

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA PSYCHOLOGIE



**Atribuce, atribuční styly
a dimenze internality-externality
u psychosomaticky nemocných**

Attribution, attributional styles
and dimension of internality-externality
in psychosomatic patients

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Mgr. Martina Nováková

Školitel práce: PhDr. Markéta Niederlová, PhD.

PRAHA 2013

Chtěla bych poděkovat své školitelce PhDr. Markétě Niederlové, PhD. za odbornou podporu a pomoc při psaní této rigorózní práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto rigorózní 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 Žírovicích dne 23. 8. 2013

Mgr. Martina Nováková

Abstrakt

Rigorózní práce se zabývá atribucemi, atribučními styly a dimenzí internality-externality u psychosomaticky nemocných. Text je rozdělen na část teoretickou a empirickou. V teoretické části je definován pojem psychosomatické onemocnění. Zmíněny jsou podstatné souvislosti mezi psychosomatickým onemocněním, stresem a kognitivními procesy. Vybrané atribuční teorie a koncepce atribučních stylů následně tvoří převážnou část teorie, důraz je kladen zejména na dimenzi internality-externality.

V empirické části jsou stanoveny čtyři hypotézy, které jsou s pomocí dvou psychodiagnostických metod testovány na souboru osob s psychosomatickým onemocněním a porovnávány se zdravou populací. Tři z hypotéz se potvrdily, jedna částečně.

Klíčová slova: atribuce
atribuční teorie
atribuční styl
internalita-externalita
locus of control
psychosomatické onemocnění
somatoformní porucha
funkční porucha
medicínsky nevysvětlitelné symptomy

Abstract

The thesis deals with attribution, attributional styles and dimension of internality-externality in psychosomatic patients. The text is divided into a theoretical part and an empirical part. The term psychosomatic disorder is defined in the theoretical part. The essential links between psychosomatic disorder, stress and cognitive processes are mentioned. Selected attribution theory and the concepts of attributional styles then make up the majority theory, the emphasis is placed on the dimension of internality-externality.

In the empiric part, there are four hypotheses defined using two psychodiagnostic methods tested on a set of people with psychosomatic disorder and compared with the healthy population. Three of the hypotheses were confirmed, one of them only partly.

Key words: attribution
attribution theory
attributional style
internality-externality
locus of control
psychosomatic disorder/psychosomatic illness
somatoform disorder (SFD)
functional disorder
medically unexplained symptoms (MUS)

OBSAH

ÚVOD	7
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 PSYCHOSOMATICKÉ ONEMOCNĚNÍ	11
1.2 ROLE STRESU A KOGNITIVNÍCH PROCESŮ V ETIOLOGII PSYCHOSOMATICKÉHO ONEMOCNĚNÍ	18
1.3 ÚVOD DO ATRIBUČNÍCH TEORIÍ	24
1.4 DIMENZE INTERNALITY-EXTERNALITY	29
1.5 ATRIBUČNÍ STYLY PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH	32
1.6 DIMENZE INTERNALITY-EXTERNALITY U PSYCHOSOMATICKY NEMOCNÝCH	45
1.7 METODY ZJIŠŤOVÁNÍ ATRIBUČNÍCH STYLŮ	49
2 EMPIRICKÁ ČÁST	51
2.1 CÍL VÝZKUMU, HYPOTÉZY	52
2.2 PRŮBĚH VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY	54
2.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO A KONTROLNÍHO SOUBORU	57
2.4 OVĚŘOVÁNÍ PRVNÍ VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	59
2.4.1 VÝSLEDKY T-TESTU DOPO	62
2.4.2 KORELACE DOPO	66
2.5 OVĚŘOVÁNÍ DRUHÉ VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	69
2.5.1 VÝSLEDKY T-TESTU SCL-90	70
2.5.2 KORELACE SCL-90	73
2.6 OVĚŘOVÁNÍ TŘETÍ A ČTVRTÉ VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	75
2.7 SHRNTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	79
3 DISKUZE	81
4 ZÁVĚR	88
5 SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ	91

Úvod

I když se v současné době ostré rozlišování mezi nemocemi tělesnými a duševními stírá, není pojem psychosomatika chápán jednotně (Balcar, 2006). Příčina tkví patrně již v samotném pojmu psychosomatika, který člověka rozděluje na tělo a duši, a konzervuje tak karteziánský dualismus (Baštecká, 2003). Podle nejnovějších přístupů lze psychosomatiku definovat ve dvou významech. Někdy bývá vymezována jako nadoborový pohled na diagnostiku a terapii nemocí, přičemž jsou brány v potaz stejnou měrou faktory jak tělesné, tak psychosociální. Jedná se o interdisciplinární koncept. Užší pojetí vymezuje psychosomatiku jako samostatný klinický obor, který se praktikuje na příslušných odděleních nemocnic či na speciálních psychosomatických klinikách (Morschitzky, Sator, 2007). Užší pragmatické pojetí nahlíží na člověka ve zdraví a v nemoci v takové míře zjednodušení, s nímž lze smysluplně prakticky zacházet a pracovat. Předmětem tohoto pojetí psychosomatiky jsou takové somatické poruchy, u nichž se psychosociální faktory výrazněji uplatňují v etiopatogenezi a průběhu onemocnění (Baštecký, Šavlík, Šimek a kol., 1993).

Vzhledem k neexistenci psychosomatiky jako samostatného lékařského specializačního oboru v České republice a na základě mého studijního zájmu o tuto oblast si dovoluji tvrdit, že u nás nabývá pohled na psychosomatiku několika významů. V širším pojetí psychosomatiky je člověk definován jako tzv. bio-psycho-sociální jednota. Takto chápaná psychosomatika odpovídá pojmu „celostní medicína“. Psychosomatika však u nás může být chápána odborníky i laiky také v užším slova smyslu, a to jako psychosomatické onemocnění vymezené MKN-10 pod názvem somatoformní porucha.

I přes terminologické složitosti, jež jsou s psychosomatikou spojeny, lze psychosomatickou medicínu považovat za obor, který se velmi rychle rozvíjí. Je tomu pravděpodobně proto, že se mění pohled na zdraví a nemoc. Člověk je chápán jako již výše zmíněná bio-psycho-sociální jednota, takže v nemoci jsou zasaženy vždy všechny tři složky této jednoty, nejen ty somatické. Každé onemocnění má tak svou stránku

somatickou, psychickou a sociální.¹ Úkolem odborníků by mělo být rozpoznat, v jakém stupni a jakým způsobem se tito činitelé na nemoci podílejí, aby byli schopni adekvátní péče o nemocného a poskytli mu tak co nejvhodnější léčbu.

Lidé s psychosomatickými obtížemi tvoří specifickou skupinu pacientů, navíc těchto pacientů ve vyspělém světě neustále přibývá. Někteří autoři odhadují, že až 60% pacientů, kteří přicházejí k praktickému lékaři, je přesvědčeno o tom, že mají somatické onemocnění. Ve skutečnosti jsou však v pozadí těchto obtíží právě psychické, zvláště emocionální, obtíže (Křivohlavý, 2002; Morschitzky, Sator, 2007). Totéž popisují také Duddu, Isaac, Charturvedi (2006), kteří zmiňují, že se jedná o nejméně jednu třetinu tzv. medicínsky nevysvětlitelných symptomů v primární péči. Se somatoformní poruchou se lze setkat až u 35% pacientů v ordinacích praktických lékařů, ve všeobecných nemocnicích až s 30% (Morschitzky, Sator, 2007). Greer, Halgin, Harvey (2004) citují výzkumy svých kolegů a uvádí, že do primární péče (tedy k praktickému lékaři) přichází 20-40% jedinců, kteří vykazují symptomy úzkosti, deprese či jiných psychických poruch. Vzhledem k tomu, že úzkost a deprese je s psychosomatickými potížemi úzce propojená, jsou praktičtí lékaři postaveni před náročný diagnostický či diferenciatně diagnostický úkol. Jiní autoři zabývající se výzkumem 25 nejčastějších somatických symptomů došli k závěru, že méně než 10-15% těchto pacientů má potíže, které by mohly být jednoznačně přičteny konkrétní tělesné poruše. Toto považují za důkaz, že se jedná spíše o výjimku než o pravidlo, že v primární péči by tělesné symptomy byly způsobené identifikovatelnou orgánovou patologií (Fink, Rosendal, Olesen, 2005).

Problematika psychosomatiky představuje velkou oblast nabízející mnoho podnětů ke zkoumání. Já jsem ve své práci soustředila svou pozornost na tematiku atribucí a atribučních stylů psychosomaticky nemocných. Již Alexander (1943, 1950) zastával názor, že některé specifické změny mentálních, afektivních a kognitivních funkcí mohou být příčinou psychosomatického onemocnění. Navíc lidé v kritických životních situacích (tedy i v nemoci) hledají smysluplnost a kladou si často otázky týkající se poznání příčin toho, co se stalo, a pohledu do budoucna. Zabývat se atribucemi a atribučními styly těchto lidí je důležité už jen proto, že pro ně je snaha poznat příčiny toho, co se stalo, často mimořádně intenzivní (Křivohlavý, 2002).

¹ V současně době bývá někdy přidávána ještě čtvrtá dimenze, a člověk tak tvoří bio-psycho-socio-duchovní jednotu.

Pátrání po atribučních stylech je důležité také z hlediska toho, že námi atribuované příčiny vlastního jednání se nemusí shodovat s příčinami skutečnými (objektivními). Proto při léčbě, terapii, ale i prevenci by zdravotníci či další pomáhající pracovníci měli brát na zřetel právě atribuční styl svých pacientů či klientů. Ten totiž významnou měrou rozhoduje o vědomí autonomie nemocného, o jeho pohledu na příčiny, jeho ochotu se léčit, spolupracovat apod.

Výzkum toho, jaký atribuční styl užívají pacienti, ať už somaticky či psychosomaticky nemocní, má význam také ekonomický. Greer, Halgin, Harvey (2004) zmiňují, že způsob, jakým si pacienti v primární péči vysvětlují etiologii svých zdravotních potíží, pravděpodobně hraje klíčovou roli v tom, jakou léčbu stanoví lékař. Pokud by se tedy lékaři blíže zabývali tím, jak si pacienti vysvětlují příčiny svého onemocnění, a zároveň by hledali skutečné příčiny jejich onemocnění, byla by léčba jistě efektivnější, a tím ekonomicky méně náročná. Výzkum psychosomatiky jako takové má dopady na fungování celé společnosti, protože pacienti s psychosomatickými obtížemi jsou navíc omezováni ve svém pracovním životě a sociálních zkušenostech (Fink, Rosendal, Olesen, 2005). Pokud by se současná medicína zabývala psychosomatikou opravdu vážně, s největší pravděpodobností by mohla být zodpovězena i jedna z nejtěžších otázek zdravotnictví: Proč se (nejen psychosomaticky) nemocní pacienti neuzdravují? Za další důvod, proč výzkum atribucí považovat za přínosný a smysluplný, lze považovat souvislosti atribucí a motivace v klinické praxi např. u naučené bezmocnosti a deprese. Známa je Beckova kognitivní terapie deprese a Ellisova racionálně-emoční terapie. Výzkum atribucí tvoří totiž základnu kognitivních psychoterapeutických přístupů (Försterling, 1986).

Cílem rigorózní práce je navázat na diplomovou práci, přepracovat a prohloubit teoretickou část. Nově zpracována je také empirická část, kde jsou vyrovnány vzorky respondentů a je provedena nová a hlubší analýza získaných empirických dat.

1 TEORETICKÁ ČÁST

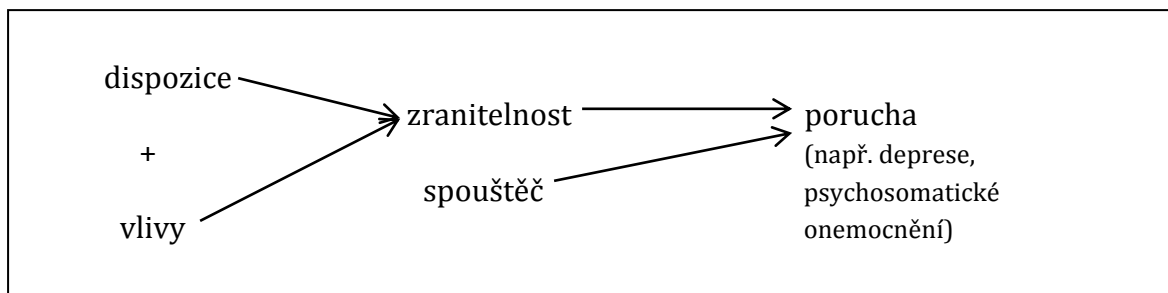
Teoretická část rigorózní práce v první kapitole vymezuje a charakterizuje psychosomatické onemocnění. Uvedeny jsou zejména nejnovější přístupy k této problematice. Dále jsou zmíněny některé podstatné jevy související se stresem, jako jednou z předpokládaných hlavních příčin psychosomatických potíží, a jeho vztahem ke kognitivním procesům. V následujících kapitolách se pak věnuji atribucím a atribučním teoriím. Je proveden stručný exkurz do vybraných koncepcí a teorií atribucí. Od obecných teorií atribucí je hlavní prostor posléze věnován atribučním procesům a procesům atribučování v nemoci, atribučním procesům psychosomaticky nemocných a dimenzi internality-externality.

1.1 Psychosomatické onemocnění

Tělesné vjemy a vnímané tělesné symptomy jsou v populaci tak časté, že je nutné na ně nahlížet jako na běžnou součást lidského života. Za problematické je lze považovat tehdy, pokud jedince znepokojují nebo pokud je pro tyto obtíže vyhledávána medicínská péče. Etiologie mnoha nemocí, zejména pak těch psychických či psychiatrických, je nejasného původu, neboť nejsou známy přesné objektivně měřitelné anatomické, biochemické, molekulární či psychologické abnormality. Etiologie funkčních poruch, tedy poruch psychosomatických, je neznámá a pravděpodobně multifaktorově podmíněná (Fink, Rosendal, Olesen, 2005). Psychosomatické onemocnění se projevuje tělesnými symptomy bez dostatečných organických příčin, tělesným poškozením vegetativních funkcí bez chorobných tkáňových změn, často spoluzapříčiněných psychogenně či psychosociálně. Porucha však může být označena za psychosomatickou i v případě, kdy lze organickou příčinu prokázat, avšak tento organický náález nemůže dostatečně objasnit rozměry, tíživost či délku trvání potíží ani psychosociální poškození (Morschitzky, Sator, 2007). Významným faktorem při diagnostice somatoformní poruchy je, že vlivem těchto potíží má jedinec narušené fungování v sociálních či pracovních rolích. Začátek i doba, po kterou potíže trvají, jsou ve zjevné souvislosti s nepříjemnými životními událostmi, avšak pacient tuto souvislost nevnímá, často ji dokonce odmítá. Pacienti mají mnohdy nadměrné obavy o tělesné zdraví, což psychosomatické potíže udržuje. Příznaky však udržují také psychologické faktory, zejména myšlenky a obavy. Celou řadu příznaků, které souvisejí se stresem nebo normálními projevy, si vysvětlují jako důkaz tělesné poruchy, proto jsou zpravidla přesvědčeni, že jejich potíže jsou čistě somatického rázu (Praško a kol., 2002). V současné odborné literatuře se můžeme setkat kromě pojmu psychosomatické potíže s pojmy jako např. medicínsky nevysvětlitelné symptomy, funkční poruchy nebo funkční somatické symptomy. Funkční somatické symptomy a poruchy jsou nahlíženy jako kontinuum od mírných stavů, které jsou obtížně postřehnutelné, až po závažné stavy, které způsobují utrpení a invaliditu nemocných (Fink, Rosendal, Olesen, 2005).

Psychosomatické onemocnění lze z hlediska etiologie onemocnění tedy považovat jako za kterékoli jiné. Na tzv. biopsychosociálním modelu nemoci si lze vysvětlit, jak k tomuto onemocnění může dojít. Podle Praška a Kosové (1998) jsou

biologické vlivy zřejmě prvotní. Jedná se o genetické faktory, nevyrovnané založení organismu apod. Avšak tyto dispozice samy o sobě k vyvolání nemoci či poruchy nestačí. Za další vlivy lze považovat poruchy vývoje v raném dětství, dlouhodobý opakovaný stres, tíživou rodinnou situaci. Kombinací těchto faktorů vzniká zranitelnost, na jejímž podkladě se pak v období zátěže rozvíjí porucha. Někdy není lehké určit spouštěcí faktor, který u zranitelného člověka napomohl ke vzniku poruchy. Spouštěčem může být jak jednorázový stresový podnět, tak dlouhotrvající sled událostí.



Obrázek 1: Vlastní nákres biopsychosociálního modelu nemoci podle Praška a Kosové (1998, s. 25)

Diagnostická kritéria MKN-10 pro tzv. somatoformní poruchu uvádí mimo výše uvedené jako další podstatný faktor psychosomatického onemocnění odmítání pacientů připustit psychosociální souvislosti jejich stonání a jejich trvání na názoru, že původ onemocnění je čistě somatický. Pacienti mají taktéž odpor k eventuální psychiatrické či psychoterapeutické léčbě. MKN-10 zároveň uvádí, že obtíže, kterými pacienti trpí, jsou chronického charakteru a trvají nejméně dva roky. Pro osoby trpící somatoformní poruchou je typické soustředění se na potíže. Vyžadují proto jejich léčbu, navštěvují různé lékaře i léčitele. Autoři Duddu, Isaac a Chaturvedi (2006) potvrzují, že jsou to právě nadměrně obavy o vlastní zdraví a vidina závažné choroby, které vyústí v časté návštěvy lékařů. I přes ujištění lékařů o negativním nálezu jejich potíží opakovaně vyžadují další a další vyšetření. Tím však postupně ztrácejí důvěru nejen v lékaře a jejich schopnosti, ale také ve vlastní organismus. Ztrácení důvěry ve vlastní organismus, mnou chápané jako ztráta kontroly nad možností ovlivňovat průběh onemocnění, mě mimo jiné vedlo k názoru o odlišném atribučním stylu psychosomaticky nemocných.

Steinbrecher a Hiller (2011) došli ve svém výzkumu k závěru, který je v rozporu s všeobecně přijímaným názorem a jedním z diagnostických kritérií

somatoformní poruchy, tedy k tomu, že psychosomatictí pacienti lpí na organické etiologii svého onemocnění. Respondenti z jejich výzkumného souboru, kteří mají dlouhodobé psychosomatické potíže nebo jsou nemocní teprve krátce, považují psychologické faktory a distres za původce jejich potíží, dalo by se říci, že tak integrovali biopsychosociální vysvětlení svých zdravotních komplikací. K velmi podobným výsledkům dospěli též Hiller et al. (2010), jejichž psychosomaticky nemocní respondenti považují za nejčastější příčinu jejich stonání mentální či emoční problémy. Somatická choroba jako příčina zaujímá v až druhé místo.

Co lze považovat za zdroj či příčinu psychosomatického onemocnění? Za významné prediktory psychosomatického onemocnění se ukázaly tyto jevy – aktuální depresivní epizoda, negativní životní události, počet medicínsky nevysvětlitelných symptomů, zvýšená citlivost vnímání autonomních procesů, katastrofické smýšlení a atribuční styl (Steinbrecher a Hiller, 2011). Velmi zjednodušeně hovoří hypotézy, které v patogenezi psychosomatického onemocnění považují za podstatný faktor neodžité emoce. Příliš silný, často se opakující nebo dlouhotrvající emoční stres působí na stav a vývoj osobnosti svou prožitkovou stránkou, na stav a vývoj organismu svou fyziologickou stránkou. Setká-li se v organismu s vhodnou orgánovou dispozicí, vyvolá poruchu a tím další oslabení. Nejsou to však emoce samy, ale psychologická a biologická nepřiměřenost toho, jak se s nimi jedinec vyrovnává (Balcar, 2006). K významným predisponujícím faktorům psychosomatických obtíží patří tělesné či sexuální zneužívání v dětství, psychosomatické poruchy rodičů a nižší intelekt. Avšak tyto faktory nejsou specifické pouze pro psychosomatické poruchy, protože stojí v pozadí také mnoha dalších psychických poruch. Zdá se, že k podstatným faktorům, které se podílí na vzniku a udržování psychosomatické poruchy, jež může vést až k chronicitě potíží, jsou sami lékaři a systém poskytování medicínské péče, které mohou mít iatrogenní vliv. Je tomu zejména proto, že pacientům není včas stanovena správná diagnóza, a proto prochází mnoha zbytečnými vyšetřeními, hospitalizacemi či operacemi, a to bez výraznější úlevy od potíží (Fink, Rosendal, Olesen, 2005).

Přítomnost konfliktu mezi protikladnými, často neuvědomovanými, avšak citově závažnými motivy bývá taktéž považována za jeden z faktorů podílejících se na vzniku a rozvoji psychosomatického onemocnění. Po obsahové stránce je charakteristický především jeden druh vnitřního konfliktu. Jedná se o rozpor mezi výrazným motivem bezpečí v citové závislosti na blízké osobě či osobách na straně

jedné a výrazným motivem hostilního sebeprosazení proti téže osobě či osobám na straně druhé (Balcar, 2006). Totéž popisuje Poněšický (2002) a podobně se vyjadřují i němečtí autoři Krusse, Tress a Wöller (2008). Ti psychosomatickou medicínu nazývají medicínou interpersonální, protože nemoc může lékař dešifrovat pouze ve chvíli, kdy pacienta pozná v jeho vztahovém světě. Narušené interpersonální vzorce jsou prožívány jako přerušení vazeb a vztažnosti, jako extrémy mezi podřízeností a naprostou vyvázaností, jako rigidita, nestabilita a komplexní rozporuplnost.

Další z teorií se snaží vysvětlit vznik psychosomatického onemocnění postižením typické osobnostní struktury u konkrétních psychosomatických obtíží, u psychosomatických onemocnění v užším slova smyslu. Jedná se o tzv. teorie specifity (specifičnosti), které mají svůj základ v psychoanalýze (Honzák, Chromý a kol., 2005). Tyto teorie se snaží o postižení typických profilů osobnosti pro jednotlivé diagnózy a popis specifických intrapsychických konfliktů (Šimek, 1985). Způsob, jakým tito pacienti zpracovávají konflikty, vede k trvalému vegetativnímu napětí, jehož následky představují organická postižení (Krusse, Tress a Wöller, 2008). Jako příklad lze uvést snahu o postižení typických osobnostních vlastností jedinců trpících např. peptickým vředem. Jako charakteristické jsou uváděny tyto vlastnosti: ambicióznost, efektivita a usilovnost. Tyto osoby většinou žijí aktivním životem. Jak ovšem uvádí kritické studie, hypotézy specifity nebyly jednoznačně potvrzeny. Jiní pacienti (např. pacienti s cévními chorobami), stejně jako zdraví, často vykazují podobné rysy chování (Yager, Weiner, 1971). Souvislost mezi psychosociální problematikou jedince a klinickým obrazem jeho nemoci tedy není nikdy tak těsná, aby bylo možné automaticky usuzovat na konflikty a vzorce chování, z nichž toto onemocnění vychází (Krusse, Tress, Wöller, 2008). Beck (2005) rozlišuje model psychické specifity, který, stejně jako je popsáno výše, se snaží najít souvislosti mezi typem psychosomatické poruchy a konkrétním osobnostním profilem, konfliktem nebo postojem. Autor však zároveň také popisuje tzv. model fyziologické specifity, což znamená, že určitý člověk reaguje na různé stresy tímtož typem PSM poruchy.

U psychosomatického onemocnění nejde primárně o prokázání psychogenní příčiny obtíží, ani o vyloučení příčiny organické. Spíše jde o popis specifického vzorce chování, při kterém vedle tělesných symptomů mají význam také určitá kognitivní přesvědčení pacientů a určité interakční vzorce v mezilidských vztazích. U velké části pacientů stojí v pozadí jejich stonání deprese, úzkostné poruchy nebo poruchy

osobnosti (Morschitzky, Sator, 2007). Somatizační poruchy mají vysokou komorbiditu s depresí či úzkostnými poruchami (Stein, Muller, 2008). A. Beck popisuje psychosomaticky nemocné jako „chronicky ustarané jedince“ (Beck, 2005, s. 145), a je to právě úzkost, která je od počátku středem zájmu v souvislosti s výzkumem psychosomatických potíží, protože se vyznačuje bohatým vegetativním doprovodem. O úzkosti se zmiňují i autoři Praško a Kosová (1998), kteří popisují, že protrahovaná nebo často opakovaná úzkostná reakce organismu může v některých případech vést ke vzniku somatického poškození (např. hypertenze, vředy).

V souvislosti s úzkostí se dříve směšovali psychosomaticky nemocní a neurotici, zřejmě jako důsledek psychoanalytických východisek. Proto první práce hledaly důkazy o vyšší neurotičnosti psychosomaticky nemocných. Definitivní konec této představy a jasné odlišení psychosomaticky a neuroticky nemocných přinesla až koncepce alexithymie (Šimek, 1985). Alexithymie je popisována jako neschopnost rozpoznat a vyjádřit vlastní emoce. Psychosomatictí pacienti neumějí číst své pocity a promítají je do somatických symptomů (Chromý, Honzák a kol., 2005). Alexithymie, a s tím související deficit ve schopnosti symbolizace a verbalizace emocí, ve schopnosti fantazijní a snové produkce, může vyvolávat spektrum somatických příznaků, včetně deregulace fyziologických funkcí, které mohou vést k různým psychosomatickým onemocněním, k obtížím, vyhýbání se sociálním vztahům, ke snížení péče o sebe a ke zhoršení schopnosti zvládat sebe sama (Bob, Ptáček, Uher, 2010). Taylor a jeho spolupracovníci (1997) hovoří o tom, že i když alexithymické osoby pociťují emoce, jsou náchylné k prožívání spíše negativních a nepříjemných prožitků, a to s omezenou schopností regulovat je prostřednictvím kognitivních nebo jiných psychických procesů. Právě tato odlišnost kognitivních procesů u psychosomaticky nemocných je předmětem této práce a empirického výzkumu.

Úzkost však bývá více považována za příznak než za predisponující faktor psychosomatického onemocnění; buď se jedná o primární poruchu funkce CNS nebo o reakci na onemocnění. Díky bohaté vegetativní odpovědi je však úzkost považována za faktor, který upevňuje chronicitu onemocnění či zhoršuje stav. Někteří výzkumníci však vidí souvislost mezi somatizací a úzkostí jinak. Löwe et al. (2008) popisují teoretická východiska a představy o to, že může existovat široký specifický konstrukt sestávající z deprese, úzkosti a somatických symptomů, jakási jedna porucha se třemi typy somatických projevů, spíše než tři odlišné poruchy. Všechny tyto tři poruchy jsou

totiž spojeny se zřetelným funkčním narušením. Tento konstrukt by se mohl nazývat jako celkový neurotický syndrom nebo negativní afektivní syndrom. Autoři tím vysvětlují, proč může být těžké mezi jednotlivými poruchami rozlišit. Přesto se ale domnívají stejně jako většina současných autorů, že mezi úzkostnými poruchami a depresí na straně jedné a somatizačními poruchami na straně druhé existuje rozdíl.

Úzkost psychosomatických pacientů však hraje i jinou roli, má totiž význam při jejich spolupráci se zdravotníky. Jak uvádí Šimek (1985), úspěšná obrana proti úzkosti může např. pacientovi po infarktu myokardu poskytnout naději na lehčí průběh onemocnění. Avšak extrémní popření jakéhokoli nebezpečí se i u jiných diagnóz uplatňuje negativně ve smyslu špatné spolupráce pacienta. Křížová (2005) ve svém výzkumu došla k závěru, že jedinci, kteří sebe sami považují za úzkostné a nervózní, mají větší potřebu vysvětlení a pochopení kauzality onemocnění. Steinbergerová a Hiller (2011) zjistili zajímavý fakt v souvislosti s úzkostí a depresí, a to, že afektivní či úzkostné poruchy stojící v základu potíží jedince redukuje pravděpodobnost trvání psychosomatických stesků téměř 100%. Role úzkosti a deprese u psychosomatických pacientů tedy hraje pravděpodobně mnohem složitější úlohu, než se domníváme.

Vzhledem k terminologickým nejasnostem, které stále na poli medicíny i mezi laiky přetrvávají, bych ráda zdůraznila, že v mém pojetí je „celý člověk psychosomatický“. Tento postoj lze vyjádřit slovy Otto Fenichela, žáka Sigmunda Freuda: „Nemám výraz „psychosomatický“ rád, neboť z něj vyplývá dualismus, který neexistuje. Každé onemocnění je „psychosomatické“, neboť žádné „somatické“ onemocnění není prosté „psychických“ vlivů...“ (Danzer, 2001, s. 14). Já psychosomatiku tedy vnímám nikoli jako alternativní přístup v současné biologické medicíně, ale jako celostní pohled na člověka, který by na nemoc měl zastávat každý lékař či zdravotník. Mohu jen souhlasit se slovy Stanislava Komárka (2005, s. 17), že „psychosomatika by neměla znamenat obrácení kauzalistního chápání ve smyslu „duševno primární, tělesno odvozené“, ale právě psychofyzickou jednotu člověka“. Rigorózní práce však z praktických důvodů pracuje s pojmem psychosomatické onemocnění následujícím způsobem – pojmy psychosomatické onemocnění, somatoformní porucha, funkční porucha apod. jsou v práci chápány jako pojmy totožné a lze je charakterizovat velmi výstižným popisem, kterého užívá Balcar při popisu psychosomatické poruchy (2006, s. 141): „Pojmem psychosomatické poruchy neoznačujeme jasně vymezenou třídu onemocnění. Slouží nám jako popisná zkratka

pro ty případy, kdy duševní či duševně zprostředkované vlivy mají podstatný podíl na vyvolání poruchy, která se projevuje především v oblasti tělesných funkcí nebo struktur.“

1.2 Role stresu a kognitivních procesů v etiologii psychosomatického onemocnění

Funkční somatické symptomy mohou být nahlíženy jako základní mechanismus, kterým lidé vyjadřují stresovou zátěž (Fink, Rosendal, Olesen, 2005).² Stres je v této práci definován jako stav, kdy míra intenzita stresogenní (zatěžující) situace je vyšší než schopnosti či možnosti daného člověka tuto situaci zvládnout (Křivohlavý, 2009). Podnětem nahlížení na stres jako na významného etiologického činitele při vzniku psychosomatických obtíží byly práce H. Selyeho. Ty prokázaly nespecifické reakce na somatické poškození, na periférii charakterizované nespecifickými zánětlivými změnami a řadou průvodních fyziologických reakcí, které v extrému vedou až k orgánovému poškození. V lidském těle je vždy orgán nebo systém, jenž je vzhledem k dědičnosti nebo působení vnějších vlivů nejslabší, a tak nejpravděpodobněji selže pod vlivem stresu (Šimek, 1985; Šolcová, 2007). Tato náchylnost k chorobě nebo kurčitému chorobnému stavu, typ zranitelnosti, konstituční predispozice je nazývána pojmem diateze. Diateze tedy znamená, že jedinec je v důsledku vrozené zranitelnosti náchylný k rozvoji daného problému (Baštecká, 2001). Ke vzniku nemoci je tedy zapotřebí interakce dvou faktorů. Jedním je vrozená náklonnost k určité nemoci, druhým je vystavení dané osoby určitému stresoru (Křivohlavý, 2009).

Vliv stresu na imunitní systém se odvíjí od toho, zda se jedná o akutní či chronický stres. Akutní stresor vede k vzestupu činnosti imunitního systému, naproti tomu stres chronický imunitní systém oslabuje. Podobně tzv. denní události či každodenní mrzutosti, jež se objevují v průběhu dne, vedou k vzestupu činnosti imunitního systému. Tzv. životní stres, což je součet denních událostí za nějaké období, vede k poklesu činnosti imunitního systému. Dlouhodobý stres, zejména takový, při kterém nelze dostat situaci pod kontrolu (viz dále) a není naděje na její zlepšení, může mít za následek dlouhodobý pokles činnosti imunitního systému a nemoc (Šolcová, Kebza, 2006; Křivohlavý, 2009). Křivohlavý (2009) dále cituje výsledky výzkumné práce, kde se ukázalo, že muži vystavení chronickému stresu reagovali daleko

² Koncepce psychického stresu jako etiologického či spouštěcího faktoru psychosomatické poruchy byla druhou základní koncepcí v historii psychosomatické medicíny. Za první koncepcie vysvětlující příčiny psychosomatického onemocnění jsou považovány psychoanalytické přístupy.

výraznějšími změnami endokrinní a imunitní činnosti než ti, kteří nebyli v chronickém stresu. Důsledky stresu mohou tedy jedince ovlivňovat bezprostředně, ale mohou být také trvalejšího rázu. V akutní stresové situaci se mohou mimo jiné objevovat somatické potíže (bolesti hlavy, břicha, změna tepové frekvence, změna dechové frekvence, změna peristaltiky střev). Pokud je jedinec vystaven zátěži dlouhodobě, pak se mohou projevat somatické symptomy onemocnění jako např. dýchací a oběhové potíže, dlouhodobé bolesti hlavy, potíže motorického aparátu, sexuální problémy, zvýšená nespecifická nemocnost (Paulík, 2010). Vliv stresu na zdraví však není přímý ani jednoznačný (Kebza, 2005). Není zcela jasná kauzalita mezi zátěží a zdravím. Zhoršený zdravotní stav pravděpodobně snižuje odolnost vůči zátěži, avšak stejně tak snížená odolnost a z ní pocházející zvýšená stresovanost mohou do určité míry negativně ovlivňovat zdravotní stav člověka.

Osobnost a její rysy jsou stále častěji chápány jako urychlující a zprostředkující faktory ve vztahu mezi stresem a nemocí (Šolcová, 2007). Stres tedy může vzniknout nejen tlakem objektivních nároků a ohrožením organismu, ale i na základě interpretace významu situace a hodnocení míry ohrožení. Přitom hodnocení nebezpečí nemusí souviset s reálným aktuálním stavem věcí. Jedinec může reagovat neadekvátně i kvůli zkreslením a chybám hodnocení situace nebo kvůli anticipaci (Paulík, 2010). Zásadní podíl kognitivního hodnocení (cognitive appraisal) situace, v níž se člověk právě nachází, na jeho prožívání zdůrazňuje mnoho vědců již řadu let (Paulík, 2010). Ukazuje se dokonce, že kognitivní aktivita hraje při zvládání stresorů dokonce mimořádně důležitou roli. Podle kognitivní teorie stresu jde o situace, které svou náročností přesahují možnosti a schopnosti našeho kognitivního aparátu (Křivohlavý, 2009). Kognitivní funkce umožňují člověku nejen poznání situace, ale také poznání sebe sama. Nezkreslené vnímání, dobrá orientace v problému, efektivní myšlení, strážlivé ocenění situace oproštěné od deformujícího vlivu emocí, přání, iluzí a fantazie, to vše jsou kognitivně zprostředkované výhody člověka, jež mu umožňují vyrovnávat se se stresem racionálně. Opačný, relativně jednodušší způsob reakce na stres je přesunutí odpovědnosti za potíže a hledání východiska mimo vlastní osobu (např. vyšší moc, vláda, Bůh). Kognitivní funkce přispívají k integrativnosti adaptace, tj. respektování celé osobnosti člověka, kdy se dává přednost adaptivnějšímu uspokojení celé osobnosti před např. uspokojením jedné potřeby za cenu pozdějších sebevýtěk. Na základě kognitivních funkcí si člověk vytváří svou životní filozofii, své sebepojetí a to mu

poskytuje ve stresu orientační vodítko, dává to smysl jeho konání a poskytuje sílu k jednání ve svízelných situacích. Kognitivní aspekty odezvy na stres jsou tak potenciálním zdrojem psychické odolnosti člověka (Hošek, 1997).

K psychickým jevům, které mají úzký vztah k hodnocení situace, a tím následně k celému průběhu a výsledku adaptačního procesu, patří tzv. kognitivní styl. Kognitivní styl lze považovat za podstatnou součást odolnosti vůči zátěži. Kognitivní styl je definován jako tendence jedince přijímat a zpracovávat informace a podněty ze svého okolí určitým specifickým, avšak konzistentním způsobem (Paulík, 2010).

Lazarus (1966) a Arnoldová (1960) prokázali rozhodující význam kognitivního hodnocení pro to, aby byla daná situace člověka prožívána jako stresogenní. Zároveň zmínili také to, že již anticipace nepříjemné události má stresogenní účinek. Mason (1971) (cit. podle Šolcová, 2007, s. 7) potvrdil význam kognitivního hodnocení i u zvířat. Prokázal, že způsob, jakým zvíře vnímá stresor, může zásadně ovlivnit jeho hormonální odpověď. Tato stresová hypotéza je uváděna jako Masonova aktivační hypotéza, podle níž kognitivní hodnocení může významně modifikovat stresovou odpověď jak v chování, tak v neuroendokrinním aparátu. Kognitivní hodnocení tedy rozhoduje o neuroendokrinní odpovědi, předchází ji.

Henry se svými kolegy (Henry, Stephens, 1977) považují za rozhodujícího činitele, zodpovědného za podobu stresové reakce, ohrožení kontroly nad situací, které vede k bojové či útekové odpovědi, zatímco ztráta kontroly nad situací má za následek rezignaci. Při pocitu ohrožení kontroly nad situací dochází dokonce k jiné neuroendokrinní reakci než při pocitu ztráty kontroly. Ohrožení kontroly vede k aktivaci sympato-adrenálního systému, zatímco ztráta kontroly nad situací aktivuje hypotalamo-hypofyzární systém s následnou sekrecí adrenokortikotropního hormonu (ACTH) a kortizolu. Výše zmínění autoři Henry a Stephens (Henry, Stephens, 1977) rozlišili dvě základní formy odpovědi na stresor. První typ je popisován jako odpověď na výzvu, a právě zde je aktivován systém sympato-adrenální. Odpověď na prožívanou porážku aktivuje osu hypotalamus-hypofýza-kůra nadledvin. Je nutné ještě zmínit, že podle názoru autorů existuje pravděpodobně nekonečné množství stavů, které jsou kombinací obou těchto odpovědí. Obecně se reakce na stresující podnět rozdělují na přímé akce (akce směřující ke zvýšení obranyschopnosti, útok či útek), obranné přehodnocení (popření, izolace, racionalizace atd.) a úzkostné reakce (Lazarus, 1966).

Souvislost mezi atribučním stylem a stresem, zejména otázkou kontroly tak, jak je chápána např. v Rotterově konceptu LOC (viz. dále), je viditelná v případě jedince nacházejícího se ve stresu. Pro něj je důležitá prožívaná kontrola nad situací, pocit, že situaci je možné zvládnout. Významnou situační charakteristikou je tedy její kontrolovatelnost.

Lazarus (1966) se domnívá, že osoby, které nepovažují stresovou situaci za ztracenou či beznadějnou a hodnotí ji jako zvladatelnou vlastními silami, mohou ovlivnit další průběh této situace v tom smyslu, že k rozvoji Selyeho stresové reakce nemusí dojít. Východiskem platnosti tohoto předpokladu je výše zmíněné kognitivní hodnocení (cognitive appraisal) zátěžové situace, jež probíhá ve třech fázích. Primární hodnocení je založeno na transakcích jedince s okolím, jejichž smyslem je ocenění situace z hlediska důsledků pro osobní pohodu. Jedinec v rámci této úrovně rozděluje transakce na irelevantní, pozitivní a stresové. Sekundární hodnocení se týká posouzení efektivity vlastních zvládacích možností a volby postupů, jež jsou ke zvládnutí situace k dispozici, včetně anticipace možného dalšího vývoje situace. Terciární hodnocení, přehodnocení (reappraisal), obsahuje nové vyhodnocení situace. Jedinec v důsledku získaných nových informací přehodnocuje své vidění situace (Folkman, Lazarus, 1980).

Jak je patrné z textu výše, mezi kognitivními procesy a stresovou odpovědí existuje úzký vztah. Podobně úzkou souvislost lze pozorovat taktéž mezi emocemi a jejich fyziologickými doprovodnými reakcemi. Čím méně jsme schopni vnímat a vyjadřovat pocity, tím intenzivnější je doprovodná tělesná reakce (Krusse, Tress, Wöller, 2008). Křivohlavý (2002) označuje lidi schopné navenek vyjadřovat tíži svého duševního stavu somatickými příznaky jako somatizéry. V tomto případě nejde o plynulou, nepřetržitou aktivitu tohoto druhu. Somatizace se projevuje nejčastěji v situacích, kdy se daná osoba dostává do distresu, tedy do těžké situace, kterou není schopna sama zvládnout.³

Somatizace je však pojem stejně složitý jako psychosomatické onemocnění. Např. autoři Lundh a Wangby (2002) na základě výsledků svého výzkumu zjišťujícímu vztah mezi somatizací a atribučním stylem navrhují „rozlišovat“ dva druhy somatizace. Ze jeden typ somatizace lze považovat situaci, kdy jedinec nadhodnocuje či přehání své

³ V tomto bodě jsem si vědoma jistých nepřesností, neboť mi není zcela jasné, zda Křivohlavý za somatizéry považuje osoby s psychosomatickými potížemi tak, jak je popisují v této práci. Protože se mi ale jeho koncept somatizace zdá velmi podobný mému chápání psychosomatických potíží, zmínila jsem jej zde.

somatické potíže, a to v důsledku toho, že těmto potížím připisuje psychogenní příčinu. Druhým typem je tzv. somatizování ve smyslu somatizačního atribučního stylu (viz. dále), tedy přiřítání příčin somatických potíží tělesné chorobě.

Na základě výše zmíněných údajů lze konstatovat, že kognitivní hodnocení má významný podíl při zvládnání stresu. V současné literatuře se činitelé, kteří zprostředkovávají vztah mezi podněty a reakcemi, zmírňují, omezují, případně zesilují zátěžový vliv určitého podnětu na osobnost člověka, nazývají moderátory a mediátory. Moderátory jsou proměnné, které existují ještě před začátek stresové situace, a jsou tedy na této situaci i na jejím zvládnání nezávislé (např. vlastnosti osobnosti, vědomosti, pohlaví, věk). Navíc jsou relativně stabilní v čase. Naproti tomu mediátory jsou proměnné, které vznikají až v situaci, kdy je člověk vystaven zátěži, a zasahují do vztahů mezi proměnnými. Souvisí se zátěží i procesem a na rozdíl od moderátorů vykazují vyšší variabilitu. S jistým zjednodušením lze definovat dva hlavní typy mediátorů. Prvním z nich je kognitivní zhodnocení míry závažnosti ohrožení a míry vlastních možností tuto zátěž úspěšně zvládnout. Druhým je míra pozornosti, kterou jedinec stresoru a jeho zvládnání věnuje (Paulík, 2010).

V závěru této kapitoly bych ráda nastínila své hypotézy týkající se vztahů mezi stresem, atribučním stylem a psychosomatickým onemocněním. Pokud lze za jednu z příčin vzniku psychosomatického onemocnění považovat prožívání dlouhodobého stresu, pak je mimo jiné podstatné, jak si jedinec příčinu tohoto stresu, který spustí specifickou či nespecifickou fyziologickou reakci, vysvětluje. Je možné, že při vzniku a v průběhu psychosomatického onemocnění se uplatňuje odlišný atribuční styl týkající se právě výše zmíněné možnosti kontroly, a to ve dvou klíčových situacích. První situace nastává v případě, kdy jedinec prožívá stres, jehož zdroj se snaží určit. Vzhledem k faktu, že psychosomaticky nemocný jedinec odmítá, že by se na jeho onemocnění mohly významnou měrou podílet psychosociální faktory, považuje za původce svého onemocnění tělesné pochody, které již z principu nelze ovlivnit, kontrolovat (např. nemožnost vědomého ovlivňování fyziologie trávení). Druhá situace, kdy podle mého názoru hraje otázka možnosti kontroly nad situací podstatnou roli, se projevuje v době, kdy psychosomatická porucha přetrvává a jedinec se léčí. Nemocný opět není schopen připustit významný podíl psychosociálních faktorů na udržování či zhoršování průběhu onemocnění. Tím samozřejmě znemožňuje sám sobě možnost svůj zdravotní stav ovlivňovat, a tak se uzdravovat, hledá proto příčinu svého

stonání vně (např. nedostatečná lékařská péče, genetické predispozice). Jeho atribuční styl je tedy externální (Nováková, 2011).

1.3 Úvod do atribučních teorií

V této kapitole pouze nastiňuji problematiku atribučních teorií a uvádím ty koncepce, které stály u zrodu atribuční teorie, a ty, které souvisejí či mají úzký vztah k problematice, která je předmětem této práce jak v části teoretické, tak praktické.

Atribuční procesy se snaží odpovědět na otázku, jak si lidé v každodenním životě připisují příčinnost svému vlastnímu chování, chování druhých nebo nepersonálním jevům ve svém okolí. Nejedná se však o hledání objektivní příčinnosti, ale o subjektivní výklad událostní každodenního života (Baumgartner, 2008).

V běžném každodenním životě lidé o svém chování a jeho příčinách mnohdy nepřemýšlejí. Potřebu vysvětlit si příčinu či příčiny chování začnou pociťovat především tehdy, když se stane něco neobvyklého. Takováto potřeba nalezení příčiny může nabývat na důležitosti třeba právě v případě, kdy jedinec začne pociťovat tělesné obtíže nebo kdy u něj propukne více či méně závažné onemocnění. Je důležité vědět, čemu lidé věří, protože tato přesvědčení jsou základem chování.

Jsou to však také vědci, kteří se snaží poznat a charakterizovat podmínky ovlivňující u každého člověka formování jeho pojetí světa a vlastního místa v něm a popisu a zdůvodnění příčin, jež se na utváření tohoto pojetí nejvíce podílejí (Kebza, 2005).

Lidé si vytvářejí dokonce osobní teorie o tom, proč se chováme tak, jak se chováme. Různým způsobem tak vznikají subjektivní teorie o příčinách chování. Když sledujeme vztah mezi chováním a tím, co mu předcházelo, a tato situace se navíc několikrát opakuje, máme tendenci vytvořit si souvislost mezi touto „příčinou“ a chováním. Jedná se o tzv. kovarianční informace, tedy o jakousi nashromážděnou zkušenost, jak reagujeme na různé podněty, z čehož posléze usuzujeme na možné příčiny (Nisbett, Wilson, 1977). Problematickým při tvoření kovariančních informací, které poměrně snadno chybuje, je, že lidem stačí málo, i jen tři až čtyři opakování, aby si v mysli utvořili vztah mezi těmito jevy, ačkoli se může jednat o čistou náhodu. Tento fenomén se nazývá „zákon malých čísel“ a podléháme mu v běžném životě téměř všichni (Kahneman, Tversky, 1974).

Fritz Heider (1958) položil základy atribuční teorie. Domníval se, že lidé jsou tzv. naivní vědci, kteří se snaží dát do souvislosti pozorovatelné chování s nepozorovatelnými příčinami. Poukázal na to, že atribuční proces obsahuje

vyvozování struktur a procesů týkajících se lidí a prostředí, tedy jejich dispozičních kvalit (jako např. schopnosti, záměry), a to na základě pozorovatelných znaků (jako je chování, verbalizace) (Baumgartner, 2008). Poznání těchto příčin je známé jako proces atribuce (připisování). Atribuční teorie se tedy zabývají vysvětlením nebo hledáním kauzální příčinnosti nejen chování druhých, ale také vlastního chování. V případě kauzálních atribucí (casual attribution) jde o deduktivní proces, jímž pozorovatel přisuzuje následek jedné či více příčinám. Jedná se tedy o způsob vytváření spojitosti mezi příčinou a následkem, kauzalitou. Atribuční styl (attributional style) je popisován jako tendence docházet k určitému druhu kauzálních závěrů v různých situacích a v různých dobách (Fincham, Hewstone, 2006).

H. H. Kelley (1967) a (1973) a Jones a Davis (1965) (cit. podle Howard, Renfrow, 2004, s. 267) rozšířili a prohloubili Heiderovu původní formulaci. Jejich teoretické modely předpokládají, že příčiny vlastního chování mohou lidé připisovat buď sami sobě, nebo situačním vlivům. Kelley se ve svých výzkumech zabýval otázkou, jak a kdy lidé nachází vysvětlení příčin chování sami v sobě a kdy připisují tyto příčiny okolním a situačním vlivům. Kelley významně přispěl k výzkumu kauzálních atribucí vypracováním tzv. kovariančního modelu. Základem jeho modelu kovariance je statistická metoda analýzy rozptylu ANOVA. Popisuje způsob, jakým lze vysvětlit tři hlavní typy kauzální atribuce. McArthur (1972) došel v souvislosti se zkoumáním kovariance k podobným výsledkům jako Kelley. Ve velmi zjednodušené formě lze jejich postřehy shrnout do konstatování, že při zjišťování příčin chování může jedinec vyvodit závěr, že výsledné dění bylo ovlivněno jím samým, okolnostmi, vnímanou entitou (další osoba či osoby) nebo kombinací těchto faktorů. Kelleyho metoda analýzy rozptylu však byla následně podrobena kritice. Kelley (1972) na tyto kritické ohlasy reagoval a zformuloval hypotézu tzv. kauzálních schémat, která se uplatňují v situacích, kdy nemáme dostatek informací, čas nebo motivaci opakovaně zkoumat svá pozorování, a zjistit tak příčinu sledovaného chování. Tato schémata jsou hotová přesvědčení, předsudky, ze zkušenosti vycházející hypotézy o tom, jak různé příčiny ovlivňují a vedou k určitým výsledkům. Daná osoba tedy interpretuje získané informace o chování na základě porovnávání s těmito schématy a integruje je do nich.

Koncepce a teorie zabývající se atribucemi jsou založeny na premise, že vnější vlivy nebo stimuly (S) neovlivňují reakce (R), tedy chování a emoce, jedince přímo, ale že do vztahu S-R ještě vstupuje třetí proměnná (C), neboli kauzální atribuce, obecněji

kognice. Jedná se tedy o kognitivní modely popisované vztahem S-C-R. Výzkumy, které se snaží charakterizovat vztah mezi stimulem (S) a atribucí (C), jsou označovány jako atribuční teorie (S-C). Jako atribuční modely jsou poté zmiňovány ty teorie, jež se zabývají tím, jak různé atribuce ovlivňují reakce jako myšlenky, emoce a chování (C-R) (Försterling, 1986; Weiner, 1974).

Samotný proces hledání příčin (atribuování) je proces poměrně náročný a problematický, a to na základě následujících aspektů. Naše chování je ovlivňováno mnoha faktory (např. geny, dosaženým stupněm vzdělání, kulturou), proto může být obtížné nalézt právě ten faktor nebo ty faktory pro dané chování rozhodující. Mnohé jevy, které ovlivňují naše chování, mohou být často neuvědomované a nevědomé, popřípadě uvědomované pouze iluzorně. Podstatné v tomto procesu je taktéž množství informací pro nás dostupných a způsob našeho usuzování a přesvědčení o tom, jací jsme. Kauzální řetězec vedoucí k našemu chování může být navíc mnohdy dlouhý a mít mnoho úrovní a my nemusíme mít dostatek času ani kapacity zabývat se všemi možnými vlivy na naše chování. Navíc lidé nemohou přímo pozorovat příčiny, mohou si pouze všimnout, co určitému chování předchází. Ovšem korelace není příčina, příčinnost je vždy pouze interpretací, snadno se totiž může objevit jiný vliv, který našemu chování předcházela a naše chování způsobil, avšak my si jej neuvědomujeme (Neusar, zkráceno a upraveno, 2009, s. 24).

A. Bandura (1997) se v rámci sociálně kognitivní teorie zabýval pojmem self-efficacy (víra ve vlastní schopnosti, vnímaná osobní účinnost), který má mnoho společného s teoriemi motivace a s atribučními teoriemi. Termínem self-efficacy rozumí Bandura přesvědčení jedince o kontrole nad událostmi a možnostmi ovlivňovat svůj život; přesvědčení, co může jedinec díky schopnostem, jaké má, dělat pod vlivem různých okolností. Jedinci, již se hodnotí za vysoce účinné, považují události za kontrolovatelné a své neúspěchy připisují nedostatečnému úsilí nebo situačním překážkám. Pokud se domnívají, že jsou schopni kontrolovat chod dění, lépe pak zvládají vlastní emocionální stav a také se staví čelem nepříznivým životním událostem. Naproti tomu jedinci s nízkým self-efficacy spatřují příčiny vlastních neúspěchů v nedostatku schopností a vykazují psychickou zranitelnost, tendenci k depresím a podléhání stresu. Ztrácejí víru v sebe, snadno všechno vzdávají. Self-efficacy je schopnost, ve které se kognitivní, sociální, emocionální a behaviorální dovednosti organizují specifickým způsobem a efektivně pak slouží mnohačetným

účelům. Přesvědčení o vlastní účinnosti se netýká jen přesvědčení o schopnosti kontroly nad událostmi, ale souvisí také se schopností seberegulace v oblasti kognice, motivace, emotivity a fyziologického stavu. Je však na místě zdůraznit, že očekávání vlastního úspěchu se vztahuje ke konkrétním požadavkům, nejedná se o globální osobnostní schopnost. V souvislosti např. s chronickým onemocněním hraje self-efficacy důležitou roli v souboji jedince s tímto onemocněním, protože vnímaná osobní účinnost determinuje, zda se bude jedinec snažit iniciovat určité zdravotně-relevantní chování (De Ridder, 2004). Lau-Walker (2004) ve svém výzkumu vztahu mezi self-efficacy a obrazem nemoci (illness representation, viz. dále) týkajícím se srdeční příhody došla k podobným závěrům. Čím větší následky po srdeční příhodě očekává pacient, tím nižší je jeho self-efficacy v souvislosti s vypořádáním se s těmito následky. Vědomí vlastní účinnosti determinuje rozhodnutí ke změně chování, úroveň vynaloženého úsilí a odolnost v případě nepřízně osudu (Lau-Walker, 2004). Self-efficacy se jeví jako silný prediktor chování zaměřeného na změnu zdravotního stavu (Ingledeu, Hardy, Cooper, 1996).

Koncept self-efficacy je blízký konceptu tzv. personal control (De Ridder, 2004). Jedná se o pocit schopnosti ovlivňovat své chování, zvládat obtížné životní situace, ovlivňovat okolí a dosahovat požadovaných výsledků. V souvislosti se zdravotním stavem lidí, kteří se vyznačují vědomím „osobní kontroly“, se se svým onemocněním vyrovnávají lépe a adekvátněji než lidé s nízkou úrovní této schopnosti.

Sense of coherence (dále jen SOC), soudržnost osobnosti⁴, teorie Aarona Antonovského (1979, 1987) (cit. podle Kebza, 2005, s. 97) je klíčovým pojmem pro schopnost jedince vnímat okolnosti svého života jako zvládnutelné. SOC je charakterizována těmito proměnnými: srozumitelností (comprehensibility), zvladatelností (manageability) a smysluplností (meaningfulness). Srozumitelnost vyjadřuje míru, v jaké je svět a vlastní místo v něm chápán jako srozumitelný, poznatelný a uspořádaný celek. Podle dimenze srozumitelnosti vše funguje logicky a s vysokou mírou předvídatelnosti. Zvládnutelnost je považována jako adekvátní schopnost jedince reagovat na stres, tedy schopnost cíle v tomto světě a životní role ovlivňovat a zvládat. Smysluplnost je míra, na kolik stojí za to investovat energii a čas do plnění požadavků, jež přináší život. Jedná se o úroveň nalezení smyslu existence. Je-

⁴ Kromě uvedeného překladu „soudržnost osobnosti“ se lze setkat např. s překlady: „smysl pro soudržnost“, „smysl pro integritu“, „osobnostní soudržnost“ (Kebza, 2005, s. 97; Křivohlavý, 2002, s. 99).

li svět srozumitelný a zvladatelný, pak by lidská existence, prožívání a chování mělo být chápáno jako smysluplné. Jedinci s vysokou SOC mají tedy tendenci chápat svět jako srozumitelný, zvládnutelný a smysluplný (Mareš, Vachková, 2009; Kebza, 2005).

Pro zjišťování SOC byl Antonovskym vyvinut dotazník SOC tvořený 29 položkami. Vznikla jeho česká verze stejně jako česká verze dotazníku PVS S. Kobasové, který zjišťuje úroveň hardiness (Šolcová, 2007; Kebza, 2005).

S přístupem, jenž do určité míry shrnuje výše uvedené poznatky a navíc slouží jako diagnostická metoda, se lze setkat u P. Strattona (2003), který vytvořil pro potřeby rodinné terapie se svými spolupracovníky systém kódování atribucí „The Leeds Attributional Coding System“ uváděný pod zkratkou LACS. V tomto systému jsou atribuce kódovány do následujících pěti dimenzí: stabilní versus nestabilní, globální versus specifické, interní versus externí, osobní versus univerzální a kontrolovatelné versus nekontrolovatelné. Autor zdůrazňuje, že faktor kontrolovatelnosti, v atribučních teoriích zásadní pojem, není součástí většiny systémů kódování atribucí.

1.4 Dimenze internality-externality

Zásadním přínosem v atribučních teoriích je bezesporu koncepce J. Rottera „locus of control“ (dále jen LOC) (Rotter, 1966) týkající se místa řízení.⁵ Podle této teorie se mezi sebou lidé liší podle generalizovaného očekávání a přesvědčení, jak jsou determinováni ve svém chování a jeho důsledcích. Tento model vnímaného řízení je jednodimenzionální, atribuce mohou být buď interní (vnitřní), nebo externí (vnější). Prvním, kdo však příčiny rozdělil na vnitřní a vnější, byl výše zmíněný F. Heider (1958), který zavedl pojem jako vnitřní vs. vnější lokalizace příčin jevů (Baumgarnter, 2008). Osoby s vnějším (externím) LOC, tzv. externalisté, věří, že jejich život je ovlivňován vnějšími okolnostmi, šťastnou náhodou, osudem či silnými osobnostmi a samy nemají na jeho vývoj významnější vliv. Externalisté se domnívají, že výsledky jejich činnosti nezávisí na jejich cílevědomém úsilí, ale právě na vnějších faktorech, které se vymykají jejich vlivu. Zároveň se jim výsledky jejich činnosti jeví jako nevyzpytatelné, nekontrolovatelné, považují je za věc náhody či štěstí. Naproti tomu jedinci s vnitřním (interním) LOC, tzv. internalisté, jsou přesvědčeni, že svůj život mají pevně ve svých rukách, takže vývoj jejich života závisí na jejich schopnostech, úsilí a aktivitě. Věřící, že mohou řídit dění kolem sebe, že dokáží zvládat většinu na ně kladených požadavků tím, že provedou, co je třeba. Výsledky svého jednání považují za předpověditelné (Svoboda, 1999). Podstatným aspektem této koncepce je faktor zodpovědnosti za výsledky vlastních činů. Vnitřní LOC (internalismus, internalita) vykazuje zodpovědnost, vnější LOC (externalismus, externalita) naopak souvisí s obviňováním ostatních. Tento faktor se vztahuje k obecnějšímu rysu charakteru, k dimenzi sebeřízení (Baštecká, 2001). Pochopí-li pozorovatel, které faktory je třeba použít k interpretaci chování druhé osoby (nebo i vlastní chování?), může být jeho svět předvídatelnější, čímž získává pocit větší kontroly (Fincham, Hewstone, 2006).

Weiner (1974), jenž se zabýval v rámci teorie motivace a atribucí příčinami úspěchu a neúspěchu, zdokonalil výzkum v oblasti vnitřních a vnějších atribucí. Navázal na Rottera a vytvořil systematický přehled příčin nejprve z hlediska dvou dimenzí (stabilní-nestabilní, interní-externí). Poté tento model ještě rozšířil o třetí

⁵ Termínu „locus of control“ nebývá většinou překládán. Pokud ano, lze se setkat s překlady např. „lokalizace kontroly“ (Kebza, 2005, s. 96), „místo kontroly“ (Hošek, 1997, s. 58). V práci tento termín nepřekládám, používám jej v původním anglickém jazyce, i když za nejvhodnější překlad považuji „místo řízení“.

dimenzi (záměrný-nezáměrný). Kauzální umístění (casual locus) se týká místa příčiny, která je ve vztahu k osobě vnitřní či vnější; stabilita souvisí s časovou povahou příčiny a proměňuje se od stabilní (neměnné) k nestabilní (proměnlivé); záměrnost (ovlivnitelnost) odráží stupeň volní kontroly nad příčinou. Každou dimenzi lze navíc spojit s konkrétními emocemi, a to umístění s pýchou a sebeúctou, stabilitu s nadějí či beznadějí, záměrnost s hanbou, vinou, je-li namířena proti sobě, a zlostí, vděčností či lítostí, směřuje-li k ostatním. Na třídimenzionálním schématu Weiner poukázal, jaké důsledky z toho vyplývají pro motivaci k dosažení úspěchu. Značně propracoval teorii atribuce a teorii motivace a domníval se, že způsob, jímž událostem přisuzujeme příčiny, může ovlivnit naše emoce. Weiner se tedy zaměřil na diagnostikování stylu uvažování, tedy toho, jak se lidé dívají na život a svět, důraz kladl právě na dimenzi internality-externality.

Weinerovu teorii ještě hlouběji rozpracovala skupina psychologů kolem Martina P. Seligmana (Křivohlavý, 2012). V České republice přiblížil dílo Martina P. Seligmana především právě výše uvedený autor Jaro Křivohlavý (2012). Ten ve svém díle o optimismu a pesimismu popisuje tzv. výkladové styly (explanatory styles). Jedná se o způsoby, jakými si vykládáme to, co se nám děje; jsou to pohledy na svět a na to, co se v něm děje, včetně vlastních způsobů jednání. Tyto výkladové styly sestávají z tří hledisek. Hledisko času (permanence) odkazuje na to, jak dlouho daná situace trvá nebo bude trvat. Např. pesimisticky založení jedince mají tendenci se u špatných událostí domnívat, že budou trvat dlouho a naproti tomu dobré situace krátkou dobu. Hledisko rozsahu, závažnosti a pronikavosti (pervasiveness) udává, jak závažný je jev, ke kterému došlo. Opět např. u pesimisticky založených osob lze předpokládat, že špatné situace budou považovat za katastrofy. Poslední hledisko, hledisko našeho osobního podílu na tom, co se stalo (personalisation), se týká dimenze internality-externality a jedná se o týž koncept, který vytvořil J. Rotter. Zajímavé je, že vzhledem k dimenzi optimismu a pesimismu hraje při výkladu vlastního podílu na této situaci ještě roli, zda došlo k události dobré, nebo špatné. Např. pesimisté vykazují internalizační tendence při výkladu špatných událostí, ale naopak při výkladu dobrých událostí se přiklání k externalizačnímu výkladovému stylu. Autor také uvádí, že přeceňování vlastního podílu na pro nás pozitivních událostech a podceňování vlastního podílu na pro nás negativních situacích je určitou relativně stálou osobnostní charakteristikou. Tuto tendenci lze nazvat jako sebepovyšování. Druhým opakem je

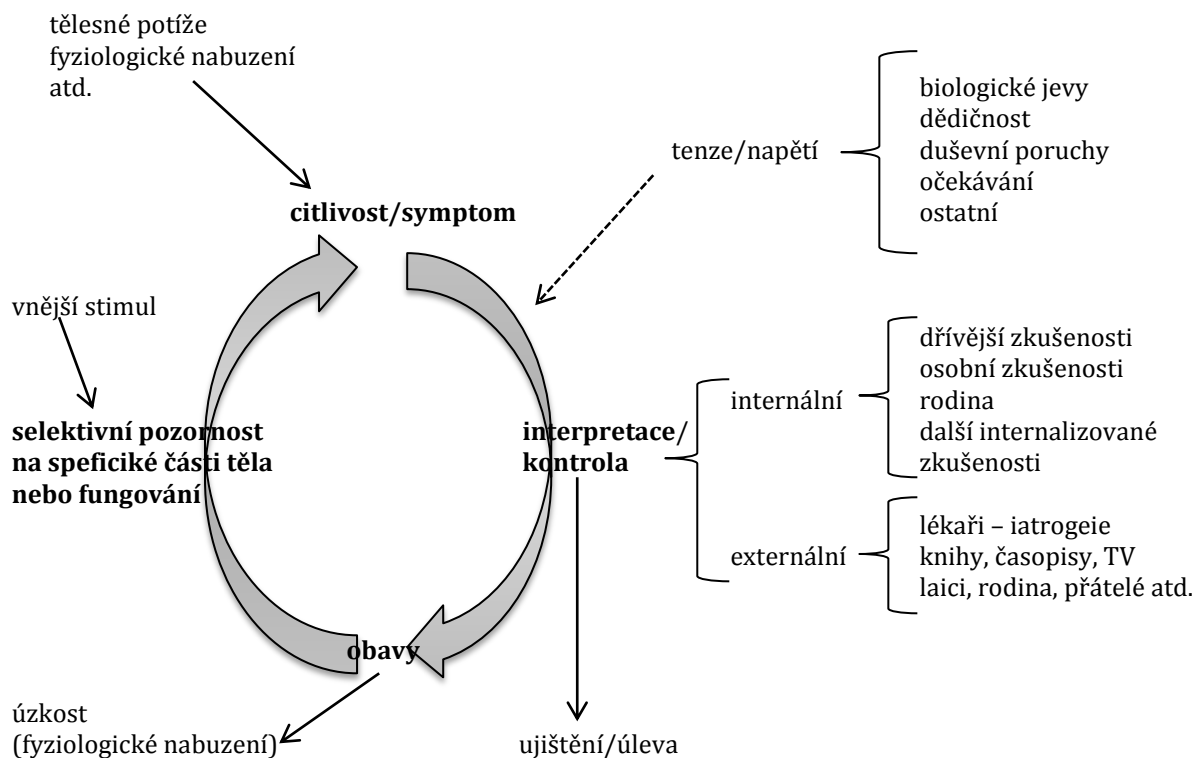
sebeponižování, kdy jedinec na sebe bere větší podíl viny na negativních situacích a naopak snižuje vlastní zásluny na pozitivních událostech.

Za proměnné, které významně ovlivňují LOC, je považováno pohlaví, věk, příslušnost k minoritní skupině a socioekonomický status. Významnou roli hrají také psychosociální pracovní podmínky a nezaměstnanost (Gil-Lacruz, Gil-Lacruz, 2010).

1.5 Atribuční styly psychosomaticky nemocných

Atribuční teorie se v souvislosti s nemocí zabývají zkoumáním toho, jak si lidé vytvářejí přesvědčení týkající se příčin onemocnění a čím je toto přesvědčení ovlivňováno (Křivohlavý, 2002). Ve zdraví a nemoci tak patří atribuční styl k podstatným psychologickým faktorům, které ovlivňují průběh léčby a uzdravování.

Tzv. kognitivně-behaviorální model navrhuje vnímat funkční poruchy jako výsledky maladaptivní reakce na běžné tělesné vjemy a banální indispozice misinterpretované jako tělesné choroby. Tento model se soustřeďuje na pacientovo vnímání symptomů a na jeho výsledné chování. Tento model předpokládá, že každý má svůj vlastní pohled na tělesné vjemy či symptomy a že je s tímto pohledem dobře obeznámený. Tento pohled se vyvíjí v průběhu celého života, jedná se tedy o kontinuální proces. Lidé hodnotí svou kondici primárně podle vnitřní evaluace, která vychází z jejich předchozích zkušeností. Lidé však mohou během tohoto celého procesu získávat další informace, a to od členů rodiny, kolegů, lékařů, z odborných knih, časopisů apod. Informace zvnějšku pak mohou nastartovat proces změny interpretace důvěrně známého symptomu na symptom interpretovaný jako příznak nemoci. Tato informace totiž může způsobit, že jedinec zaměří svou pozornost na tu část těla, kterou považuje za ohroženou, to může zvýšit citlivost vnímání symptomu, následují zvýšené obavy jedince, a celý proces se tak může zacyklit. Obrázek níže ukazuje tento proces percipování symptomu a porozumění nemoci v grafické a velmi přehledné formě (Fink, Rosendal, Olesen, 2005).



Obrázek 2: Percepce symptomu a porozumění nemoci (Fink, Rosendal, Olesen, 2005, s. 776)

Jakmile dojde u jedince k jakýmkoli projevům vnímaným jako nepříjemné, snaží se daná osoba pochopit, co se s ní vlastně děje, a snaží se dát své stávající situaci určitý smysl (pochopit, jaký význam má to, co se s ní děje). V této chvíli osoba identifikuje a pojmenuje (labeling) svou nemoc a zároveň si vytvoří představu o dalších jevech s nemocí spojených. Pátrá po příčinách změny zdravotního stavu, zjišťuje závažnost onemocnění, délku trvání léčby, následky atd. Tímto způsobem získává jedinec celkový obraz nemoci, v zahraniční literatuře uváděný termínem *illness cognition*, *illness representation* či *illness belief* (Cameron, Moss-Morris, 2004). Toto pojetí nemoci pak zásadním způsobem ovlivňuje motivaci, jak s nemocí bojovat (Křivohlavý, 2002). Porozumění tomu, jak si lidé vysvětlují svou nemoc, je velmi užitečné v následném chápání jejich reakcí na nemoc (Fink, Rosendal, Olesen, 2005).

Podobný koncept jako *illness representation* vytvořil Leventhal et al. (1984) na základě empirických dat získaných z rozhovorů s pacienty. Jedná se o tzv. *self-regulatory model of illness (SRM)* (seberegulační model nemoci). Tento model je široce využíván pro potřeby vysvětlení, jak lidé interpretují a jak se vyrovnávají se současnými či potenciálními zdravotními událostmi či ohroženími. Model v sobě zahrnuje těchto pět komponent – identita, příčina, časová osa nemoci, následky,

kontrola/léčba. SRM tak poskytuje důležité vodítko pro predikci pacientovy schopnosti vyrovnávat se s onemocněním a pro rozvoj intervencí, jak u pacienta podporovat self-management při jeho chronickém onemocnění. To, jak se jedinec vypořádá s prožívanými tělesnými obtížemi, zda je bude ignorovat, strachovat se, vyhledá lékařskou pomoc atd., závisí na tom, co považuje za příčinu těchto potíží (Duddu, Isaac, Chaturvedi, 2006). Za zajímavý lze shledat fakt, že se jedná pouze o malou část populace, která v případě zjištění určitých tělesných symptomů vyhledá lékařskou pomoc. Výzkumníci identifikují mnoho kognitivních faktorů determinujících právě ono rozhodnutí vyhledat lékařskou péči na základě zjištění nejrůznějších tělesných potíží.

Procesy atribuce a atribuování v nemoci se uplatňují v tzv. mentálních reprezentacích pacienta, kognitivních schématech nemoci, pacientových subjektivních teoriích nemoci, v jeho přesvědčení a postojích k nemoci (Cameron, Moss-Morris, 2004; Mareš, Vachková, 2009; Křivohlavý, 2002). Subjektivní teorie nemoci je popisována jako kognitivní konstrukt, který si vytvářejí pacienti. Nemusí korespondovat s lékařskými fakty. Pacienti si jím vysvětlují podstatu, příčinu a charakter svého onemocnění a způsoby léčení. Pacientova subjektivní teorie jeho onemocnění je ovlivňována vnímáním a prožíváním vlastní nemoci a způsobem uvažování o ní a spoluurčuje, jaké strategie zvládnání nemoci pacient zvolí, aby se s nemocí vyrovnal (Mareš, Vachková, 2009). Z hlediska hledání příčin stonání spatřují někteří základ svého onemocnění v genetice, jiní mají sklon hledat za nemocí vlastní selhání a vysvětlují si své vážné onemocnění třeba jako trest za provinění. Někteří naopak svou nemoc chápou jako důležitý úkol, součást jejich životní cesty a životní zkoušky (Křížová, 2005). Lidé se však mohou lišit také v úrovni rozpracování své teorie nemoci; zatímco někteří mají toto kognitivní schéma nemoci velmi detailně propracované, jiní naopak mohou vykazovat velmi málo představ o své nemoci (Cameron, Moss-Morris, 2004).

Křivohlavý (2002) uvádí, že kognitivní schémata nemoci si vytváříme již od raného dětství. Navíc podle toho, jakou myšlenkovou představu o nemoci pacient má, se řídí i jeho pochopení významu daného příznaku, jeho vztah k nemoci a jeho chování. Kognitivní schéma nemoci tedy rozhoduje o tom, jak bude jedinec reagovat na výskyt toho či onoho příznaku. Přemýšlení o příčině nemoci je ovlivněno minulou zkušeností a anamnézou, typem aktuální nemoci či symptomu, individuálními charakteristikami a znalostmi a přesvědčeními, které existují ve společnosti v daném historickém období.

Zároveň také existuje rozdíl v připisování příčin, a to podle toho, zda se jedná o nemoc či jen tělesný symptom. Nemoc má totiž většinou oficiální označení či je diagnosticky zachycena. Naproti tomu symptom nemusí být zřetelně spojován s nějakou nemocí a má široké spektrum možných vysvětlení (např. stres, psychologické faktory, potenciálně vážné onemocnění) (Nykvist, Kjellberg, Bildt, 2002). Z podstatných faktorů, které ovlivňují vnímání symptomů v nemoci a následně také chování, můžeme počítat jako významnou proměnnou pohlaví pacienta. Ženy obecně vnímají zdraví jako složitý komplex jevů, a spíše než muži považují jako výrazné podmínky stonání psychologické faktory, rodinnou strukturu a sociální vztahy (Blaxter, 1990). Z osobnostních charakteristik lze jmenovat zvýšenou citlivost somatosenzorického aparátu, atribuční styl, neuroticismus, negativní afektivitu, úzkost a depresi a alexythimii. V nemoci dochází mnohdy k začarovanému kruhu vnímání symptomů. Pokud u jedince vzniká podezření na rozvíjející se onemocnění, zvýší se tělesné povědomí, citlivost k symptomům, dochází k distresu (negativně prožívaný stres), což v zápětí způsobí, že se zesílí víra, že jedinec je skutečně nemocný. K těmto jevům dochází právě u pacientů somatizujících, tedy u pacientů, kteří svou duševní nepohodu prožívají „tělesně“. Stejně náchylné k prožívání výše zmíněného cyklu jsou také osoby, které prožily trauma, psychiatricky nemocní, lidé žijící v dlouhodobém stresu atd. Tito lidé vykazují tendenci prožívat normální tělesné a viscerální symptomy jako symptomy abnormální, patologické, předpovídající chorobu. Toto kognitivní zpracování způsobuje úzkost ve vztahu k vnímání symptomů a chová se jako prostředník mezi vnímáním tělesných symptomů na straně jedné a hypochondrickými představami a chováním na straně druhé. Navíc se ukazuje, že zvýšená citlivost k somatickým symptomům je stabilní v čase (Duddu, Isaac a Chaturvedi, 2006).

Pacientovy subjektivní teorie nemoci úzce souvisí se subjektivním hodnocením vlastní zdatnosti (self-efficacy) ve zvládnání nemoci a s jedincovou schopností vnímat situace, které přináší život, jako zvládnutelné. Již výše zmíněný Bandurův koncept self-efficacy hovoří o tom, že přesvědčování pacienta o tom, že určité zdravotní chování povede k žádaným výsledkům, nemusí být efektivní, pokud pacient nevěří, že toto chování může v požadované situaci úspěšně využít. Lou-Walker (2004) potvrdila ve svém výzkumu vztah mezi subjektivní teorií nemoci a self-efficacy. Domnívá se, že subjektivní teorie nemoci predikuje úroveň self-efficacy.

Ve zdraví a nemoci hrají důležitou roli další skupiny faktorů. První z těchto kategorií je vulnerabilita neboli zranitelnost, která je považována za významného činitele zdraví. V důsledku vlivu stresorů a s ním souvisejícím navozením prožitku nízké či nulové kontroly nad vývojem situace, bezmoci a beznaděje se může zvýšit vulnerabilita jedince vůči některým chorobám a pravděpodobně i tělesným onemocněním. Vědci soustředění kolem výzkumníka D. H. Barlowa navrhují koncepci trojí vulnerability, jež stojí v pozadí sklonu či náchylnosti k rozvoji úzkostných poruch. První biologická vulnerabilita je chápána jako genetický podíl na rozvoji poruch. Druhá, obecná psychologická vulnerabilita je charakterizována jako snížený či chybějící pocit kontroly a rozvoj pesimistického atribučního stylu. Tento atribuční styl může být důsledkem raných zkušeností. V jedinci podporují přesvědčení, že významné životní situace a události přicházejí neočekávaně, není možné je předpovědět, jsou nekontrolovatelné. Třetí, specifická psychologická vulnerabilita vyplývá také z raných přesvědčení. Obsahuje informace zprostředkované významnými osobami (např. rodiči), na základě nichž je okolí posuzováno a hodnoceno jako potenciálně ohrožující (Kebza, 2005).

Vulnerabilita může být také definována jako dysfunkční kognitivní proces, kdy jedinec vnímá sebe sama jako subjekt neschopný ovlivňovat vnitřní i vnější zdroje nebezpečí, což mu znemožňuje cítit se v bezpečí. Takovýto jedinec zároveň podceňuje pozitivní stránky svých zdrojů, primárně se zaměřuje na vlastní slabost. Každou vadu vnímá silněji, každou chybu považuje za katastrofu. Vulnerabilní osoby mají tendenci také generalizovat každé pochybení, což způsobuje, že se po každé takové chybě cítí zranitelnější a slabší. Dokonce ani minulé úspěchy nemají vliv, protože tito jedinci se domnívají, že v budoucnu se chyby stejně dopustí a že následky této chyby budou drastičtější, než by se vyrovnalo jakémukoli úspěchu. Proto si také vybavují z minulosti spíše negativní vzpomínky. Toto selektivní vybavování je pro vulnerabilitu typické. Tito jedinci vnímají chyby absolutně a je pro ně těžké nahlížet na chyby v jiném kontextu (Beck, Emery, Greenberg, 2005). Je zajímavé, že mezi kognitivními a somatickými projevy vulnerability je soulad. Jedinec postrádající sebejistotu se může snadno vnímat jako bezmocný, což může vést k pasivitě a slabosti (zranitelnosti). Toto pak může vyústit v pocity napětí a svalové křeče (Beck, 2005).

Resilience neboli odolnost, nezdolnost, je chápána jako protipól vulnerability. Resilienci chápou odborníci jako odolnost vůči stresu ve smyslu odolnosti vůči

škodlivému dopadu stresu na organismus člověka. Resilience je jakýmsi mediátorem a moderátorem ve vztahu „stres-nemoc“. Mechanismus působení resilience je tedy dvojího typu. Buď může přímo působit na fyziologické procesy, funguje tedy jako mediátor, nebo se uplatňuje při kognitivním hodnocení a při výběru vyrovnávacích strategií a působí jako moderátor (Šolcová, 2007).

Hardiness, koncepce odolnosti (nezdolnosti) vytvořená S. Kobasovou a jejími spolupracovníky (cit. podle Kebza, 2005, s. 100), vychází z existenciální psychologie a existenciální filozofie. Podle myšlenek hlavních představitelů výše zmíněných psychologických a filozofických směrů má každý člověk za úkol vytvořit si v obecně stresogenním světě smysluplný život, využít svých dispozic a vytvořit tak příležitost pro vlastní rozvoj a seberealizaci. Hardiness, schopnost tvrdě a usilovně bojovat vlastními silami se všemi životními nesnázemi, je charakterizována jako souhrnná dispozice tvořená třemi základními složkami: výzvou (challenge), závazkem (commitment) a schopností kontroly/řízení (control). Uplatňuje se jako proměnná ve vztahu mezi stresogenní událostí a nemocí. Výzva je schopnost jedince chápat požadavky nikoli jako jevy působící zátěž a stres, ale jako příležitosti ke změření sil, jako výzvy. Závazek, schopnost převzít odpovědnost za úlohy, projekt či vztah, oddanost, věrnost sobě a svým zásadám vyjadřuje důležitý předpoklad osobnosti maximálně se věnovat veškeré vykonávané činnosti, nacházet zde vlastní hodnotu a význam i hodnotu prováděné aktivity. Schopnost kontroly (řízení) je schopnost udržet vývoj událostí pod kontrolou, a to i v případě nepříznivých událostí, mít svůj život ve svých rukách a řídit jeho běh (Kebza, 2005; Šolcová, 2007).⁶ Jedinci vykazující znaky ve smyslu hardiness mají tendenci spoléhat na své vlastní síly, využívají vlastních kapacit, životní změny nechápou jako překážky, ale jako inspirující a smysluplné události. Změny jsou chápány jako něco běžného a přirozeného a slouží jako významný podnět pro další rozvoj. Tito jedinci si uvědomují vlastní kompetence ve smyslu řízení či ovlivňování událostí, které jim vstupují do života. Kognitivní zpracovávání náročných životních situací je optimistické, a umožňuje tak transformovat působící životní události do méně stresujících forem (Šolcová, 2007). Ústředním faktorem psychické nezdolnosti je tak pocit vlády nad vlastním životem (Baštecká, 2001). Nezdolnost typu hardiness je jednou z podstatných složek cesty ke zdraví (Křivohlavý, 2009).

⁶ Koncept kontroly je obsažen např. v Rotterově LOC, Bandurově self-efficacy, Seligmanově naučené bezmocnosti.

Výsledky longitudinální studie u vedoucích pracovníků S. Kobasové a jejích kolegů (Kobasa, Maddi, Kahn, 1982) potvrdili, že ti pracovníci, kteří vykazovali výše uvedené vlastnosti, byli zdravější než osoby bez těchto vlastností. Podobné výsledky uvádí také Šolcová (2007). Podle výsledků její studie osoby s vysokou úrovní hardiness vykazují o 90% méně neurastenických potíží souvisejících se stresem (bolesti hlavy, žaludeční nevolnost, poruchy spánku atd.) než osoby s nízkou úrovní hardiness. Také osoby s vysokou úrovní hardiness vyhledávají lékařskou pomoc o 74% méně, mají nižší riziko pravděpodobnosti infarktu myokardu apod. Subškála „kontrola“ z dotazníku zjišťujícího celkovou hardiness negativně koreluje s nemocí, pozitivně s procenty T-buněk a se subjektivním posouzením zdraví.

V souvislosti s výzkumem kognice u lidí s psychosomatickými obtížemi popsali Lacey a Lacey (1970) dva typy osob: tzv. nivelizující (leveling) a tzv. zostrující (sharpening). V případě první skupiny se jedná o jedince zcela nezávislé na tom, co se kolem nich děje. Rychle se přizpůsobují podmínkám, do kterých se dostanou, a rozhodují se globálně. U druhé skupiny autoři hovoří o závislosti těchto jedinců na prostředí a o zaměřenosti na detaily. V experimentálních podmínkách, kdy byla zjišťována tepová frekvence probandů, došli badatelé k závěru, že zjištěná fyziologická nestabilita u nivelizujících jedinců umožňuje adaptaci na měnící se životní podmínky, což je mechanismus umožňující udržovat somatickou a mentální úroveň. Zostrující jedinci, kteří tuto schopnost adaptace nemají, tak zůstávají celý den v napětí, což má pravděpodobně za následek četné somatické potíže.

Atribučními styly nemocných se ve svých výzkumech zabývali také např. Robbins a Kirmayer (1991), Lundh a Wangby (2002) a Duddu, Isaac a Chaturvedi (2006). Autoři se domnívají, že příčiny nejrůznějších somatických symptomů mohou lidé připisovat fyzickým chorobám, tzv. somatický atribuční styl, zatímco jiní primárně psychologickým příčinám (např. stres), tzv. psychologický atribuční styl. Nemocní jedinci s psychologickým atribučním stylem sdělují svému lékaři psychologické stížnosti, mají vysokou úroveň somatických symptomů, deprese a kognitivní a somatické projevy úzkosti. Tito jedinci tedy atribuuji nejen psychologický distres, ale také mnoho tělesných symptomů připisují psychologickým příčinám. Naproti tomu pacienti se somatickým atribučním stylem vykazují mnoho zvláštních somatických stesků, což může být považováno za transformované osobní a sociální problémy do fyzických symptomů. Jedinci se somatickým atribučním stylem prezentují lékaři somatické potíže a vyžadují

somatickou léčbu. Velmi zjednodušeně řečeno, jedinci se somatickým atribučním stylem přicházejí k praktickému lékaři se zvláštními somatickými symptomy, naproti tomu jedinci s psychologickým atribučním stylem prezentují svému praktickému lékaři jak somatické, tak psychologické symptomy. Typ atribučního stylu tedy ovlivňuje typ odpovědi na tento symptom, a to jak v rovině emoční, tak v rovině behaviorální (např. navštívení lékaře). Výše zmíněné dva atribuční styly jsou ještě doplněny o třetí styl, tzv. externí atribuční styl. Dalo by se očekávat, že somatický atribuční styl bude statisticky významně více než psychologický atribuční styl korelovat se somatickými steskami a hypochondrií, avšak nepotvrdilo se, oba dva atribuční styly se somatickými steskami a hypochondrií korelují. Avšak jedinci s psychologickým atribučním stylem vykazují více somatických stesků a vyšší úroveň depresivity, úzkosti či podrážděnosti. U jedinců, kteří si vysvětlují příčiny svých somatických stesků psychologickými či behaviorálními příčinami, existuje navíc ještě tendence tyto somatické potíže a s nimi spojené negativní emoce retrospektivně zveličovat (Lundh a Wangby, 2002). Robbins a Kirmayer (1991) zjistili ve svých výzkumech, že jedinci, kteří do vysvětlování svých tělesných potíží zahrnují i psychologické faktory mají komplexnější modely svého stonání, které zahrnuje tělesné, psychosociální a vnější faktory. Autoři došli také k poznání, že ženy více než muži vykazují psychologický atribuční styl a že si zároveň více stěžují na fyzické obtíže, které však nemají dostatečnou medicínsky vysvětlitelnou příčinu. Steinbrecher a Hiller (2011) zjistili, že somatický atribuční styl predikuje nárůst medicínsky nevysvětlitelných symptomů. Je tomu pravděpodobně proto, že zaměření na tělesné symptomy zvyšuje somatosenzorickou citlivost.

Atribuční styly lidí tedy nejsou konzistentní a liší se s ohledem na typ somatického symptomu a situaci, aniž by bylo snadné tato zjištění jednoduše generalizovat. Jak uvádí další autoři, jsou to spíše pacientovy specifické představy o konkrétních somatických symptomech než globální atribuční styl, které hrají důležitou roli (Greer, Halgin, Harvey, 2004).

Některé studie naopak uvádějí, že prožívané tělesné potíže bývají nejprve chápány jako potíže způsobené situačními faktory, tzv. situační atribuce, např. životní podmínky, únava, nedostatek spánku, dietní opatření. Pokud se vysvětlení příčiny situačními faktory jeví nepostačujícím, jedinec má tendenci považovat za původce potíží dispoziční podmínky, tzv. dispoziční atribuce, např. konstituční slabost. Tyto

dispoziční podmínky zahrnují jak psychologické faktory, tak faktory fyzické (Duddu, Isaac, Chaturvedi, 2006).

Specifický typ atribucí, tzv. existenciální atribuce, zmiňují ve svém výzkumu Rudolph a Steins (1998), kteří zkoumali atribuční styly u pacientů HIV pozitivních. Tento atribuční styl se odlišuje od principu kauzálních atribucí; zatímco kauzální atribuce se snaží vysvětlit příčinu události v minulosti, existenciální atribuce vysvětlují důvod či „záměr“ události s ohledem na budoucnost, kterou to jedinci přinese. Existenciální atribuce odkazuje k tzv. poetické spravedlnosti, osobnímu osudu či údělu a trestu, jedná se o atribuční styl, kterým se jedinec snaží pozitivním způsobem vysvětlit negativní událost ve svém životě (konkrétně tedy nákazu virem HIV). Tento typ atribučního stylu lze charakterizovat slovy HIV pozitivního pacienta, který byl účasten výzkumu autorů: „Nikdy jsem nebyl špatný člověk, tohle nemůže být nějaká forma trestu. Nicméně jsem měl vždy štěstí, co se týče mého dětství, mých rodičů, mé profese. Možná je tato nákaza nějakým druhem poetické spravedlnosti, protože jsem měl vždy štěstí“ (Rudolph, Steins, 1998, s. 192). Existenciální atribuce tedy nepátrá po příčině, ale snaží se najít odpověď na otázku „Proč já?“ nebo „Z jakého důvodu?“.

Při ověřování dotazníku IPQ-CZ (viz kap. 1.7) na české populaci zjišťovali Mareš a Vachková (2009) mimo jiné názory pacientů na příčiny jejich onemocnění. Zabývali se chronicky a onkologicky nemocnými. U mužů chronicky nemocných se na prvním místě vnímané příčiny onemocnění objevilo vlastní zavinění. Podobných výsledků dosáhli i u mužů onkologicky nemocných, kteří vlastní zavinění uváděli na druhé místo příčin vzniku tohoto nádorového onemocnění společně s dědičností. Ženy v obou dvou experimentálních skupinách uváděly na prvním místě vlivy dědičnosti. S použitím Rotterovy koncepce LOC by zde bylo možné domnívat se, že ženy měly v obou skupinách externí LOC, muži onkologicky nemocní naopak interní LOC. V otázce pohledu na dědičnost jako na jednoho z významných etiologických faktorů nemocí došla k podobným výsledkům také Křížová (2005). Ta hlavní rozdíl mezi zdravými a nemocnými vidí v tom, že nemocní statisticky významně přikládají větší význam právě dědičnosti. Zároveň ale také těžkým životním událostem, nezdravému životnímu prostředí. Uplatňuje se také položka „fatalistická“, osud, náhoda.

Stewart et al. (2001) výzkumně pracovali s pacientkami, které vyhrály boj s rakovinou prsu. Výzkumníci se zabývali tím, co považují takto onkologicky nemocné ženy za příčinu svého onemocnění a o čem se domnívají, že by mohlo předejít recidivě

tohoto onemocnění. Za nejčastější příčinu rakoviny prsu považovaly ženy stres (42,2%). Poté zmiňovaly genetické predispozice (26,7%), vlivy prostředí (25,5%), hormony (23,9%) a stravu (15,5%). 16,5% žen nevědělo, jaká příčina by mohla stát v pozadí vzniku jejich onemocnění. Za jevy, které podle žen zabraňují recidivě onemocnění, považovaly nejčastěji pozitivní postoj (60,0%). Za další popisovaly stravu (50,0%), zdravý životní styl (40,3%), tělesné cvičení (39,4%), redukci stresu (27,9%), modlitby (26,4%) a další. Autoři v této studii došli tedy k závěru, že mnoho pacientek s onkologickým onemocněním považuje navzdory neexistenci dostatku důkazů pro toto tvrzení stres za hlavní příčinu jejich onemocnění a pozitivní postoj za hlavní preventivní strategii recidivy onemocnění. Ve studii provedené švédskými badateli (Nykvist, Kjellberg, Bildt, 2002) byly zkoumány atribuované příčiny u pacientů s bolestí krku a krční páteře a s žaludečními potížemi. Za velmi podstatné příčiny bolestí krční páteře považovali respondenti, a to jak muži, tak ženy stejně, na sebe sama kladené vysoké nároky, přílišnou zodpovědnost, napjatou situaci v zaměstnání a málo tělesného cvičení, přičemž první dvě skupiny příčin nabývaly u žen ještě o něco vyšší důležitosti. Co se týkalo žaludečních potíží, za významné příčiny považovali jak muži, tak ženy nekvalitní spánek a stravování.

Beckova kognitivní teorie deprese (Praško, Kosová, 1998), jež byla postupně adaptována na většinu psychických poruch, ukazuje, jak probíhají maladaptace v kognitivní struktuře jedince. O Beckově kognitivní teorii deprese se zmiňují, neboť stejně jako já předpokládá, že na základě narušeného způsobu myšlení dochází u člověka ke vzniku a rozvoji deprese. Předpokládám, že specifický atribuční styl je významným faktorem zvyšujícím pravděpodobnost vzniku psychosomatického onemocnění. Zároveň součástí tzv. kognitivní triády Beckovy teorie deprese je negativní pohled na svět, což je aspekt, který by mohl vykazovat podobnosti s externím LOC. Svět je depresivním jedincem chápán jako špatný, porážející, v němž úkoly jsou tak těžké, že se v nich nedá než selhat. Beckova teorie popisuje, jak zkušenosti formují u lidí schémata v názorech a postojích na sebe, svět a budoucnost. Tato schémata ovlivňují vnímání a vedou k určitému chování. Pokud jsou schémata dysfunkční, tzn. maladaptativní, nemusí ještě samy o sobě vést k depresi, příp. k jinému onemocnění. Za podstatnou při vzniku onemocnění je považována kritická událost, tj. událost v rozporu s osobním hodnotovým systémem, s níž se nelze vypořádat. Na základě této události dochází k tvorbě negativních automatických myšlenek produkujících nepříjemné

emoce. Na základě těchto negativních automatických myšlenek je následně interpretována většina dalších zkušeností a následuje rozvoj depresivních příznaků v chování, prožívání, kognici i tělesných potížích (Praško, Možný, Šlepecký, 2007). Lundh a Wangby (2002) citují mnoho svých kolegů, kteří došli k podobným závěrům ve vztahu mezi úzkostí, depresí a atribuční stylem; podle nich je s depresí a úzkostí spojován právě již výše zmíněný psychologický atribuční styl.

Psychosomaticky nemocní mívají ve velké většině případů narušené vnímání vlastního těla. S tím souvisí problémy v pocíťování a interpretaci tělesných funkcí. Běžné tělesné projevy bývají hodnoceny těmito jedinci jako abnormální a zvláštní. Toto nesprávné porozumění vlastním pocitům ovlivňuje mimo jiné rozumové hodnocení. Často tak dochází ke změně sebehodnocení i hodnocení okolního světa. Nemocní se mohou považovat za slabé a zranitelné, mohou pocíťovat nejistotu a neschopnost se bránit. Výše zmíněné potvrzuje i Beck (2005), neboť se domnívá, že neustále probíhající interakce mezi kognicí, emocemi a tělesnými příznaky vytváří podmínky pro vznik či udržování psychosomatického onemocnění. Jak uvádějí Praško a Kosová (1998, s. 23), kognitivní schéma může být dokonce celé roky skryté, pokud není aktivováno určitou událostí v životě. Popisují např. schéma „Každý tělesný příznak znamená vážné ohrožení života“, které může být latentní až do náhlého objevení se bušení srdce ve stresu (např. v důsledku manželského problému). Tato životní situace následně vede k aktivaci v dětství naučeného, skrytého schématu (vznikajícího např. vlivem nadměrné pozornosti rodičů ke každému tělesnému příznaku dítěte) a k následnému zaměření pozornosti selektivně k tělesnému prožívání a samozřejmě ke vzniku tzv. automatických myšlenek typu „Buší mi srdce – co když dostanu infarkt?“.

U pacientů se sklonem k úzkosti nebo zlosti existuje specifická klíčová osobnostní vlastnost – tendence vykládat si určité životní události velmi osobitým způsobem. Například jedinec se sklonem k úzkosti a psychosomatickým onemocněním si může naprosto neškodné události vykládat jako něco, co by jej mohlo ohrožovat, a drobné problémy, které lze snadno zvládnout, jako nezvladatelné katastrofy. Osoby s predispozicí k úzkosti a psychosomatickému onemocnění přehánějí závažnost důsledků toho, když se jim nepodaří splnit své cíle, ale také přehánějí pravděpodobnost, že k těmto důsledkům dojde. Pozornost bývá zaměřována na obavy z nedostatečného výkonu (Beck, Emery, Grenberg, 2005).

Poměrně známou je koncepce vysvětlovacího stylu (explanatory style), původně představená M. Seligmanem v kontextu naučené bezmocnosti (Abramson, Seligman a Teasdale, 1978). Depresivní atribuční styl, který je dáván do souvislosti právě s naučenou bezmocností, je důkladně prozkoumaným fenoménem. Pro tento styl atribučování je příznačná negativní tendence vnímat zdroj negativních událostí ve vnitřních, stabilních a globálních příčinách. Jedná se o stav způsobený poruchou učení, negativními emocemi a pasivním chováním, když jedinec zjistí, že výsledky jsou na jeho reakcích nezávislé (Fincham, Hewstone, 2006; Kebza, 2005). P. Stratton (2003) na základě systému LACS (viz. výše) kromě vnitřních, stabilních a globálních příčin ještě přidává příčiny osobní a nekontrolovatelné. Abramson, Seligman a Teasdale (1978) popisují lidskou depresi z hlediska atribuční teorie jako naučenou bezmocnost. Podstatné je, že se zde vyskytují základní atribuční dimenze zmíněné výše. Dimenze vnitřních či vnějších atribučí se vztahuje k problémům se sebeúctou. Míra, ve které je příčina konkrétní nebo globální (zda ovlivňuje jednu či více oblastí života), souvisí s rozsahem symptomů. Dimenze stability a lability popisuje chronickou povahu potíží. Na základě těchto faktů je potřebné při léčbě pomoci těmto lidem změnit jejich atribuční styl, který používají. Takovýto jedinec očekává, že záležitosti se budou vyvíjet velmi nepříznivě. Pociťuje zároveň, že není schopen tyto události ovlivnit. Negativní události přisuzuje vnitřním, stabilním a obecným příčinám a pozitivní události naopak příčinám vnějším, nestabilním a specifickým. Sklon hledat vnitřní příčiny pro selhání a vnější příčiny pro úspěch snižuje sebevědomí; tím narůstá pravděpodobnost vzniku deprese a nízkého sebevědomí (Praško, Kosová, 1998).

Schoeneman a Curry (1990) ve svém výzkumu dospívajících závislých na nikotinu připojili ke třem typům atribučí uvedeným výše (dimenze LOC, stabilita a kontrolovatelnost) další atribuční dimenzi, a to tzv. osobní (osobnostní) proměnlivost (personal changeability). Atribuce osobní proměnlivosti podporuje vytrvalost a úspěch, selhání považuje za reverzibilní, zvrátané a úspěch za opakovatelný. Jedinci, kteří vnímají selhání jako stabilní příčinu, mají tendenci toto očekávat i v budoucnosti. Dimenze stability tedy hraje v atribuci osobní proměnlivosti podle obou autorů velkou roli.

Hopelessness-helplessness syndrom je koncepce, jejímž behaviorálním ekvivalentem je giving up-given up komplex. Jedná se o únikově konzervativní reakci na stres. Tento syndrom obsahuje bolestný pocit bezmoci a beznaděje vůči určité

situaci, subjektivní pocit snížené schopnosti situaci řešit, pocit ohrožení a malé uspokojení ve vztazích k jiným lidem, ztrátu souvislosti mezi minulostí a přítomností, sníženou schopnost důvěry a naděje a tendenci oživovat a znovuprožívat dřívější deprivaci a selhání. A. Beck zkonstruoval dotazník na tento syndrom u psychiatrické populace. Jde o diskrepanci mezi chováním a fyziologickými reakcemi, což je předpokládáno také v psychosomaticke. Znamená to, že aktivní chování může být projevem obrany proti připuštění si pocitu bezmocnosti a ztráty emocionální kontroly, který ale nezabrání fyziologickým projevům tohoto emočního postoje (Šimek, 1985; Svoboda, 1999).

Zajímavý výzkum byl proveden v rámci výzkumného záměru „Cíle medicíny: kvalita života“ realizovaného Ústavem pro humanitní studia (Křížová, 2005). Jedna z otázek byla zaměřena na laickou interpretaci onemocnění, tedy na to, jakým faktorům připisují nemocní význam při hledání příčin mezi životem a jejich onemocněním a jak kompetentní se vnímají. Sestava otázek dotazníku tohoto výzkumu sledovala nejen to, zda se jedná o determinanty nemoci, které lze, či nelze ovlivnit, ale také to, zda nad nimi nemocný má, či nemá kontrolu. Otázky navíc ještě rozlišovaly, zda jsou tyto příčiny stonání individuálně vázané (např. dědičnost, životní událost), nebo zda se nacházejí mimo jedince (náhoda, osud, infekce aj.). Nemocní ve skutečnosti při interpretaci svých obtíží používají všechny tři typy výše zmíněných interpretací v různých kombinacích. Není tedy možné předpokládat, že by se jeden typ vyskytoval v čisté ideální podobě. Zahraniční výzkumy prokázaly, že neexistují signifikantní rozdíly mezi nemocnými podle pohlaví, vzdělání či rodinného stavu. Opakovaně se pouze prokázal třetí typ interpretace, typ transcendentální (Křížová, 2005).

Pokud bych chtěla stručně shrnout kapitolu o atribučních stylem psychosomaticky nemocných, mohla bych uvést, že atribuční styl předpovídá chování a proměnné týkající se zdravotní péče. Lidé s interním LOC oproti jedincům s externím využívají lékařských konzultací méně, mají dojem, že tyto konzultace trvají kratší dobu, cítí, že v čekárně strávili méně času, a vyznačují se vyšší nespokojeností. Navíc lidé s interním LOC jsou více predisponováni změnit své chování a celkově bývají méně nemocní (Gil-Lacruz, Gil-Lacruz 2010).

1.6 Dimenze internality-externality u psychosomaticky nemocných

Osobní kontrola a zdraví spolu mohou souviset dvěma způsoby. Zaprvé se jedná o situaci, kdy jedinci se silným smyslem vlastní kontroly (interní LOC) jsou pravděpodobně schopnější udržet si své zdraví nebo předcházet nemoci než lidé s nízkou kontrolou (externí LOC). Za druhé, pokud lidé onemocní, ti, kteří se vyznačují interním LOC, se pravděpodobně spíše vyrovnají a přizpůsobí nemoci a budou podporovat svou zdravotní rehabilitaci lépe než lidé s externím LOC (Sarafino, 2005).

Psychologové zdraví tak patrně oprávněně zdůrazňují, že dimenze internality-externality má zásadní význam pro dlouhodobou změnu zdravotního chování. Argumentují tím, že lidé, kteří připisují úspěch vnitřním osobnostním faktorům, pravděpodobně docílí změny ve svém zdravotním chování, než lidé, kteří úspěch připisují léčebným metodám nebo zdravotnickému personálu (Schoeneman, Curry, 1990). Jedinci, kteří věří, že mají malou kontrolu, vykazují horší zdravotní návyky, častěji trpí nemocemi a je u nich méně pravděpodobné, že se budou aktivně snažit ovlivnit své zdraví. LOC také ovlivňuje, jak se lidé vyrovnají s vážným chronickým onemocněním (např. rakovina). Lidé, kteří skórují na dimenzi internality-externality vysoce ve prospěch internality, trpí depresivními onemocněními méně než ti, kteří silně věří v náhodu. Naproti tomu víra, že buď jedinec sám nebo druzí mohou ovlivnit průběh onemocnění, umožňuje těmto pacientům více doufat v budoucnost (Sarafino, 2005).

Při zkoumání LOC u nemocných osob bývají rozlišovány tři dimenze atribucí – interní, externí související se systémem zdravotní péče a externí nesouvisející se systémem zdravotní péče. O interním LOC se hovoří tehdy, když zlepšení zdravotního stavu závisí na chování jedince nebo na jeho aktivním přispívání do léčby. Externalita související se systémem zdravotní péče vzniká v případě, že nemocný jedinec považuje zdravotnický systém a způsob léčby za podstatný zdroj zlepšení jeho zdravotního stavu. Pokud se nemocní domnívají, že úspěšnost léčby závisí na jevech, jako např. výhra v loterii, osud, štěstí, pak se vyznačují externím LOC nesouvisejícím se systémem zdravotnické péče (Gil-Lacruz, Gil-Lacruz 2010). Lidé s interním LOC vyhledávají informace o svém zdraví a zdravotním stavu častěji než pacienti s externím LOC. Internalisté také vykazují více zdravých způsobů chování, dodržují lékařské rady a jsou optimističtější po lékařském zákroku. Autorky došly ve svém výzkumu, který probíhal

ve Španělsku, k závěru, že lidé, kteří vykazují vyšší úroveň internality, jsou mladí, pocházejí ze střední či vyšší společenské třídy a žijí ve zdravější oblasti, kde probíhal výzkum. Naproti tomu jedinci s nižším socioekonomickým statusem mají tendenci vnímat své zdraví z perspektivy externího LOC (Gil-Lacruz, Gil-Lacruz 2010). Za nejzávažnější prediktor LOC považují výzkumnice věk a vnímání zdraví. Respondenti, kteří trpí nejrůznějšími chorobami, vnímají svou schopnost kontroly vlastního zdraví negativně. Autorky dokonce stanovili jakýsi profil jedince, který věří, že vliv na své zdraví má ve svých rukách on sám. Jedná se o mladého svobodného muže ze střední třídy, který nežije v centru města, pozitivně vnímá svůj zdravotní stav, není nemocný. Avšak dostává se mu malé sociální podpory a jeho sociální chování lze označit za rizikové.

Rotterův koncept LOC byl a je často využíván pro potřeby operacionalizace modelů zdraví a taktéž jako proměnná na škálách, jež se snaží předpovědět chování jedince v souvislosti se zdravím. Vnímaná kontrola nad zdravím pomáhá při pochopení dalších proměnných, které se vztahují k prevenci nemocí a obnově zdraví (Gil-Lacruz, Gil-Lacruz, 2010). LOC hraje primární roli ve vývoji výše zmíněné subjektivní teorie nemoci. Jedná se o přesvědčení o tom, kdo a čím může průběh choroby ovlivnit. Na základě výše zmíněných aspektů LOC současné teorie laického pojetí nemoci rozlišují tři typy interpretací podle toho, jak nemocný jedinec chápe své schopnosti a kompetence ve vztahu k nemoci. Pokud má osoba pocit vlastní kontroly nad determinantami zdraví a nemoci, hovoří se o internal health locus of control. Takovýto jedinec prožívá a chápe nemoc a zdraví jako důsledek individuálního chování a spoléhá se při zvládnutí nemoci na vlastní kompetence. Nemoc si pacient vysvětluje např. tím, že žil nezdravě, nevhodně se stravoval, je zdravotně oslabený. Pokud se jedinec domnívá, že zdraví je ovlivňováno vnějšími silami a odpovědnost za zdraví přisuzuje vnějším autoritám a vnějším činitelům, pak vykazuje external health locus of control. Za příčinu svého onemocnění považuje vnější okolnosti, nepřiznává si podíl na vzniku a průběhu nemoci. Nemoc je tak podle přesvědčení pacienta způsobena např. nešťastnou náhodou, nakažením od ostatních, nevhodnou lékařskou péčí. Pokud se stává pacientem, pak je spíše pasivním příjemcem pomoci. Třetí typ interpretace obsahuje transcendentální rozměr a vyskytuje se častěji u osob s náboženským vyznáním. Faktory ovlivňující zdraví a nemoc se nachází mimo jedince, avšak kontrolu nad nimi nemá ani on sám, ani autorita, ani společenská síla. V tomto případě se tak může nemoc

jevit jako např. „dědičný hřích“, trest. Výzkumy zabývající se tzv. health LOC ukazují, že pacienti, kteří s interním LOC mají tendenci vyhledávat více informací o svém zdraví než pacienti s externím LOC. Obecně lidé s interním LOC vykazují známky pozitivního zdravotního chování, jsou pozitivnější v hodnocení svého zdravotního stavu po lékařském zásahu. Navíc dodržují doporučení zdravotníků a řídí se vlastními režimy péče, což predikuje pozitivní výsledky léčby (Gil-Lacruz, Gil-Lacruz, 2010; Křížová, 2005).

Některé typy kontroly tak mohou být efektivnější ve srovnání s jinými. V 80. letech byl proveden výzkum, který se zabýval ženami, jež onemocněly rakovinou prsu (Taylor, Lichtman, Wood, 1984). Výzkum sledoval, jaký typ kontroly pomáhá ženám bojovat s nemocí. Celkem charakterizovaly autorky tři druhy kontroly: kognitivní, behaviorální a informační. Přizpůsobení se nemoci bylo nejsilněji spojeno s kognitivním typem kontroly, jako je změna přemýšlení o životě a braní života s nadhledem. Ženy, které se vyznačovaly behaviorálním typem kontroly (tzn. např. častější tělesné cvičení než před vznikem onemocnění), také vykazovaly lepší zvládnání nemoci. Pokud však ženy užívaly tzv. informační typ kontroly, který spočívá např. v čtení knih o daném onemocnění, jejich přizpůsobení se nemoci a zvládnání bylo nulové. Je to pravděpodobně způsobené tím, že čtením a hledáním informací o onemocnění je pravděpodobně zesilován strach pacientek nebo zkrátka tento typ kontroly nemá žádný vliv na možnou kontrolu onemocnění.

V úvodu práce jsem nastínila, že úzkost hraje významnou roli u osob s psychosomatickými potížemi. Zároveň hraje úzkost roli také v souvislosti s LOC. Vztahem mezi úzkostí a dimenzí internality-externality se zabývali také Frazier a Waid (1999). Citují další práce, které stejně jako oni považují za důležité faktory úzkostné reakce vnímání zdravotního stavu a vědomí kontroly. Za základní projevy úzkosti považují distres, úzkostnost a hypochondrii. Autoři dospěli k tvrzení, že pro všechny typy úzkostné odpovědi představuje LOC silný prediktor. Slabá internalita zvyšuje distres, externalita (ve smyslu přisuzování příčin náhodě, osudu) zvyšuje distres a úzkostnost a externalita (ve smyslu přisuzování příčin druhým lidem) zvyšuje úzkostnost a hypochondrii.⁷ Výzkum Nelsona a Phares (1971) též potvrdil, že externalita souvisí s úzkostí. Atribuční styl jedince predikuje jeho afektivní reakci, jak

⁷ Autoři rozlišují „trojí styl atribučování“ (internalitu, externalitu – druhí lidé, externalitu – osud, náhoda). S tímto schématem pracuje Balcar v Dotazníku osobní příčinné orientace, který byl použit ve výzkumu, a také autorky M. Gil-Lacruz a A. I. Gil-Lacruz (2010).

zjistili Ingledew, Hardy a Cooper (1996). Autoři ve svém výzkumu nastínili hypotézu, že atribuce (očekávání) úspěchu či selhání ovlivní afektivní reakci a očekávání vlastní účinnosti (self-efficacy), která ovlivní intenci jedince a tato intence v budoucnu ovlivní zdravotní chování. Zajímavý je jejich postřech, že je patrně nutné rozlišovat mezi tím, co považují jedinci za příčinu (kde je tato příčina v dimenzi internality-externality umístěna) a zda lze tuto příčinu ovlivňovat. Např. genetika může být považována za příčinu, avšak jedinec jí může považovat za kontrolovatelnou. V otázce afektivity navazují autoři na Weinerovu koncepci (1974), který tvrdí, že afektivní reakce je primárně ovlivněná umístěním LOC.

1.7 Metody zjišťování atribučních stylů

V této kapitole zmíním některé psychometrické metody diagnostikující atribuční styly, které se používají v klinické praxi, a uvedu také metody, kde jsou atribuční styly jedním z faktorů, jež daná metoda zjišťuje. Bohužel žádná z metod není v České republice dostupná či oficiálně používaná, popř. standardizovaná. Metody zjišťování atribučních stylů použitých ve výzkumu jsou popsány v kapitole 2.2.

K metodám zjišťujícím atribuční styly patří ASQ Attributional Style Questionnaire (Peterson et al., 1982). Obsahuje šest pozitivních a šest negativních hypotetických událostí. U každé z nich se navíc respondent vyjadřuje na sedmistupňové škále ke třem kritériím, a to internalitě-externalitě, stabilitě-nestabilitě a specifičnosti-globalitě. Tento dotazník uvádí v plném znění včetně vyhodnocení Křivohlavý (2012, s. 124-132). Protože ASQ má slabé psychometrické vlastnosti, byl vyvinut IPSAQ Internal Personal and Situational Attributions Questionnaire. Ten obsahuje 16 pozitivních a 16 negativních hypotetických událostí. Ke každé se musí dotazovaný vyjádřit, do jaké míry je tato událost ovlivňována jím samotným (internal attribution), někým druhým (external personal attribution) a něčím vnějším (external situational attribution) (srovnej s Balcarovým DOPO) (Bentall, Kinderman, 1996). Existuje ještě metoda PIT (Winters, Neale, 1985), která využívá maskování za paměťový test a 12 hypotetickými tvrzeními vychází z ASQ. Causal Dimension Scale CDS byla vyvinuta Russellem (1982) a taktéž se zaměřuje na zjišťování atribucí. Atribuce rozlišuje podle LOC (tedy na interní či externí), stability (stabilní či nestabilní v čase) a kontrolovatelnosti.

Velmi podobný typ diagnostického nástroje vytvořili také Robbins a Kirmayer (1991). Jedná se o Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ) a také jeho nově modifikovaná verze Symptom Attribution Questionnaire (SAQ), který identifikuje tři dimenze kauzálního vysvětlování běžných tělesných obtíží: dimenze somatická, dimenze psychologická (emoční distres) a dimenze vlivů prostředí (tzv. externí atribuce). Rozdíl mezi SIQ a SAQ spočívá v tom, že zatímco SIQ se ptá respondentů, jak by si pravděpodobně vysvětlili příčiny různých somatických symptomů, SAQ od respondentů vyžaduje, aby bodově odhodnotili, jakou měrou se na konkrétním somatickém symptomu podílí tři základní možnosti příčin (tedy somatické, psychologické nebo vlivy prostředí) (Lundh, Wangby, 2002). Atribuční styly lze měřit

také udětí. Richard Tannenbaum a Nadine Kaslow vytvořili Children's Attributional Style Questionnaire CASQ. U nás v České republice existuje metoda INTEX, která se taktéž zabývá atribucemi u dětí.

Multidimensional Health Locus of Control Scale (Gil-Lacruz, Gil-Lacruz, 2010, s. 850) již ze samotného názvu vypovídá, že zjišťuje LOC u nemocných lidí.

Z dotazníků, které se zabývají obecnějšími tématy, např. pacientovým pojetím nemoci, lze jmenovat následující. Illness Cognition Questionnaire (ICQ) z roku 1996 obsahuje faktor, jenž měří pocíťovanou bezmocnost pacienta navozenou nemocí a předvídatelnost nemoci. Tento dotazník byl ověřován u nás v rámci pilotního šetření, a to pod názvem IPQ-CZ. Pokud proběhne standardizace úspěšně, bude se jednat o optimální metodu zjišťující pacientovo pojetí nemoci. Dva faktory Illness Perception Questionnaire (IPQ) souvisí s atribučními styly, a to faktory zjišťující příčiny nemoci z pohledu pacienta a možnost ovlivnění nemoci pacientem. V roce 2002 bylo původní znění dotazníku revidováno, vznikly tak Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) a Revised Illness Perception Questionnaire for Health People (IPQ-RH). Implicit Models of Illness Questionnaire (IMIQ) z roku 1986 popisuje faktor pocíťované osobní odpovědnosti za vznik nemoci, faktor zvládnutelnosti projevů nemoci a faktor ovlivnitelnosti nemoci. Parental Health Beliefs Scale, jehož inspirací byl Children's Health Locus of Control Scale, se zaměřuje na matky dětí a hledá příčiny onemocnění dětí buď ve vnitřních či vnějších příčinách (Mareš, Vachková, 2009).

Metoda CAVE (Content Analysis of Verbatim Explanations) je obsahová analýza slovně vyjádřených výkladů (vysvětlení) uváděných událostí. Metoda tedy umožňuje využít k rozboru i výpovědi obsažené například ve starších písemných materiálech, a tím posuzovat, jak si vykládají lidé příčiny událostí, a to nejen u momentálních (živých) výpovědí, ale také v longitudinálních studiích (Peterson, Steen, 2002).

Pro potřeby primární lékařské péče byl v nedávné době vyvinut sebeposuzovací The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), který rozlišuje nespecifický celkový distres od deprese, úzkosti a somatizace (Terluin et al., 2006).

Jedním z nejnovějších nástrojů, který se snaží zachytit psychosomatické symptomy a psychosomatické onemocnění, je německý The Patient Health Questionnaire-15 užívaný v primární péči, jenž zjišťuje závažnost somatických symptomů (Körber et al, 2011).

2 EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část rigorózní práce navazuje na část teoretickou a jejím hlavním smyslem je seznámit s výsledky provedeného kvantitativního výzkumu. V první podkapitole jsou uvedena teoretická východiska a osobní názory, na jejichž základě jsem stanovila hypotézy. Následují výsledky deskriptivní statistiky pro zpřehlednění získaných údajů výzkumného a kontrolního souboru obsahují základní údaje o respondentech. Velký prostor je věnován rozboru výsledků jednotlivých dotazníků použitých ve výzkumu, užity byly metody induktivní statistiky. Pro přehlednost jsem věnovala výsledkům každého dotazníku samostatnou kapitolu. V úvodu těchto kapitol je vždy uvedena tabulka shrnující základní údaje o respondentech. V diskuzi, kterou považuji za nosnou část práce, se snažím o zhodnocení přínosu celé práce, zmiňuji úskalí, na něž jsem narážela v průběhu výzkumu a jež mohly mít vliv na výsledky výzkumu. V závěru poté shrnuji výsledky a přínos celé práce.

2.1 Cíl výzkumu, hypotézy

Interpersonální rozdíly v převládajícím atribučním stylu souvisí s praktickým chováním a jednáním lidí, s jejich motivací a snažením, s výkonností i zdravím. Atribuční styl tak velkou měrou zasahuje do lidského snažení a jednání, což se projevuje také v situacích, kdy u sebe lidé začnou pozorovat nepříjemné tělesné symptomy. Jak si vysvětlují příčiny těchto symptomů osoby, které trápí psychosomatické potíže? Tato otázka je jednou z hlavních, na něž se budu snažit získat odpovědi svým výzkumem. Zároveň se také táži, zda je atribuční styl ovlivňován pohlavím či stupněm dosaženého vzdělání.

Podle předvládajících názorů v odborné literatuře se lidé s psychosomatickými obtížemi vyznačují vědomím malé či chybějící kontroly nad situacemi v životě, nad možnostmi životní události ovlivňovat. Autoři Taylor, Ryan et al. (1988) vytvořili metodu pro zjišťování alexithymie, Toronto Alexithymia Scale. Tato škála měří uvědomování si vlastních emocí, schopnost sdělovat pocity, denní snění a externálně orientované myšlení. Alexithymie je jevem, který je velmi úzce spjat právě s problematikou psychosomatických potíží. Autoři zkoumají alexythimii a dávají ji do souvislosti s externím LOC. Psychosomaticky nemocní tedy patrně svou nemoc považují za „nekontrolovatelnou“, a tudíž neovlivnitelnou jimi samotnými. Ztráta kontroly nad situací, jak již bylo zmíněno v teoretické části práce, způsobuje rezignaci. Ta aktivuje hypotalamo-hypofyzární systém, který podle bio-psycho-sociálního modelu nemoci může způsobit onemocnění. Proto nebudou s velkou pravděpodobností přičítat příčinu onemocnění jedinci s psychosomatickými potížemi svým emocím a tomu, že se na jejich vzniku vlastně sami podílejí, ale budou považovat za příčiny svého onemocnění pravděpodobně vnější faktory (např. vrozené dispozice, vlivy životního prostředí, lékaře). Ve větší míře než zdravá populace jsou tedy pravděpodobně přesvědčeni, že si svůj zdravotní stav nezavinili sami, tudíž se i na uzdravení sami nemohou podílet. Tato tvrzení vedou k mé první hypotéze o tom, že psychosomaticky nemocní vykazují silnější externalizační tendenci:

H₁: Existuje statisticky významný rozdíl v úrovni internality-externality mezi osobami psychosomaticky nemocnými a zdravými.

U psychosomaticky nemocných byl již prokázán fenomén tzv. alexythimie. Tito jedinci nedokáží rozpoznat a vyjádřit své emoce, a místo toho je prožívají na tělesné úrovni. Na základě toho je stanovena druhá a třetí hypotéza:

H₂: Psychosomaticky nemocní vykazují oproti zdravým osobám signifikantně vyšší úroveň somatizace.

H₃: U psychosomaticky nemocných existuje signifikantní vztah mezi somatizací a LOC tak, že s rostoucí externalitou se zvyšují somatizační tendence.

Podle MKN-10 jsou somatoformní poruchy řazeny do diagnostické kategorie F40-F49 „Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy“. Většina poruch dříve považovaných za neurotické je shromážděna v této skupině poruch. Tyto poruchy jsou tedy uskupeny společně, protože jsou z větší části založené na psychických příčinách. Podle psychosociálních teorií je psychodynamika psychosociálního onemocnění v některých aspektech podobná depresi (Smolík, 1996). Zároveň byly zjištěny vztahy mezi externalitou a stupněm úzkosti (Svoboda, 1999). Četné studie dokládají, že mezi depresí, úzkostí a somatizací existuje komorbidita, až 46% somatizačních poruch lze vysvětlit depresí a úzkostí (Löwe et al., 2008). Pokud tedy jsou psychosomaticky nemocní externalisté, jak se zmiňuje literatura, měli by zároveň vykazovat více úzkosti. Hypotéza vycházející z těchto tvrzení je formulována následujícím způsobem:

H₄: U psychosomaticky nemocných existuje signifikantní vztah mezi úzkostí a depresí a LOC tak, že s rostoucí externalitou jsou jedinci úzkostnější a depresivnější.

2.2 Průběh výzkumu a použité metody

Pacienti s funkčními somatickými symptomy jsou klasifikováni podle MKN-10 nejčastěji jako pacienti se somatoformní poruchou. Někdy ale bývají jejich potíže zahrnuty do několika dalších podobných kategorií (např. neurastenie, konverzní porucha, chronický únavový syndrom, úzkostné poruchy). Pro potřeby empirické části práce, kde je porovnávána populace psychosomaticky nemocných s kontrolní zdravou populací, byly do výzkumného souboru vybírány osoby, jež přišly do zdravotnického zařízení pro tělesné obtíže a v současné době jsou v psychoterapeutické léčbě pro diagnostikovanou somatoformní poruchu. Tato diagnostická kategorie zahrnuje několik podkategorií (např. somatizační porucha, hypochondrická porucha, somatoformní vegetativní dysfunkce, přetrvávající somatoformní bolestivá porucha), mezi kterými jsem ve výzkumu již dále nerozlišovala.

Rigorózní práce v mnohém navazuje na práci diplomovou, avšak výzkum byl proveden zcela nově. Za velmi podstatný krok jsem považovala vyrovnání respondentů v obou souborech. Snažila jsem se tedy o to, aby jak ve výzkumném, tak v kontrolním vzorku byl stejný počet osob, přibližně stejné rozdělení pohlaví a podobná úroveň dosaženého vzdělání. Osoby do obou souborů byly vybírány metodou příležitostného výběru (Ferjenčík, 2000). Nejprve jsem se snažila o vhodné doplnění výzkumného souboru. Oslovila jsem některé kolegy, kteří mi pomáhali sehnat respondenty pro potřeby diplomové práce, také jsem se obrátila na další kolegy. Po sestavení výzkumného souboru a obdržení vyplněných dotazníků jsem se pokusila o sestavení kontrolního souboru tak, aby v základních parametrech (pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání) odpovídal souboru výzkumnému. Osoby kontrolního souboru byly vybírány zcela náhodně. Za podstatné kritérium bylo považováno, aby v době výzkumu netrpěly žádnou chronickou chorobou, která by mohla odpovídat psychosomatickému onemocnění. Pokud se u některých přeci jen vyskytovalo nějaké onemocnění, pak se jednalo o běžný typ onemocnění, jež neodpovídalo námi stanoveným kritériím psychosomatického onemocnění. Najít zcela zdravé osoby považuji však za velmi složité. Respondentům byly předloženy dotazníky jak v tištěné podobě, tak v podobě elektronické. Kolegové, kteří oslovili své psychosomatické pacienty, byli instruováni, aby těm, již souhlasili s vyplněním dotazníků, sdělili, že dotazníky slouží pro výzkumné účely rigorózní práce, že je zaručena naprostá anonymita a zároveň že mají možnost

dozvědět se výsledky nejen svého dotazníku, ale také výsledky celého výzkumu. Ti, kteří o výsledky měli zájem, uvedli do příslušného místa v dotazníku kontakt na svou osobu, případně jiný druh kontaktu, prostřednictvím něhož jim výsledek mohl být sdělen. Většina z nich měla o výsledky zájem. Osobám z kontrolního souboru jsem dotazníky jak v tištěné, tak elektronické podobě rozesílala sama. Všem byla taktéž zdůrazněna anonymita a možnost dozvědět se výsledky. Také v této skupině měla většina osob o výsledky zájem. Pro získání co nejkvalitnějších výsledků nebylo nikomu sděleno, o jaké dotazníky se jedná, resp. co tyto dotazníky měří.

Jakmile jsem obdržela všechny dotazníky, převedla jsem získaná data do elektronické podoby. Pro zpracování získaných dat jsem využila Microsoft Excel 2010 a statistický software SPSS 17.0.

Co se týče použitých dotazníků, v rigorózní práci jsem neužila Rotterovu Škálu I-E, se kterou jsem pracovala v diplomové práci. Výsledky tohoto dotazníku totiž velmi silně korelovaly s výsledky Balcarova Dotazníku osobní příčinné orientace, který taktéž měří dimenzi internality-externality, považovala jsem tedy užití výsledků Rotterovy Škály I-E za poněkud zbytečné.

V empirickém výzkumu rigorózní práce byly tedy užity tyto dvě následující metody:

Dotazník osobní příčinné orientace (DOPO) (Balcar, 1996a) popisuje styl vnímání příčin nejrůznějších životních událostí. Tyto příčiny mohou být vysvětleny buď vlastním konáním, konáním druhého či druhých lidí nebo vlivy mimo lidskou vůli. DOPO měří tři druhy osobní příčinné orientace, a to orientaci vnitřní (faktor IO), vnější (faktor EO) a neosobní (faktor MO). Každá z těchto orientací je navíc sycena pozitivně a negativně vyjádřenými okolnostmi:

IO – vnitřní (interní) příčinná orientace, zahrnuje:

PIO – vnitřní příčinná orientace v souhrnu pozitivně vyjádřených okolností

NIO – vnitřní příčinná orientace v souhrnu negativně vyjádřených okolností

EO – vnější (externí) příčinná orientace, zahrnuje:

PEO – vnější příčinná orientace v souhrnu pozitivně vyjádřených okolností

NEO – vnější příčinná orientace v souhrnu negativně vyjádřených okolností

MO – neosobní příčinná orientace, zahrnuje:

PMO – neosobní příčinná orientace v souhrnu pozitivně vyjádřených okolností

NMO – neosobní příčinná orientace v souhrnu negativně vyjádřených okolností

Z dotazníku lze tedy vypočítat tři složené hlavní faktory vnitřní, vnější a neosobní příčinné orientace a šest jednoduchých stupnic, tedy pozitivní a negativní stupnice všech tří základních faktorů.

Druhou užitou metodu představoval **Dotazník SCL-90** (Honzák, Chromý, 2005), který je celosvětově používanou metodu při výzkumu v oblasti psychosomatiky. Obsahuje 90 tvrzení, které sytí celkem 10 faktorů psychopatologických okruhů:

SOM – somatizace

OBS – obsese-kompulze

INT – interpersonální senzitivita

DEP – deprese

ANX – anxiozita

HOS – hostilita

PHOB – fobie

PAR – paranoidní myšlení

PSY – psychoticismus

NEZ – nezařazené položky

Dotazník, včetně norem pro českou populaci, je v plném znění uveden v publikaci Honzáka, Chromého a kol. (2005). Chybí zde však podrobnější vysvětlení jednotlivých faktorů. Ty jsou pojmenovány podle specifických psychopatologických kategorií, avšak charakteristika či bližší vymezení těchto kategorií chybí. Při interpretaci výsledků jsem se tedy řídila všeobecně předpokládaným obecným vymezením těchto pojmů, což však může být v rozporu s obsahem, který zamýšleli původní autoři. Dotazník je v původní anglické verzi volně dostupný také na internetu.

2.3 Charakteristika výzkumného a kontrolního souboru

V rigorózní práci jsem použila respondenty z výzkumu své diplomové práce a oba soubory jsem se pokusila vyrovnat. Respondenty do obou souborů jsem vybírala nenáhodně, oslovila jsem konkrétní osoby, které jsem potřebovala pro reprezentativnost, návratnost byla 100%. Celkový počet oslovených respondentů a získaných dotazníků byl 99. Základní údaje o respondentech jsou uvedeny v tabulkách níže. Často uváděná zkratka PSM označuje v celé praktické části výzkumný soubor psychosomaticky nemocných, užívám ji v práci z praktických úsporných důvodů. Kontrolní soubor je označován termínem „Zdraví“. Tučně a kurzívou zvýrazněné údaje v šedé barvě jsou údaje, které stojí za pozornost a kterým je věnováno několik slov.

Tabulka 1 udává celkový počet respondentů. Zdravých osob bylo 49, psychosomaticky nemocných 50. U každé skupiny jsou ještě uvedeny počty mužů a žen. Rozdělení mužů a žen je v každém souboru procentuálně stejné, i když v obou souborech převažuje počet žen.

Tabulka 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví

		Počet	%
Zdraví	ženy	30	61,2
	muži	19	38,8
	celkem	49	100,0
PSM	ženy	30	60,0
	muži	20	40,0
	celkem	50	100,0

Co se týče rozdělení respondentů podle nejvyšší dosažené úrovně vzdělání, zde jsem narazila na poměrně významný problém. Osoby musely být rozlišeny podle nejvyššího dosaženého vzdělání, ovšem mnoho respondentů v době zadávání dotazníku studovalo střední, vyšší odbornou nebo vysokou školu. Tyto respondenty jsem přesto zařadila do skupiny podle skutečného aktuálního nejvyššího dosaženého vzdělání, i když svými osobnostními charakteristikami, zejména např. úrovní mentálních schopností, nepředstavovali reprezentativní zástupce dané skupiny a na výsledky výzkumu to patrně bude mít vliv. Z praktických důvodů jsem osoby vyučené

(tedy osoby se středním odborným učilištěm) zařadila do skupiny osob se základním vzděláním, protože celkový počet těchto osob činil 6 (1 ve skupině zdravých, 5 ve skupině nemocných), což považuji za natolik malý počet, abych mohla považovat za smysluplné porovnávat tyto osoby podle vzdělání mezi sebou.

Tabulka 2: Rozdělení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

		Počet	%
Zdraví	ZŠ	3	6,1
	SŠ	23	46,9
	VŠ	23	46,9
	celkem	49	100,0
PSM	ZŠ	8	16,0
	SŠ	24	48,0
	VŠ	18	36,0
	celkem	50	100,0

2.4 Ověřování první výzkumné hypotézy

První hypotéza mé rigorózní práce tvrdí, že **existuje statisticky významný rozdíl v úrovni internality-externality mezi osobami psychosomaticky nemocnými a zdravými**. K ověření, zda je tato hypotéza platná, jsem použila Balcarův Dotazník osobní příčinné orientace DOPO.

V tabulkách 3 a 4 jsou uvedeny výsledky jednotlivých faktorů DOPO u zdravých osob a u osob psychosomatiky nemocných. Jak je možné vidět, aritmetické průměry obou souborů se téměř neliší. Nepatrné rozdíly byly zaznamenány u faktorů EO a PEO, proto bylo s těmito dvěma faktory dále statisticky pracováno. EO označuje vnější (externí) příčinnou orientaci (tzv. druzí lidé), PEO vnější příčinnou orientaci v souhrnu pozitivně vyjádřených okolností. Téměř stejné výsledky jsem zaznamenala také ve své diplomové práci, kde jsem zaznamenala rozdíl mezi oběma soubory taktéž v těchto dvou faktorech, tedy EO a PEO.

Tabulka 3: Přehled výsledků jednotlivých faktorů DOPO u zdravých osob

	IO	PIO	NIO	EO	PEO	NEO	MO	PMO	NMO
Průměr	45,0	23,9	20,9	15,9	7,5	8,2	9,4	3,7	5,6
Rozptyl	108,63	28,2	30,0	32,8	10,5	9,7	31,8	7,8	9,4
Maximum	60,0	31,0	29,0	30,0	20,0	16,0	22,0	11,0	14,0

Tabulka 4: Přehled výsledků jednotlivých faktorů DOPO u psychosomaticky nemocných

	IO	PIO	NIO	EO	PEO	NEO	MO	PMO	NMO
Průměr	46,4	24,9	21,6	13,3	5,6	7,4	9,2	3,8	5,3
Rozptyl	168,6	48,2	43,5	36,1	12,6	9,6	28,3	6,4	11,5
Maximum	66,0	33,0	33,0	26,0	13,0	13,0	19,0	9,0	13,0

Tabulky s přehledem výsledků jednotlivých faktorů DOPO jsem vytvořila také podle pohlaví a podle nejvyšší dosažené úrovně vzdělání. Jsou součástí přílohy (tabulky 5 až 16). Podle zjištěných údajů z tabulek v příloze existuje mezi muži a ženami rozdíl ve všech faktorech DOPO. Muži se vyznačují vyšší úrovní internality, ženy skórovaly více ve faktorech externality, a to jak ve vnější, tak v neosobní příčinné

orientaci. Skupinu mužů a žen jsem rozdělila ještě dále podle zdravotního stavu, vznikly tak čtyři skupiny (zdravé ženy, PSM ženy, zdraví muži, PSM muži). Faktor vnitřní příčinné orientace (IO; internalita) dosahuje nejnižších hodnot u zdravých žen, více internality vykazují PSM ženy, o něco více zdraví muži, nejvyšších hodnot internality, tedy hodnot faktoru IO, dosahují PSM muži. Jak PSM ženy, tak PSM muži mají oproti zdravým jedincům téhož pohlaví vyšší úroveň internality. Toto zjištění považuji za velmi zvláštní, neboť je v rozporu s výsledky mnoha výzkumů, které jsou zmíněny v teoretické části práce a které hovoří o tom, že psychosomatictí pacienti se vyznačují naopak nižší internalitou v porovnání se zdravými osobami. Zdravé ženy tedy dosahují nižší úrovně internality, zároveň také vnější příčinné orientace (EO), naproti tomu PSM ženy dosáhly vyšších skóre u neosobní příčinné orientace (osud, náhoda, štěstí). U mužů byly tyto výsledky odlišné. PSM muži jsou oproti zdravým mužům více internalisté, obě možnosti externality (tedy vnější i neosobní příčinná orientace) dosahovaly u PSM mužů nižších hodnot.

Co se týče údajů podle nejvyššího dosaženého stupně vzdělání, jak PSM středoškoláci, tak PSM vysokoškoláci se nachází na kontinuu internality-externality blíže pólu internality. Pouze osoby se základním vzděláním dosáhly opačných výsledků. PSM osoby se základním vzděláním mají pravděpodobně značně markantní rozdíl v internalitě oproti zdravým osobám se základním vzděláním v neprospěch PSM osob. Lidé se základním vzděláním dosáhli oproti zdravým osobám se základním vzděláním velkých rozdílů ve výsledcích také ve faktoru EO, kde skórují mnohem výše, pravděpodobně se tedy mnohem více než zdravé osoby se základním vzděláním domnívají, že za události, ke kterým dochází v jejich životech, mohou druzí lidé. V neosobní příčinné orientaci (MO) dosahují osoby se základním vzděláním, a to jak zdraví, tak PSM, téměř totožných výsledků. Zdraví středoškoláci se oproti PSM středoškolákům liší ve všech třech faktorech, již výše je zmíněno, že ve faktoru IO dosáhli vyšších výsledků neočekávaně PSM středoškoláci. Naproti tomu v ostatních dvou faktorech EO a MO (tedy vnější a neosobní příčinná orientace) dosáhli vyšších hodnot osoby zdravé. Zdá se tedy, že PSM středoškoláci jsou mnohem více internálně orientovaní oproti zdravým středoškolákům. U zdravých a PSM vysokoškoláků již zaznamenané rozdíly nebyly tak značné. Internalita i zde neočekávaně dosáhla vyšších výsledků u PSM osob. EO, vnější příčinná orientace, zaznamenala vyšších výsledků u zdravých vysokoškoláků, MO naopak u PSM vysokoškoláků. Pokud bych chtěla stručně

shrnout výsledky DOPO v souvislosti s nejvyšším dosaženým stupněm vzdělání, konstatovala bych, že u zdravých osob se s každým vyšším dosaženým stupněm vzdělání jedinci stávají více internálními. U PSM tato rostoucí tendence nebyla zaznamenána, nejvyšších hodnot v dimenzi internality dosáhly osoby se středoškolským vzděláním.

Aritmetické průměry jsem zjišťovala také u vybraných položek dotazníku. Nejdůležitější pro mě byla vzhledem k tématu práce položka č. 5 „Vážné onemocnění“ (utrpět nemoc či úraz, který ohrozí život člověka nebo jej dlouhodobě omezí či mu způsobí značné utrpení) a č. 17 „Pevné zdraví“ (stále se těšit dobrému tělesnému a duševnímu stavu a zdatnosti, snadno a úspěšně překovávat běžné zdravotní potíže). Tabulky s přehledem zjištěných aritmetických průměrů jsou uvedeny níže. Z výsledků je patrné, že obě skupiny respondentů vykazují podobných výsledků. U položky „Vážné onemocnění“ jak zdraví, tak PSM osoby, přičítají nejčastěji příčinu faktorům mimo lidskou vůli (faktor MO). U položky „Pevné zdraví“ zaujímá u obou skupin nejvyšších hodnot faktor internality, obě skupiny se tedy domnívají, že dobrý zdravotní stav a překonávání běžných zdravotních potíží závisí na nich samotných.

Tabulka 5: Přehled výsledků vybraných položek DOPO, faktor IO

		Aritm. průměr
Zdraví	Vážné onemocnění	1,000
	Pevné zdraví	1,653
PSM	Vážné onemocnění	,900
	Pevné zdraví	1,440

Tabulka 6: Přehled výsledků vybraných položek DOPO, faktor EO

		Aritm. průměr
Zdraví	Vážné onemocnění	,510
	Pevné zdraví	,224
PSM	Vážné onemocnění	,540
	Pevné zdraví	,220

Tabulka 7: Přehled výsledků vybraných položek DOPO, faktor MO

		Aritm. průměr
Zdraví	Vážné onemocnění	1,286
	Pevné zdraví	,878
PSM	Vážné onemocnění	1,340
	Pevné zdraví	1,180

Při dalším zpracování výsledků DOPO jsem si vybrala některé výrazné rozdíly v dosažených výsledcích, a ty podrobila statistickému prověřování, abych mohla výše uvedené jednoznačně statisticky potvrdit.

2.4.1 Výsledky t-testu DOPO

Podle údajů v tabulkách 3 a 4 by mezi zdravými osobami a PSM mohl existovat rozdíl ve faktoru EO a PEO. Použila jsem Studentův t-test pro dva nezávislé výběry, abych mohla na hladině pravděpodobnosti $\alpha=0,05$ statisticky potvrdit či vyvrátit zjištěný rozdíl.

Z tabulky 20 je vidět, že mezi zdravými osobami a PSM nemocnými existuje rozdíl ve faktoru EO. Vypočítané testové kritérium pro 97 stupňů volnosti $t=2,166$ je vyšší než kritická hodnota $t_{0,05}(97)=1,984$. Na hladině významnosti $\alpha=0,05$ mezi oběma skupinami tedy existuje signifikantní rozdíl, a musí být proto zamítnuta nulová hypotéza o neexistenci rozdílu mezi experimentální a kontrolní skupinou ve faktoru EO (vnější příčinné orientace). Osoby zdravé tedy vykazují vyšší externalitu spojenou s vlivem druhých lidí ve srovnání s PSM nemocnými.

Tabulka 20 uvádí také výsledné hodnoty pro faktor PEO, tedy vnější příčinná orientace (externalita) v souhrnu pozitivně vyjádřených okolností. Vypočítané testové kritérium $t=2,738$ je vyšší než kritická hodnota $t_{0,05}(97)=1,984$. Na hladině významnosti $\alpha=0,05$ mezi oběma skupinami existuje signifikantní rozdíl, a musí být proto zamítnuta nulová hypotéza o neexistenci rozdílu mezi experimentální a kontrolní skupinou ve faktoru PEO. Lidé zdraví tedy přičítají příčiny pozitivních životních událostí druhým lidem více než PSM nemocní. Pokud dojde v životě k nějaké pozitivní události, psychosomaticky nemocní oproti zdravým vnímají druhé lidi mnohem méně

často za příčinu či původce těchto událostí, očekávají od druhých mnohem méně pozitivních skutků.

V diplomové práci se rozdíl mezi oběma skupinami ve faktoru EO nepotvrdil, nyní ano. Shodných výsledků jak v diplomové práci, tak v práci rigorózní bylo dosaženo ve faktoru PEO.

Pro jistotu jsem podrobila statistickému testování také faktor IO, tedy internalitu. Chtěla jsem si ověřit, zda existuje mezi zdravými a PSM nemocnými rozdíl v této dimenzi. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 21. Vypočítané testové kritérium $t=-0,625$ je nižší než kritická hodnota $t_{0,05}(97)=1,984$. Na hladině významnosti $\alpha=0,05$ mezi oběma skupinami tedy neexistuje signifikantní rozdíl, a musí být proto potvrzena nulová hypotéza o neexistenci rozdílu mezi experimentální a kontrolní skupinou ve faktoru IO, tedy faktoru vnitřní příčinné orientace, internalitě.

V dimenzi internality, tedy faktoru IO, jsem mezi sebou porovnávala také muže a ženy (uvádí tabulka 22). Výsledky testového kritéria $t=-1,076$ v porovnání s kritickou hodnotou $t_{0,05}(97)=1,984$ potvrzují, že musí být přijata nulová hypotéza o neexistenci rozdílu mezi muži a ženami v internalitě. Jak muži, tak ženy projevují vědomí kontroly nad svým životem, vnitřní příčinnou orientaci, ve stejné míře. Muži a ženy vykazovaly také rozdíl ve faktoru NEO, tedy vnější příčinné orientaci negativně vyjádřených položek. Vypočítané testové kritérium $t=2,221$ je vyšší než kritická hodnota $t_{0,05}(97)=1,984$ (tabulka 23). Na hladině významnosti $\alpha=0,05$ mezi oběma skupinami tedy existuje signifikantní rozdíl. Znamená to pravděpodobně, že pokud v životě člověka dojde k negativním událostem, jsou to ženy, které příčiny těchto negativních událostí připisují druhým lidem v mnohem vyšší míře v porovnání s muži.

Muže a ženy jsem dále rozdělila do podskupin podle zdravotního stavu, a tyto skupiny opět mezi sebou porovnávala.

Zdravé a PSM ženy se mezi sebou ve faktoru IO neliší, jak potvrzuje tabulka 23. Výsledky testového kritéria $t=-0,691$ v porovnání s kritickou hodnotou $t_{0,05}(58)=2,000$ potvrzují, že musí být přijata nulová hypotéza o neexistenci rozdílu mezi zdravými a PSM ženami v internalitě. V internalitě se mezi sebou neliší ani zdraví muži ve srovnání s PSM muži (tabulka 25), kde vypočítané testové kritérium $t=-0,951$ je v porovnání s kritickou hodnotou $t_{0,05}(37)=2,030$ nižší. Mezi ženami i mezi muži by mohl existovat rozdíl v EO. Při podrobném statistickém zkoumání jsem však dospěla k výsledku, že mezi oběma skupinami, tedy mezi zdravými a PSM ženami a zároveň mezi zdravými a

PSM muži neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnější příčinné orientaci. Výsledná testová kritéria pro ženy $t=1,450$ a pro muže $t=1,704$ jsou v porovnání s kritickou hodnotou pro ženy $t_{0,05}(58)=1,984$ a pro muže $t_{0,05}(37)=2,030$ nižší, proto jsou i zde zamítnuty nulové hypotézy.

Statisticky významného výsledku bylo dosaženo ve faktoru PEO, vnější příčinné orientace v souhrnu pozitivně vyjádřených okolností, mezi zdravými a PSM ženami (tabulka 28). Vypočítané testové kritérium $t=2,366$ je v porovnání s kritickou hodnotou $t_{0,05}(58)=2,000$ vyšší, znamená to tedy, že zdravé ženy ve větší míře než PSM ženy připisují příčiny pozitivních událostí ve svém životě vlivu druhých lidí. U mužů tento rozdíl ve faktoru PEO neexistuje.

Faktor NEO, tedy vnější příčinná orientace v souhrnu negativně vyjádřených okolností, zaznamenal hraničních výsledků při porovnávání zdravých a PSM mužů mezi sebou. Testové kritérium $t=1,975$ se nachází velmi blízko kritické hodnotě $t_{0,05}(37)=2,030$. Domnívám se, že pokud by byly vzorky respondentů dostatečně kvalitně vybrané a reprezentativní, byla by hodnota testového kritéria patrně vyšší. To by znamenalo, že zdraví muži by patrně častěji než PSM muži připisovali příčiny negativních událostí ve svém životě vlivu osudu či náhody.

Ve faktorech MO nebyly zaznamenány statisticky významné rozdíly. Mezi zdravými a PSM ženami není rozdíl ve faktoru neosobní příčinné orientace, stejně tak i mezi zdravými a PSM muži.

Vybrané faktory Dotazníku osobní příčinné orientace jsem pomocí t-testu zkoumala také v souvislosti s nejvyšším dosaženým stupněm vzdělání. Snažila jsem se vždy v rámci daného stupně vzdělání porovnávat, zda se mezi sebou liší zdraví a PSM nemocní.

Ač by se mohlo na první pohled z tabulek 11 a 12 zdát, že mezi zdravými a PSM osobami se základním vzděláním existuje výrazný rozdíl ve faktoru IO, použitím t-testu jsem došla k opačnému závěru. Výsledek testového kritéria $t=0,790$ je v porovnání s kritickou hodnotou $t_{0,05}(9)=2,262$ nižší, proto musím vyslovit závěr, že neexistuje rozdíl ve faktoru internality mezi zdravými či PSM nemocnými osobami se základním vzděláním (tabulka 29). Stejných výsledků bylo dosaženo také při porovnávání zdravých a PSM středoškoláků a zdravých a PSM vysokoškoláků, ani zde tedy nemělo dosažené vzdělání vliv na internalitu respondentů. Osoby se základním vzděláním by podle tabulek 11 a 12 mohly vykazovat rozdíly i v dalších faktorech, vyjma PMO, kde se

zdá, že výsledky obou skupin dosáhly velmi podobných výsledků. Při ověřování této hypotézy jsem však došla díky užití t-testu pro dva nezávislé výběry k závěru, že mezi zdravými a PSM nemocnými osobami se základním vzděláním neexistuje v žádném faktoru Dotazníku osobní příčinné orientace signifikantní rozdíl. Všechna vypočtená testová kritéria t uvedená v tabulce 30 jsem porovnávala s kritickou hodnotou pro 9 stupňů volnosti $t_{0,05}(9)=2,262$ a všechny údaje jsou nižší než tato kritická hodnota. Proto musí být potvrzena nulová hypotéza o neexistenci rozdílu ve všech faktorech DOPO.

Mezi zdravými a PSM nemocnými středoškoláky se mi jevily rozdíly zejména ve faktoru IO, EO a PEO. Všechny tyto faktory včetně ostatních jsem taktéž podrobila t-testu. I zde jsem všechna vypočtená testová kritéria t uvedená v tabulce 31 porovnávala s kritickou hodnotou pro 45 stupňů volnosti $t_{0,05}(45)=2,014$. Kromě faktoru PEO, tedy vnější příčinné orientace v souhrnu pozitivně vyjádřených okolností, byla hodnota testových kritérií nižší než kritická hodnota. Tento výsledek by tedy mohl usuzovat na to, že pokud se lidé domnívají, že za pozitivní události v jejich životě mohou druzí lidé, jsou to statisticky významně častěji zdraví středoškoláci.

Tento stejný postup, tedy porovnání zdravých a PSM osob ve všech faktorech DOPO, jsem provedla i u vysokoškolsky vzdělaných respondentů. Vypočtená testová kritéria t jsem porovnávala s kritickou hodnotou pro 39 stupňů volnosti $t_{0,05}(39)=2,021$. Jak uvádí tabulka 32, všechna tato testová kritéria jsou nižší než kritická hodnota, proto musím vyslovit závěr o neexistenci rozdílu mezi zdravými a PSM nemocnými vysokoškoláky ve všech faktorech DOPO.

Statistickému zkoumání jsem podrobila také dvě položky dotazníku, a to položku č. 5 „Vážné onemocnění“ (utrpět nemoc či úraz, který ohrozí život člověka nebo jej dlouhodobě omezí či mu způsobí značné utrpení) a č. 17 „Pevné zdraví“ (stále se těšit dobrému tělesnému a duševnímu stavu a zdatnosti, snadno a úspěšně překovávat běžné zdravotní potíže). Statisticky významný rozdíl byl zaznamenán pouze u položky č. 17 v souvislosti s neosobní příčinnou orientací mezi skupinou zdravých osob a PSM nemocnými. Zjištěné testové kritérium $t=-2,005$ jsem porovnávala s kritickou hodnotou $t_{0,05}(97)=1,984$. Jelikož toto testové kritérium je (v absolutní hodnotě $t=2,005$) vyšší než kritická hodnota, mohu konstatovat, že PSM nemocní mají významně vyšší tendenci považovat za činitele dobrého zdravotního stavu neosobní faktory (osud, náhoda, štěstí). Výsledky uvádí tabulka 30.

Na základě provedeného t-testu u vybraných faktorů DOPO mohu tvrdit, že **první výzkumná hypotéza byla potvrzena částečně**. Zdravé osoby se oproti psychosomaticky nemocným nevyznačují vyšší úrovní internality. Avšak zdraví lidé vykazují vyšší externalitu spojenou s vlivem druhých lidí ve srovnání s psychosomaticky nemocnými. Tento komplikovaný závěr o částečném potvrzení první výzkumné hypotézy je detailněji probrán v diskuzi.

2.4.2 Korelace DOPO

V tabulkách 34 a 35 jsou uvedeny Pearsonovy korelační koeficienty, které byly spočítány pro všechny faktory DOPO, a to jak pro soubor zdravých osob (tabulka 34), tak pro osoby psychosomaticky nemocné (tabulka 35). V tabulkách jsou u každé skupiny tučně a šedě zvýrazněny ty korelační koeficienty, kde existuje střední či vysoká závislost ($r \geq 0,40$). Pokud byla u některé skupiny zjištěna střední či vysoká závislost, sledovala jsem, zda existuje tento vztah i u druhé skupiny respondentů. Vzhledem k tomu, že v tabulce se vyskytuje vždy dvojnásobný počet korelačních koeficientů (např. IO-EO, poté EO-IO), je tento korelační vztah označen pro přehlednost pouze jednou.

Korelace mezi IO a MO, IO a PMO, IO a NMO:

U zdravých osob dosahuje korelační koeficient středně vysoké negativní závislosti ($r = -0,438$). U PSM osob tento vztah nebyl nalezen, existuje zde pouze nízká závislost ($r = -0,260$). Stejně tak tomu je i v případě vzájemného vztahu mezi IO - PMO a IO - NMO. U zdravých osob dosahuje úroveň vzájemného vztahu střední závislosti, u PSM je korelace velmi nízká. Tyto výsledky by tedy mohly znamenat, že čím více jsou zdravé osoby internalistické, tím spíše u nich klesá potřeba vysvětlovat pozitivní i negativní události v jejich životech zásahem např. osudu, štěstí, náhody.

Korelace mezi NIO a MO:

U zdravých respondentů jsem zaznamenala mezi vnitřní příčinnou orientací v souhrnu negativně vyjádřených okolností (NIO) a neosobní příčinnou orientací (MO) záporný korelační vztah dosahující střední závislosti ($r = -0,446$). U PSM osob je tato

korelace nízká ($r=-0,322$). Tento vztah patrně znamená, že zdravé osoby s narůstající tendencí považovat za hybatele jejich životů neosobní jevy, jako např. osud, štěstí, se považují méně zodpovědní za negativní události, ke kterým dochází v jejich životech.

Korelace mezi PIO a PMO:

U zdravých osob byla ve vztahu těchto dvou faktorů zjištěna středně vysoká negativní závislost ($r=-0,452$). Tento vztah by tedy mohl vypovídat o tom, že u zdravých osob s narůstající vírou ve vlastní přispívání k pozitivním událostem života klesá schopnost věřit, že by za tyto pozitivní události mohly jevy jako náhoda, štěstí. U PSM nemocných dosahuje korelace mezi těmito dvěma faktory nízké závislosti.

Korelace mezi EO a MO, EO a PMO, EO a NMO:

U PSM nemocných existuje ve všech třech vzájemných vztazích poměrně vysoká střední korelace. Pro EO a MO se $r=0,491$, pro EO a PMO se $r=0,491$ a pro EO a NMO se $r=0,398$. U zdravých osob dosahují korelační koeficienty nízké závislosti. O PSM respondentech tyto jevy vypovídají, že pravděpodobně s narůstající externalitou již tolik nerozlišují, zda za příčiny životních událostí jsou zodpovědní druzí lidé nebo neosobní jevy, jako osud, náhoda atd.

Korelace mezi PEO a MO, PEO a PMO, NEO a MO, NEO a PMO, NEO a NMO:

Korelační koeficienty všech těchto vzájemných závislostí nabývají u PSM nemocných středně vysoké závislosti. U zdravých respondentů byly shledány pouze nízké nebo velmi nízké závislostní vztahy. Tyto výsledky pravděpodobně poukazují na fakt, že PSM nemocní mají tendenci nerozlišovat mezi vnější příčinnou orientací a neosobní příčinnou orientací, pokud si vysvětlují jevy, ke kterým dochází v jejich životech. Zdravé osoby zjevně mezi oběma faktory rozlišují, vnímají, zda za jevy, ke kterým dochází v jejich životech, mohou druzí lidé nebo neosobní příčiny. U PSM osob externalita splývá. Pokud jsou PSM jedinci externalisticky orientovaní, nerozlišují již tedy patrně, zda to jsou druzí lidé či náhoda, co způsobuje jevy v jejich životě.

Při zjišťování vzájemných závislostí jsem také korelovala dvě položky dotazníku, a to položku č. 5 „Vážné onemocnění“ a č. 17 „Pevné zdraví“. Tyto korelační koeficienty jsou uvedeny v tabulce 36 a 37. Za nejzajímavější závislostní vztah bych

považovala vztah mezi q5a a q17a, kde u PSM $r=0,653$. Tento vztah bych mohla vyjádřit následujícím konstatováním. Čím více si PSM nemocní myslí, že se sami podílejí na svém dobrém duševním i tělesném stavu (syceno položkou q17a), tím více také považují sebe sama za příčinu vlastního vážného onemocnění či úrazu (syceno položkou q5a). Vztah mezi položkami q5a a q17c, kde u PSM $r=-0,544$ by mohla být vyjádřen tímto konstatováním – čím více si PSM nemocní myslí, že si svým chováním způsobili závažnou nemoc (q5a), tím méně mají tendenci domnívat se, že by jejich zdravotní pohodu ovlivňovaly neosobní faktory (q17c). Obě tyto závislosti nebyly pozorovány u skupiny zdravých respondentů.

Naproti tomu u zdravých osob byla zaznamenána středně silná negativní závislost mezi položkami q5b a q5c, $r=-0,477$. Tento vztah patrně znamená, že pokud si zdraví lidé vysvětlují příčiny vážného onemocnění či úrazu, mají tendenci nesměšovat vliv druhých lidí a vlivy neosobní; čím více věří, že tuto nemoc způsobilo okolí (např. lékaři, rodina apod.), tím méně věří náhodným vlivům a nehodám, které by tuto nemoc mohly způsobit. Buď tedy budou považovat za příčiny tohoto vážného onemocnění druhé lidi, nebo neosobní vlivy (osud, náhoda).

2.5 Ověřování druhé výzkumné hypotézy

Druhá hypotéza rigorózní práce, kterou jsem si stanovila, tvrdí, že **psychosomaticky nemocní vykazují oproti zdravým osobám signifikantně vyšší úroveň somatizace**. K ověření této hypotézy jsem použila dotazník SCL-90.

V tabulkách 38 a 39 jsou uvedeny výsledky jednotlivých faktorů otazníku SCL-90 u zdravých osob a u osob psychosomatiky nemocných. Již na první pohled je patrné, že mezi skupinami by mohl existovat ve všech faktorech rozdíl. Abych toto mohla potvrdit s jistotou, i v tomto případě jsem získaná data podrobila statistickému zpracování a stejně jako v předchozím dotazníku i zde byl použit Studentův t-test pro dva nezávislé výběry a Pearsonova korelace. Nejprve jsem tedy porovnávala aritmetické průměry, poté jsem zjišťovala korelace mezi vybranými faktory dotazníku.

Tabulka 8: Přehled výsledků jednotlivých faktorů SCL-90 u zdravých osob

	Maximum	Artim. průměr	Stand. odchylka
SOM	24	5,82	4,990
OBS	24	8,41	5,435
INT	18	4,35	4,111
DEP	30	6,49	5,705
ANX	17	3,80	3,830
HOS	20	2,84	3,255
PHOB	13	1,41	2,508
PAR	12	3,08	2,871
PSY	10	1,90	2,338

Tabulka 9: Přehled výsledků jednotlivých faktorů SCL-90 u PSM

	Maximum	Artim. průměr	Stand. odchylka
SOM	33	10,50	8,683
OBS	29	12,68	7,880
INT	28	8,00	7,908
DEP	39	15,84	12,251
ANX	27	10,04	7,174
HOS	17	4,20	4,081
PHOB	15	3,32	3,857
PAR	18	4,76	4,830
PSY	23	4,06	4,967

2.5.1 Výsledky t-testu SCL-90

Výsledky t-testu provedené u všech faktorů kromě faktoru Hostility vykazují statisticky významné rozdíly mezi výzkumným a kontrolním souborem, tyto závěry lze tvrdit na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Uvádí tabulka 40. Vypočítaná testová kritéria t jsem vždy porovnávala s kritickou hodnotou $t_{0,05}(97)=1,984$. Na hladině významnosti $\alpha=0,01$ lze dokonce vyslovit závěr o statisticky signifikantních rozdílech mezi zdravými a PSM nemocnými, a to u faktorů Somatizace, Obsese-kompulze, Interpersonální senzitivita, Deprese, Anxiozita, Fobie, Psychoticismus. V tomto případě bylo vypočtené testové kritérium jednotlivých faktorů porovnáváno s kritickou hodnotou $t_{0,01}(97)=2,626$. Jediným faktorem, ve kterém se respondenti neliší, je již výš zmíněná Hostilita. Psychosomaticky nemocní respondenti mají tedy oproti zdravým jedincům významně vyšší hladinu somatizace, depresivity a úzkosti. Faktor SOM je definován položkami jako např. bolesti hlavy, pocity na omdlení, bolesti v kříži, nevolnost, pocity slabosti. Faktor DEP je vymezen např. pocitem nedostatku energie, myšlenkami na ukončení života, sebeobviňování, pocity opuštěnosti, smutnou náladou. Faktor ANX je složen z položek jako např. nervozita, vnitřní neklid, pocity paniky, bušení srdce, pocity napětí, neklidem. Löwe et al. (2008) zmínili svou hypotézu o existenci specifického konstruktů sestávajícího z deprese, úzkosti a somatických symptomů, o jakémsi jednom typu poruchy se třemi typy projevů, a to somatizací, úzkostí a depresivitou. Tento konstrukt nazývají celkový neurotický syndrom nebo negativní afektivní

syndrom. V mém výzkumu jsou signifikantně zvýšené hodnoty u všech těchto tří faktorů u psychosomaticky nemocných, což je v souladu s jejich hypotézami. Testová kritéria těchto tří faktorů dosáhla dokonce nejvyšších hodnot mezi všemi faktory dotazníku SCL-90.

U osob s psychosomatickými potížemi také častěji dochází ke kompulzivnímu jednání a obsedantním a paranoidním myšlenkám. Faktor Paranoidního myšlení je vymezen jevy jako např. připisování viny za obtíže druhým, pocity, že druhým lidem nelze věřit, pocity, že druzí dostatečně nevyjadřují uznání, myšlenky, že druzí jen využívají. Těmito jevy, jako případnými možnými projevy či komorbiditami psychosomatického onemocnění, jsem se v teoretické části práce nezabývala. Avšak vzhledem k tomu, že obsedantně-kompulzivní jednání souvisí s úzkostí, není překvapující, že PSM nemocní v mém výzkumu dosáhli v tomto faktoru vysokých hodnot. V interpersonálních vztazích jsou mnohem senzitivnější, více vnímají nejrůznější drobné nuance, vztahy s druhými lidmi tak pro ně mohou znamenat specifický druh zátěže, ať už v pozitivních, či negativních ohledech. Jsou více stydliví, hůře snášejí kritiku, jsou snadněji zranitelní, častěji se cítí osamělí a mají častěji pocity méněcennosti. Míra hostility a nepřátelského vztahu k lidem je u obou skupin stejná. Psychosomaticky nemocní také častěji trpí nejrůznějšími fobiemi, fobicko-úzkostnými stavy a „psychotickými“ produkcemi. Faktor PSY je zde vymezen např. pocity, že druzí mohou ovládat myšlenky, myšlenkami, že se děje nebo už stalo něco vážného, pocity, že s myšlením či rozumem není vše v pořádku.

Při porovnání výsledků t-testu, které vyšly v tomto výzkumu, s daty výzkumu mé diplomové práce, musím konstatovat, že výsledky jsou si velmi podobné. Rozdíl ve faktoru SOM se v rigorózní práci ještě zvýraznil, stejně tak faktor ANX. Významný rozdíl jsem zjistila také u faktoru PAR. V diplomové práci nebyl mezi oběma skupinami zjištěn rozdíl, nyní ano.

U obou výzkumů, tedy jak výzkumu v diplomové práci, tak v práci rigorózní, nebyl shledán statisticky významný rozdíl v hostilitě, i když v rigorózní práci se hodnota vypočteného testového kritéria $t = -1,835$ blíží kritické hodnotě. Při skutečně dostatečně reprezentativních vzorcích by možná i tento faktor zaznamenal významný rozdíl mezi zdravými a psychosomaticky nemocnými. Protože mě tento faktor zajímal, neboť jsem předpokládala, že mezi oběma skupinami respondentů bude existovat rozdíl, pokusila jsem se prozkoumat jednotlivé položky tohoto faktoru a taktéž jsem

provedla t-test. Mezi oběma skupinami jsem v rámci tohoto faktoru narazila na rozdíl v položce 11 „Dát se často znepokojit nebo podráždit.“, a to dokonce na hladině významnosti $\alpha=0,01$. Testové kritérium $t=-2,940$ je vyšší než kritická hodnota $t_{0,01}(97)=2,626$, proto musím zamítnout nulovou hypotézu o neexistenci rozdílu v této položce mezi zdravými a psychosomaticky nemocnými osobami. PSM se tak snadno dostávají do situací, které jim způsobují obavy, iritují je a způsobují jim podráždění. U ostatních položek faktoru HOS se mezi sebou skupiny neliší.

Při dalším zkoumání získaných dat dotazníku SCL-90 jsem se pokusila porovnávat mezi sebou zdravé muže s PSM muži a zdravé ženy s PSM ženami. Výsledky testových kritérií všech faktorů SCL-90 jsou uvedeny v příloze v tabulkách 41 a 42. V textu dále zmíním jen významné rozdíly, tzn. hodnoty zjištěných testových kritérií, která jsou vyšší než kritická hodnota $t_{0,05}(58)=2,000$. Mezi zdravými a psychosomaticky nemocnými ženami byl shledán statisticky signifikantní rozdíl ve faktoru SOM, OBS, DEP, ANX a PSY. Psychosomaticky nemocné ženy tedy oproti zdravým ženám více somatizují, je u nich významně vyšší hladina úzkosti a deprese, častěji je trápí obsedantní myšlenky a častěji u nich dochází ke kompulzivnímu jednání. V neposlední řadě je jejich myšlení více poznamenáno „psychotickou“ produkcí (např. pocity, že jim druzí čtou myšlenky). U mužů jsem porovnávala zjištěná testová kritéria s kritickou hodnotou $t_{0,05}(37)=2,030$. U mužů existují rozdíly ve faktoru SOM, INT, DEP, ANX, HOS a PHOB. PSM muži tedy stejně jako PSM ženy více somatizují, jsou více depresivní a úzkostní. PSM muži jsou oproti zdravým mužům v interpersonálních interakcích a vztazích senzitivnější, zároveň však také hostilnější a vykazují více úzkostně-fobických symptomů. Obě pohlaví tedy v porovnání se zdravými respondenty mají signifikantně vyšší úroveň somatizačních tendencí, jsou depresivnější a úzkostnější. U PSM žen se však častěji vyskytuje obsedantně-kompulzivní symptomatika a „psychoticismus“, PSM muži jsou oproti zdravým naopak senzitivnější, nepřátelštější a více je trápí nejrůznější fobie.

K zajímavým výsledkům jsem došla při porovnávání zdravých a PSM nemocných osob v souvislosti s nejvyšším dosaženým stupněm vzdělání. Tabulky 43, 44 a 45 s výslednými testovými kritérii jsou uvedeny v příloze. Mezi zdravými a PSM nemocnými osobami se základním vzděláním nebyly mezi aritmetickými průměry všech faktorů SCL-90 zjištěny žádné statisticky významné rozdíly. Testová kritéria byla porovnáвана s kritickou hodnotou $t_{0,05}(9)=2,262$ a žádné nebylo vyšší než tato kritická

hodnota. Pouze u faktorů SOM a ANX se testové kritérium blížilo hranici kritické hodnoty. Tento výsledek přičítám velmi malému souboru respondentů. Domnívám se, že pokud by byla skupina osob se základním vzděláním dostatečně reprezentativní jak u zdravých, tak u nemocných, a počet osob by byl vyšší, byly by výsledky pravděpodobně jiné. U osob se středoškolským vzděláním jsem testová kritéria porovnávala s kritickou hodnotou $t_{0,05}(45)=2,014$. Rozdíly zde byly zaznamenány u faktorů OBS, INT, DEP, ANX, PAR, PSY. Za zvláštní považuji, že v této skupině, která čítá již poměrně vyšší počet respondentů, nebyl zjištěn rozdíl ve faktoru Somatizace. Naproti tomu faktor Deprese dosáhl vysoké hodnoty ($t=-4,719$), stejně tak faktor Anxiety ($t=-3,663$). U osob s vysokoškolským vzděláním dopadly výsledky t-testu také poměrně zajímavě. I zde považuji vzorek za početný (celkem 41 osob), přesto mě některé výsledky překvapily. U vysokoškoláků byla testová kritéria porovnáвана s kritickou hodnotou $t_{0,05}(39)=2,021$. Faktory, jejichž výsledná testová kritéria byla vyšší než kritická hodnota, jsou SOM, ANX a PHOB. PSM vysokoškoláci tedy více než PSM středoškoláci somatizují a je u nich vyšší výskyt nejrůznějších fobií. Naproti tomu PSM středoškoláci jsou oproti PSM vysokoškolákům depresivnější, interpersonálně citlivější, častěji se u nich projevu obsedantně-kompulzivní symptomatika, více je trápí paranoidní myšlenky a specifické projevy „psychoticismu“.

Z výše uvedených výsledků je patné, že **druhá výzkumná hypotéza o signifikantním rozdílu v úrovni somatizace mezi zdravými a psychosomaticky nemocnými byla zcela jednoznačně potvrzena.**

2.5.2 Korelace SCL-90

V tabulkách 46 a 47 jsou uvedeny Pearsonovy korelační koeficienty, které byly spočítány pro vzájemné vztahy všech faktorů SCL-90, a to jak u souboru zdravých osob (tabulka 46), tak u souboru psychosomaticky nemocných (tabulka 47). Jelikož mezi sebou vzájemně silně korelují téměř všechny faktory dotazníku, rozhodla jsem se tučně a šedě zvýraznit pouze ty korelační koeficienty, ve kterých se mezi sebou skupiny liší o min. 0,3. Vzhledem k tomu, že se v tabulce vyskytuje vždy dvojnásobný počet korelačních koeficientů (např. SOM-INT, poté INT-SOM), je tento korelační vztah označen pro přehlednost pouze jednou.

Téměř všechny korelační koeficienty u psychosomaticky nemocných dosahují vyšších hodnot než u zdravých osob. Většina korelací u zdravých dosahuje střední závislosti, u PSM osob jsou tyto hodnoty již v pásmu vysoké nebo velmi vysoké závislosti.

První vzájemný vztah, ve kterém se skupiny významně odlišují, je mezi SOM a INT. U PSM nabývá tento vztah vysoké závislosti ($r=0,831$), kdežto u zdravých osob je závislost nízká ($r=0,258$). Tuto závislost bych definovala tak, že u psychosomaticky nemocných osob s narůstající interpersonální senzitivitou velmi výrazně narůstá také somatizace. Za velmi významné bych považovala zodpovězení otázky, zda se jedná o interpersonální citlivost, která se zvyšující se úrovní zvyšuje také somatizační tendence, nebo zda je to somatizace, která udává úroveň této interpersonální citlivosti. Vysoká závislost u PSM osob také existuje mezi faktory SOM a DEP ($r=0,817$) a SOM a ANX ($r=0,885$). U zdravých osob byla také shledána závislost, avšak korelační koeficient je nižší. U PSM jedinců tedy velmi výrazně s narůstající somatizací narůstá i úzkost a deprese. Vztah je samozřejmě možné formulovat i „obráceně“, tedy že s narůstající úzkostí jedinec více somatizuje, stejně tak s narůstající depresivitou se významně zvyšují somatizující tendence. Korelační vztah však neznamená příčinnost, nelze tedy určit, zda je to úzkost a deprese, které stupňují somatizaci, nebo somatizace, která určuje hladinu úzkosti a deprese (Nováková, 2011). Další významné rozdíly byly zaznamenány mezi faktory SOM a PAR, SOM a PSY. U PSM jedinců dosahují tyto korelace střední až vysoké závislosti (mezi SOM a PAR $r=0,634$, mezi SOM a PSY $r=0,703$). U zdravých osob dosahují korelace nízké závislosti. Tento vztah u psychosomaticky nemocných můžeme vyjádřit tak, že čím více jedinci somatizují, tím více se stávají paranoidními a jsou u nich přítomné pocity, že např. jejich myšlení není v pořádku. Mezi INT a HOS dosáhla u PSM osob korelace vysoké závislosti ($r=0,673$). Domnívám se, že čím interpersonálně citlivější psychosomaticky nemocní jsou, tím více si všímají nejrůznějších reakcí druhých lidí a mohou i jen neutrální nebo mírně negativní reakce vnímat jako útočné, což v nich snáze bude probouzet negativní a nepřátelské postoje vůči druhým lidem.

2.6 Ověřování třetí a čtvrté výzkumné hypotézy

Rigorózní práce se teoreticky i empiricky zabývá atribučními styly u psychosomaticky nemocných. V empirické části práce jsem použila DOPO, který zjišťuje atribuční styl, a SCL-90, který slouží jako škála pro určení závažnosti příznaků, které se vyskytují u psychosomaticky nemocných. Třetí a čtvrtá výzkumná hypotéza se zabývá vztahy vzájemné závislosti. Třetí hypotéza tvrdí, že **u psychosomaticky nemocných existuje signifikantní vztah mezi somatizací a LOC tak, že s rostoucí externalitou se zvyšují somatizační tendence**. Čtvrtá hypotéza se zabývá taktéž LOC a uvádí, že **u psychosomaticky nemocných existuje signifikantní vztah mezi úzkostí a depresí a LOC tak, že s rostoucí externalitou jsou jedinci úzkostnější a depresivnější**. Abych se mohla pokusit zodpovědět stanovené hypotézy, bylo potřeba porovnat mezi sebou výsledky obou dotazníků. Provedla jsem tak několik porovnání vybraných faktorů obou dotazníků mezi sebou. Pro posouzení, do jaké míry by spolu mohly vybrané faktory souviset, bylo využito Pearsonovy korelace.

Vzhledem k tématu práce lze za zásadní považovat zjišťování vztahu mezi atribučním stylem a somatizací. Proto jsem korelovala faktor SOM z dotazníku SCL-90 se všemi faktory DOPO. Vše uvádí stručné tabulky níže (tabulka 48 a 49).

Tabulka 10: Pearsonův korelační koeficient faktorů IO (SCL-90) a všech faktorů DOPO u zdravých

	SOM	IO	PIO	NIO	EO	PEO	NEO	MO	PMO	NMO
SOM	1	-,175	-,214	-,128	,174	,144	,153	,349*	,396**	,294*

Tabulka 11: Pearsonův korelační koeficient faktorů IO (SCL-90) a všech faktorů DOPO u PSM

	SOM	IO	PIO	NIO	EO	PEO	NEO	MO	PMO	NMO
SOM	1	-,425**	-,489**	-,298*	,125	,198	,055	,184	,386**	,005

Jak je možné vidět v tabulce 48, nejsilnější korelační vztah u zdravých osob existuje mezi faktorem Somatizace z dotazníku SCL-90 a faktorem neosobní přičinné orientace MO z DOPO, a to včetně obou „subfaktorů PMO a NMO. Tyto korelace jsou ještě v pásmu nízké závislosti, avšak blíží se k hranici střední závislosti. Tento vztah by mohl hovořit o tom, že čím více věří zdraví lidé v osud, náhodu a štěstí, tím spíše se u nich projevují somatizační tendence. U PSM nemocných tento korelační vztah nebyl

zjištěn, avšak byly zaznamenány negativní korelační koeficienty dosahující střední závislosti mezi SOM a vnitřní příčinnou orientací (tedy mezi SOM a IO, SOM a PIO) a nízké závislosti mezi SOM a NIO. Tento vztah tak potvrzuje hypotézu, že čím více psychosomaticky nemocné trápí psychosomatické obtíže, tím méně kontroly nad svým životem mají a ztrácejí postupně víru v možnost ovlivňovat svůj život, ztrácejí kontrolu nad životem a také nad svým tělem a zdravím.

Toto základní porovnání SOM se všemi faktory DOPO jsem provedla také zvlášť pro každou skupinu respondentů ještě v souvislosti s rozdělením podle pohlaví. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách 50 až 53. Při bližším pohledu na výsledky uvedené v těchto tabulkách je možné zaznamenat zajímavé výsledky. Jak u PSM žen, tak PSM mužů dochází při snižující se internalitě k nárůstu somatizace. Tyto výsledky vedou k potvrzení třetí hypotézy o závislosti mezi internalitou a somatizačními tendencemi. Jedinou skupinou, kde nebyl tento vztah zaznamenán, jsou zdravé ženy. Zajímavým faktem je, že nejvíce významných korelačních koeficientů jsem zjistila u skupiny zdravých mužů. Výsledky, ke kterým jsem došla, by mohly znamenat, že čím výrazněji dochází u zdravých mužů k somatizaci duševní nepohody, tím spíše se u nich dostavuje pocit ztráty kontroly nad vlastním životem a tím více si jevy, ke kterým dochází v jejich životech, vykládají zásahem druhých osob nebo neosobních jevů. PSM muži se zdravým mužům podobají pouze ve vztahu mezi somatizací a IO. PSM muži tedy se zesilujícími somatizačními tendencemi taktéž ztrácí víru v to, že se na příčinách jevů v jejich životech podílí oni sami, avšak nevěří, že by jejich život ovlivňovali druzí lidé nebo neosobní jevy, jako je např. osud, náhoda, ať už ve smyslu toho, že by jim druzí lidé nebo osud mohli pomoci, či naopak ublížit. Jak PSM muži, tak PSM ženy se s narůstajícími psychosomatickými obtížemi stávají méně internálními, avšak zároveň nevykazují ani externální tendence. Jako by se tedy zdálo, že silně somatizující jedinci už nevěří ničemu. Jediné co mimo internalitu koreluje s narůstáním somatizace u PSM mužů a PSM žen, je faktor PMO, tedy neosobní příčinná orientace v souhrnu pozitivně vyjádřených okolností. Tento vztah bych mohla charakterizovat tedy pravděpodobně tak, že čím více je člověk psychosomaticky nemocný, tím více věří, že pozitivní události v jeho životě ovlivňuje osud, jako kdyby věřili, že uzdravení (jako pozitivní událost) může ovlivnit pouze náhoda, štěstí nebo třeba Boží zázrak.

Jak dokládají tabulky 54 až 57, psychosomaticky nemocné osoby se s narůstající anxiétou a depresivitou stávají méně internálními. Lze definovat i

obráceně, tedy čím jistější jsou si psychosomaticky nemocní, že jsou si sami strůjci svého života, tím menší pravděpodobnost rozvoje úzkostných či depresivních symptomů. U zdravých nebyl tento vztah zjištěn. V souvislosti s úzkostí, tedy faktorem ANX, byla u zdravých osob zjištěna korelace s faktorem MO, tedy neosobní příčinnou orientací. Zdravé osoby tedy s narůstající úzkostí více důvěřují v neosobní jevy jako příčiny událostí v jejich životech. Čím úzkostnější tedy zdraví jsou, tím spíše věří v osud, náhodu. Velmi podobný vztah existuje u zdravých osob také v souvislosti s depresivitou a MO.

V tabulkách 58 a 59 jsou uvedeny výsledkové korelační koeficienty mezi faktorem Interpersonální senzitivity a všech faktorů DOPO. Mezi zdravým a PSM nemocnými zde opět existuje rozdíl. U PSM nemocných s klesající internalitou narůstá interpersonální senzitivita. Čím menší vědomí o tom, že se na svém životě sami podílejí, mají PSM jedinci, tím jsou v mezilidském kontaktu vnímavější a citlivější.

Korelační koeficienty jsem zjišťovala také mezi vybranými faktory SCL-90 (konkrétně SOM, ANX a DEP) a 5. a 17. položkou DOPO. 5. položka je definována jako „Vážné onemocnění“ (utrpět nemoc či úraz, který ohrozí život člověka nebo jej dlouhodobě omezí či mu způsobí značné utrpení) a 17. položka jako „Pevné zdraví“ (stále se těšit dobrému tělesnému a duševnímu stavu a zdatnosti, snadno a úspěšně překonávat běžné zdravotní potíže). Každá položka dotazníku DOPO je sycena třemi druhy příčinnosti, tedy internalitou, externalitou v souvislosti s druhými lidmi a externalitou v souvislosti s neosobními jevy. Při porovnávání vzájemné závislosti mezi SOM a položkami 5 a 7, jsem u PSM osob zjistila tento vztah střední závislosti. Pacienti tím spíše somatizují, čím méně mají pocit, že vážné onemocnění si mohli přivodit sami a čím méně mají dojem, že na nich samotných záleží, zda se budou těšit dobrému zdraví. Podobně vysoká korelace, tedy středně vysoká, byla shledána i mezi faktory ANX a položkami 5 a 17 a DEP a položkami 5 a 17. Čím jsou jedinci depresivnější a úzkostnější, tím méně si myslí, že se sami podílejí na vážném onemocnění a tím slabší je u nich pocit, že jsou schopni snadno a úspěšně překonávat běžné zdravotní obtíže. U zdravých osob byly zjištěny korelační vztahy mezi SOM, DEP a ANX a položkami 5 a 17 v následujícím kontextu – čím více se zdravé osoby domívají, že pevné zdraví závisí na druhých lidech (např. lékařích), tím více somatizují, tím jsou úzkostnější a depresivnější. Mezi PSM nemocnými tento vztah shledán nebyl. Ve vztahu mezi ANX a položkami 5 a 17 nabývá tato korelace dokonce střední pozitivní závislosti.

Obě dvě stanovené výzkumné hypotézy, tedy jak třetí, tak čtvrtá, byly zcela jednoznačně potvrzeny. V diskuzi se posléze věnuji detailnějšímu rozboru těchto výsledků.

2.7 Shrnutí výsledků výzkumu

Poslední kapitolou empirické části je přehledné shrnutí všech významných výsledků s důrazem na konstatování, zda byly stanovené výzkumné hypotézy potvrzeny, či nikoli.

První výzkumná hypotéza předpokládá, že existuje statisticky významný rozdíl v úrovni internality-externality mezi osobami psychosomaticky nemocnými a zdravými. Tato hypotéza byla potvrzena jen zčásti, a to tak, že obě skupiny se sice neliší v internalitě, avšak v souvislosti s působením druhých lidí se zdraví statisticky významně více domnívají, že druzí mohou mít vliv na dění v jejich životech častěji a ve větší míře, a to ještě navíc při vysvětlování si pozitivních událostí. Výsledky t-testu DOPO ukazují na to, že obě dvě skupiny se neliší v internalitě, tedy ve vnitřní příčinné orientaci. V čem se ale skupiny odlišují, je faktor EO, tedy vnější příčinná orientace. Tento výsledek předpokládá, že zdravé osoby se silněji než PSM nemocní domnívají, že za jevy, ke kterým dochází v jejich životech, mohou druzí lidé ve větší míře. Zároveň také zdravé osoby silněji než PSM věří, že za dobré události, které se jim dějí, mohou druzí lidé. Tento vztah byl zaznamenán u zdravých žen, u zdravých mužů se tato vzájemná závislost nepotvrdila.

Druhá výzkumná hypotéza, jež tvrdí, že mezi zdravými a psychosomaticky nemocnými existuje signifikantní rozdíl v úrovni somatizačních tendencí, byla zcela potvrzena. Stejně tak i třetí hypotéza o tom, že u psychosomaticky nemocných existuje signifikantní vztah mezi somatizací a LOC tak, že s rostoucí externalitou se zvyšují somatizační tendence. Výsledky dotazníku SCL-90 potvrdily signifikantní rozdíly tedy nejen ve faktoru Somatizace, ale téměř ve všech měřených faktorech. Psychosomaticky nemocní jsou oproti zdravým depresivnější, úzkostnější, interpersonálně citlivější. Prožívají více fobií, trápí je více obsedantních myšlenek a tendencí ke kompulzivnímu jednání. I když jsou psychosomaticky nemocní vnímavější a senzitivnější v mezilidských vztazích, nevyznačují se vyšší mírou hostility, jak by bylo možné očekávat. Je však možné, že tuto hostilitu psychosomaticky nemocní potlačují, takže se nemusí projevovat navenek. Tím by však mohlo docházet k městnání těchto hostilních afektů, které by se mohly podílet na udržování jejich onemocnění. Výsledky také ukázaly, že v souvislosti s nejvyšším dosaženým stupněm vzdělání, jsou to psychosomaticky nemocní vysokoškoláci, kteří mnohem více než psychosomaticky

nemocní středoškoláci somatizují. U psychosomaticky nemocných byl potvrzen korelační vztah vysoké závislosti mezi somatizací a LOC. Navíc zde hrálo roli pohlaví probandů, protože jak u PSM žen, tak u PSM mužů dochází při snižující se internalitě k nárůstu somatizace.

Poslední čtvrtá hypotéza konstatující, že u psychosomaticky nemocných existuje signifikantní vztah mezi úzkostí a depresí a LOC tak, že s rostoucí externalitou jsou jedinci úzkostnější a depresivnější, byla taktéž zcela jednoznačně potvrzena.

Na základě výsledků výzkumu mohu tvrdit, zjednodušeně řečeno, že čím méně pocitu kontroly nad vlastním životem psychosomaticky nemocní mají, tím více somatizují, častěji a silněji prožívají úzkost a depresi, a tím interpersonálně senzitivnější jsou. Je však možné, že to jsou právě tyto vlastnosti, jejichž narůstání způsobuje také vznik a udržování psychosomatického onemocnění.

3 DISKUZE

Většina výzkumů uvádí, že psychosomaticky nemocné osoby mají odlišný atribuční styl. Zásadní otázkou však v současné době zůstává, co je to psychosomatické onemocnění a co vše je myšleno pojmem atribuční styl. Za nejpálčivější problém, který mě pronásledoval během psaní rigorózní práce a který se mohl promítnout nejen do zpracování teoretické části, ale zejména do části empirické, tedy považují terminologickou nejasnost pojmu psychosomatika a psychosomatické onemocnění. Pokud je psychosomatika chápána jako celostní přístup k člověku a tvrzení v úvodu má pravdu v tom, že celý člověk je psychosomatický, pak nemohou existovat psychosomatické choroby jako takové. Pokud však někdo pojmu psychosomatika rozumí tak, že se jedná o somatoformní poruchy vymezené MKN-10, tedy o onemocnění, která jsou z velké části způsobená psychosociálními faktory, pak se jedná o „jinou psychosomatiku“. Navíc existují termíny jako funkční poruchy, somatizační poruchy, onemocnění s medicínsky nevysvětlitelnými symptomy, somatopsychické poruchy atd., které vnášejí ještě více zmatku do již tak chaotického prostředí psychosomatické medicíny.

Prvními, kdo se nejčastěji setkávají s pacienty s psychosomatickými obtížemi, jsou praktičtí lékaři. Aby léčba těchto pacientů byla adekvátní a přínosná, je bezpodmínečně nutná kvalitní identifikace funkčních potíží. V mnoha výzkumech je uváděno široké procentuální rozpětí pacientů s psychosomatickými obtížemi, od 3 do 33%. Toto velké rozpětí ale pravděpodobně nereflektuje skutečný výskyt psychosomatických obtíží. Velká šíře tohoto rozpětí je pravděpodobně způsobena tím, že praktičtí lékaři neodhalí funkční somatické symptomy, nebo odhalí, ale mají strach ze stigmatizace svých pacientů, kteří by označením psychosomatických pacientů získali „nálepku“ psychiatrických pacientů. Dalším důvodem může být jednoduše nedostatek vhodné klasifikace k určování funkčních poruch a nejednotný konsensus, jak tyto poruchy klasifikovat. Komplikace s diagnostikováním psychosomatických obtíží jsou ovlivěny mnoha faktory, např. diagnóza somatoformní poruchy není založena na pozitivních kritériích, ale na nepřítomnosti organického podkladu, potíže musí trvat déle než 6 měsíců apod. (Fink, Rosendal, Olesen, 2005).

Když jsem vybírala respondenty do výzkumného souboru, snažila jsem se o dodržení diagnostického kritéria; za psychosomaticky nemocné byly tedy vybrány osoby, které v době vyplňování dotazníku byly v psychoterapeutické léčbě ve zdravotnickém zařízení pro somatoformní poruchu. Na základě svého současného působení v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech se setkávám denně s mnoha pacienty, kteří trpí velmi intenzivními somatickými steskami, které jsou z velké části zapříčiněny duševními či psychosociálními faktory. Jak se však ukazuje v průběhu léčby, mnoho těchto pacientů trpí psychosomatickými potížemi v souvislosti se svou primární diagnózou, a to nejčastěji diagnózou poruchy osobnosti. Tito pacienti tedy často somatizují právě proto, že mají vzhledem ke své poruše potíže se zvládnutím mezilidských vztahů a emocí, a také jejich rozumové uvažování je odlišné, neumí adekvátně zacházet s emocemi a myšlením, a tak zbývá jediný způsob projevení duševní nepohody, a to somatizace. Lze tedy tyto pacienty považovat za somatoformní, tedy za psychosomaticky nemocné v užším slova smyslu, a směřovat je s těmi, kteří žádnou psychiatrickou diagnózu nemají, avšak tendence k somatizaci se u nich také projevuje? Kdo všechno může být považován za psychosomatického pacienta? Jak ukazují četné výzkumy, některé citované v práci, mnoho pacientů s psychosomatickými obtížemi trpí jinou psychiatrickou poruchou. Psychosomatické potíže jsou tedy často komorbidní s dalšími psychiatrickými poruchami. Co je tedy v tomto případě psychosomatika a jak ji lze „oddělit“ od jiných duševních poruch?

Za faktor, který nebyl při výběru psychosomaticky nemocných, zohledněn, byla délka trvání psychosomatických potíží, což mohlo taktéž ovlivnit výsledky výzkumy, a to zejména s ohledem na atribuční styl těchto osob.

S výše uvedeným dle mého názoru tedy velmi úzce souvisí nejasnost pojmu „zdraví“. Když jsem hledala respondenty pro zařazení do kontrolního souboru, jednou z podmínek byl dobrý zdravotní stav, jednoduše řečeno nepřítomnost závažné nemoci. Někteří respondenti však mohli trpět nezávažnými, avšak chronickými chorobami, jako např. alergie, akné, menstruační potíže apod., které nezmínili. Navíc mohli „zdraví“ vykazovat psychosomatické potíže, ale pro neexistenci psychosomatické péče na Chebsku, kde výzkum probíhal, se pro tyto potíže léčí u „tradičních“ lékařů, takže třeba ani tyto choroby nepovažují za psychosomatické. Stejně tak se třeba někdy v minulosti mohli léčit pro nějaké psychosomatické potíže. Zásadní otázkou pro mě zůstává, kdo je tedy zcela zdravý, a jak je možné určit, která choroba je „psychosomatická“ (v klasickém

slova smyslu, tedy zapříčiněna převážně psychosociálními faktory) a která nikoli, když do každé choroby psychosociální faktory zasahují?

Právě na základě výše zmíněných faktů je možné, že výzkum nepřinesl informaci o odlišném atribučním stylu psychosomaticky nemocných, protože je velmi těžké, a dovoluji si tvrdit, že i možná zcela nemožné, sestavit vzorek psychosomaticky nemocných tak, aniž by u těchto osob nebyla přítomna jiná duševní choroba. A zcela tak je patrně nemožné vybrat zcela zdravé osoby. Všichni jedinci z výzkumného souboru byli diagnostikováni pro somatoformní poruchu, která má jasná diagnostická kritéria. Co když se ale do této skupiny dostali „neurotici“, tedy osoby úzkostné, jež mají psychosomatické potíže a nepopírají vliv psychosociálních faktorů na vznik a vývoj těchto potíží, ba naopak, ale nejsou to typičtí zástupci skupiny jedinců se somatoformní poruchou, kde jednou ze zásadních charakteristik je právě odmítání psychosociálních faktorů jako významných etiologických činitelů? Co když do skupiny psychosomaticky nemocných patřily např. již výše zmíněné poruchy osobnosti, u kterých je výskyt psychosomatických obtíží velmi častý a jejich psychosomatické potíže velmi intenzivní? Stejně tak, jako je obtížné označit něčí potíže za primárně psychosomatické, je velmi složité jednoznačně vymezit zcela zdravé osoby.

Ač se nepotvrdil rozdíl mezi atribučním stylem zdravých a psychosomaticky nemocných osob, rozdíly v ostatních jevech, především měřené dotazníkem SCL-90, byly zcela jasné a signifikantní. To zcela jistě dokazuje, že se jednalo skutečně o dvě odlišné skupiny osob. Otázkou však zůstává, jaké osoby byly tedy mezi sebou vlastně porovnávány.

Někteří odborníci by v souvislosti s výzkumem osob psychosomaticky nemocných mohli doporučit, že by bylo lepší zabývat se osobami s konkrétním, tzv. klasickým psychosomatickým onemocněním, psychosomatickým onemocněním v užším slova smyslu, např. vysoký krevní tlak, zažívací potíže. Jak však prokázaly již dříve provedené výzkumy tzv. specifity, které se snažili postihnout typický osobnostní profil či specifický intrapsychický konflikt u jednotlivých diagnóz, tyto hypotézy nebyly jednoznačně potvrzeny (Šimek, 1985). Souvislost mezi psychosociální problematikou jedince a klinickým obrazem jeho nemoci totiž není nikdy tak těsná, aby bylo možné vysvětlit konkrétní onemocnění konkrétními vnitřními konflikty či vzorci chování (Krusse, Tress, Wöller, 2008).

Myslím si, že psychosomatická choroba v klasickém slova smyslu (tedy onemocnění, na jehož vzniku i průběhu mají výrazný vliv psychosociální faktory) může u různých lidí zasáhnout různé orgánové systémy, a to přednostně ty, které jsou vlivem predispozic nejslabší. Proto by podle mého názoru nemělo smysl zabývat se např. lidmi se syndromem dráždivého tračníku, ale měli bychom se striktně dodržet kritéria výběru pro somatoformní poruchu. Poté by se pak s touto skupinou mělo pracovat jako s výzkumným souborem bez ohledu na to, s jakými somatickými stesky se tito lidé léčí. Právě otázka, čím to je, že se na základě chronického stresu u některých osob rozvine psychosomatické onemocnění, zatímco u druhých nikoli, stojí v základu celé psychosomatiky. Za největší problém psychosomatiky považuji správnou diagnostiku. Jak již bylo zmíněno v úvodu práce, já vnímám, že celý člověk je psychosomatický a že nelze vnímat nemoci buď jako somatické, nebo psychosomatické, pokud se samozřejmě nejedná o „čistě somatickou“ záležitost, jako např. při zlomenině.

Řešením správné diagnostiky by mohla být koncepce Finka, Rosendalové a Olesena (2005, s. 777-778), která se zabývá diagnostikou pacientů s funkčními somatickými symptomy či nepodloženými zdravotními obavami, a to především v primární péči. Do těchto diagnóz by neměli být zahrnuti pacienti např. s depresí či úzkostí, i když mají stejné či podobné somatické symptomy. Lékaři by tak měli být v první řadě schopni správné diferenciální diagnostiky, aby oddělili psychiatrické poruchy od funkčních. Diagnostika se zakládá na určení závažnosti symptomů, nikoli na etiologii.

1. Nízká závažnost symptomů – jedná se o skupinu pacientů, kteří vykazují triviální stesky, aniž by u nich byla diagnostikována nemoc nebo jejich potíže měly závažný dopad na jejich fungování či well-being. Tito pacienti si přejí ujištění, že nejsou vážně nemocní, a nevyžadují žádnou léčbu. Tento typ pacientů je nejčastější v primární péči, otázkou zůstává, zda se jedná o lehké formy hypochondrie, nebo zda lze toto považovat za normální chování. Tato skupina pacientů může být kategorizována na podskupiny, a to na podskupinu pacientů s pravděpodobnou fyzickou chorobou a pacienty s pravděpodobnými funkčními symptomy.

2. Přirozená distresová reakce – tato diagnostická podskupina zahrnuje pacienty, kteří tělesnými symptomy zareagovali na psychologické trauma (např. ztráta zaměstnání, rozvod). Tuto reakci nazývají přirozenou, protože je vzhledem

k závažnosti traumatu adekvátní. Pokud však symptomy přetrvávají, musí být zvážena jiná diagnóza.

3. Nediferencovaná distresová porucha – pacienti s nespecifickými a znepokojujícími tělesnými, emočními či kognitivními symptomy, které nejsou tak vážné či trvalé. Je zde patrná souvislost se stresem a pacient selhává v sociálním fungování či well-beingu. Reakce není adekvátní vzhledem k stresoru.

4. Funkční somatická porucha či tělesná distresová porucha – symptomy mohou být velmi podobné jako u nediferencované distresové poruchy, avšak jsou vážné a přetrvávají a mají závažný dopad na pacientovo well-being a fungování. Do této skupiny by patřili např. pacienti s poruchami vymezenými v MKN-10 jako somatoformní poruchy, neurastenici, pacienti s chronickým únavovým syndromem apod.

5. Hypochondrie či úzkostná zdravotní porucha – do této skupiny patří pacienti, kteří vykazují neadekvátní obavy o své zdraví nebo se svým zdravotním stavem nadměrně zabývají, protože se obávají vážné fyzické choroby.

6. Disociativní (konverzní) poruchy – tato kategorie svými charakteristikami odpovídá této kategorii vymezené v MKN-10. Jedná se o poruchy, které simulují neurologické poruchy (např. paralýza, slepota).

7. Nepřirozené poruchy a Münchausenův syndrom – nevědomá produkce fyzických potíží bez účelu něco tímto získat (např. vyhnout se odpovědnosti, ekonomický zisk), lze pochopit pouze v kontextu psychopatologie. Tito pacienti většinou mívají mnoho psychiatrických poruch.

Za další faktor, nad kterým je potřeba se zamyslet, lze považovat samotný pojem atribuční styl. Tvorba mé první hypotézy se zakládala zejména na četbě literatury o psychosomatických potížích, a z toho vyvozených závěrů o odlišných atribučních stylech. Četné studie (citované výše, např. Steinbrecherové, Hiller (2011)) uvádí, že atribuční styl je významným faktorem psychosomatických obtíží. Nikde v této literatuře se však blíže nespécifikuje, co je tímto atribučním stylem myšleno, atribuční styl není blíže specifikován. Pokud jsou prováděny výzkumy atribučních stylů psychosomaticky nemocných, každý výzkum vychází z jiného teoretického rámce atribucí nebo si dokonce vytváří vlastní teorii. Někteří se zabývají atribučními styly nemocných, např. Robbins a Kirmayer (1991), Lundh a Wangby (2002) a Duddu, Isaac

a Chaturvedi (2006), jiní se soustředí čistě na dimenzi internality-externality, např. Gil-Lacruz, Gil-Lacruz (2010).

První hypotéza předpokládala, že mezi psychosomaticky nemocnými a zdravými osobami existuje rozdíl v dimenzi internalita-externalita. V dimenzi internality (faktoru vnitřní příčinné orientace z DOPO) se sice mezi sebou skupiny neliší, avšak významný rozdíl byl zaznamenán v dimenzi externality, a to faktoru vnější příčinné orientace (vliv druhých osob). Toto zjištění mě tedy vede k myšlence, že dimenze internality-externality nemusí vůbec být chápána jako kontinuum, kdy na jednom konci existuje internalita a na druhém externalita. V tomto kontinuu pak internalita znamená, že jedinec se považuje za strůjce svého života a jevy, ke kterým dochází v jeho životě, vnímá jako následky jeho chování a jednání. Externalita pak znamená, že jedinec se nepovažuje za strůjce svého života. Externalita tedy může být chápána buď jako absence internality a pocitu, že svůj život si člověk řídí sám, nebo jako přítomnost toho, že jsou to druzí a další neosobní faktory. V souvislosti s dimenzí internality-externality se tedy může jednat o tři samostatné dimenze přesně tak, jak s nimi pracuje Balcar (1996a, 1996b) a mezi těmito třemi dimenzemi nemusí existovat žádná závislost.

Je však také zcela možné, že atribuční styl osob s psychosomatickým onemocněním skutečně nemusí hrát až tak významnou roli při vzniku psychosomatické poruchy, kdy se jedinec snaží zjistit příčiny svého onemocnění. Velmi pravděpodobně je však významným faktorem trvání poruchy. U lidí s predispozicí k psychosomatické poruše se při vzniku poruchy pravděpodobně zásadněji uplatní alexithymie, vyšší úzkostnost a vyšší depresivita. Avšak vlivem dlouhodobé zátěže, alexithymie, tendence k prožívání úzkosti a zvýšené hladiny deprese a samozřejmě ještě dalších predispozičních faktorů se může jedincovo LOC změnit, tedy posunout na kontinuu internality-externality více k pólu externality. K tomuto posunu LOC může docházet právě proto, že tím, jak psychosomaticky nemocný hledá příčinu nemoci jinde, než kde se skutečně vyskytuje, se komplikuje a znemožňuje léčba. Psychosomaticky nemocný také stále více a více přestává věřit druhým lidem, a tomu, že by se na jeho potížích mohli jakýmkoli způsobem podílet. Snadno pak může psychosomaticky nemocný pacient začínat ztrácet kontrolu nad svým zdravím, což může posléze generalizovat i na život jako takový. LOC má tedy tendenci se vlivem probíhajícího psychosomatického onemocnění měnit.

Dalším vysvětlením, proč nebyl shledán rozdíl v internalitě mezi psychosomaticky nemocnými a zdravými osobami, lze spatřovat v rozdílu, který byl zjištěn v rámci vnější příčinné orientace (faktor EO DOPO). Psychosomaticky nemocní považují v mnohem menší míře druhé osoby zodpovědné za věci, ke kterým dochází v jejich životech. Navíc od druhých lidí očekávají i méně pozitivních zkušeností. V SCL-90 jsem zjistila, že psychosomaticky nemocní však nejsou vůči druhým hostilní. Tato konfigurace by tedy mohla předpovídat, že psychosomaticky nemocní se zkrátka na druhé lidi spoléhají méně, a proto jim nezbyvá než vzít kontrolu nad svým životem do svých rukou. Jejich interní LOC by tak mohlo být výsledkem „nemožnosti“ spoléhat se na druhé a svět jako takový (včetně např. lékařské péče).

Křivohlavý (2012) uvádí, že lidé s depresí jsou realističtější v odhadu vlastního výkonu, přičemž se jedná samozřejmě o lehčí formy deprese. Psychosomaticky nemocné osoby v mém souboru se vyznačovaly oproti zdravým osobám zvýšenou mírou depresivního ladění. Je tedy možné, že právě na základě vyšší depresivity, se nemění jejich LOC, protože tito lidé mají dobrý odhad a umí zvážit, do jaké míry jsou schopni ovlivňovat dění ve svém životě svými vlastními činy. Zdá se, že úzkost, deprese a interpersonální senzitivita (kterou měří např. SCL-90, jenž byl použit ve výzkumu) podporují rozvoj somatoformní poruchy. Je tomu pravděpodobně proto, že úzkost a deprese ovlivňují interpretaci somatických stesků (Steinbrecher, Hiller, 2011). Navíc psychosomaticky nemocní se snadno dostávají do situací, které jim způsobují obavy, iritují je a způsobují jim podráždění, což opět mívá odezvu také v tělesném prožívání. Vztahy mezi těmito jevy jsou však velmi složité, a měly by být nadále pečlivě a detailně zkoumány.

4 ZÁVĚR

Pacientů se somatoformní poruchou neustále přibývá, jejich počet u praktických lékařů je velmi vysoký. Přesto neobdrží tito pacienti vhodnou léčbu, je riskováno iatrogenní poškození fixací na somatické potíže, vztah mezi lékařem a pacientem je často negativně ovlivněn a zdravotní systém trpí vysokými náklady a nepotřebnými léčebnými zásahy a léčbou. Pacienti prochází mnoha vyšetřeními, jsou medikováni, hospitalizováni, operováni, protože diagnostika těchto pacientů a jejich léčba je velmi složitá. Mnohdy tito pacienti chronifikují (Fink, Rosendal, Olesen, 2005). Znalost možných vlivů na naše chování je pro jedince důležitá při výběru mezi různými alternativami, pro hodnotovou orientaci, pro pocit vlastní a cizí zodpovědnosti i prožitek úspěchu (Wegner, 2004; Dennet, 2007). Z těchto důvodů pro nás může být cenné tuto znalost prohlubovat a dozvídat se více o zdrojích, které pro usuzování o příčinách využíváme, i o samotném způsobu našeho uvažování o příčinách a jeho vlivu na náš život (Neusar, 2009).

Cílem rigorózní práce bylo teoreticky nastínit problematiku atribucí, atribučních teorií a atribučních stylů u psychosomaticky nemocných osob. Zájem byl oproti diplomové práci zaměřen navíc také na dimenzi internality-externality. Snažila jsem se vycházet z novějších literárních či elektronických zdrojů a nově jsem v rámci empirické části provedla výzkum atribučních stylů na populaci osob se somatoformní poruchou. V rámci empirického výzkumu byly stanoveny celkem čtyři výzkumné hypotézy. První hypotéza se potvrdila částečně, další tři byly potvrzeny. Za částečné potvrzení první hypotézy považuji, že obě skupiny se mezi sebou statisticky významně liší v externalitě, která je v DOPO prezentována jako vnější příčinná orientace (vliv druhých osob). Pocity kontroly či nekontroly nad svým životem tedy zažívají psychosomaticky nemocní ve stejné míře jako osoby zdravé, ale co se týče vlivu druhých osob na dění v životě psychosomaticky nemocných, ti jim přičítají mnohem menší vliv. Psychosomaticky nemocní statisticky významně více somatizují, jsou úzkostnější, depresivnější a interpersonálně senzitivnější. Významné je zjištění, že čím méně pocitu kontroly nad vlastním životem psychosomaticky nemocní mají, tím více somatizují, častěji a silněji prožívají úzkost a depresi, a tím interpersonálně senzitivnější jsou. Zároveň je však zcela na místě uvažovat o tomto vztahu také

„obráceně, tedy že to jsou právě tyto vlastnosti, jejichž narůstání způsobuje udržování psychosomatického onemocnění. Psychosomaticky nemocní se tedy od zdravých neliší v internalitě, avšak s nárůstem úzkostí a depresivních rozlad, interpersonální vnímavosti a dalších faktorů, které měří SCL-90, významně více somatizují.

Ač byla první a hlavní hypotéza o odlišných atribučních stylech potvrzena jen zčásti, přesto si dovoluji tvrdit, že očekávání, že výzkumem atribučních stylů u psychosomaticky nemocných dojde k zajímavým výsledkům, aby to mohlo pomoci terapeutům při léčbě pacientů, se podle mého názoru naplnilo. Atribučním stylům psychosomaticky nemocných se věnuje velmi málo autorů, proto jakýkoli přínos do této oblasti považuji za velmi cenný a potřebný. Jaké poznatky by si z těchto závěrů mohli odnést profesionálové pracující s psychosomatickými pacienty? Lidem s psychosomatickými obtížemi by měla být nabídnuta jako léčebná metoda především psychoterapie, jejímž úkolem je posílit pocit jistoty pacienta, že je schopen své problémy zvládnout, podpořit jeho ochotu vzdát se role nemocného, která mu poskytovala určité výhody. U naučené bezmocnosti a deprese nejsou atribuce příčinou stonání, pouze spolu tyto jevy korelují. Vzhledem k tomu, že mezi úzkostí a depresí a atribučním stylem existuje cirkulární kauzalita, považovala bych za vhodné pomáhat psychosomaticky nemocným, zejména těm s externím LOC, nejprve snižovat hladinu úzkosti a deprese. Lhostejno, zda s využitím psychofarmak, nebo bez nich. V každém případě by to ovlivnilo atribuční styl tak, že by se více přibližovali internímu LOC. To, jak si lidé vysvětlují své nemoci a jak rozumí jejich příčinám, se pokládá za důležité z hlediska predikce jejich zdravotně-relevantního chování a spolupráce při léčbě (Křížová, 2005). Aby se léčba psychosomaticky nemocných tedy mohla stát úspěšnou, bylo by jistě vhodné terapeuticky pracovat a ovlivňovat tak LOC.

Psychosomatické potíže jsou často velmi opomíjené a není jim věnována potřebná pozornost. Ve výzkumech (Löwe et al., 2008) se ukazuje, že psychosomatické potíže lze považovat za jedinou poruchu bez dopadu na psychické zdraví, protože somatizace v porovnání s ostatními psychiatrickými poruchami má specifický vztah ke zdravotnímu chování a k využívání medicínské péče. Jsou hůře rozpoznatelné možná proto, že jsou způsobené shlukem psychiatrickým syndromů nebo atypických psychiatrických projevů.

Lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci si musí uvědomit to, co bylo již mnoha studiemi potvrzeno, tedy že mezi somatickými symptomy a běžnými duševními

poruchami typu deprese či úzkost existuje silný vztah. Souvislost tělesných a psychiatrických potíže je klíčovým faktorem pro rozhodování jedince, zda navštíví praktického lékaře pro zdravotní potíže. Mnoho somatických symptomů, zejména bolest či únava, jsou běžnými projevy depresivních či úzkostných poruch. V primární péči jsou to právě pacienti s psychiatrickými potížemi, kteří lékaři předkládají spíše tělesné než duševní obtíže, a toto může umenšovat lékařovu schopnost rozpoznat a vhodně léčit depresivní či úzkostné stavy. Způsob, jakým jedinci lékaři vysvětlují své tělesné potíže, resp. příčiny těchto potíží, ovlivňuje lékařovu schopnost odhalit psychiatrický stav pacienta. Jedinci, kteří považují za příčinu svých potíží somatické problémy, méně pravděpodobně poodhalí psychologické symptomy, což činí rozpoznání deprese či úzkosti složitější. Ptát se pacientů na to, co považují za příčinu svých obtíží, snažit se poodhalit jejich atribuční styl, může být jednoduchou a přitom úspěšnou cestou, jak identifikovat nebo rozpoznat „skryté“ psychiatrické potíže, protože téměř 1/3 pacientů se somatickými potížemi vykazuje v primární péči také známky psychiatrických poruch (Skapinakis, Araya, 2011).

Na každou nemoc bychom se měli již konečně začít dívat bio-psycho-sociální perspektivou. Pokud lékaři a další profesionálové pracující s nemocnými nebudou vycházet z tohoto modelu nemoci, bude stále mnoho pacientů léčeno nevhodně, bezúspěšně, budou se léčit farmakologicky, i když by vhodnější byla psychoterapie apod. Psychosomatika by tedy podle mého názoru v žádném případě neměla existovat jako samostatný obor, ale jako zcela samozřejmý základ pohledu na pacienta. Vysoká prevalence funkčních poruch totiž způsobuje, že nelze považovat za realistické, aby existoval jeden specializovaný systém péče.

5 SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ABRAMSON, L. Y., SELIGMAN, E. P., TEASDALE, T. D. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- ALEXANDER, F. (1943). Fundamental concepts of psychosomatic research. *Psychosomatic Medicine*, 5, 205-210.
- ALEXANDER, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton.
- ARNOLD, M. B. (1960). *Emotion and personality*. New York: Columbia University Press.
- BALCAR, K. (1996a). Dotazník osobní příčinné orientace I: Konstrukce, standardizace a psychometrická analýza. *Československá psychologie*, 1996, 40, 28-38.
- BALCAR, K. (1996b). Dotazník osobní příčinné orientace II: Faktorová analýza stupnic. *Československá psychologie*, 1996, 40, 95-102.
- BALCAR, K. (2006). Psychologické aspekty psychosomatických poruch v dětství a dospívání. In P. Říčan, D. Krejčířová a kol., *Dětská klinická psychologie* (141-154), 4. vyd. Praha: Grada Publishing.
- BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- BARROWCLOUGH, Ch., HUMPHREYS, L. (2006). Attributional Style, Defensive Functioning and Persecutory Delusions: Symptom-specific or General Coping Strategy? *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 231-246.
- BAŠTECKÁ, B., GODLMANN, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- BAŠTECKÁ, B. a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. a kol. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Avicenum.
- BAUMGARTNER, F. (2008). Sociální poznávání. In J. Výrost, I. Slaměník (Eds.), *Sociální psychologie*, 2. vyd. (191-198), Praha: Grada.
- BECK, A. T., EMERY, G., GREENBERG, R. (2005). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. 15th ed. New York: Basic Books
- BECK, A. T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.
- BENTALL, R. P., KINDERMAN, P. (1996). A New Measure of Causal Locus: The Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire. *Personality and individual differences*, 20, 261-264.

- BLAXTER, M. (1990). *Health and lifestyles*. London: Routledge.
- BOB, P., PTÁČEK, R., UHER, T. (2010). Alexithymie a psychosomatická onemocnění. *Československá psychologie*, 2010, 5, 496-504.
- CAMERON, L. D., MOSS-MORRIS, R. (2004). Illness-related cognition and behaviour. In A. Kaptein, J. Wienman (Eds.), *Health psychology* (84-110), 1st ed. Oxford, Malden: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.
- DANZER, G. (2001). Psychosomatika. Celostný pohled na zdraví těla i duše. Praha: Portál.
- De RIDDER, D. (2004). Chronic illness. In A. Kaptein, J. Wienman (Eds.), *Health psychology* (207-265), 1st ed. Oxford, Malden: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.
- Dotazník SCL-90 (2005). In R. Honzák, K. Chromý a kol., *Somatizace a funkční poruchy*(153-157). Praha: Grada Publishing.
- DUDDU, V., MOHAN, K. I., CHATURVEDI, S. K. (2006). Somatization, Somatosensory Amplification, Attribution styles and Illness behaviour: A review. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 25-33.
- FALEIDE, A. O., LIAN, L. B., FALEIDE, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing.
- FERJENČÍK, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál.
- FINCHAM, F., HEWSTONE, M. (2006). Atribuční teorie a výzkum: od základů k aplikaci. In M. Hewstone, W. Stroebe (Eds.), *Sociální psychologie* (237-280). Praha: Portál.
- FINK, P., ROSENDAL, M., OLESEN, F. (2005). Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 772-781.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- FÖSTERLING, F. (1986). Attributional Conceptions in Clinical Psychology. *American Psychologist*, 41(3), 275-285.
- FRAZIER, L. D., WAID, L. D. (1999). Influences on anxiety in later life: the role of health status, health perceptions, and health locus of control. *Aging & Mental Health*, 3(3), 213-220.
- GENTRY, W. D. (Ed.). (1984). *Handbook of behavioral medicine*. London: Guilford Press.

- GIL-LACRUZ, M., GIL-LACRUZ, I. (2010). Health Attributions and Health Care Behavior Interactions in a Community Sample. *Social Behavior and Personality, 38(6)*, 845-858.
- GREER, J., HALGIN, R., HARVEY, E. (2004). Global versus Specific Symptom Attributions: Predicting the Recognition and Treatment of Psychological Distress in Primary Care. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 521-527.
- HAYESOVÁ, N. (2007). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- HENRY, J. P., STEPHENS, P. M. (1977). *Stress, health and social environment*. Springer, Berlin.
- HILLER, W., CEBULLA, M., KORN, H. J., LEIBBRAND, R., RÖERS, B., NILGES, P. (2010). Causal symptom attributions in somatoform disorder and chronic pain. *Journal of Psychosomatics Research, 68*, 9-19.
- HONZÁK, R. a kol. (1992). *Základy lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatického přístupu*. Praha: Karolinum.
- HONZÁK, R., CHROMÝ, K. a kol. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada Publishing.
- HOŠEK, V. (1997). *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum.
- HOWARD, J. A., RENFROW, D. G. (2003) Social cognition. In: J. Delamater (Ed.), *Handbook of Social Psychology*, (259-281), Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- CHRÁSKA, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.
- INGLEDEW, D. K., HARDY, L., COOPER, C. L. (1996). An Attributional Model Applied to Health Behaviour Change. *European Journal of Personality, vol. 10*, 111-132.
- KAHNEMAN, D., TVERSKY, A. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristic and Biases. *Science, Vol. 185*, 1124-1131.
- KEBZA, V. (2005.) *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. (2006). Stres, jeho zvládnání, psychologické faktory a imunitní procesy. In V. Břicháček, M. Habermannová (Eds.). *Studie z psychologie zdraví*. Praha: Ermat.
- KELLEY, H. H. (1972). Causal schemata and the attribution process. In E. E. Jones, D. E. Kanouse, H. H. Kelley, R. E. Nisbett, S. Valins, B. Weiner (Eds.), *Attributions:*

- Perceiving the causes of behavior*, (151-174), Morristown, NJ: General Learning Press.
- KESSLER, D., LLOYD, K., LEWIS, G., GRAY, D. P. (1999). Cross Sectional Study of Symptom Attribution and Recognition of Depression and Anxiety in Primary Care. *BMJ*, 318, 436-440.
- KOBASA, S. C., MADDI, S. R., KAHN, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177.
- KOMÁREK, S. (2005). *Spasení těla. Moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá fronta.
- KÖRBER, S., FRIESER, D., STEINBRECHER, N., HILLER, W. (2011). Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 142-147.
- KRUSSE, J., TRESS, W., OTT, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
- KRUSSE, J., TRESS, W., WÖLLER, W. (2008). Interpersonální medicína. In W. Tress, J. Kruss, J. Ott, *Základní psychosomatická péče* (43-72). Praha: Portál.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Grada Publishing.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2012). *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada Publishing.
- KŘÍŽOVÁ, E. (2005). Jak si lidé vysvětlují své nemoci. In J. Payne a kol., *Kvalita života a zdraví*(615-629). Praha: Triton.
- KUGLER, M., PRONIN, E. (2007). Valuing Thoughts, Ignoring Behavior: The Introspection Illusion as a Source of the Bias Blind Spot. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 565-578.
- LACEY, I. J., LACEY, B. E. (1970). Some autonomic central nervous system interrelationships. In P. Black (Ed.). *Psychosocial Correlates of Emotion*, (205-227), New York: Academic Press.
- LAZARUS, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping proces*. New York, NY, US: McGraw-Hill.
- LEVENTHAL, H., NERENZ, D. R., STEEL, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. Taylor, J. Singer (Eds.), *A Handbook of Psychology and Health, vol. IV, Social psychological aspects of health*. 219-252, Hillsdale: Erlbaum Associates.

- LOU-WALKER, M. (2004). Relationship between Illness Representation and Self-efficacy. *Journal of Advance Nursing*, 48(3), 216-225.
- LÖWE, B., SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B. W., MUSSELL, M., SCHELLBERG, D., KROENKE, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30, 191-199.
- LUNDH, L. G., WANGBY, M. (2002). Casual Thinking about Somatic Symptoms – How Is Related to the Experience of Symptoms and Negative Affect? *Cognitive Therapy and Research*, 26(6), 701-717.
- MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. (2009). *Pacientovo pojetí nemoci I*. Brno: MSD.
- McARTHUR, L. A. (1972). The how and what of why: Some determinants and consequences of causal attributions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22, 171-193.
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. (1992). Světová zdravotnická organizace, Ženeva. Psychiatrické centrum Praha.
- MORSCHITZKY, H., SATOR, S. (2007). Když duše mluví řečí těla. Stručný přehled psychosomatiky. Praha: Portál.
- NELSON, P. C., PHARES, E. J. (1971) Anxiety, discrepancy between need value and expectancy, and internal-external control. *Psychological Reports*, 28, 663-668.
- NISBETT, R. E., WILSON, T. D. (1977). Telling More than We Can Know. Verbal Reports on Mental Processes. *Psychological Review*, 84(3), 231-259.
- NOVÁKOVÁ, M. (2011). *Atribuční styly a jejich výzkum u osob s psychosomatickým onemocněním*. Praha: Diplomová práce. Karlova Univerzita v Praze, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce PhDr. Ivan Slaměník, CSc.
- NYKVIST, K., KJELLBERG, A., BILDT, C. (2002). Causal Explanations for Common Somatic Symptoms Among Women and Men. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9(3), 286-300.
- PAULÍK, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada publishing.
- PETERSON, C., SEMMEL, A., BAYER, C. V., ABRAMSON, L. Y., METALSKY, G. I., SELIGMAN, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-300.
- PETERSON, C., STEEN, T. A. (2002). Optimistic Explanatory Style. In C. R. Snyder, S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Postive Psychology* (244-256), New York, Oxford University Press.

- PONĚŠICKÝ, J. (2002). Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Psychologická setkávání 1. Praha: Triton.
- PONĚŠICKÝ, J. (2004). Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha: Triton.
- PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J. (1998). Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí. Praha: Triton.
- PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M. (2007). Praktické uplatnění KBT. In J. Praško, P. Možný, M. Šlepecký a kol., *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch* (264-348). Praha: Triton.
- PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., HORÁČEK, J., FREMUND, F. (2002). *Somatoformní poruchy*. Praha: Galén.
- ROBBINS, J. M., KIRMAYER, L. J. (1991). Attributions of Common Somatic Symptoms. *Psychological Medicine*, 21, 1029-1045.
- ROSENDAL, M., FINK, P., FLEMMING, B., OLESEN, F. (2005). Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 23, 3-10.
- ROSS, L. (1977). The Intuitive Psychologist and His Shortcomings: Distortions in the Attribution Process. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, (Vol. 10, 174-200). New York: Academic Press.
- ROTTER, J. B. (1966). Generalized expectancies of internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80.
- RUDOLPH, U., STEINS, G. (1998). Causal Versus Existential Attributions: Different Perspectives on Highly Negative Events. *Basic and applied social psychology*, 20(3), 191-205.
- RUSSEL, D. (1982). The Causal Dimension Scale: a measure of how individuals perceive causes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 1137-1145.
- SARAFINO, E. P. (2005). *Health psychology. Biopsychosocial interactions*. 5. ed. New Jersey: John Wiley & Sons, INC.
- SCHOENEMAN, T., J., CURRY, S. (1990). Attributions for Successful and Unsuccessful Health Behavior Change. *Basic and applied social psychology*, 11(4), 421-431.
- SKAPINAKIS, P., ARAYA, R. (2011). Common somatic symptoms, causal attributions of somatic symptoms and psychiatric morbidity in a cross-sectional community study in Santiago, Chile. *BMC Research Notes*, 4, 155.

- SMOLÍK, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- STEIN, D. J., MULLER, J. (2008). Cognitive-Affective Neuroscience of Somatization Disorder and Functional Somatic Syndromes: Reconceptualizing The Triad of Depression-Anxiety-Somatic Symptoms. *Pearls in Clinical Neuroscience*, 13(5), 379-384.
- STEINBRECHER, N., HILLER, W. (2011). Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 33, 318-326.
- STEWART, D. E., CHEUNG, A. M., DUFF, S., WONG, F., McQUESTIONS, M., CHENG, T., PURDY, L., BUNSTON, T. (2001). Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 10, 179-183.
- STRATTON, P. (2003) Casual Attributions during Therapy I: Responsibility and Blame. *Journal of Family Therapy*, 25, 136-160.
- SVOBODA, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- ŠIMEK, J. (1985). *Emoční život psychosomatických nemocných*. (Literární přehled). Praha: Výzkumný ústav psychiatrický.
- ŠOLCOVÁ, I. (2007) *Některé psychofyziologické souvislosti resilience*. Praha: Doktorská disertační práce. Karlova Univerzita v Praze, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.
- TAYLOR, G. J., BAGBY, M., PARKER, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- TAYLOR, G. J., BAGBY, M., RYAN, D. P., PARKER, J. D. A., DOODY, K. F., KEEFE, P. (1988). Criterion Validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.
- TAYLOR, S. E., LICHTMAN, R. R., WOOD, J. V. (1984). Attributions, Beliefs About Control, and Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489-502.
- TERLUIN, B., VAN MARWIJK, H. WJ., ADER, H. J., DE VET, H. CW., PENNINX, B. WJH., HERMENS, M. LM., VAN BOEIJEN, CH. A., VAN BALKOM, A. JLM., VAN DER KLINK, J. JL., STALMAN, W. AB. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*, 6(34).

- VYMĚTAL, J. (2003). *Lékařská psychologie*. 3. akt. vyd. Praha: Portál.
- YAGER, J., WEINER, H. (1971). Observations in man with remarks on pathogenesis. In H. Weiner (Ed.). *Advances in Psychosomatic Medicine*, Duodenal ulcer, (Vol. 6, 40-98). New York.
- WEGNER, D. M. (2004). Précis of the Illusion of Conscious Will. *Behavioral and Brain Science*, 27, 001-046.
- WEINER, B. (1974). Achievement motivation as conceptualized by an attribution theorist. In B. WEINER, B. (Ed.). *Achievement motivation and attribution theory*. (1-48). Morristown: General Learning Press.
- WEINER, B. (1980). *Human motivation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Elektronické zdroje:

- DENNET, D. M. (2007). *Some observations on the Psychology of Thinking about Free Will*.
Dostupné z: <http://ase.tufts.edu/cogstud/papers/freewillforBaerfinal.pdf>
- HEIDER, F. (1958). *The Psychology of interpersonal relations*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Dostupné z:
<http://www.google.com/books?hl=cs&lr=&id=Zh6TDMayL0AC&oi=fnd&pg=PA1&dq=heider+psychology+of+interpersonal+relations&ots=x1PLd1468Q&sig=BlwR78jLOog4yzA4cByei7Vc9XI#v=onepage&q&f=false>
- NEUSAR, A. (2009). Jaké zdroje informací používáme při usuzování o příčinách vlastního chování. *E-psychologie* [online], 3(2), 22-39. Dostupný z: <http://www.e-psycholog.eu/pdf/neusar.pdf>
- WINTERS, K., NEALE, J. M. (1985). Mania and low self-esteem. In J. M. Hooley, J. M. Neale, G. C. Davison. *Readings in Abnormal Psychology*. Částečně dostupný z: http://books.google.cz/books?id=jYhnhQ4X-e8C&pg=PA285&lpg=PA285&dq=Winters+Neale+mania+1985&source=bl&ots=nH7zlslj9T&sig=Z_wfomn0bTHZaGrjVOiaXY9uswo&hl=cs&sa=X&ei=dcGCT778K8rMhAfX_7SnBw&ved=0CEkQ6AEwBA#v=onepage&q=Winters%20Neale%20mania%201985&f=false