezdolnost					
Zdravé stravování					
Fyzická aktiva					

Je nějaký pozitivní faktor, výše neuvedený, který považujete za tolik důležitý, že byste jej zde chtěl/a uvést a ohodnotit?

.....

Využíváte při cestě za zdravím a zvládnutím nemoci některé z uvedených faktorů?

Psychoterapii	Ano	Ne
Jinou terapii, koučink	Ano	Ne
Relaxaci	Ano	Ne
Meditaci	Ano	Ne
Jógu	Ano	Ne
Dechová cvičení	Ano	Ne
Sportovní aktivity	Ano	Ne
Pobyt v přírodě	Ano	Ne
Alternativní způsoby léčby	Ano	Ne
Využívání dietních opatření	Ano	Ne

Je nějaká oblast života, výše neuvedená, kterou považuje za tolik důležitý faktor, že byste ji zde chtěl/a uvést?

.....

Otázky na životní změny:

Změnil jste v souvislosti s onemocněním něco v následujících oblastech a jak?

(odpovězte prosím na otázku ano – ne, a pokud chcete doplnit, uveďte prosím krátce změnu, kterou jste udělal/a)

Pracovní a rodinný život směrem k jeho harmonizaci	Ano	Ne
--	-----	----

Jak?

.....

Změna životního postoje	Ano	Ne
-------------------------	-----	----

Jak?

.....

Změna režimových opatření	Ano	Ne
---------------------------	-----	----

Jak?

.....

Je nějaká důležitá životní změna, výše neuvedená, kterou považuje za tolik důležitý faktor, že byste ji zde chtěl/a uvést?

.....

Doplňující otázky:

Myslíte si, že je autoimunitní onemocnění štítné žlázy považováno za psychosomatické onemocnění?

Ano – Ne.

Příloha 2.

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

1. Informace o výzkumu

Výzkum se zabývá výskytem traumatu a pozitivních zkušeností u osob s autoimunitním onemocněním štítné žlázy.

Vaše účast spočívá v jednom rozhovoru v délce 1 – 1,5 h v období října 2022 až února roku 2023.

Z rozhovorů bude pořizována audio nahrávka. Záznam rozhovoru bude převeden na doslovný psaný text. Takto získaná data budou analyzována a interpretována, výsledky analýzy budou použity za účelem sepsání diplomové práce, popřípadě odborného článku.

Veškerá data budou anonymizována. Záznamy ani přepis textu nebudou přílohou či jinou součástí výsledné práce. V jejím textu mohou být použity krátké anonymizované citace jako příklady výzkumných zjištění.

Výzkum provádí formou osobního nebo on-line rozhovoru Bc. Martina Martušková. Můžete ji kontaktovat na telefonním čísle 731484678 nebo e-mailem hashimoto@post.cz. Veškeré audio záznamy budou uloženy na hesly zabezpečených zařízeních a přístup k nim bude mít pouze výzkumník.

Vaše účast na výzkumu je dobrovolná a můžete ji kdykoliv odvolat. Rovněž můžete kdykoliv vyjádřit nesouhlas se zpracováním a uchováním audio záznamů a jejich textového přepisu.

2. Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;

- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoliv rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.

Připojeným podpisem stvrzujete, že rozumíte výše uvedeným informacím a souhlasíte s nimi.

Jedna kopie tohoto formuláře náleží Vám.

Jméno respondenta/respondentky:

Datum:

Podpis:

Příloha 3: Kategorie a kódy

Dosavadní zkušenosti s autoimunitním onemocněním a léčbou

1. Kdy se přišlo na onemocnění
2. Okolnosti spojené se stanovením diagnózy
3. Informovanost participantů o onemocnění,
4. Vlastní vnímání onemocnění
5. Výskyt onemocnění v rodině, genetika
6. Vztah s lékařem
7. Předání informací lékaře
8. Zdroje informací k onemocnění
9. Komorbidita – jaké typy dalších autoimunitních onemocnění

dostatečné předání informací	zdroj informací	Omezuje vás vaše onemocnění?	Vyskytuje se dané onemocnění ve vaší rodině?	Máte další autoimunitní onemocnění, se kterými se trvale léčíte?	druh onemocnění
------------------------------	-----------------	------------------------------	--	--	-----------------

ACE dotazník, náročné životní situace

1. V jaké míře se vyskytují traumata z dětství
2. počet ACE na osobu
3. kódování ACE pro Excel a Jamovi

psychické týrání	fyzické týrání	sexuální zneužívání	emocionální zanedbávání	fyzické zanedbávání
------------------	----------------	---------------------	-------------------------	---------------------

Rozvod nebo rozchod rodičů	Domácí násilí na matce nebo nevlastní matce.	Někdo v blízkosti užíval drogy nebo alkohol	Někdo v domácnosti trpěl duševní poruchou nebo se pokusil o sebevraždu.	Někdo z domácnosti byl ve vězení.	Neplatí nic z uvedeného.
----------------------------	--	---	---	-----------------------------------	--------------------------

4. Jak velký je výskyt náročných životních situací
5. Uvažované náročné situace, kódy pro Excel a Jamovi

Úmrtí partnera	Rozvod (vlastní)	Těžký porod (odloučení od dítěte po porodu)	Předčasné narození dítěte	Úraz nebo vážné onemocnění (vaše osobní)
Úraz nebo vážné onemocnění (člena rodiny, dítěte)	Pečujete o závislou osobu (dítě, člena rodiny)	Rozvod (neshody) rodičů	Úmrtí blízké osoby	Potrat
Náročné operace	Jiné, očkování, pracovní vyhoření, napadení přítelem, odloučení od rodičů			

6. Situace, které participanti považují za spouštěče onemocnění
7. Uvažování participantů o těchto traumatech a náročných situacích

Pozitivním faktory a zvládání životních situací

1. Jaké faktory považují participanti za nejdůležitější
2. Pozitivní faktory, které se vyskytují u participantů
8. Využití psychoterapie a jiných aktivit ke zvládání náročných situací
9. Jak moc je významná psychoterapie
10. Životním změny, které udělali participanti v souvislosti onemocněním.
11. Strategie související se zvládáním náročných situací
12. Vnímání autoimunitního onemocnění štítné žlázy jako psychosomatického onemocnění
13. Poselství