

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

2012

Lenka Čermáková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Lenka Čermáková

V.ročník – prezenční studium

Obor: Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy

PSYCHOSOMATIKA ASTHMA BRONCHIALE

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Binarová, Ph.D.

Olomouc 2012

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citovala a uvedla.

V Olomouci 5.dubna 2012

.....

Lenka Čermáková

Poděkování:

Děkuji PhDr. Ivaně Binarové, PhD., za odborné a vstřícné vedení, cenné rady a poskytování materiálů k mé diplomové práci. Mé díky patří také všem respondentům za účast na výzkumném šetření.

OBSAH

I. ÚVOD	7
II. TEORETICKÉ POZNATKY	9
1 PSYCHOLOGICKÉ A SOCIÁLNÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ A NEMOC	10
1.1 <i>Definice zdraví</i>	10
1.2 <i>Stres</i>	11
1.3 <i>Definice nemoci</i>	13
1.3.1 <i>Prožívání nemoci</i>	14
1.4 <i>Pracovní zátěž</i>	15
1.5 <i>Sociální opora</i>	16
1.6 <i>Duševní hygiena</i>	17
2 PSYCHOSOMATICKÁ TEORIE	18
2.1 <i>Co je psychosomatika</i>	18
2.2 <i>Placebo efekt</i>	19
2.3 <i>Alexithymie</i>	20
2.4 <i>Historie psychosomatiky</i>	22
2.5 <i>Psychosomatická onemocnění</i>	27
2.5.1 <i>Poruchy celkového tělesného schématu</i>	27
2.5.2 <i>Funkční poruchy</i>	27
2.5.3 <i>Psychosomatické poruchy v užším smyslu</i>	30
2.5.4 <i>Somatopsychické poruchy</i>	30
2.6 <i>Psychosomaticky nemocný</i>	31
2.7 <i>Psychosomatická péče</i>	32
3 ASTHMA BRONCHIALE	34
3.1 <i>Popis bronchiálního astmatu</i>	34
3.2 <i>Psychosomatická koncepce</i>	35
3.3 <i>Astma z pohledu psychoterapeutických směrů</i>	36
3.4 <i>Osobnost astmatika</i>	38
3.5 <i>Psychoterapie v léčbě astmatu</i>	38
III. VÝZKUMNÁ ČÁST	40
4 VÝZKUM	41
4.1 <i>Cíle práce</i>	41

<i>4.2 Popis výzkumné metody</i>	41
<i>4.3 Popis zkoumaného souboru</i>	43
<i>4.4 Výsledky výzkumu</i>	44
<i>4.5 Diskuze</i>	59
IV. ZÁVĚR	63
V. SOUHRN	65
VI. REFERENČNÍ SEZNAM	67
VII. PŘÍLOHY	70

I. ÚVOD

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla věnovat tématu psychosomatika a to v souvislosti s onemocněním asthma bronchiale. Budu se snažit poukázat na možné vlivy chování, výchovy a prostředí, které mohou mít vliv na vznik tohoto onemocnění.

Psychosomatická medicína se zabývá pohledem na nemocného člověka jako na bio-psycho-sociální celek. Aby však tento pohled byl uznán jako relevantní, a to především přísně medicínsky orientovanými lékaři, musela být provedena celá řada výzkumů, která by provázanost lidské duše a těla při vzniku a rozvoji nemoci dokazovala. Přitom psychosomatický model není žádným novým směrem, kterým by se medicína měla ubírat. Těm, kteří za psychosomatiku bojovali a bojují, jde pouze o rozšíření pohledu na vznik a rozvoj nemoci. Nemělo by jít pouze o pohled na tělesné příznaky, ale také by se měly brát v potaz psychické problémy, které mohou nemocného sužovat a také sociální vazby a zkušenosti, které nemocný má.

Psychosomatické myšlení se vyvíjelo již od dob řeckého lékaře Hippokrata přes psychoanalytické teorie až po behaviorální přístup a již zmíněný bio-psycho-sociální model. V dřívějších dobách panoval předpoklad, že určitý typ chování může být predispozicí pro vznik určitého onemocnění. Dnes se však od tohoto názoru ustupuje a přijímá se spíše individuální pohled na každého nemocného.

Bronchiální astma je považováno za jedno z nejvýrazněji psychosomatických onemocnění. Za psychosomatický základ bronchiálního astmatu bývají považovány vazby na matku vyvíjející se v dětství, tedy v době, kdy toto onemocnění nejčastěji vzniká. Přicházející záchvat je možno interpretovat jako následek neschopnosti dítěte vyrovnat se s vnitřním konfliktem potřeby závislosti. Záchvat je pak vyvolán situacemi kdy se dítě cítí ohroženo odloučením od matky nebo naopak příliš těsnou vazbou k matce. Takový vztah, kdy dítě těsný vztah k matce vnímá jako uspokojivý a zároveň jako ohrožující, vyvolávající úzkost, můžeme popsat jako ambivalentní. Pro vznik astmatického záchvatu však není rozhodující pouze samotný konflikt, nejčastěji vyjádřený právě nevyřešeným vnitřním konfliktem vůči vztahu k matce, ale také zde hraje určitou roli i způsob obrany, kterou si sám nemocný mnohdy nevědomě zvolí, jako obranu před konfliktními emočními stavy. Pokud se nemocný pokusí potlačit tyto emoční projevy, pak se mohou nahromadit ve formě negativní energie a následně mohou vyvolat astmatický záchvat. Nemusí tomu tak být, pakliže si nemocný jako formu obrany zvolí odreagování těchto emocí, například prostřednictvím pláče nebo křiku.

Astmatický záchvat se však může objevit i jako nevědomé volání po pozornosti, není-li mu věnována, strádá-li nedostatečnou péčí ze strany matky.

V dnešní době se stává téma psychosomatických onemocnění stále aktuálnější, dokonce přestává být pouze předmětem vášnivých debat učenců a lékařů, ale svou pozornost si vydobýlo i u laické veřejnosti. Dnes již není pochyb o podílu psychosociálních faktorů při vzniku mnoha onemocnění. Z tohoto důvodu se mi jeví jako vhodné pro zpracování v diplomové práci. Hlavním cílem této práce pro mě bude zjistit, zda se lidé trpící bronchiálním astmatem liší v některých osobnostních rysech od lidí zdravých.

Teoretická část této práce obsahuje poznatky o zdraví a nemoci a o vlivu stresu, sociální opory a duševní hygieny právě na zdraví a nemoc. Dále jsou zde obsaženy poznatky o aktuálním náhledu na problematiku psychosomatiky a o jejím historickém vývoji. Samozřejmě zde nesmí chybět charakteristika onemocnění asthma bronchiale. Ve výzkumné části práce je popsána výzkumná činnost, kterou jsem zjišťovala rozdíly v osobnostních rysech dvou skupin respondentů, a to osob zdravých a osob trpících bronchiálním astmatem. Oběma skupinám byl rozdán totožný osobnostní dotazník. Z výsledků je pak možné zhodnotit, zda mezi lidmi zdravými a astmatiky skutečně existují osobnostní rozdíly.

II. TEORETICKÉ POZNATKY

1 Psychologické a sociální faktory ovlivňující zdraví a nemoc

1.1 Definice zdraví

Zdraví v dnešní době bývá nejčastěji vysvětlováno definicí pocházející z programového prohlášení Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1947: *Zdraví je stav úplné tělesné, duševní i sociální pohody, nikoliv jen nepřítomnost nemoci.* I takovouto definici je však potřeba brát s rezervou, protože takový stav, jaký je zde popisován se zdá být pouhým ideálem. Ale i přesto se za nejdůležitější považuje alespoň snaha takovému ideálu se každý den co nejvíce přiblížit. Uvedená definice pochází z poválečného období, kdy mohlo být zdraví, ve smyslu, jaký vyplývá z této definice, pro většinu lidí ještě méně dosažitelné, než se nám zdá dnes. Proto WHO přišla s aktuálnější verzí definice zdraví: *„Zdraví je relativně optimální stav tělesné a duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí.“*¹

Pomineme-li však oficiální definici pojmu zdraví, pak zjistíme, že každý jeden člověk má o významu zdraví nějakou představu. Tyto představy se však mohou odlišovat. Pro každého člověka má zdraví jiný, subjektivní význam, který se navíc v průběhu života může výrazně měnit. Tento se odvíjí nejen od hodnotového žebříčku daného jedince, ale také od toho, zda je tento jedinec zdravý či trpí nějakou chorobou či zda nějakou chorobou trpí někdo z jemu blízkých osob. Mezi další faktory, které bezpochyby ovlivňují vnímání zdraví, patří věk, pohlaví, intelektuální schopnosti a vzdělání.

V souvislosti s tímto faktem byl proveden na University of Cambridge výzkum, který hodnotil právě to, jak lidé chápou zdraví a nemoc. Z výsledků tohoto výzkumu vyplývá osm pojetí zdraví:

1. Zdraví jako ne-nemoc – takto zdraví chápou jedinci, kteří sami netrpěli nikdy závažným onemocněním, pouze nachlazením a z žádných závažných důvodů nenavštěvovali lékaře. Toto pojetí bývá chápáno jako „pasivní zdraví“.
2. Zdraví jako prožívaný stav nemoci/zdraví, navzdory onemocnění – takové chápání zdraví je vlastní lidem, kteří trpí nějakou chronickou nemocí, ale i přes tento fakt se dokáží radovat z každodenního života. Jedná se o překonání nebo vyrovnání se s přítomností onemocnění.

¹ BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.

3. Zdraví jako rezerva, záloha, kapacita zdraví – jedná se o jakousi odolnost vůči onemocnění, která by se dala nazvat vrozenou.
4. Zdraví jako fyzická zdatnost (fitness) – toto pojetí zdraví je typické pro mladé lidi. Být zdravý znamená být fit a v kondici. Tímto se myslí zejména tělesná zdatnost a síla, úspěšnost ve sportovních hrách, pravidelné cvičení, posilování svalstva.
5. Zdraví jako energie a vitalita – v tomto pojetí zdraví se spojuje fyzická zdatnost a pocit fyzické energie a také psychosociální vitality.
6. Zdraví jako sociální vazby – tento pohled je typický pro ženy. Za zdravé bývají považovány sociální vztahy, setkávání se s přáteli, členství v různých zájmových kroužcích či klubech. U mladých žen bývají preferovány vztahy k rodině, především partnerovi a dětem. U starších žen se za zdravou považuje pomoc a péče o druhé.
7. Zdraví jako funkce – tato koncepce se zakládá na spojení aktivity, energie a sociálních vztahů. Zdraví je chápáno jako schopnost. Zatímco u mladých žen je to schopnost vyrovnat se s životními úkoly a u starších žen schopnost konat bez důrazu na pocity a prožívání, u mužů se takřka v každém věku jedná o schopnost vykonávat fyzickou práci.
8. Zdraví jako psychosociální pohoda – takovéto pojetí zdraví je ovlivněno především psychickým stavem člověka.^I

Ať se však na zdraví díváme z jakéhokoliv úhlu pohledu, všechny výše jmenované koncepce mají společného jmenovatele a tím je zdraví jako podmínka pro dosahování stanovených cílů, ať jsou jakékoliv. Být zdravý znamená být schopen vykonávat činnosti nutné pro zajištění obživy sobě a své rodině, činnosti, které člověka dělají šťastným a které dělají jeho každodenní život plnohodnotným. Nemoc pak vykonávání těchto činností zabraňuje v různém rozsahu, negativně ovlivňuje kvalitu života a obecně je chápána jako vysoce nežádoucí.^{II}

1.2 Stres

Se zdravím se neodmyslitelně pojí termín stres. Stres bezprostředně ovlivňuje zdraví člověka. Kromě krátkodobých změn, které jsou obvykle vratné, reverzibilní, může v důsledku

^I VAŠINA, Bohumil. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 1999, 84 s. ISBN 80-704-2546-6.

^{II} KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

dlouhodobého působení stresu docházet i k závažným změnám v psychice člověka. Může se jednat o „pouhé“ neurotické příznaky, ale i o vážné psychické a somatické poruchy. Tyto poruchy pak nazýváme psychosomatickými.^I

Pojem *stres* pravděpodobně poprvé použil **W. B. Cannon**, který jej údajně užíval při odborných diskuzích. V literatuře ho prokazatelně jako první uvedl v roce 1936 **H. Selye** a popsal tímto pojmem biologické chování organismu v extrémních situacích. Psychologický podtext slovu *stres* vetkla až v roce 1945 dvojice autorů **R. R. Grinker** a **J. P. Spiegel**, kteří zkoumali psychické i fyzické poruchy vojenských letců za bojových podmínek v době války.^{II}

Slovo *stres* pochází z anglického slovíčka *strain*, což znamená zátěž nebo tíseň. Křivohlavý (1994) uvádí, že původně toto slovo „vzniklo z latinského slovesa „*stringo, stringere, strinxi, strictum*“... což znamenalo „*utahovati, stahovati, zadržovati – jako smyčku kolem krku odsouzence, kterého věší na šibenici*“.^{III}

Jeho význam by se dal jednoduše vyjádřit jako nadměrná zátěž. Stres je reakcí organismu na stresor (=stresový podnět). Jako obecně přijatá se považuje definice, která říká, že stres je reakcí organismu na vnitřní nebo vnější podněty, které narušují normální chod organismu.

MLČÁK (2011) popisuje stres jako „*fenomén, který vzniká v důsledku nerovnováhy mezi úrovní nejrůznějších životních nároků a adaptivních schopností člověka je přiměřeným způsobem zvládat*“.^{IV}

Existuje mnoho faktorů, které určují, zda konkrétní člověk bude stresovou situaci vnímat jak ohrožující či nikoliv. Vnímání stresu je tedy ryze individuální. Platí zde to známé pořekadlo „*nejsou ani tak hrozné věci kolem, jako naše mínění o nich*“. Každý člověk může danou zátěžovou situaci v dané chvíli vyhodnotit a reagovat na ni úplně jinak, stejně jako jeden a tentýž člověk může na stejný stresor zareagovat jinak za jiných okolností, na jiném místě, v jiné sociální situaci.

V dnešní době ztrácí slovo *stres* svůj původní smysl a je mu velmi často připisován negativní dopad na lidský organismus. Stres však může mít na organismus i čistě pozitivní vliv. Proto se v literatuře často rozlišuje mezi dvěma druhy stresu. Jedná se o dělení stresových situací podle jejich kvality a to na pozitivní (*eustres*) a negativní (*distres*).

^I VAŠINA, Bohumil. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 1999, 84 s. ISBN 80-704-2546-6.

^{II} MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-951-3.

^{III} KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.

^{IV} MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-951-3.

Eustres je tak zvaný stres „prospěšný“. Bývá spojen s pozitivními situacemi jako jsou například promoce, svatba, narození dítěte a podobně, tedy situace, které člověk vnímá jako stresové, ale zároveň jsou spojeny s velmi příjemným očekáváním. Eustres člověka většinou vybízí k další činnosti, zvyšuje se výkonnost.

Naproti tomu **distres** pro člověka představuje zátěž negativní. Podle Křivohlavého (2009) se slovem distres v dnešní době označuje „*situace subjektivně prožívaného ohrožení dané osoby s jeho průvodními, často výrazně negativními emocionálními příznaky*“.^I

Distres tlumí výkonnost člověka, unavuje, vyčerpává. Typickými distresovými situacemi jsou například rozvod, konflikty, nebezpečné, ohrožující situace.

Stres můžeme dále rozlišovat podle jeho intenzity na hyperstres a hypostres. **Hyperstres** je takový, který přesahuje hranice možností a schopností člověka, jak se se stresem vyrovnat. **Hypostres** je pak takový, jehož intenzita ještě nedosáhla takového stupně, který by byl pro daného člověka nezvládnutelný. V případě, že by se ale tento „mírnější“ stres hromadil a působil na jedince delší dobu, pak této hranice může dosáhnout.^{II}

1.3 Definice nemoci

Definování nemoci je bohužel stejně obtížné jako definování pojmu zdraví. Něco jiného pod tímto termínem rozumí laici, něco jiného lékaři. Jinak nemoc vnímá a bude definovat nemocný, jinak zdravý člověk.

Obecně se pod pojmem *nemoc* rozumí porucha zdraví, porucha rovnováhy vnitřního prostředí organismu (homeostázy), porucha celistvosti součástí organismu nebo stav, kdy dojde k porušení stavby či funkce jednoho nebo více orgánů.

Podobně jako většina autorů rozlišuje i Křivohlavý (2002) mezi pojmy vycházejícími z anglického jazyka: choroba (disease), nemoc (illness), nezdravost (sickness). Termín *choroba* je spíše medicínský a popisuje poruchu některých tělesných nebo duševních funkcí, které mohou vést až ke snížení výkonnosti či dokonce ke zkrácení délky života. Pojem nemoc je běžně používaný mezi laickou veřejností. Často jím označuje svůj stav také sám nemocný, může tedy mít značně subjektivní nádech a přetrvává-li po delší čas, může vést k oslabení schopnosti pracovat. Třetí uvedený termín popisuje spíše pohled na nemocného člověka z pohledu druhých lidí, je to tedy jakýsi sociální pohled na stav pacienta.^{III}

^I KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

^{II} KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.

^{III} KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

V minulosti se na nemoc nahlíželo z různých hledisek. Prvním bylo pojetí biologické. Později se začalo vyvíjet pojetí psychoanalytické a naposledy pojetí sociologické. Všechna tato hlediska však byla velice extrémní a proto se dnes užívá jejich spojení, tedy **biopsychosociální pojetí nemoci**. Biopsychosociální proto, že každá nemoc v sobě nese nejen biologické prvky, ale také psychologické a sociální, tedy nemoc zasahuje celého člověka.^I

Každá nemoc, aby mohla být objektivně uznaná jako *nozologická jednotka*, ke které bude přiřazena konkrétní diagnóza z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), musí mít začátek, průběh a konec, musí se projevovat *příznaky (symptomy)*, které se sdružují v typické *syndromy* a měla by mít svou *příčinu (etiologii)*, která pro pacienta i lékaře může, ale také nemusí být známá.^{II}

1.3.1 Prožívání nemoci

Své vlastní onemocnění vnímají různí lidé různě. Každý člověk, který onemocní, objeví u sebe nějaké symptomy, se snaží je identifikovat, uhodnout, o jakou nemoc se jedná, jak se bude léčit a jak dlouho léčba potrvá, případně jaké by ona choroba mohla mít pro něj následky. Toto hodnocení se u každého liší v závislosti na jeho osobnosti. Na takovém hodnocení se podílí i to, jedná-li se o člověka dosud zdravého nebo takového, který se již s lékařskou péčí setkal. Důležitou roli hraje i míra neuroticismu dané osoby, jeho životní hodnoty a podobně.

U člověka, který u sebe zjistí přítomnost onemocnění může dojít k psychické krizi, která zahrnuje několik etap. Jedná se o šok, popření, intruzi, vyrovnávání se a smíření.

První etapa, *šok*, se objevuje u drtivé většiny pacientů po potvrzení přítomnosti onemocnění lékařem. V této fázi pacienti většinou prožívají silné emoce, mezi které zahrnujeme úzkost, strach, paniku, často se objevují i depresivní stavy.

V další etapě se pacient většinou snaží sám sebe přesvědčit, že zrovna u něj se o to které konkrétní onemocnění nemůže jednat, že se lékaři spletli. Jedná se o jakési mentální odpoutání se, kdy se pacient snaží na vše, co je spojeno s danou nemocí, zapomenout. Objevuje se celkový útlum, apatie. Tuto fázi nazýváme *fází popírání*.

^I MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-951-3.

^{II} BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.

Intruzí pak nazýváme stav, kdy se pacient mentálně vrací do reality, ve které je postižen danou nemocí. Má však velmi negativní myšlenky, emoce. Nutkavé myšlenky vztahující se k jeho chorobě u něj vyvolávají zmatení, paniku, strach.

Ve čtvrté etapě se pacient pomalu začíná *vyrovnávat* s přítomností nemoci. Začíná hledat a zvažovat své osobní možnosti a možnosti léčby.

Navazuje poslední etapa, ve které je pacient schopen o své nemoci přemýšlet reálně, bez výrazně negativního prožívání. Je to etapa *smíření*.

Uvedené etapy se nemusí u všech pacientů dostavit v daném pořadí, některé etapy dokonce mohou být „přeskočeny“.¹

1.4 Pracovní zátěž

Když se dříve řeklo „pracovní zátěž“, téměř vždy tímto byla myšlena únava fyzická. V dnešní době, díky neustálému rozvíjení technologie a průmyslu, se pracovní zátěž přenáší z fyzické roviny spíše do roviny psychické. Je to následkem toho, že se lidé snaží svou práci si ulehčovat a tudíž stále zdokonalují stroje, které pracují za ně. Tyto stroje je však potřeba programovat a seřizovat. A tuto složitou psychickou práci mají na svých bedrech opět pracovníci, tedy lidé.

To, jak působí specifická pracovní prostředí na vznik specifických onemocnění (například infekční onemocnění dýchacího ústrojí u pedagogů a vychovatelů, syndrom karpálního tunelu u zaměstnanců s přetížením rukou, nádorová onemocnění u obsluhy rentgenových zařízení a podobně), není třeba zmiňovat. Poměrně novým fenoménem naší doby jsou například kardiovaskulární onemocnění nebo rozvoj alergií a bronchiálního astmatu, jako jedny z nejznámějších psychosomatických onemocnění, vzniklé v důsledku pracovní zátěže. Tato onemocnění se objevují nejčastěji u pracovníků, kteří mají velkou zodpovědnost související s jejich pracovním zařazením a nebo pozicí. Většinou jsou to zaměstnanci, u kterých je vyžadována také vysoká praxe a zkušenost. Postiženi jsou v mnoha případech pracovníci, jejichž zaměstnání spočívá také ve vedení lidí. Neméně se na vzniku takovéhoto onemocnění podílí také vztahy na pracovišti, kariérní růst a organizační struktura v zaměstnání.

Všechny výše zmíněné podmínky působí jako faktory, které v závislosti na své intenzitě a délce trvání více či méně výrazně ovlivňují zdraví každého jedince – pracovníka.

¹ MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-951-3.

Podobné faktory by se samozřejmě daly najít i ve školním prostředí. Jedná se například o studijní schopnosti žáka v poměru k rychlosti probírané látky a požadavkům učitelů, sociální prostředí žáka a jeho výchova, také nevhodná komunikace mezi rodiči a školou a žákovy vztahy k učitelům a ke spolužákům.¹

1.5 Sociální opora

Sociální oporu definuje Křivohlavý (2009) takto: „*Sociální oporou v širším slova smyslu, se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.*“

Sociální oporu může člověku poskytnout člověk, jež je mu nejbližší, tedy partner, dítě/rodič nebo nejbližší přítel. Tuto pomoc může nabídnout i skupina lidí jednomu ze svých členů, který se ocitl v nelehké životní situaci (například skupinové terapie, svépomocné skupiny – sdružení anonymních alkoholiků, sdružení rodičů zdravotně postižených dětí, také různé náboženské organizace a podobně). V prvním popsáném případě se jedná o sociální podporu na *mikroúrovni*, v případě druhém na *mezoúrovni*. Popisována však bývá i sociální podpora na celospolečenské úrovni, *makroúrovni*. Jedná se například o sociální a ekonomickou pomoc potřebným nebo mezinárodní humanitární pomoc obyvatelům oblastí postižených přírodními katastrofami.

Psychologie většinou rozlišuje čtyři druhy sociální opory:

1. Instrumentální podpora – jedná se o poskytnutí materiální, finanční pomoci, obstarání různých důležitých záležitostí, které si daný člověk z nějakého důvodu nemůže obstarat sám. Iniciativa v tomto případě vychází od druhého člověka, tedy toho, který se rozhodl člověku v tísní pomoci.
2. Informační opora – zde se jedná o podání informace, rady, která by člověku v tísní mohla být prospěšná při řešení jeho složité životní situace. Takovéto rady mohou podávat profesionálové nebo i lidé, kteří mají s obdobnou situací osobní zkušenost.
3. Emocionální podpora – spočívá v empatickém vyjádření pocitu blízkosti, náklonnosti, naděje.

¹ VAŠINA, Bohumil. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 1999, 84 s. ISBN 80-704-2546-6.

4. Hodnotící opora – je člověku sdělována úctou při jednání s ním, posilováním jeho sebevědomím, povzbuzováním.^I

Také se rozlišuje mezi *poskytovanou sociální oporou* (je konkrétnímu člověku určena), *přijímanou sociální oporou* (pomoc, kterou daný člověk skutečně dostal), *očekávanou sociální oporou* (pomoc, která se předpokládá v konkrétní tíživé situaci) a *nevyžádanou sociální oporou* (taková, o kterou člověk v tísní nemá opravdový zájem, přesto ji dostává).

Co se týče vlivu sociální opory na zdraví člověka, hovoří se o tak zvaném ***nárazníkovém efektu***, což vyjadřuje její schopnost tlumit dopady negativních podnětů, stresorů, na psychiku člověka. Tento její efekt byl prokázán při mnoha experimentech, ale také v praxi, například po různých katastrofách (havárie v jaderných elektrárnách, letecké katastrofy a podobně), kdy právě sociální opora byla významným faktorem, který tlumil negativní dopady katastrofických zážitků na psychiku pozůstalých i přímých účastníků těchto událostí.^{II}

U astmatických pacientů byl prokázán kauzální vztah mezi množstvím užívaných léků a úrovní sociální opory. Čím menší sociální oporu měli daní astmatici, tím více potřebovali léků.^{III}

1.6 Duševní hygiena

Pojem duševní nebo mentální hygiena je v poslední době poměrně často zmiňovaný. Míček (1984) ji definuje takto: „*Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.*“^{IV}

V užším smyslu pod tímto pojmem rozumíme boj proti vzniku a rozvoji duševních onemocnění. V širším smyslu slova se jedná o snahu udržet optimální fungování duševní činnosti, čili o realistický pohled na realitu, přiměřené reagování na veškeré podněty a snahu o duševní růst.

Na první pohled se může zdát, že duševní hygiena je určena pro duševně zdravé jedince, že se zabývá posílením a nadále i udržením stávajícího duševního zdraví. Hygiena duše se však zabývá i duševním zdravím lidí, kteří bilancují na hranici mezi zdravím a nemocí a také

^I KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

^{II} MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-951-3.

^{III} VAŠINA, Bohumil. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 1999, 84 s. ISBN 80-704-2546-6.

^{IV} MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. Praha: SPN, 1986. 207 s.

nemocným. Těmto ukazuje možnosti, jak posilovat své duševní zdraví a lépe se tak bránit nemocem.

Psychohygienu klade poměrně velký důraz na sebevýchovu, prostřednictvím výcviku, výchovy, různých cvičení, úpravy životního stylu a také životního a pracovního prostředí. Přestože duševní poruchy přímo neodstraňuje, posiluje duševní zdraví zdravých i nemocných jedinců natolik, že jsou schopni lépe těmto onemocněním odolávat a lépe s nimi bojovat.^I

2 Psychosomatická teorie

2.1 Co je psychosomatika

Termín psychosomatika je složen ze dvou starořeckých slov *psyché* (duše) a *soma* (tělo). Spojení těchto slov vyjadřuje nutnost celostního pohledu na člověka ve zdraví i v nemoci. Psychosomatika zkoumá vztahy mezi duševní a tělesnou stránkou člověka. Vidí je jako dvě propojené oblasti, které se navzájem ovlivňují.

Pod slovem psychosomatické nemoci si můžeme představit onemocnění, která se navenek projevují tělesným problémem, avšak jejich vznik je významně podmíněn psychikou člověka.

O propojení duševní a tělesné stránky člověka jistě nemůže být pochyb. Velice častými psychosomatickými příznaky jsou například svírání žaludku před zkouškou, zvýšené pocení a zrychlený pulz v situacích, kdy cítíme napětí, pakliže na něco netrpělivě čekáme, můžeme pocítit úzkost, paniku a dokonce se může objevit i průjem. Potýkáme-li se s problémem, který se nám zdá být zdánlivě neřešitelný, můžeme trpět nespavostí. Dokonce i mnoho lidových úsloví ukazuje na psychosomatické souvislosti. Říkáme například, že se nám z něčeho „zvedá žaludek“, že v nebezpečných situacích máme „srdce až v krku“, některé situace nám mohou „vzít dech“, z neopětované lásky nám „puká srdce“, máme-li nějaký velký problém, říkáme, že nám „leží v žaludku“ a podobně.^{II}

Esencí psychosomatické medicíny je nazírání na nemocného člověka v bio-psycho-sociálním rozměru. Psychosomatická medicína tedy není žádný „nový druh medicíny“, ale pouze jakési vylepšení medicíny jak ji známe, medicíny biologické.

Tímto bio-psycho-sociálním modelem, který roku 1977 navrhl **Georg Libman Engel**, se nedají objasnit všechna psychosomatická onemocnění, ale vysvětlují se jím jevy, jako

^I KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

^{II} PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, 120 s. Psychologická setkávání, sv. 1. ISBN 80-725-4216-8.

například že různí lidé mohou onemocnět různou tělesnou chorobou v situacích, kdy jsou vystaveni extrémní psychické a psychosociální zátěži, že různé stresové situace mohou u různých lidí vyvolat tutéž nemoc, a že někteří lidé onemocní spíše, než jiní, protože nemají vybudované strategie ke zvládnání obtíží nebo jen proto, že žijí v méně příznivých životních podmínkách.^I

Psychosomatická medicína tedy v anamnéze pacienta hledá psychologické a sociální faktory, které se mohly spolupodílet na vzniku somatického onemocnění. Podle Šavlíka a Hnízdila (2008) tedy „hledáme okamžik, kdy se všechny tyto faktory protnou v jednom jediném bodě, kdy v tom pravém kontextu somatické, psychické i sociální aspekty dávají stonání ten pravý smysl.“^{II}

V prvním čísle časopisu *Psychosomatic Medicine*, v roce 1939, bylo poprvé zveřejněno **programové prohlášení psychosomatické medicíny**. Toto blíže popisuje Baštecká (2003) takto:

„Psychosomatika:

- se zabývá psychologickým přístupem k medicíně a jejím jednotlivým odvětvím;
- se zajímá o vztahy mezi emočním životem a tělesnými pochody;
- tvrdí, že není „logického rozlišení“ mezi tělem a duší;
- se zaměřuje na zjišťování korelací psychologických a fyziologických procesů;
- představuje jak nový obor, tak součást každé lékařské specializace.“^{III}

2.2 Placebo efekt

Placebo bývá definováno jako preparát, který neobsahuje žádnou léčivou látku, která by mohla mít účinek na pacientovy obtíže, ale je pacientovi předkládána se záměrem, aby uvěřil, že dostává opravdový lék. Léčivý účinek placebo lze spatřovat v pacientově očekávání, které spustí sebeozdravný proces. Aneb jak se lidově říká „věř a víra tvá tě uzdraví“. Křivohlavý (2009) popisuje podle Jane Ogdenové význam termínu placebo:

- a. „*Jakákoli terapie, které se záměrně (úmyslně) použije pro její nespécifické psychologické a fyziologické účinky. Viz např. výpověď: „Vykoupal jsem se a přestala mne bolet hlava.“*

^I MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky*. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

^{II} ŠAVLÍK, Jiří, Jan HNÍZDIL a František HOUDEK. *Jak léčit nemoc šílené medicíny: aneb Hippokratova noční můra*. Praha: Andrej Šťastný, 2008. ISBN 978-80-86739-33-5.

^{III} BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

- b. *Netečné (inertní) látky, které způsobují ulehčení nežádoucího příznaku. Viz např. výpověď: „Vzal jsem si kostku cukru a přestala mne bolet hlava.“*
- c. *Látku, která způsobuje změnu příznaku, jež se nedá přisoudit specifickým či reálným farmakologickým účinkům určité chemické látky (drogy). Viz např. výpověď: „Po operaci krčku mne přestala bolet hlava.“*

V soudobé medicíně se s pojmem placebo setkáváme nejčastěji při léčbě alergií, astmatu, diabetu, nespavosti, vředů, obezity, akné a také při snižování bolesti a léčbě úzkosti.¹

Účinek placebo je, jak již bylo zmíněno, ovlivněn očekáváním pacienta a sugescí. Placebo má větší účinek, je-li pacientovi podáno autoritou a také je-li zdůrazněno, že se jedná o vzácný či drahý lék a podobně.

Placebo efektu se užívá velmi často také při zkoumání účinku nových léků. Při ověřování účinnosti nového léku se zjišťuje faktický podíl chemické (aktivní) látky a jejího vlivu na žádoucí změnu zdravotního stavu. Toto zkoumání se provádí náhodným rozdělením pacientů do dvou skupin, přičemž jedné skupině je podáván lék obsahující aktivní látku a druhé skupině je předložen lék, který vypadá, případně i chutná stejně, ale aktivní látku neobsahuje. Důležité je, aby pacienti, ani ti, kdo lék podávají nevěděli, zda se jedná o aktivní látku či placebo. Poté se hodnotí, zda je lék ve srovnání s placebem účinný či nikoli. Při takovémto zkoumání je nutné dodržovat etická pravidla. V první řadě je důležité upřednostňovat před výzkumem zájem pacienta. Ukáže-li se, že pro daného pacienta by byla vhodnější jiná léčba, případně, že by mu mohlo setrvání ve výzkumu uškodit, je z výzkumu vyřazen.^{II}

2.3 Alexithymie

Alexithymie je koncept zpracovaný na základě psychoanalytických poznatků pro vysvětlení psychosomatických jevů. Popsali jej psychiatři **Peter Emanuel Sifneos** a **John Case Nemiah** v roce 1967 (nebo 1972) jako (podle Vašiny, 1999)

- *„nekonečné popisování tělesných příznaků, které se nevztahují k základnímu onemocnění,*
- *popisování napětí, podrážděnosti, frustrace, bolesti, nudy, prázdnoty, neklidu, agitovanosti a nervozity,*
- *chybí fantazie, která je nahrazována pečlivým popisem bezvýznamných detailů,*

¹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

^{II} VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.

- *obtíže najít vhodná slova pro popis emocí,*
- *alexithymik málo pláče a pokud ano, nevztahuje se pláč k odpovídajícím pocitům (smutek, zlost), obvykle si nepamatuje sny,*
- *afekty jsou nepřiměřené,*
- *činnost je hlavní způsob života,*
- *vztahy k lidem jsou špatné, buď s tendencí k výrazné závislosti nebo vyhýbat se lidem,*
- *osobnost bývá narcistická, stažená do sebe, pasivně agresivní nebo pasivně závislá, psychopatická,*
- *držení těla je rigidní,*
- *lékař je tímto pacientem znuděn a považuje ho za tupého“.*

Koncept alexithymie byl dále rozpracováván a shrnut tak, že alexithymik se projevuje především sníženou schopností introspekce, omezenou schopností učit se novému emočnímu chování, chudou fantazií, sníženou afektivní zkušeností a schizoidními interpersonálními vztahy.^I

Rozlišuje se mezi **primární** a **sekundární alexithymií**. Primární alexithymie je jakýmsi předpokladem, který vede k onemocnění, zatímco sekundární by se dala považovat za určitý obranný mechanismus, reakci na přítomnost choroby, která může pacienta ohrožovat na životě (například nádorové onemocnění).^{II}

Alexithymické chování se dnes vysvětluje třemi výklady:

1. psychoanalytický výkladový model – vysvětluje příznaky psychosomatického onemocnění jako důsledek psychických konfliktů a fantazijních deficitů. Poukazuje na rozdíl mezi neurotickými pacienty, u kterých jsou tyto příznaky výsledkem právě fantazijních zpracování, a psychosomatickými pacienty, jejichž symptomy jsou výsledkem deficitu takovýchto aktivit. Psychosomatické příznaky u těchto pacientů úzce souvisejí s „defektem v raném identifikačním procesu, kdy se vyvíjí absolutní závislost na matce, zatímco otec zůstává mdlý, nekonturovaný, bez jakékoli oidipální potence“.
2. neurofyziologický výkladový model – k tomuto vysvětlení se přiklání i sami autoři pojmu „alexithymie“ Sifneos a Nemiah. Tento model předpokládá poruchu spojení mezi limbickým systémem a neokortexem. Důsledkem tohoto pak jsou poruchy

^I VAŠINA, Bohumil. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 1999, 84 s. ISBN 80-704-2546-6.

^{II} BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

v emocionální a fantazijní oblasti a pacienti pak nejsou schopni popsat své pocity, což si kompenzují pomocí „řeči orgánů“.

3. sociologický výkladový model – poukazuje na souvislost mezi psychosomatickými příznaky a sociokulturní úrovní pacienta. Alexithymie je zde vysvětlována jako důsledek snahy člověka přizpůsobit se tlaku společenských norem a konvencí. Podle sociologického výkladu je alexithymické chování chováním naučeným.

Koncepce alexithymie byla potvrzena jako rizikový faktor jen u některých psychosomatických onemocnění, bylo to například u žen s psychosomatickou obezitou, u pacientů s ulcerózní kolitidou, žaludečními vředy a revmatoidní artritidou. Někteří autoři jsou však vůči tomuto spojování skeptičtí a chápou alexithymii pouze jako specifický způsob vyrovnávání se s přítomností choroby, jako obranný mechanismus.^I

2.4 Historie psychosomatiky

Psychosomatická medicína v tom nejširším pojetí je tak stará jako lékařství samo.^{II} Názory na vztah somatických a psychických příčin nemoci se vyvíjely již v době zakladatele evropské lékařské školy, řeckého lékaře **Hippokrata** (460-377 př.n.l.). Ten ve svém učení rozlišoval čtyři tělní tekutiny, krev, sliz, žluč a černou žluč, jejichž nevyrovnanost mohla způsobit různé nemoci u různých konkrétních pacientů. Řecký filozof **Platon** (427-347 př.n.l.) se domníval, že ženské duševní nemoci jsou způsobeny narušenou funkcí dělohy (hystera) a nazval je proto hysterické. Římský lékař **Galenos** (130-200 př.n.l.) prý nabádal své žáky, aby veškeré skutečnosti z oblasti psychické brali v úvahu při posuzování zdravotního stavu svých pacientů. Arabský lékař a filozof **Avicenna** (980-1037) ve svém Kánonu lékařství popisuje příběh mladého muže, který upadl do bezvědomí. Avicennova diagnóza zněla „šílený láskou“ a mladíka vyléčila již pouhá přítomnost jeho milované dívky.^{III}

V 17.století francouzský filozof, matematik a přírodovědec **René Descartes** (1596-1650) viděl *tělo, jímž pohybuje duše, a duši, na niž působí tělo*.^{IV}

Anglický lékař **Thomas Sydenham** (1624-1689) sledoval příznaky onemocnění u různých pacientů a ty pak shlukoval do syndromů. Rozlišil dva základní syndromy. *Patognomické* syndromy byly podle něj podobné pro celou skupinu nemocných,

^I VAŠINA, Bohumil. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 1999, 84 s. ISBN 80-704-2546-6.

^{II} BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Publishing, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

^{III} BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

^{IV} TRESS, Wolfgang; KRUSSE, Johannes; OTT, Jürgen. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008. 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3.

idiosynkratické se projevovaly u jednotlivých pacientů. Thomas Sydenham tímto položil základy nozologie (nauka o třídění nemocí).

Sydenhamovu klasifikaci svými histopatologickými nálezy obohatil pruský patologický anatom **Rudolf Virchow** (1821-1902). Tento přístup vystavěl základy pro biomedicínské pojetí medicíny samotné.^I

Pojem „psychosomatika“ poprvé použil německý lékař **Johann Christian August Heinroth** (1773-1843) již v roce 1818 ve své knize Učebnice poruch duševního života. Tento pojem použil v souvislosti s poruchami spánku, konkrétně v souvislosti s faktory způsobujícími nespavost.^{II}

Heinroth dále tvrdil, že *„člověk, který se řídí hlasem svého svědomí a své touhy, je zdravým ve vlastním a opravdovém lidském smyslu. Podstatou nemoci je nesvoboda a onemocnět může jen člověk, poněvadž jen jemu je možno vymanit se z harmonie stvoření. ... Duševně nemocný je hříšník, kterého bůh ztrestal ztrátou svobodné vůle. Duševně nemocný je vlastně za svou nemoc zodpovědný.“*^{III}

Psychosomatika, jak ji známe dnes, začala vznikat na začátku 20.století, spolu s psychoanalýzou. Sám otec psychoanalýzy, **Sigmund Freud** (1856-1939), pojem psychosomatika nikdy nepoužil. *„Uvedl však problematiku konverze jako symbolického vyjádření intrapsyckého konfliktu ve sféře tělesné“*. Tuto tematiku však rozpracovávali jeho žáci, díky nimž se začal termín „psychosomatika“ používat běžně.

Dalším velmi významným průkopníkem této problematiky byl **Franz Alexander** (1891-1964). Z učení podle Alexandra a jeho spolupracovníků vychází tak zvaná „chicagská sedma“ nemocí. Jedná se o sedm klasických psychosomatických onemocnění:

- peptický vřed,
- asthma bronchiale,
- esenciální hypertenze (vysoký krevní tlak bez zjevné organické příčiny),
- revmatoidní artritida,
- ulcerózní kolitida,
- tyreotoxikóza (zvýšená funkce štítné žlázy),
- neurodermitida.^{IV}

^I BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

^{II} DANZER, Gerhard. *Psychosomatika : Celostný pohled na zdraví těla i duše*. Vyd. 2. Praha : Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-718-3.

^{III} BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

^{IV} BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Publishing, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

K těmto základním sedmi psychosomatickým onemocněním byly postupem času spolu s rozvojem psychosomatické medicíny přidávány další, jako například migréna a jiné druhy bolestí hlavy, infarkt myokardu a chronická kardiovaskulární onemocnění, například angina pectoris, také diabetes mellitus a další. V souvislosti s dnešním rozvojem poznání již víme, že psychosomatické nejsou jen některé nemoci, ale všechna onemocnění, protože na vzniku a rozvoji každého onemocnění se podílejí jak faktory somatické, tak psychické a v neposlední řadě i faktory sociální.

Dnes také rozlišujeme například nemoci způsobené poruchou funkce, které dále dělíme na poruchy se sekundárními morfologickými změnami nebo bez nich, nemoci způsobené morfologickou nebo strukturální změnou, která může být reverzibilní (vratná) nebo ireverzibilní (nevratná).^I

S Franzem Alexanderem spolupracovala také **Helena Flanders Dunbar** (1902-1959), která je na poli psychosomatiky označována jako „matka holistické medicíny“. O svém výzkumu, týkajícím se vztahu mezi osobností pacienta a psychosomatickými zdravotními odchylkami, napsala několik knih, které jsou dosud považovány za klasické učebnice psychosomatiky. K učení F. Alexandera a H. F. Dunbar se vracejí i současní autoři.^{II}

První etapa vývoje moderní psychosomatiky je nazývána **psychosomatickým hnutím**. Vrcholem této etapy jsou práce Franze Alexandera, který při nich vycházel z myšlenek Sigmunda Freuda. Vznik psychosomatického hnutí bývá považován za reakci na krizi evropského lékařství na přelomu 19. a 20. století. Zaměření lékařství té doby bylo převážně hledáním organických a infekčních příčin nemocí. Lékařství tehdy jaksí opomíjelo osobnost nemocného, vztahy mezi organismem a prostředím a příčinné vztahy mezi psychickým a somatickým.^{III}

Sigmund Freud přemýšlel o psychických i somatických onemocněních jako o důsledcích vývojového narušení. Ve svých pracech popsal mechanismus přeměny psychického konfliktu v tělesný projev. Zároveň popsal rozdíl mezi aktuální neurózou a psychoneurózou. Základním stavebním kamenem psychosomatického hnutí pak byla hypotéza, že obdobně, jako vznikají psychoneurózy (potlačení konfliktu), vznikají také neurózy orgánové, což ve své podstatě jsou psychosomatická onemocnění.^{IV}

^I DANZER, Gerhard. *Psychosomatika : Celostný pohled na zdraví těla i duše*. Vyd. 2. Praha : Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-718-3.

^{II} FALEIDE, Asbjorn O.; LIAN, Lilleba B.; FALEIDE, Eyolf K. *Vliv psychiky na zdraví : Soudobá psychosomatika*. Praha : Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

^{III} BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Publishing, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

^{IV} CHROMÝ, Karel a Radkin HONZÁK. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1473-6.

Psychosomatické hnutí bylo velkým přínosem pro lékařství té doby, vzhledem ke krizi, kterou právě prodělávalo. Podle Bašteckého (1993) tento přínos spočíval v tom, že:

- „*psychosomatické a somatopsychické vztahy se staly předmětem výzkumu;*
- *do středu pozornosti lékařství se dostal opět člověk, byla zdůrazněna jeho celistvost a jednota psychického a somatického;*
- *lékařství začalo nahlížet na člověka jako na bytost společenskou, žijící v určitém sociokulturním prostředí;*
- *byly prokazovány těsné vzájemné vztahy psychického a somatického ve zdraví a v nemoci...“*

Od 40.let 20.století se vývoj psychosomatické medicíny ubíral dvěma směry. Prvním z nich byly **koncepte psychoanalytické (specifické)**. Tyto koncepte hledaly specifické psychologické proměnné, které měly být příčinou specifických somatických onemocnění. Vycházely z teorie psychoanalýzy. Tímto směrem se ubíral hlavně Franz Alexander, který zkoumal význam vegetativního nervového systému v patogenezi klasických psychosomatických onemocnění. Druhým směrem, kterým se vývoj psychosomatické medicíny ubíral, byly **koncepte nespecifické (neanalytické)**. Tyto vycházejí z koncepte kanadského lékaře, fyziologa a endokrinologa **Hanse Huga Bruna Selyeho** (1907-1982) o všeobecném adaptačním syndromu, z teorie amerického fyziologa **Waltera Bradforda Cannona** (1871-1945) o psychofyziologii emocí, teorií učení a také z učení ruského fyziologa, psychologa a lékaře **Ivana Petroviče Pavlova** (1849-1936) o podmíněných reflexech. Nespecifické koncepte vidí příčinu vzniku psychosomatických onemocnění především v psychosociální zátěži. Nespecifické koncepte od 60.let 20.století převládají.^I

V roce 1977 americký psychiatr **Georg Libman Engel** (1913-1999) rozšířil psychosomatický přístup k nemocem o faktor sociální. Zdůraznil, že všechny fyzické i psychické nemoci v sobě zahrnují faktory biologické, psychologické i sociální, ke kterým je nutno přihlížet při posuzování a léčení samotného onemocnění. Vymezil tak takzvaný biopsychosociální přístup. Tímto se psychosomatická medicína posunula blíže k behaviorální medicíně, již se neptá „proč“ člověk onemocněl, ale „jak“ onemocněl, za jakých okolností, jak se tomu dá předcházet či jak se s tím vyrovnat.^{II}

Polský lékař **Zbigniew Jerzy Lipowski** viděl zdroje psychosomatické medicíny v koncepci psychogeneze, v celostním přístupu (který byl dovršen výše zmíněným Engelovým biopsychosociálním modelem) a v systémovém pojetí. Psychosomatickou

^I BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Publishing, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

^{II} BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

medicínu definoval jako vědeckou a klinickou disciplínu zabývající se studiem vztahů mezi psychosociálními faktory a fyziologickými funkcemi, interakcí mezi psychosociálními a biologickými činiteli v etiologii a patogenezi nemocí, aplikací psychiatrických a behaviorálních léčebných metod v prevenci, terapii a rehabilitaci nemocí a v neposlední řadě zdůrazněním biopsychosociálního přístupu v péči o nemocné.

Psychosomatická medicína ve 40. a 50. letech 20. století procházela krizí. Tato krize byla z velké části způsobena jakýmsi soupeřením tří původních východisek psychosomatické medicíny, a to psychoanalýzy, behaviorálních směrů a kortikoviscerální koncepce (vychází z Pavlova učení o podmíněných reflexech, experimentálně prokázala vztah mezi činností vyšší nervové soustavy a somatickými a vegetativními funkcemi, také prokázala, že činnost vnitřních orgánů řídí kůra mozková). Žádná z výše zmíněných teorií však nedokázala vyřešit všechny problémy psychosomatické medicíny. Tato krize pominula v průběhu 60. a 70. let, kdy se psychosomatická medicína oprostila od chybných hypotéz a počala se rozvíjet v mezioborovém směru. K tomuto přispěl rozmach nových poznatků z oblasti neurofyziologie, neurochemie, genetiky, psychoneuroimunologie, psychoneuroendokrinologie a dalších. V 70. letech se pak začaly sjednocovat biomedicínské vědy, čímž daly vzniknout novému biomedicínskému oboru, behaviorální medicíně.

Behaviorální medicína začala vznikat po pominutí krize psychosomatické medicíny, na přelomu 70. a 80. let 20. století. Vycházela z poznatků psychosomatické medicíny a dalších biomedicínských oborů a věd o chování.^I Behaviorální medicína využívá behaviorální terapie. Šířeji bývá definována jako interdisciplinární zkoumání mechanismů zdraví a nemoci s využitím psychosociálních, etologických (etologie studuje chování živočichů) a biomedicínských vědomostí a zavádění empiricky ověřených poznatků a metod do prevence, léčby a rehabilitace.^{II} Studuje vliv behaviorálních faktorů v etiologii a patogenezi somatických onemocnění, čímž navazuje a přibližuje se pojetí Z. J. Lipowskiho.

Dle Bašteckého (1993) byla psychosomatická medicína v Československu až do 70. let 20. století známá pouze jako volnočasové hobby lékařů či klinických psychologů. Dalo by se však mezi nimi nalézt i několik odborníků, kteří se této problematice věnovali velice významně. Byli to například lékaři Haškovec, Janota, Mařatka, Zikmund a další.

V roce 1975 byla založena sekce pro studium psychosomatiky Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti. Od té doby byly zakládány pracovní skupiny věnující se různým

^I BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Publishing, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

^{II} MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky*. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

otázkám na poli psychosomatické medicíny. V některých nemocnicích byla zřízena psychosomatická lůžková a také poliklinická oddělení. Roku 1982 byly zahájena postgraduální výuka v psychosomatické medicíně pro lékaře, a to v Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze na katedře psychiatrie.¹

2.5 Psychosomatická onemocnění

Morschitzky a Sator (2007) rozlišují psychosomatická onemocnění podle jejich závažnosti do čtyř skupin:

- „*poruchy celkového tělesného schématu (neorganické tělesné symptomy bez funkčních nebo somatických příčin víceméně nepovažované za nemoc);*
- *funkční (somatoformní a disociativní) poruchy (primárně neorganické poruchy považované za nemoc);*
- *psychosomatické poruchy v užším smyslu (organické choroby vyvolávané nebo posilované psychosociálními faktory);*
- *somatopsychické choroby (organická onemocnění s psychosociálními následky)“.*

2.5.1 Poruchy celkového tělesného schématu

Poruchy celkového tělesného schématu jsou potíže, které mají etiopatogenetický základ v psychických nebo sociálních faktorech. Jsou to takové tělesné příznaky, které se objevují u lidí, kteří jsou objektivně prokazatelně zdraví, tedy u kterých nejsou zjištěny žádné chronické poruchy vegetativního nervového systému, patologické změny tkání ani orgánů. Mezi těmito poruchami jsou nejčastěji popisovány různé bolesti hlavy a zažívací potíže, bolesti žaludku a podobně. Pokud tyto potíže daného jedince trápí delší dobu, mohou se postupně přeměnit ve funkční nebo somatoformní poruchy, které se již pokládají za nemoc. Zda se tato přeměna odehraje či nikoliv, záleží na typu osobnosti, na odolnosti vůči zátěži daného člověka a v neposlední řadě podle toho, co si sám dotyčný jako nemoc představuje, co vnímá již jako nemoc a co ne.

2.5.2 Funkční poruchy

Poruchy tělesných funkcí bez zjevné organické příčiny, na jejichž vzniku se ale z velké části podílejí psychické faktory, jsou nazývány funkčními poruchami. Při těchto poruchách

¹ BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Publishing, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

většinou již dochází k poruše vegetativního nervového systému. Objevují se fyziologické projevy jako zrychlený tep, bušení srdce, namáhavé a ztížené dýchání (dyspnoe), různé zažívací potíže. Morschitzky a Sator (2007) definují funkční poruchy jako poruchy, které „bývají často projevem toho, že tělo má k dispozici dostatek energie, která se však nemůže uplatnit ani jinak vybit, z čehož vznikají poruchy regulace a nepříjemné tělesné poruchy.“^I

Rozlišují se dva druhy funkčních poruch:

- somatoformní poruchy,
- disociativní poruchy.

a. **Somatoformní poruchy** – Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) označuje somatoformní poruchy diagnózou F45 a definuje je jako takové, u nichž „*hlavním rysem je opakovaná stížnost na tělesné symptomy spolu s trvalým vyžadováním lékařského vyšetřování i přes opakované negativní nálezy a ujišťování lékaře, že obtíže nemají fyzickou podstatu. Pokud existuje nějaká tělesná nemoc, pak nevysvětluje rozsah a podstatu potíží nebo příznaků a nešťastnost a zaujetí pacienta.*“^{II}

Morschitzky a Sator (2007) však poukazují na to, že v diagnostikování somatoformní poruchy není důležité pouze vyloučit organickou příčinu a prokázat psychickou etiologii potíží. Důležité je také odhalit subjektivní teorii nemoci daného pacienta. Typickou příčinou vzniku somatoformní poruchy je stres. Také je typické delší trvání obtíží spojené s prodlužováním pracovní neschopnosti pacienta, častější návštěvy lékařských ambulancí a pobyty na klinikách. Somatoformní porucha bývá často diagnostikována až když lékař objeví v anamnéze pacienta psychické problémy. Nejčastějšími bývají deprese, úzkosti nebo poruchy osobnosti.^{III}

Somatoformní poruchy podle MKN – 10 rozlišujeme do několika skupin. Jsou to *somatizační porucha* (F45.0 – mnohočetné, opakující se tělesné příznaky lokalizované v jakékoli části těla nebo systému, které trvají alespoň dva roky a často se mění), *nediferencovaná somatoformní porucha* (F45.1 – tělesné symptomy jsou stejně jako u F45.0 mnohočetné, recidivují a mění se, ale objevují

^I MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky*. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

^{II} *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.

^{III} MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky*. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

se kratší dobu, než dva roky, avšak déle jak půl roku), *hypochondrická porucha* (F45.2 – pacient je přesvědčený, že trpí jedním nebo i více závažnými onemocněními, normální a běžné pocity považují za zneklidňující, varovné), *somatoformní vegetativní dysfunkce* (F45.3 – pacient popisuje příznaky onemocnění kardiovaskulárního, gastrointestinálního, respiračního nebo urogenitálního systému, stěžuje si většinou na bušení srdce, zvýšené pocení, pocity pálení, tíže, napětí a podobně), *perzistující somatoformní bolestivá porucha* (F45.4 – hlavním rysem je přetrvávající velká bolest, která nemá objektivně prokazatelnou somatickou příčinu, a která se objevuje spolu s citovými nebo psychosociálními problémy), *jiné somatoformní poruchy* (F45.8 – další poruchy emocí či chování, které nezpůsobuje tělesná porucha, ale objevují se v určitém ohraničeném systému nebo části těla a objevují se zároveň se stresovými událostmi) a *somatoformní porucha NS* (F45.9 – psychosomatická porucha NS).^I

- b. **Disociativní (konverzní) poruchy** – dvojice autorů Morschitzky a Sator (2007) definují disociativní poruchy jako takové, při kterých „*dochází k úplné nebo částečné dezintegraci bezprostředního vnímání, kontroly tělesných pohybů, vzpomínek na minulost a vědomí vlastní identity vůbec. Psychické a tělesné funkce jsou disociovány, rozštěpeny*“.^{II}

Podle MKN – 10 je k disociativním poruchám přiřazena diagnóza F44. Rozlišujeme několik disociativních poruch. Jsou to *disociativní amnézie* (F44.0 – typická je ztráta vzpomínek na důležité události, které se odehrály v nedávné době, obvykle se jedná o traumatické události, jako například nehoda; není způsobena organickým duševním onemocněním), *disociativní fuga (útěk)* (F44.1 – k příznakům, disociativní amnézie se přidružují ještě záměrné útky za hranice běžného denního života), *disociativní stupor* (F44.2 – volní pohyby a reakce na zevní podněty jsou sníženy nebo dokonce úplně vymizí, při vyšetření však nejsou prokázány žádné somatické příčiny, nedávná stresující událost je zřejmou příčinou), *trans a posedlost* (F44.3 – mimovolní, nechtěné transové stavy, při kterých jedinec dočasně ztrácí pocit vlastní identity a přestává si plně uvědomovat okolí), *disociativní motorické poruchy* (F44.4 – běžná je například nemožnost

^I Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.

^{II} MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky*. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

pohybovat celými končetinami, končetinou nebo jejími částmi), *disociativní záchvaty* (F44.5 – tyto záchvaty se mohou stát lehce zaměnitelnými s epileptickými záchvaty, avšak zde se obvykle neobjevuje inkontinence moči, nedochází k úrazům při pádu či kousnutím do jazyka, nedochází ke ztrátě vědomí, pacient se dostává do transu nebo stuporu), *disociativní anestezie a ztráta citlivosti* (F44.6 – objevují se jasně ohraničené oblasti kůže, ve kterých dochází ke ztrátě citlivosti, mohou se objevit pocity mravenčení), *smíšené disociativní (konverzní) poruchy* (F44.7 – kombinace poruch F44.0 – F44.6), *jiné disociativní (konverzní) poruchy* (F44.8 – zde patří například mnohočetná osobnost) a *disociativní (konverzní) porucha NS*.¹

2.5.3 Psychosomatické poruchy v užším smyslu

Poškození orgánů nebo somatických funkcí, za jejichž vznikem se sice skrývají objektivně prokazatelné organické příčiny, ale nemohou tato poškození dostatečně vysvětlit a je zjištěno, že v jejich etiologii a udržování mají psychické a sociální faktory více či méně významný vliv, nazýváme **psychosomatickými poruchami v užším smyslu**. Tyto se definují obvykle velmi obecně jako „psychologické faktory a vlivy chování u nemocí jinak klasifikovaných“, s tím, že tyto faktory sehrály svou roli při vzniku a rozvoji daného onemocnění. Psychosomatické poruchy v užším smyslu se tedy označují dvojí diagnózou, tedy jedním kódem pro ony psychologické faktory a druhým pak pro danou organickou poruchu. Zde by se hodilo uvést některé konkrétní příklady typicky psychosomatických onemocnění. Může to být například bronchiální astma, gastroduodenální vředová choroba a další. V případech, kdy jsou psychiatrické symptomy silnější, dostává pacient další diagnózu, tedy ještě diagnózu psychiatrickou. Toto je běžné například u pacientů s bolestmi.

2.5.4 Somatopsychické poruchy

Pod pojmem **somatopsychické choroby** musíme dnes hledat příčinou ryze organické onemocnění, jehož následky se později mohou projevit jako obtíže psychické povahy nebo takové, pro jejichž překonávání je potřeba užít některou z copingových strategií. Zjednodušeně se dají somatopsychické poruchy popsat jako psychické a sociální důsledky primárně organických onemocnění a jejich zvládání. Obecně platí, že čím je somatická nemoc

¹ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.*

zdlouhavější a má chronický průběh, tím více psychických doprovodných projevů se objevuje. Pro vystihnoutí a dokreslení tohoto tvrzení je možno zde uvést některá typická onemocnění. Jsou to například různé druhy rakoviny, HIV pozitivita přecházející v syndrom AIDS, diabetes mellitus, různá autoimunitní onemocnění, epilepsie a další. Nejen v případě těchto chronických onemocnění, ale i dalších, platí, že cílem veškerých psychologicko-psychotherapeutických snah a zásahů je zlepšit kvalitu života chronicky nemocného pacienta a snažit se zabránit dalšímu zhoršování jeho obtíží. Velice významnou roli v průběhu celé této rehabilitace hrají psychosociální faktory. Lidé, kteří trpí závažnou a chronicky se táhnoucí chorobou se musí především naučit zvládat různé psychosociální potíže, které se objevují právě jako důsledek těchto organických onemocnění a jejich příznaků. Mezi tyto psychické a sociální obtíže se počítá neustálý strach ze smrti, neměnnost stavu, nelepšení se symptomů, nemožnost odhadnout dopředu, jak se bude nemoc dále vyvíjet, snížení tělesné i duševní výkonnosti, snížení sebehodnocení, celkově zhoršené naladění nemocného, emoční nevyrovnanost, omezení sociálních vztahů, závislost na zdravotnickém personálu, přístrojích, lécích a pomůckách, nejistá budoucnost, chronické bolesti, deprimovanost neustálými terapiemi a další.¹

2.6 Psychosomaticky nemocný

Dalo by se říci, že psychosomaticky nemocný je vlastně každý nemocný, protože základem psychosomatiky je pohled na nemoc v bio-psycho-sociálním měřítku a při vzniku a rozvoji každé nemoci hrají svou roli jak somatické, tak i psychické a sociální faktory. Poněšický (2002) poukazuje na to, že *„nejvýznamnější měrou rozhoduje o výskytu psychosomatického onemocnění individuální historie a problematika pacienta, zcela jedinečná významovost jeho tělesného prožívání ve spojitosti s psychickými faktory“*. Se všemi lidskými tendencemi a každým duševním hnutím souvisí určitá část těla. Například u lidí, kteří mají zábrany něco přijímat, o něco si říct, požádat, se tyto zábrany mohou projevit na zažívacím ústrojí, kupříkladu anorexií nebo vředovou chorobou. Lidé, kteří mají problémy s prosazením sebe sama, se sebeuplatněním, mohou trpět vysokým krevním tlakem nebo problémy se srdcem. Člověk, který není schopen ohraničit svůj prostor, regulovat zevní rovnováhu mezi blízkostí a odstupem může pocítit problémy s dýchacím ústrojím. Mnohdy bývá příčinou psychosomatických reakcí **konflikt**, který vzniká již v raném dětství, *„a to zejména konflikt mezi symbiotickým vztahem a závislostí na jedné straně a mezi tendencí*

¹ MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky*. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

k osamostatnění a svobodě na straně druhé.“ Tyto konflikty pak samozřejmě vedou ke změněnému emočnímu prožívání, k **defektu** ve vnitřním prožívání.¹

Při práci s psychosomaticky nemocnými byly vyzorovány určité charakteristické znaky, které jsou u těchto pacientů velmi časté. Nejčastěji se objevující jev popisuje Baštecký (1993) jako **somatizaci psychických a sociálních problémů**. Jedná se o to, že nemocný si nedokáže nebo nechce připustit, že s jeho tělesnými obtížemi zjevně bezprostředně souvisejí i konkrétní psychické nebo sociální problémy, které má. Nemocný se namísto toho snaží lékaři stále znovu a z různých stránek popisovat své somatické potíže. Problém je však v tom, že pacient toto dělá většinou více či méně nevědomky. Jedná-li takto vědomě, pak obvykle proto, že je zvyklý, že lékaře zajímají pouze tělesné příznaky a že jej se svými psychickými a sociálními problémy „nemůže obtěžovat“. Mnoho pacientů také dodnes považuje somatická onemocnění jako taková, za která se nemusí stydět, navíc pro ně z těchto onemocnění mohou plynout různé výhody (například úlevy z některých aktivit). Naopak psychická onemocnění mohou být interpretována jako „ostudná“, mohou se objevit názory, že například za neurózy si pacient může sám a nezaslouží si tudíž žádné úlevy.^{II}

2.7 Psychosomatická péče

Péče o psychosomatického pacienta je postavena na dvou základních stavebních kamenech, které spolu bezpodmínečně souvisí. Prvním z nich je **důkladná znalost pacienta**, což znamená znalost jeho anamnézy co se týče poruch tělesných po celý jeho život i v současné době a také jeho psychického vývoje, životního stylu a psychiatrických příznaků, které se za celý jeho život mohly vyskytnout. Druhým stavebním kamenem, na kterém je nutné stavět přístup k psychosomatickému pacientovi, diagnostiku jeho obtíží i terapii je **dobrý vztah mezi pacientem a lékařem a vzájemná důvěra**. Dobrý vztah a důvěra jsou bezpochyby základem přístupu ke každému pacientovi, avšak v psychosomatickém přístupu se pro pacienta objevují často nezvyklé a obtížně přijatelné výklady nemoci a způsoby terapie. Podmínkou pro vytvoření důvěry je primární odpovědnost jednoho lékaře za zdravotní péči o pacienta. Vytvořit si důvěru k celé skupině odborníků může být pro pacienta obtížné.

Terapie psychosomatických poruch se musí řídit bio-psycho-sociálním přístupem, tedy se musí zaměřovat nejen na tělesné, ale i psychické a sociální změny v pacientově životě. Pořadí biologických (farmakoterapie, chirurgické zásahy, fyzikální léčba a rehabilitace) či

¹ PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, 120 s. Psychologická setkávání, sv. 1. ISBN 80-725-4216-8.

^{II} BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Publishing, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

psychologických technik léčby je určeno aktuálním stavem a aktuálními potřebami pacienta. Jako významná v psychosomatické terapii se uvádí **akupunktura**, která v sobě snoubí somatickou léčbu (vpichování akupunkturálních jehel lékařem do určitých bodů na pacientově těle) spolu s vyrovnáváním rovnováhy různých sil v organismu, což může pacientovi odhalit jiný, psychosociální náhled na jeho potíže.

Nedílnou součástí psychosomatické léčby je i **psychofarmakoterapie**, přestože mnoho lékařů tuto možnost opomíjí. Psychofarmaka jsou indikována nejčastěji u psychosomatických funkčních poruch a somatopsychických poruch. Například u průduškového astmatu bývá ordinován *dosulepin* (antidepresivum) pro snížení frekvence astmatických záchvatů.

O užití **psychologických technik** v léčbě psychosomatických poruch by měl rozhodovat i sám pacient. Tomu však mnohdy brání v podstoupení psychologické léčby stejné mechanismy, které sehrály svou roli i při vzniku jeho obtíží. Proto je nutné s psychosomatickými pacienty jednat o zvolené terapii podrobně, dlouze a s trpělivostí. Mnohdy ale již přijetí interpretace nemoci jako psychosomatické pomůže pacientovi lépe porozumět vztahům mezi psychosociálními problémy a somatickými symptomy a často již toho pochopení může vést ke zmírnění tělesných obtíží. Ordinuje-li lékař psychologickou terapii při psychosomatických onemocněních, je nutné si uvědomit, že psychický faktor není jediný podmiňující somatické onemocnění, ale že je to pouze jeden z mnoha faktorů, které vznik a rozvoj onemocnění umožnily. Je tedy nutné na psychické a sociální faktory pohlížet jako na rizikové jevy. Baštecký (1993) popisuje **zásady**, kterých je nutno se držet, aby bylo docíleno pozitivních změn při terapii psychosomatických poruch.

1. Nutnost týmové spolupráce mezi somatickými lékaři a psychology nebo psychiatry.
2. Nelze předpokládat, že u všech pacientů se shodnou diagnózou bude účinná stejná psychologická léčba. Nelze ji tedy předepisovat všem, ale pouze těm pacientům, u kterých je možné doložit či alespoň předpokládat nezanedbatelný vliv psychosociálních faktorů na vznik a rozvoj onemocnění.
3. Není možné se stoprocentní jistotou tvrdit pacientovi, že po vyřešení jeho psychosociálního problému vymizí veškeré jeho obtíže. Důležité je pacienta upozornit na význam duševní hygieny. Je možné předpokládat, že tělesné potíže spojené s onemocněním pacienta se spíše zmírní, když bude své psychosociální problémy řešit, než když by zůstaly neřešeny.
4. Lékař nesmí prosazovat psychologickou léčbu za každou cenu. I přesto, že ji pokládá za, pro daného pacienta, nejvhodnější, nelze její absolvování udávat jako

podmínku pro další zdravotní péči. Nejlepší techniku či metodu léčby musí hledat lékař společně s pacientem.

5. Není možné ordinovat všem pacientům stejnou terapii. Některým může pomoci, jiným nikoliv. Je proto nutné, aby znal lékař více teoretických východisek a nesoustředil se jen na jednu teorii. Tyto různé teorie a různé formy psychologické pomoci je pak nutné aplikovat na konkrétního pacienta a konkrétní mechanismy, které ke vzniku a rozvoji onemocnění přispěly.
6. Také na klinický výzkum je nutné nahlížet poněkud individuálněji, tedy neřídít se statistikami vytvořenými při výzkumech, kdy na různorodou skupinu pacientů, přestože tito měli stejnou diagnózu, byla aplikována stejná psychologická léčebná technika.^I

3 Asthma bronchiale

3.1 Popis bronchiálního astmatu

Bronchiální astma je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest. Řadí se mezi nejzávažnější alergická onemocnění, protože nemocného může přímo ohrozit na životě. Svou chronicitou navíc omezuje nemocného v některých běžných činnostech. Výskyt astmatu můžeme sledovat ve všech věkových skupinách. Pro astma jsou typické záchvaty dušnosti, u nichž se objevuje dráždivý kašel a pískoty při dýchání. Mohou být různě dlouhé a také mohou mít různou intenzitu. Život ohrožující stav se nazývá **status asthmaticus**, kdy dochází k téměř úplnému ucpání průdušek velkým množstvím vazkého hlenu.

U astmatického záchvatu se jedná se o výdechovou dušnost, tedy potíže s výdechem, nikoliv o nemožnost nadechnutí se, jak by se mohlo zdát, protože postižení často „lapají po dechu“.^{II}

Nejtěžší astmatické příznaky se u mnohých nemocných vyskytují hlavně v nočních a brzkých ranních hodinách. V této době také často dochází k náhlému úmrtí vlivem astmatických obtíží. Hovoříme zde o tak zvaném **nočním astmatu**.^{III}

^I BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Publishing, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

^{II} MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky*. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

^{III} ŠPIČÁK, Václav; VONDRA, Vladimír. *Asthma bronchiale v dětství a v dospělosti*. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988. 300 s.

První zmínky o této chorobě se údajně objevují ve staré Číně již tři tisíce let před Kristem. Ve starověku však pod tímto pojmem byla shrnuta všechna onemocnění mezi jejichž příznaky patřily dechové obtíže. Pojem *asthma* má svůj původ v řečtině a znamená dušnost.^I

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10) označuje astma diagnózou J45 a dělí jej do několika skupin, a to na *astma převážně alergické* (J45.0), *nealergické astma* (J45.1), *smíšené astma* (J45.8) a *astma NS* (J45.9). Označení J46 nese *astmatický stav – status asthmaticus*.^{II}

3.2 Psychosomatická koncepce

Chceme-li najít typický příklad psychosomatického onemocnění, pak nás výběr povede jistě k astma bronchiale. Jeho vznik je podmíněn bezpochyby z velké části vrozenými předpoklady, avšak roli psychických příčin zde také nelze pominout. Na vzniku a rozvoji onemocnění se ovšem podílí i celá řada faktorů zevního prostředí.

V literatuře se uvádí jako jedna z nejvýraznějších psychosociálních příčin vzniku a rozvoje astmatu vztah dítěte a rodičů. Uvádí se dokonce, že vztah mezi dítětem a jeho matkou v prvních letech jeho života hraje dominantní roli. Zde se hovoří o dvou stranách mince. Na jedné straně stojí nedostatek mateřského citu k dítěti, jakýsi způsob zanedbání, ochuzení dítěte o mateřskou lásku. Na straně druhé vidíme zase přehnanou mateřskou péči o dítě, doslova zaplavení mateřským citem.

V obou těchto případech se pocity, které dítě prožívá a mezi kterými zaujímá své výrazné místo i úzkost, promítají do tělesných reakcí, při astmatu konkrétně do dýchacích obtíží. V dítěti může odloučení od matky, nedostatek její péče, vyvolat stejnou úzkost jako v dítěti jiném, jehož matka je naopak přespříliš starostlivá a nedovolí mu se osamostatnit.

Zmiňujeme-li se o vztahu mezi matkou a dítětem, pak nelze opomenout ani vztahy dítěte s ostatními členy rodiny, celkovou atmosféru v rodině a také v jeho okolí. Faleide (2010) uvádí, že v rodinách, kde se nachází astmatické dítě jsou veškeré vztahy a sociální aktivity jaksi chudší, než jak by se dalo očekávat vzhledem k věku dítěte a socioekonomické situaci rodiny. Tímto se myslí i úzkostlivá snaha vyhybat se konfliktním situacím, které jsou

^I KAŠÁK, Viktor; POHUNEK, Petr. *Překonejte své astma*. Praha : Maxdorf, 1997. 173 s. ISBN 80-85800-79-9.

^{II} *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.

dítětem vnímány jako ohrožující, protože právě úzkost, kterou v těchto situacích pocítuje, může zhoršovat problémy přidružené k jeho onemocnění.^I

Okolí se na potížích, které jsou pro onemocnění astma bronchiale typické, a na jejich udržování či dokonce zhoršování, také podílí. Tento podíl můžeme vidět v tom, jaké bere společnost ohledy na svého člena, u kterého takovéto obtíže pozoruje. Jedná se o snahu za každou cenu a okamžitě pomoci a to i tím způsobem, že se okolí pokusí zamezit vystavení nemocného člověka situacím, které mohou být nemocnému nepříjemné či u něj dokonce zmíněné potíže vyvolávat. Objevit se může ale i strach a nejistota okolí při astmatickém záchvatu nemocného jedince. V případě, že se však záchvaty opakují, se může v okolí objevit až lhostejnost. Typické také je, že v případě astmatického záchvatu se okolí zajímá spíše o tělesný stav postiženého, nikoli o jeho stav psychický, který může vyjadřovat jakési volání nemocného o pomoc.^{II}

3.3 Astma z pohledu psychoterapeutických směrů

Při dnešním rozvoji poznání víme, že téměř každé astma je vyvoláno vnějším podnětem, alergenem. Vliv psychických faktorů, zejména pak emocí, náročných životních situací a také problémů v zaměstnání, je ale stejně neopomenutelný jako vliv alergenů a dědičnosti. Svou roli hraje nejen při vzniku a rozvoji onemocnění, ale také při vzniku záchvatů a jejich zhoršování, je-li již nemoc rozvinuta.

Danzer (2010) popisuje několik případů, kdy byly astmatické záchvaty vyvolány emocionálním podnětem, jako je úlek, strach nebo rozčilení. *„Afekt se vybije přes vegetativní nervový systém a zmobilizuje již tak vštípený mechanismus astmatického záchvatu“*.

Nejvýraznější a nejpovedenější pokus o vysvětlení toho, jak spolu souvisí somatické, psychické a sociální vlivy při vzniku astmatu a následných záchvatů podala **psychoanalýza**, konkrétně jako první Franz Alexander v roce 1950. Jako spouštěč popisuje emoce jako „sexuální vzrušení, strach, žárlivost a vztek“. Hlavním spouštěčem však podle něj je „konflikt kolem přepjaté a neřešené vazby na matku“. Psychoanalýza vnímá astmatický záchvat jako jakési volání po matce. Významnou roli hraje u pacienta s bronchiálním astmatem také pocit viny. S tímto podle Alexandera velmi pomáhá vypovídání se a následné „rozhřešení“ od terapeuta. Psychoanalýza zdůrazňuje společný vliv na vznik astmatického záchvatu při současném působení alergenů, tedy faktorů zevního prostředí, a psychického stresu. Danzer

^I FALEIDE, Asbjorn O.; LIAN, Lilleba B.; FALEIDE, Eyolf K. *Vliv psychiky na zdraví : Soudobá psychosomatika*. Praha : Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

^{II} PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, 120 s. Psychologická setkávání, sv. 1. ISBN 80-725-4216-8.

(2010) však zdůrazňuje, že „astma působí „zde a nyní“, proto musí také jeho rozhodující podněty spočívat v aktuálním zpracování prožitků a ve struktuře charakteru pacienta.“

Analytická či komplexní psychologie prostřednictvím Alfreda J. Zieglera popisuje astma z hlediska jungovské psychosomatiky. Počítá s psychologickými i biologickými faktory podmiňujícími vznik astmatu. Psychologickým faktorem je zde hlavně „promeškané mlčení“. V situacích, kdy by mohl mít poslední slovo někdo jiný než daný jedinec, vztek mu „vjede do plic“ a zablokuje mu dýchání a mluvení a zvyšuje citlivost vůči projevům onemocnění. U astmatiků je velmi výrazná „vůle po moci“. Naopak zanedbatelný vliv má podle Zieglera specifický alergen. Ziegler odmítá psychoanalytické tvrzení, že astma vzniká vlivem nevhodné vazby na matku. Také odmítá pouhé používání farmakoterapie jako léčbu bronchiálního astmatu, ale zdůrazňuje nutnost psychologické pomoci a sebepoznání.

Bronchiálním astmatem se zabývala také **daseinanalýza**. „Daseinanalýza se ptá u astmatiků na jejich „bytí ve světě“, na jejich základní náladu, na jejich schopnost být sám sebou a na to, jak utváří své „spolubytí“.“ Podle daseinanalýzy je astmatem ohroženo samo bytí, protože dýchání je pro život to nejdůležitější. Takovéto bezprostřední ohrožení života bezpochyby vyvolává v nemocném strach. Takový strach může vést až k sebevražedným pokusům a dokonce se u nemocného může vyvinout i schizofrenní psychóza. Bylo zpozorováno, že astmatici, u kterých se rozvinula schizofrenní porucha, měli již jiné starosti, než strach z astmatického záchvatu a astma u nich „vymizelo“.

Psychosomatika **individuální psychologie** pracuje s pojmem „méněcennost“. Zvažuje, zda stejně jako psychiku člověka, může méněcennost člověka ovlivňovat i sliznici jeho průdušek, čímž by ji oslabilo vůči alergenům. Adler také zkoumal „pocit sounáležitosti“ v souvislosti s celou společností a celým vesmírem. Také dýchání lze popsat jako sounáležitost s vesmírem, protože dýchání je výměnný děj. U lidí trpících astmatem se objevují problémy s výdechem. Toto by se dalo popsat jako „odevzdání se“ a tudíž lze hovořit o tom, zda astmatik nemá schopnost odevzdání se narušenou. Individuální psychologie také zvažuje, že aby astmatik mohl reagovat alergicky, musí být neustále v „základním napětí“. Pokud je stále napjatý, nemůže se smát, plakat a projevovat další emoce. Cílem terapie je zde dokázat a předvést pacientovi, že volba nemoci jako prostředku kompenzace pocitu méněcennosti je nevhodná a je potřeba se raději obtížným životním situacím postavit čelem.¹

¹ DANZER, Gerhard. *Psychosomatika : Celostný pohled na zdraví těla i duše*. Vyd. 2. Praha : Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-718-3.

3.4 Osobnost astmatika

Smékal (2004) definuje *osobnost* jako „jednotu psychických procesů, stavů a vlastností, souhrn vnitřních determinant prožívání a chování“. Jedná se tedy podle něj o to, za co člověka považujeme.¹

Vliv astmatu na osobnost může být různý u různých věkových skupin. Jedná-li se o **dětského pacienta** s diagnózou bronchiálního astmatu, nejčastěji se objevuje zvýšená závislost na rodičích, zejména matce, často se také objevují neurotické projevy. U **dospívajících astmatiků** se také objevují neurotické projevy, dospívající astmatici bývají mnohdy velmi úzkostní, mívají deprese, bývají popudliví. U **dospělého astmatika**, trvá-li nemoc již od dětství, pozorujeme nerovnoměrný vývoj osobnosti, určité znaky nezralosti osobnosti. Tito dospělí astmatici mívají potíže se sociální adaptací, se začleněním. Nechybí u nich také neuroticismus. Avšak vzniklo-li astma až v dospělém věku, znamená to pro pacienta velkou životní změnu. Je nutné přehodnotit své osobní priority, perspektivy. V případě potřeby změnit zaměstnání po zjištění diagnózy, toto se také pojí s mnohými problémy, jako ztráta profesní identity, sociálních vztahů a podobně.

3.5 Psychoterapie v léčbě astmatu

Psychoterapie je dnes již považována za nedílnou součást léčby astmatu. Nelze ji však brát jako jedinou možnou léčbu, ani jako doplňkovou léčbu. Jednoduše řečeno psychoterapie musí být v léčbě průduškového astmatu samozřejmostí, avšak nelze se vždy spolehnout jen na ni.

Psychoterapie se při takovéto léčbě zaměřuje obvykle na problémy psychického původu, které mohly vést ke vzniku a rozvoji samotného onemocnění (zjistíme z důkladné anamnézy pacienta), na faktory, které působí jako spouštěče pro astmatické záchvaty a také na psychické obtíže spojené se samotným onemocněním, jako jsou neustálý strach, stres, emoční napětí a podobně.

Psychoterapeuticky je však nutné působit, je-li to možné, i na nejbližší okolí pacienta, velmi často se proto využívá **rodinná terapie**. Dále se provádí terapie individuální nebo skupinová, velký význam mají také relaxační terapie a různé tábory pro dětské astmatiky.

Pro léčbu astmatu je důležité naučení se uvolňování svalstva prostřednictvím **autogenního tréninku**. Uvolněním může pacient sám zmírnit napětí tělesné i psychické,

¹ SMÉKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 2. oprav. vyd. Brno: Barrister, 2004, 523 s. ISBN 80-865-9865-9.

keré mnohdy bývá znamením blížícího se astmatického záchvatu, zmírňuje také úzkost, stres a může působit pozitivně na náladu člověka. Autogenní trénink sestává z šesti jednoduchých cvičení, kterými jsou postupně navozovány pocity tíhy, tepla, prožitky srdeční akce a dýchání, pocity tepla uvnitř těla, svěžesti a chladu na čele.

Skupinová psychoterapie se zaměřuje na poruchy sociability a uzavřenosti, které se mohou u astmatiků objevit. Mnohdy se tak stává u dospívajících nebo dospělých astmatiků. Ve skupinové terapii tedy jde o otevření se, povídání o problémech s lidmi, kteří je mají také. Cílem terapie jsou změny postojů, získání jakéhosi nadhledu nad vlastním chováním a jednáním.¹

¹ ŠPIČÁK, Václav; VONDRA, Vladimír. *Asthma bronchiale v dětství a v dospělosti*. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988. 300 s.

III. VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Výzkum

4.1 Cíle práce

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda se nemocní bronchiálním astmatem odlišují v osobnostních rysech od zdravé populace.

Po prostudování odborné literatury jsem zformulovala dílčí cíle výzkumného šetření.

- **Prvním dílčím cílem** bylo zjistit, zda jsou astmatici ve společnosti uzavřenější než zdraví jedinci.
- **Druhým dílčím cílem** bylo zjistit, zda jsou astmatici oproti zdravé populaci úzkostnější.
- **Třetím dílčím cílem** bylo zjistit, zda astmatici jsou ve srovnání se zdravými osobami spíše citově ploší.
- **Čtvrtým dílčím cílem** bylo zjistit, zda mají astmatici větší sklon ke zkreslování informací o své osobě oproti zdravým jedincům.

4.2 Popis výzkumné metody

Jako výzkumnou metodu ve své diplomové práci jsem zvolila standardizovaný osobnostní dotazník DOPEN. Jeho autory jsou Imrich Ruisel a Jozef Müllner. Vytvořili ho v 80. letech 20. století a vycházeli přitom z teorie osobnosti anglického psychologa Eysencka.

Eysenck na základě svých výzkumů stanovil *faktory osobnosti*, mezi něž zahrnul extroverzi – introverzi, emoční labilitu – stabilitu a také sklon k psychotickému onemocnění. Prvním z těchto faktorů byla **extroverze – introverze**. Extrovert byl podle něj člověk, který byl ve společnosti jako ryba ve vodě, aktivně se sociálně angažoval, byl družný, měl rád změny, rád se předváděl, byl optimisticky naladěný, avšak měl sklony k impulzivité a agresivitě a nebyl zcela spolehlivý. Naproti tomu typického introverta popsal Eysenck jako uzavřeného člověka stojícího spíše stranou, vážného a nedůvěřivého, který byl opatrný a vyhýbal se změnám a vzrušení, byl pesimistický, avšak spolehlivý a trpělivý.

Dalším z faktorů osobnosti popsaných Eysenckem byla **emoční stabilita – emoční labilita** (neuroticismus). Člověka emočně stabilního vystihl jako vyrovnaného, klidného, který na podněty reaguje přiměřenými emocemi. Naopak emočně labilní člověk se vyznačoval emočními reakcemi, které nebyly přiměřené daným podnětům, byly lehce

vyvolatelné. Emočně labilní osoba byla podle něj neklidná, často rozmrzelá, náladová, přecitlivělá.^I

Psychoticismus, tedy **sklon k psychotickému onemocnění**, popsal jako rys, který ukazuje, že daná osoba má genetickou predispozici stát se psychotickým nebo psychopatickým. Psychoticismus charakterizoval rysy jako je agresivita, chladnost, neosobnost, nepoddajnost, sklony být necitlivý k ostatním lidem a bránit se či dokonce se stavět proti společenským normám a zvyklostem. Eysenck při svých výzkumech zjistil, že tento rys je zpravidla vyšší u mužů než u žen.

Dále z jeho výzkumů vyplývají rozdíly mezi osobami emočně stabilními a labilními. Osoby s vysokou hodnotou neuroticismu podle něj reagují na nové, vzrušující či bolestivé podněty rychleji než stabilnější osoby. Taktéž tyto reakce trvají delší dobu, dokonce mnohdy i po vymizení podnětu. Eysenck také vyvodil, že u osob, u kterých byla naměřena vysoká hodnota introverze a neuroticismu, je předpoklad pro vyvinutí úzkostných poruch, jako jsou různé fobie. U osob s vysokou extroverzí a neuroticismem je zase riziko objevení se psychopatických poruch. Eysenck však samozřejmě nezapomněl poukázat na fakt, že nelze předpokládat pouze na základě genetických predispozic. Věděl, že rozvoj takovýchto poruch z nemalé části ovlivňují také faktory výchovy a prostředí.^{II}

Dotazník DOPEN hodnotí čtyři škály: psychoticismus, extroverzi, neuroticismus a škálu sociální naivity, tzv. lži-skóre.

- **Psychoticismus (P)** – je skrytá vlastnost, kterou, v různé míře, oplývá každý člověk. Jedná se o predispozici, ze které se však psychóza vyvine pouze u velmi malého procenta populace. Tato vlastnost je charakteristická samotářstvím, nepřizpůsobivostí, krutostí až nelidskostí. Pro psychoticismus je dále typická citová plochost, necitlivost, agresivita, výstřednost a zbrkllost, často se objevuje neuvážené jednání, impulzivita, ignorování nebezpečí.
- **Extroverze (E)** – extrovert je typický svou sociabilitou, preferuje kolem sebe společnost, má mnoho přátel. Touží po vzrušení, riziku a změnách, je impulzivní, často nespolehlivý. Je bezprostřední a optimistický, ale také netrpělivý a lehce sklouzne k agresivitě. Naproti tomu typický **introvert** je velmi tichý, nenápadný, nemá příliš mnoho blízkých přátel. Než něco udělá, vždy si důkladně promyslí všechny možnosti. Nemá rád změny, raději je věrný svému zažitému způsobu

^I NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2. Praha: Academia, 1998, 336 s. ISBN 80-200-0628-1.

^{II} MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologické teorie osobnosti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2007, 269 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-802-4613-123.

života a vyhýbá se vzruchu. Je trpělivý, spolehlivý, zřídka se projevuje agresivně, dodržuje etická pravidla, ale bývá pesimisticky naladěný.

- **Neuroticismus (N)** – jedinec s vysokou hodnotou neuroticismu bývá obvykle zvýšeně úzkostný, náladový, přehnaně starostlivý a přecitlivělý a mívá sklon k depresím. Často špatně spí a trpí nejrůznějšími psychosomatickými nemocemi. Takový jedinec mívá problém s přizpůsobením se, mnohdy se pak jedná iracionálně. Je-li jedinec s vysokým neuroticismem také extrovertní pak bývá nedůtklivý, nadměrně vzrušivý a často také agresivní. Oproti tomu **stabilní jedinec** nebývá přehnaně emocionální, je klidný, vyrovnaný, své chování má pod kontrolou.
- **Lži-skóre (L)** – neboli škála sociální naivity hodnotí snahu vypadat před ostatními v okolí lépe, předstírat dobro. Čím vyšší je tato hodnota, tím větší bude mít osoba, která takového skóre dosáhla, sklon k neupřímnosti.¹

Ve svém výzkumu jsem dotazník DOPEN rozdala dvěma skupinám osob, každé o dvaceti lidech. První skupinu tvořili lidé trpící onemocněním astma bronchiale, druhou skupinu tvořili lidé zdraví. Probandi odpovídali na 86 otázek vyznačením odpovědi ANO/NE na přiloženém záznamovém archu. Návratnost dotazníku byla 100%. Po shromáždění všech rozdaných dotazníků jsem odpovědi vyhodnocovala za pomoci příslušných šablon a výsledky zpracovala níže.

4.3 Popis zkoumaného souboru

Pro výzkumné šetření jsem si vybrala dvě skupiny osob, z nichž každou tvořilo dvacet respondentů.

Kritériem, které jsem si zvolila pro výběr probandů do experimentální skupiny, bylo léčení pro astma bronchiale v alergologické ambulanci. V této skupině bylo 11 osob ženského pohlaví a 9 osob pohlaví mužského. Věkové rozmezí v této skupině bylo 19 – 68 let, průměrný věk byl 40,7 let.

Pro výběr respondentů do kontrolní skupiny bylo kritériem nepřítomnost onemocnění astma bronchiale a stejné zastoupení žen a mužů jako v experimentální skupině. I v této

¹ RUISEL, Imrich a Jozef MULLNER. *DOPEN*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy n. p., 1982, 72 s.

skupině tedy bylo mezi respondenty 11 žen a 9 mužů. Věkové rozmezí mezi nimi bylo 19 – 59 let, věkový průměr 39,6 let.

Všichni respondenti se výzkumného šetření zúčastnili dobrovolně. Aby byla zachována anonymita probandů žádala jsem od nich pouze informaci o jejich pohlaví a věku. Údaje o složení skupin s důrazem na věk a pohlaví uvádím v tabulce 1.

Tabulka 1 Složení skupin s důrazem na věk a pohlaví

Zastoupení	Astmatici	Zdraví	Celkem
Počet respondentů	20	20	40
Mužské pohlaví	9	9	18
Ženské pohlaví	11	11	22
Věkový průměr	40,7	39,6	40,5

4.4 Výsledky výzkumu

Data získaná při výzkumném šetření jsem zanesla do tabulek a grafů, které uvádím níže spolu s vysvětlivkami a komentářem. Výsledky dotazníků všech respondentů uvádím v příloze.

V následující tabulce jsou uvedeny výsledky obou testovaných skupin ve všech škálách dotazníku DOPEN. Výsledné hodnoty v každé škále jsou pak rozděleny do tří úrovní, nízké, střední a vysoké. Protože maximální počet bodů získaných v jednotlivých dimenzích se různí, je třeba podat k tabulce vysvětlení.

Maximální možná výsledná hodnota v dimenzi agresivity je 20 bodů. Tato dimenze je rozdělena do intervalů 0 – 6 bodů, což označuji jako nízkou úroveň. Střední úroveň je vymezena body 7 – 13 a vysoká pak 14 – 20.

Škála hodnotící společenskou přizpůsobivost a škála úzkostlivosti mají shodný maximální počet dosažených bodů, což je 26. Zde jsou proto rozděleny úrovně od 0 do 8 bodů, kdy tento interval spadá do nízké úrovně, body v rozmezí od 9 do 17 jsou označeny jako střední úroveň a ve vysoké úrovni jsou pak body od 18 do 26.

V poslední testované škále můžeme naměřit maximálně 14 bodů. Zde je v nízké úrovni zařazen interval mezi 0 až 4 body, ve střední je to 5 – 8 bodů a ve vysoké úrovni je tento interval 9 – 14 bodů.

V prostředním sloupci u každé z testovaných skupin je uveden údaj o počtu respondentů, kteří se podle svého výsledku zařadili do té které úrovně a ve třetím sloupci u každé skupiny je tento počet vyjádřen procenty.

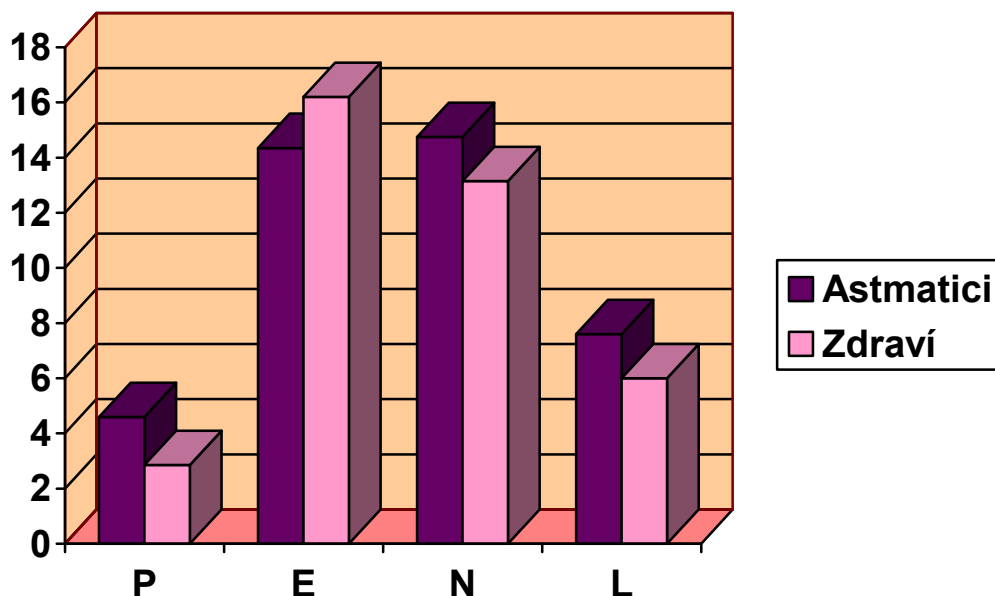
Tabulka 2 Přehled hodnot ve všech testovaných dimenzích u astmatiků a zdravých jedinců

	Astmatici			Zdraví		
	Úroveň	Četnost	% zastoupení	Úroveň	Četnost	% zastoupení
P	Nízká	15	75	Nízká	18	90
	Střední	5	25	Střední	2	10
	Vysoká	0	0	Vysoká	0	0
E	Nízká	2	10	Nízká	1	5
	Střední	13	65	Střední	11	55
	Vysoká	5	25	Vysoká	8	40
N	Nízká	2	10	Nízká	4	20
	Střední	9	45	Střední	11	55
	Vysoká	9	45	Vysoká	5	25
L	Nízká	4	20	Nízká	6	30
	Střední	7	35	Střední	9	45
	Vysoká	9	45	Vysoká	5	25

Tabulka 2 podává přehled výsledků ve všech testovaných dimenzích, a to jak ve skupině astmatiků, tak ve skupině zdravých jedinců. V tomto přehledu můžeme vidět rozdíly v naměřených hodnotách, výrazně nízké i výrazně vysoké hodnoty. Výrazně nízké hodnoty byly naměřeny v obou testovaných skupinách ve škále psychotismu na vysoké úrovni. Zde nebyla zařazena ani jedna osoba z obou skupin. Za výrazně nízké lze považovat i hodnoty naměřené v dimenzi extroverze v nízkých úrovních, kde se zařadili jen dva astmatici a pouhý jeden zdravý jedinec. Jen dvě osoby trpící bronchiálním astmatem spadají také do nízké úrovně na škále neuroticismu. Naopak nejvyšší četnost byla zjištěna v nízké úrovni v dimenzi

citové plochosti, psychoticismu, kde počet osob do této kategorie spadajících je 18, což činí celých 90% z celkového počtu osob ve skupině zdravých jedinců.

Graf 1 Porovnání průměrných hodnot v jednotlivých dimenzích mezi astmatiky a zdravými jedinci



Graf 1 názorně předkládá rozdíly v průměrných hodnotách naměřených ve všech testovaných dimenzích u obou skupin, tedy u skupiny osob s onemocněním astma bronchiale i u skupiny zdravých jedinců. Je zde patrné, že ve skupině astmatiků byly ve všech škálách, vyjma škály sociální přizpůsobivosti, naměřeny vyšší průměrné hodnoty. V dimenzi ukazující na agresivitu a necitlivost je průměrná hodnota u astmatiků dokonce o 23,5% vyšší než u osob zdravých. Z toho vyplývá, že u osob trpících bronchiálním astmatem se častěji objevují vlastnosti jako nepřátelskost, krutost, nesoucitnost. Jak již bylo zmíněno, naopak je tomu ve škále hodnotící společenskost testovaných osob. Zde můžeme sledovat rozdíl o 6% ve prospěch zdravých jedinců. Lze tedy konstatovat, že přestože je rozdíl poměrně malý, mají astmatici častěji než zdraví lidé problém s navazováním kontaktů a ve společnosti jsou spíše tiší a nenápadní. V dimenzi hodnotící úzkostnost byla zjištěna opět vyšší hodnota u astmatiků. Zde tvoří rozdíl 5,8%. Můžeme vyvodit, že astmatici trpí častěji neopodstatněným strachem o svou osobu a o své blízké, častěji reagují přehnaně emotivně i na mírné podněty a posléze se z tohoto vzrušení dlouho uklidňují. Také v poslední dimenzi hodnotící sklon k disimulaci byla naměřena vyšší hodnota ve skupině osob nemocných astma bronchiale. V této škále tvoří rozdíl mezi astmatiky a zdravými osobami 11,8%. Tato hodnota nám ukazuje na fakt, že mezi

astmatiky častěji dochází ke snaze o jakési přetváření skutečnosti, že tito lidé mají sklon neodpovídat na otázky obsažené v dotazníku zcela upřímně.

Rozdíl mezi naměřenými hodnotami v dotazníku sledujeme i mezi muži a ženami a také mezi muži astmatiky a zdravými a mezi ženami astmatičkami a zdravými.

V tabulce 3, 4 a 5 jsem opět pro přehlednost rozdělila možné výsledné hodnoty do tří úrovní, u kterých uvádím počet osob v dané skupině, které do určité úrovně spadají. Tento počet je v dalším sloupci vyjádřen procentuálně.

Tabulka 3 Přehled hodnot ve všech testovaných dimenzích u astmatiků s důrazem na rozdíl mezi výslednými hodnotami mužů a žen

	Muži			Ženy		
	Úroveň	Četnost	% zastoupení	Úroveň	Četnost	% zastoupení
P	Nízká	5	55,6	Nízká	10	90,9
	Střední	4	44,4	Střední	1	9,1
	Vysoká	0	0	Vysoká	0	0
E	Nízká	2	22,2	Nízká	0	0
	Střední	6	66,7	Střední	7	63,6
	Vysoká	1	11,1	Vysoká	4	36,4
N	Nízká	0	0	Nízká	2	18,2
	Střední	3	33,3	Střední	6	54,5
	Vysoká	6	66,7	Vysoká	3	27,3
L	Nízká	2	22,2	Nízká	2	18,2
	Střední	2	22,2	Střední	5	45,5
	Vysoká	5	55,6	Vysoká	4	36,4

V tabulce 3 sledujeme rozdíl v naměřených hodnotách mezi muži a ženami trpícími onemocněním astma bronchiale. Již na první pohled v tabulce upoutají nulové hodnoty, které byly zjištěny u mužů i žen ve vysoké úrovni na škále citové plochosti. Nula se objevuje také v nízké úrovni v dimenzi společenskosti u žen a v nízké úrovni v dimenzi přehnané

starostlivosti u mužů. Naopak nejvyšší hodnota v této tabulce je zapsána na škále psychoticismu u žen v nízké úrovni. Zde se zařadilo celých 90,9% dotázaných žen.

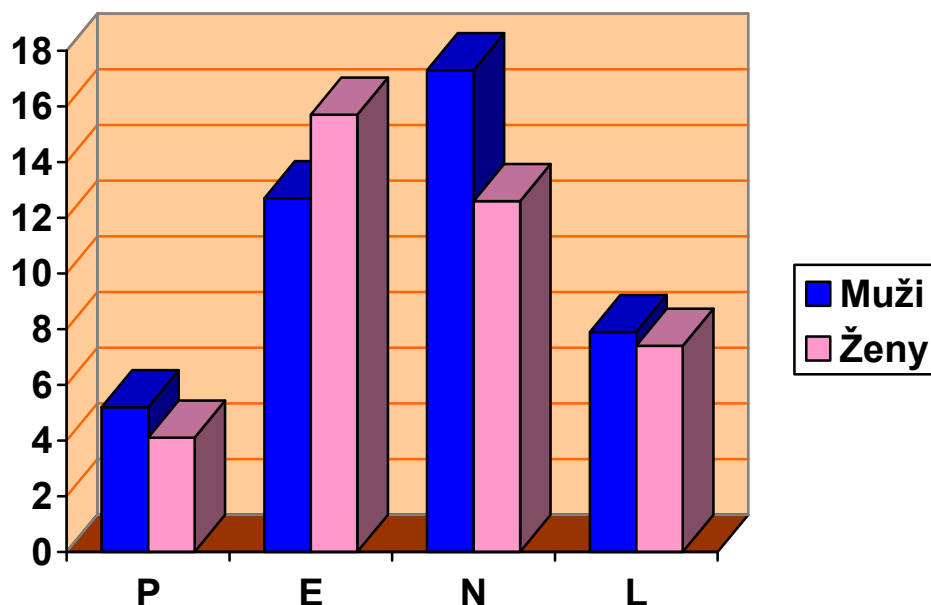
Patrný je rozdíl mezi pohlavími v dimenzi ukazující na sklony ke krutosti. Zatímco žen se zařadilo 10, z celkového počtu 11 respondentek, do nízké úrovně této škály a pouhá jedna respondentka do úrovně střední, u opačného pohlaví to bylo 5 mužů v nízké a 4 muži ve střední úrovni. Je tedy možné tvrdit, že u mužů se tato vlastnost objevuje ve větší míře než u žen.

Ve škále extroverze na první pohled upoutá hodnota ve střední úrovni, které je téměř totožná u obou pohlaví, rozdíl zde tvoří pouze jedna testovaná osoba. V této dimenzi se do nízké úrovně mezi muži zařadili dva probandi a žádná žena. Jinak tomu bylo v úrovni vysoké, kam spadá pouze jeden muž a 4 ženy. Na základě těchto výsledků tedy můžeme říci, že ženy z testovaného vzorku spíše vyhledávají přítomnost dalších lidí oproti mužům.

U mužů se do nízké úrovně přehnané emotivity a náladovosti nezařadil ani jeden z probandů. Naopak je tomu u žen, kde se objevily dvě respondentky spadající do této úrovně. Ve střední a vysoké úrovni jsou hodnoty srovnávané mezi pohlavími přesně opačné. U žen se častěji vyskytují neurotické rysy na střední úrovni, zatímco u mužů je to častěji na úrovni vysoké.

Poslední dimenze testující snahu o předstírání „dobra“ odhalila stejný počet mužů i žen spadajících do úrovně nízké. Do střední úrovně se zařadilo více žen oproti mužům a ve vysoké úrovni se objevují čtyři ženy a pět mužů. V této dimenzi tedy rozdíly mezi pohlavími nejsou až tak výrazné.

Graf 2 Porovnání průměrných hodnot v jednotlivých dimenzích mezi muži a ženami s onemocněním astma bronchiale



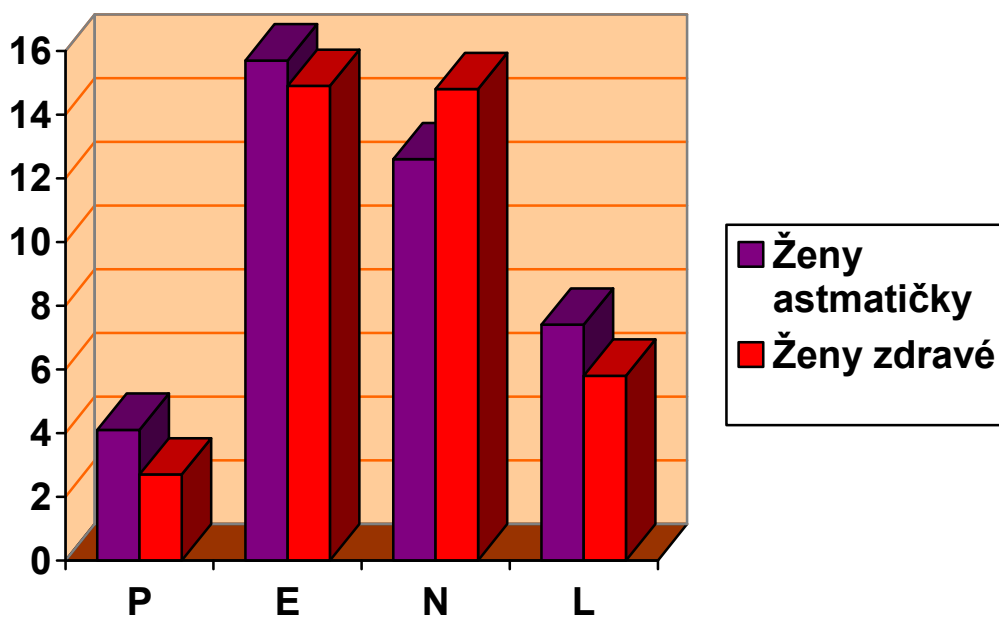
Mezi muži a ženami ve skupině osob s onemocněním astma bronchiale jsou patrné rozdíly v naměřených hodnotách. Muži ženy převyšují ve všech dimenzích, opět s výjimkou škály extroverze. Nejvýraznější je zde rozdíl v dimenzi citové lability, kde tvoří 15,8% ve prospěch mužů. Tento výsledek hodnotím jako překvapivý, předpokládala jsem, že tato hodnota bude vyšší u žen. Vyšší u žen je hodnota naměřená ve škále společenské přizpůsobivosti, a to o 10,6%. Patrné je také, že v dimenzi hodnotící sklony k agresivitě testovaných jedinců získali vyšší počet bodů muži. K tomuto závěru, tedy že míra psychotocismu je vyšší u mužů než u žen, ve svých výzkumech dospěl i Eysenck. V mém výzkumu zde činil rozdíl 11,8%. Naopak zanedbatelný rozdíl se objevil v poslední testované škále, která hodnotí sklony k disimulaci u respondentů. Zde muži převýšili výsledek žen o pouhé 3,2%.

Při bližším pohledu na tabulku 4 a graf 3 lze zjistit, že rozdíl ve výsledcích žen ze skupiny astmatiků a žen ze skupiny zdravých jedinců, je jen velmi malý. V první měřené škále, ve škále psychotocismu dokonce mají obě skupiny žen zcela shodné procentuální skóre. V ostatních dimenzích tvoří rozdíly v jednotlivých úrovních pouhých několik procent. Lze tedy konstatovat, že v testovaném vzorku se ženy astmatičky od zdravých žen v osobnostních rysech příliš neliší.

Tabulka 4 Přehled hodnot ve všech testovaných dimenzích s důrazem na rozdíl mezi výslednými hodnotami žen s onemocněním astma bronchiale a žen zdravých

	Ženy astmatičky			Ženy zdravé		
	Úroveň	Četnost	% zastoupení	Úroveň	Četnost	% zastoupení
P	Nízká	10	90,9	Nízká	10	90,9
	Střední	1	9,1	Střední	1	9,1
	Vysoká	0	0	Vysoká	0	0
E	Nízká	0	0	Nízká	1	9,1
	Střední	7	63,6	Střední	8	72,7
	Vysoká	4	36,4	Vysoká	2	18,2
N	Nízká	2	18,2	Nízká	1	9,1
	Střední	6	54,5	Střední	7	63,6
	Vysoká	3	27,3	Vysoká	3	27,3
L	Nízká	2	18,2	Nízká	4	36,4
	Střední	5	45,5	Střední	5	45,5
	Vysoká	4	36,4	Vysoká	2	18,2

Graf 3 Porovnání průměrných hodnot v jednotlivých dimenzích mezi ženami s onemocněním astma bronchiale a ženami zdravými



Jak dokazuje tabulka 5 a graf 4 rozdíl ve výsledných hodnotách naměřených u mužů zdravých a u mužů astmatiků je viditelnější než rozdíl mezi ženami z obou testovaných skupin. Výsledky mužů trpících bronchiálním astmatem jsou ve všech dimenzích s výjimkou škály extroverze vyšší.

Ve škále hodnotící míru psychoticismu se zařadila většina zdravých mužů do nízké úrovně a pouhý jeden muž do úrovně střední. Naproti tomu se do střední úrovně mezi muži astmatiky zařadili čtyři a do nízké úrovně pět mužů. Vysoká úroveň tohoto latentního rysu osobnosti nebyla zjištěna u ani jednoho z mužské části respondentů.

V dimenzi extroverze vidíme, že ze zdravých mužů se ani jeden nezařadil do nízké úrovně, naopak z astmatiků se zde zařadili dva probandi. Do střední úrovně spadají tři zdraví muži a šest mužů astmatiků. Do vysoké úrovně škály hodnotící sociální přizpůsobivost se vešel pouhý jeden astmatik a šest zdravých mužů. Je tedy zřejmé, že muži s onemocněním astma bronchiale jsou spíše uzavření vůči společnosti.

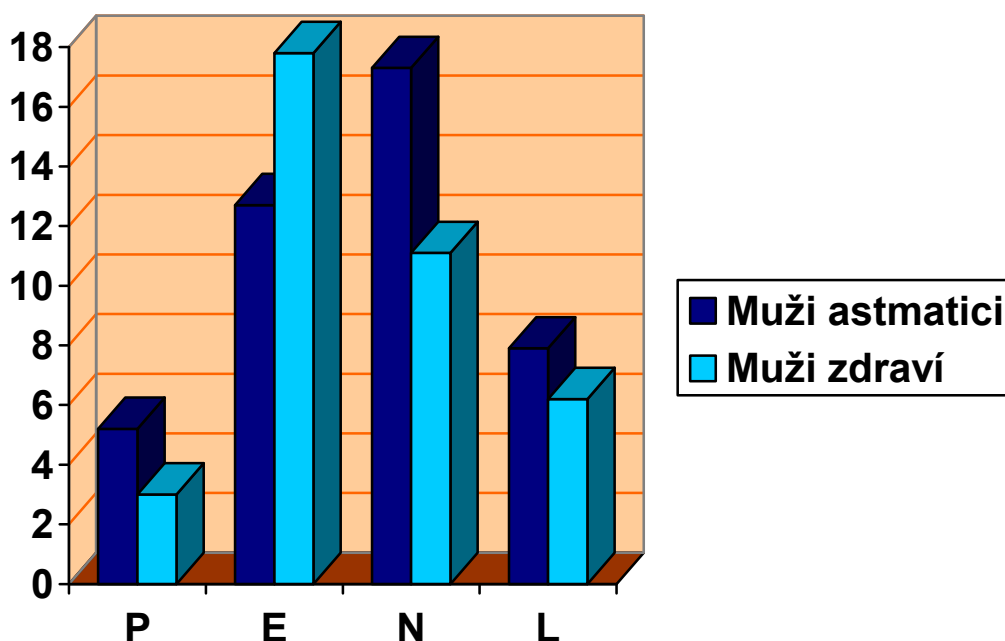
V dimenzi sledující míru úzkostnosti vidíme zajímavý rozdíl. Mezi zdravými muži spadají do vysoké úrovně této škály pouze dva probandi, zatímco u mužů astmatiků je to šest respondentů. Tento výsledek dokazuje, že testovaní muži s bronchiálním astmatem jsou emočně labilnější než muži zdraví. Tento fakt může plynout z výchovy a péče, která jim byla věnována jako dětem v jejich rodinách. Vysoká hodnota neuroticismu může ukazovat na to, že člověk s tímto výsledkem vyrůstal v péči matky, která mohla být přehnaně pečující nebo v prostředí citově chudém.

Výsledky v poslední sledované škále vykazují zanedbatelné rozdíly, přesto se více respondentů zařadilo do vysoké úrovně ve skupině astmatických mužů, což ukazuje na to, že muži s tímto onemocněním mají větší tendenci chránit si své soukromí.

Tabulka 5 Přehled hodnot ve všech testovaných dimenzích s důrazem na rozdíl mezi výslednými hodnotami mužů s onemocněním astma bronchiale a mužů zdravých

	Muži astmatici			Muži zdraví		
	Úroveň	Četnost	% zastoupení	Úroveň	Četnost	% zastoupení
P	Nízká	5	55,6	Nízká	8	88,9
	Střední	4	44,4	Střední	1	11,1
	Vysoká	0	0	Vysoká	0	0
E	Nízká	2	22,2	Nízká	0	0
	Střední	6	66,7	Střední	3	33,3
	Vysoká	1	11,1	Vysoká	6	66,7
N	Nízká	0	0	Nízká	3	33,3
	Střední	3	33,3	Střední	4	44,4
	Vysoká	6	66,7	Vysoká	2	22,2
L	Nízká	2	22,2	Nízká	2	22,2
	Střední	2	22,2	Střední	4	44,4
	Vysoká	5	55,6	Vysoká	3	33,3

Graf 4 Porovnání průměrných hodnot v jednotlivých dimenzích mezi muži s onemocněním astma bronchiale a muži zdravými



V cílech výzkumného šetření jsem si stanovila zjistit, zda se dá vysledovat rozdíl v osobnostních rysech zdravých lidí a lidí s onemocněním astma bronchiale. Tento hlavní cíl jsem si rozčlenila do několika dílčích cílů, které sledují vlastnosti zjišťované osobnostním dotazníkem DOPEN. Ke každému cíli, respektive pro každou testovanou dimenzi, jsem vytvořila tabulku a graf. Tyto zahrnují výsledky, ke kterým jsem při svém výzkumu došla a je k nim připojen komentář.

V prvním cíli mého výzkumného bádání jsem si dala za úkol zjistit, zda astmatici budou mít sklony k uzavřenosti ve společnosti oproti zdravým jedincům. Sleduji zde tedy škálu extroverze měřenou v dotazníku DOPEN, který jsem pro svůj výzkum použila. Toto tvrzení se potvrdilo, jak dokazuje následující tabulka, graf a k nim připojený komentář.

Tabulka 6 Porovnání míry extroverze mezi astmatiky a zdravými jedinci

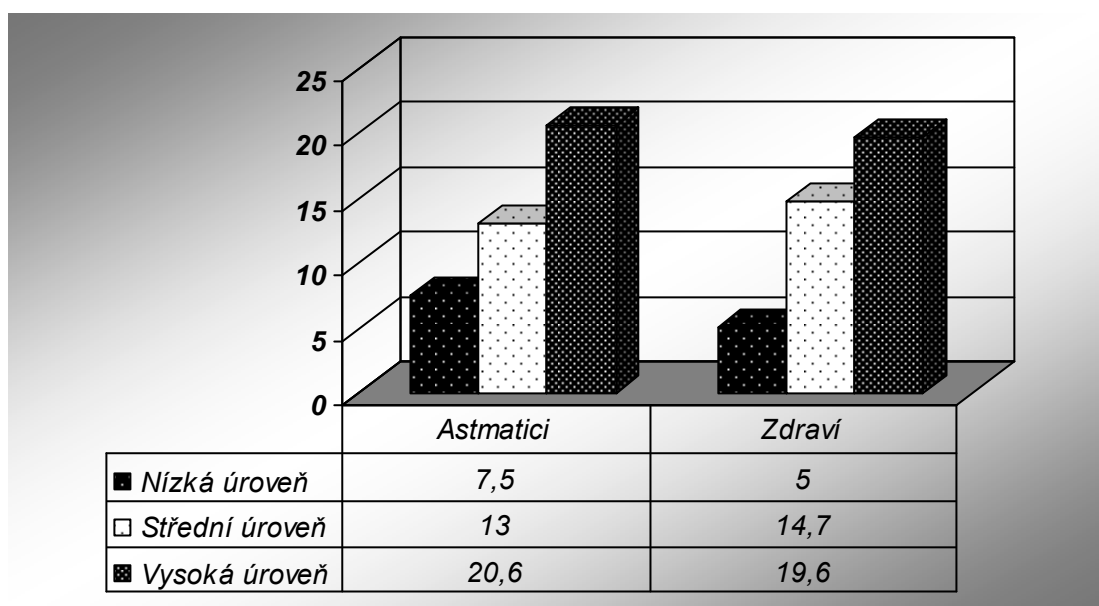
Skupina	Průměrná hodnota E	Úroveň	Rozmezí hodnot	Četnost
Astmatici	14,35	Nízká	0 – 8	2
		Střední	9 – 17	13
		Vysoká	18 – 26	5
Zdraví	16,2	Nízká	0 – 8	1
		Střední	9 – 17	11
		Vysoká	18 – 26	8

V tabulce 6 sledujeme porovnání míry otevřenosti vůči ostatním lidem a obecně vnějším podnětům testovaných skupin osob. Předpoklad daný prvním dílčím cílem mého výzkumu, že budou zdraví lidé společenštější než astmatici, dokazují průměrné hodnoty extroverze, kdy skupina zdravých osob dosáhla průměrné hodnoty 16,2, což je o 1,85 více, než průměrná hodnota u astmatiků. Obdobně jako v tabulkách 2, 3 a 4 jsem rozdělila hodnoty do tří úrovní. U astmatiků spadají do nízké úrovně pouze dva respondenti, kteří tvoří 10% celkového počtu respondentů v dané skupině. Největší zastoupení mají astmatici v úrovni střední, jedná se o 13 osob, tedy 65% respondentů. Vysokou úroveň extroverze vykazuje 5 astmatiků, tedy 25% respondentů z této skupiny. Nízkou úroveň mezi zdravými osobami vykazuje pouhý jeden člověk, tedy 5% probandů skupiny zdravých jedinců. Ve střední úrovni nalzáme výsledky 11 osob, což je 55%. Do vysoké úrovně spadá 8 osob, tedy 40% zdravých

jedinců. V nízké a střední úrovni komunikativnosti mají větší procentní zastoupení astmatici, ve vysoké úrovni dosahují větší četnosti naopak zdraví jedinci. Celkově však lze říci, že rozdíl ve společenské otevřenosti mezi zdravými jedinci a osobami trpícími bronchiálním astmatem je patrný, avšak není příliš velký.

Průměrné výsledky v každé jednotlivé úrovni v obou skupinách jsou graficky znázorněny v grafu 5.

Graf 5 Porovnání průměrných hodnot v jednotlivých úrovních škály extroverze mezi astmatiky a zdravými jedinci



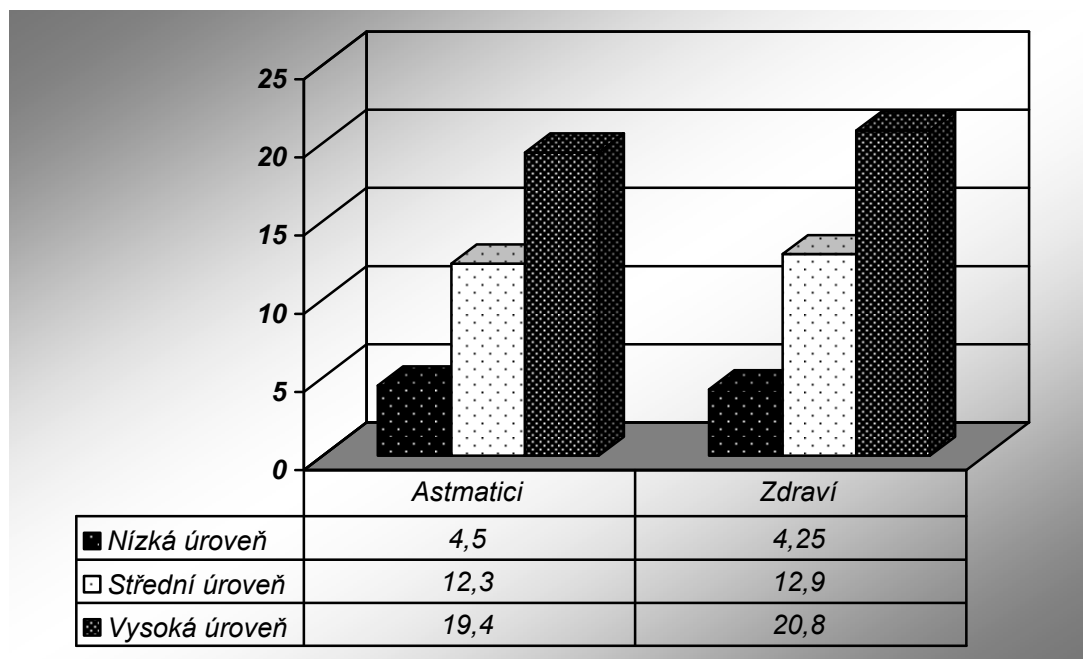
Druhý dílčí cíl v mém výzkumu byl zaměřený na další dimenzi daného dotazníku, tentokrát dimenzi neuroticismu. Tento cíl byl zjistit, zda jsou astmatici oproti zdravým lidem úzkostnější. Z výsledků je jasné, že přestože rozdíl je malý, můj předpoklad byl potvrzen. Tyto výsledky jsou znázorněny v tabulce 7 a grafu 6.

Tabulka 7 Porovnání míry neuroticismu mezi astmatiky a zdravými jedinci

Skupina	Průměrná hodnota N	Úroveň	Rozmezí hodnot	Četnost
Astmatici	14,75	Nízká	0 – 8	2
		Střední	9 – 17	9
		Vysoká	18 – 26	9
Zdraví	13,15	Nízká	0 – 8	4
		Střední	9 – 17	11
		Vysoká	18 – 26	5

Tabulka 7 porovnává míru úzkostnosti mezi astmatiky a zdravými jedinci. Průměrné hodnoty naměřené u obou skupin nám ukazují, že mezi astmatiky je tato vlastnost četnější, a to o 1,6 bodů. Škálu neuroticismu jsem opět rozdělila dle hodnot do tří úrovní, stejně jako ostatní škály. Mezi astmatiky je rovnoměrně zastoupen počet respondentů spadajících do střední a vysoké úrovně, u obou je to 9 osob, což je 45% z celkového počtu astmatiků. Pouze dva astmatici spadají do nízké úrovně, tvoří tedy zbývajících 10%. Ze skupiny zdravých jedinců spadá největší počet respondentů, přesněji 11 osob, do střední úrovně depresivity. Tito jedinci tvoří 55% celkového počtu zdravých osob. Ve vysoké úrovni můžeme vidět výsledky 5 testovaných osob, v nízké úrovni jsou to 4 osoby. Tito tvoří 25% a 20% z počtu osob v příslušné skupině. Z výsledků na škále úzkostnosti a přecitlivělosti lze vyčíst, že astmatici vykazují větší přítomnost těchto vlastností, co se týče průměrného skóre. Jejich výsledky také ukazují větší zastoupení ve vysoké úrovni neuroticismu, oproti zdravým probandům. Zdraví jedinci naproti tomu mají větší procentuální zastoupení v nízké i střední úrovni depresivity.

Graf 6 Porovnání průměrných hodnot v jednotlivých úrovních škály neuroticismu mezi astmatiky a zdravými jedinci



Třetím dílčím cílem jsem si stanovila zjištění, jestli jsou astmatici ve srovnání se zdravou populací spíše citově ploší. Tato vlastnost se dá vysledovat z výsledků škály psychotocismu v dotazníku DOPEN. Předpokládala jsem, že vyšší průměrná hodnota bude naměřena ve skupině zdravých jedinců. Tento předpoklad se potvrdil, jak dokazuje následující tabulka.

Tabulka 8 Porovnání míry psychotocismu mezi astmatiky a zdravými jedinci

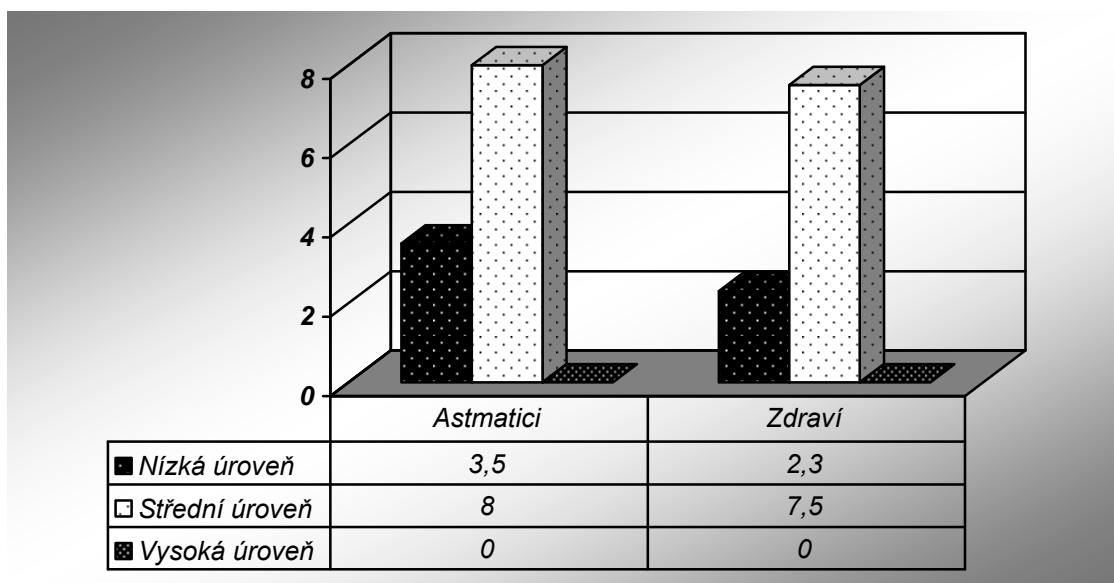
Skupina	Průměrná hodnota P	Úroveň	Rozmezí hodnot	Četnost
Astmatici	4,6	Nízká	0 – 6	15
		Střední	7 – 13	5
		Vysoká	14 – 20	0
Zdraví	2,85	Nízká	0 – 6	18
		Střední	7 – 13	2
		Vysoká	14 – 20	0

Z tabulky 8 vyplývá poměrně vysoký rozdíl v psychotických rysech mezi astmatiky a zdravými jedinci. Jedná se zde o agresivní vlastnosti daného jedince, krutost, citovou

plochost, necitlivost. Průměrné hodnoty výsledků každé skupiny jsem uvedla ve druhém sloupci tabulky. V průměrných výsledcích skupiny astmatiků se tyto vlastnosti objevují v téměř dvojnásobné míře oproti skupině zdravých respondentů.

Pro lepší přehlednost jsem rozdělila možné výsledné hodnoty do tří úrovní. V posledním sloupci je pak uveden údaj o množství respondentů, kteří dosáhli hodnot daných v jednotlivých úrovních. Mezi astmatiky spadalo 15 probandů, což je 75% z celé skupiny, do nízké úrovně psychotocismu, 25%, tedy 5 osob, do úrovně střední. Mezi zdravými jedinci bylo 18 osob, tedy 90% respondentů, v nízké úrovni a 2 lidé, což je 10%, ve střední úrovni citové plochosti. Z těchto výsledků je patrné, že mezi astmatiky se objevovaly uvedené vlastnosti ve zvýšené míře oproti zdravým jedincům, tedy že zde byly naměřeny vyšší hodnoty ve střední úrovni. Žádná z testovaných osob nevykázala agresivní vlastnosti v hodnotách spadajících do vysoké úrovně psychotocismu.

Graf 7 Porovnání průměrných hodnot v jednotlivých úrovních škály psychotocismu mezi astmatiky a zdravými jedinci



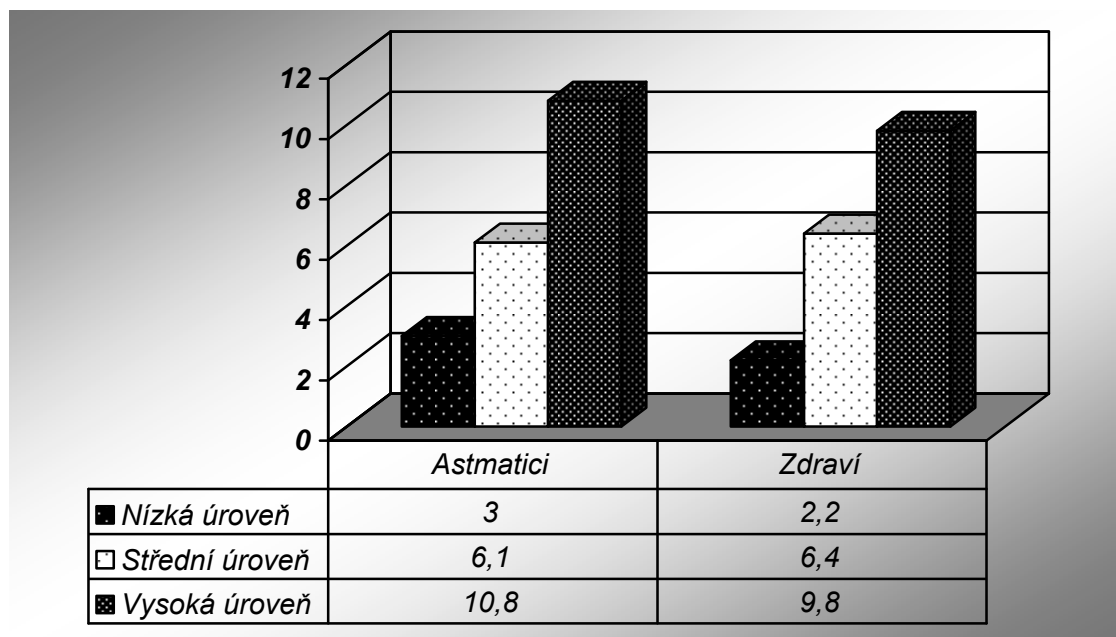
Mým posledním cílem bylo zjistit, mají-li astmatici větší sklony ke zkreslování informací o své osobě oproti zdravým jedincům. Jak opět vyplývá z následující tabulky, tento cíl byl potvrzen.

Tabulka 9 Porovnání hodnoty sociální naivity mezi astmatiky a zdravými jedinci

Skupina	Průměrná hodnota L	Úroveň	Rozmezí hodnot	Četnost
Astmatici	7,6	Nízká	0 – 4	4
		Střední	5 – 8	7
		Vysoká	9 – 14	9
Zdraví	6	Nízká	0 – 4	6
		Střední	5 – 8	9
		Vysoká	9 – 14	5

V tabulce 9 porovnávané hodnoty v poslední měřené škále, tak zvané škále sociální naivity. Výsledné skóre (též lži-skóre) představuje míru, do jaké testovaní jedinci zatajují informace o své osobě, jak se snaží vypadat dobře před ostatními. Z výsledků je jasné, že v průměru mají k neupřímnosti větší sklon astmatici oproti zdravým osobám. Jejich výsledná průměrná hodnota je v tomto porovnání o 1,6 vyšší. Naměřené hodnoty jsou opět rozděleny do tří úrovní, nízké, střední a vysoké. Astmatici mají v nízké úrovni menší četnost než zdraví jedinci, tato hodnota je u astmatiků 20%, zatímco u zdravých 30%. Stejně tomu je i ve střední úrovni, kde astmatici dosáhli procentuální hodnoty 35% oproti 45% u zdravých jedinců. Markantnější rozdíl můžeme vidět v poslední úrovni, v úrovni vysokého lži-skóre, kde jsou hodnoty opačné, tedy vyšší u astmatiků a u zdravých jedinců nižší. Osoby s onemocněním astma bronchiale dosáhly v této úrovni 45%, kdežto zdravé testované osoby pouze 25%. Vzhledem k hodnotám naměřeným v předchozích dimenzích, obzvláště ve škále neuroticismu, kde jsme zjistili, že astmatici mají větší sklon k úzkostnosti, bylo možné předpokládat, že astmatici také budou spíše zkreslovat údaje o své osobě. Tento předpoklad mohl zdůraznit i fakt, že u astmatiků byla naměřena výrazně vyšší hodnota citové plochosti ve škále psychoticismu. Tento předpoklad se ve výsledku potvrdil, je zřejmé, že lidé trpící bronchiálním astmatem mají větší sklon k disimulaci, než zdraví jedinci.

Graf 8 Porovnání průměrných hodnot v jednotlivých úrovních Iži-skóre mezi astmatiky a zdravými jedinci



4.5 Diskuze

V této kapitole se budu zabývat zhodnocením výsledků výzkumu. Budu postupovat v pořadí podle jednotlivých dílčích cílů, tak jak jsem si je stanovila na počátku výzkumného šetření a uvedla jsem je na straně 41.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda se osoby trpící onemocněním astma bronchiale odlišují v některých osobnostních rysech od zdravé populace. Tento cíl jsem po prostudování odborné literatury, analýze získaných poznatků a výběru vhodné metody pro výzkumné šetření rozdělila do čtyř konkrétnějších dílčích cílů.

- **Prvním dílčím cílem** bylo zjistit, zda jsou astmatici ve společnosti uzavřenější než zdraví jedinci.
- **Druhým dílčím cílem** bylo zjistit, zda jsou astmatici oproti zdravé populaci úzkostnější.
- **Třetím dílčím cílem** bylo zjistit, zda astmatici jsou ve srovnání se zdravými osobami spíše citově ploší.
- **Čtvrtým dílčím cílem** bylo zjistit, zda mají astmatici větší sklon ke zkreslování informací o své osobě oproti zdravým jedincům.

V prvním dílčím cíli jsem si dala za úkol zjistit, jsou-li astmatici uzavřenější ve společnosti oproti zdravým jedincům. Tento cíl sleduje jednu ze škál měřených osobnostním dotazníkem DOPEN, který jsem zvolila jako metodu pro svůj výzkum. Konkrétně se jedná o škálu extroverze. V této škále jsou zjišťovány osobnostní rysy, které v celkovém souhrnu napovídají, zda je testovaná osobnost spíše introvertní nebo spíše extrovertní. Předpokladem u tohoto cíle bylo, že astmatici budou uzavřenější než zdraví lidé. U osob, které trpí onemocněním bronchie se předpokládá, že se vzhledem k hrozícím astmatickým záchvatům a možné reakci okolí na ně, budou držet stranou společnosti. Jak totiž poukázal Poněšický (2002) někteří astmatici mohou astmatický záchvat nevědomě zvolit jako východisko ze společenské situace, kterou neumí a nejsou schopni řešit. Tento problém může pramenit již v raném dětství, kdy toto mohla způsobit příliš dominantní výchova rodičů, kteří nedovolili dítěti vyjádřit svůj názor a nutili ho striktně se držet daných pravidel a limitů. Takové dítě se pak nenaučí v určitých situacích chovat, řešit určité interpersonální konflikty a pokud se do takové situace dostane, pak je mu nepříjemná a tyto nakumulované pocity mohou vyvolat astmatický záchvat. Zvolit totiž jako východisko z daného konfliktu astmatický záchvat je pro nemocného jednodušší, než hledat možné schůdné řešení. Okolí pak většinou reaguje na záchvat tím, že se snaží okamžitě pomoci a zapomene na problém, který byl před začátkem záchvatu řešen. Problém však pro nemocného nastává ve chvíli, kdy se jeho záchvaty ve stejné společnosti opakují až příliš často a okolí si na ně „zvykne“ a stává se vůči nim lhostejným. Poté mu již může být společnost nepříjemná. Může se u něj objevit až strach z výsměchu a pak se bude snažit takové společnosti vyhnout a bude preferovat trávení času o samotě. V mém výzkumném šetření se však neukázal výrazný rozdíl mezi výsledky zdravých jedinců a astmatiků a nelze proto jasně tvrdit, že by výše zmíněné souvislosti měly vliv na uzavřenost a stranění se společnosti u osob s onemocněním astma bronchie. Vezmeme-li však v úvahu konkrétní výsledky mého výzkumu, pak můžeme říci, že se tvrzení vytyčené první dílčím cílem **potvrdilo.**

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou astmatici oproti zdravé populaci úzkostnější. Tento předpoklad jsem ověřovala prostřednictvím další škály osobnostního dotazníku DOPEN, který jsem rozdala svým respondentům. Astmatici jsou všeobecně považováni za úzkostnější, depresivnější a emotivnější než zdraví lidé. Když se řekne porucha dýchání podmíněná psychicky, tedy nějakou silně emotivní situací, afektem, i každý laik si představí, že ten podnět, který problémy s dýcháním vyvolal, musel být tak silný, že v daném člověku vyvolal úzkost a následně dýchací obtíže. Toto se opět může vytvářet již v dětství,

kdy se dítě v rodině „dusí“. Dusit se může buďto pod přehnaným opečováváním ze strany matky nebo naopak z nedostatku jejího zájmu. Pak se tedy dá považovat úzkost, kterou tyto situace v dítěti vyvolávají, jako strach z udušení. Tentýž strach je pak vyjádřen v astmatickém záchvatu jako jakési volání o pomoc směřované k matce. Astmatický záchvat pak mohou i v dospělosti vyvolat situace, ve kterých je zřejmá nebo i jen naznačená možnost odloučení nebo naopak přílišného sepejetí. Z mého výzkumu vyplývá, že u astmatiků se opravdu objevují rysy ukazující na přílišnou úzkostnost častěji než u zdravých lidí. Proto je možno říci, že i toto tvrzení **se potvrdilo**.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda astmatici jsou ve srovnání se zdravými osobami spíše citově ploší. Tento rys je možno vyčíst ze škály psychoticismu v osobnostním dotazníku DOPEN. Psychoticismus bývá charakterizován osobnostními rysy jako je agresivita, chladnost, neosobnost, nepoddajnost. Je to latentní vlastnost, která se může a nemusí vyvinout v psychózu nebo psychopatii. Dalo by se předpokládat, že astmatici, vzhledem ke zvýšeným tendencím tíhnout k depresivním náladám, budou navenek i podrážděnější, chladnější. Zde tento předpoklad můžeme opět vztáhnout ke vztahu mezi matkou a dítětem. Danzer (2001) považuje bronchiální astma za somatizaci promeškaného mlčení. I zde může být příčinou onoho mlčení výchova. Dítě mohlo být vychovááno v prostředí, které bylo příliš dominantní na to, aby mu byl dán prostor pro vyjádření jeho názorů, postojů a pocitů. Takovéto pocity se v člověku mohou hromadit dlouhá léta ve formě negativní energie a nakonec spustit astmatický záchvat. Ve svém výzkumu jsem dospěla k výsledkům, které tyto souvislosti potvrzují. Mohu říci, že předpoklad daný třetím dílčím cílem **se potvrdil**.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, zda mají astmatici větší sklon ke zkreslování informací o své osobě oproti zdravým jedincům. Snaha přetvářet informace o své osobě, které jsou sdělovány okolí, může souviset hlavně s vyšší úzkostností a menší otevřeností zjištěné u astmatiků. Lze se domnívat, že cílem takového chování je získat náklonnost okolí prostřednictvím maskování některých pravd o sobě samém. Ruisel a Mülner (1982) popisují mezi vlastnostmi, které hodnotí lži-škála dotazníku DOPEN, i určitou míru disimulace. Z tohoto pak mohou pro danou osobu plynout subjektivní výhody, mezi něž by se dala zařadit i určitá míra lítosti, kterou je možné tímto vyvolat. Toto se může povést zejména zatajováním některých příznaků nebo naopak „domýšlením“ příznaků nových. Tvrzení, že astmatici mají

ke zkreslování informací o své osobě větší sklon než zdraví lidé, se v mém výzkumném šetření **potvrdilo**.

Závěrem mohu říci, že i hlavní cíl mého výzkumu se mi podařilo potvrdit, přestože jen s nevelkými rozdíly mezi oběma testovanými skupinami. Mezi astmatiky a zdravými jedinci skutečně můžeme nalézt rozdíly v určitých osobnostních rysech.

IV. ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda se lidé trpící onemocněním astma bronchiale odlišují v některých osobnostních rysech od zdravých osob. Tento cíl jsem po prostudování odborné literatury, analýze získaných poznatků a výběru výzkumné metody rozdělila do několika dílčích cílů:

- **Prvním dílčím cílem** bylo zjistit, zda jsou astmatici ve společnosti uzavřenější než zdraví jedinci.
- **Druhým dílčím cílem** bylo zjistit, zda jsou astmatici oproti zdravé populaci úzkostnější.
- **Třetím dílčím cílem** bylo zjistit, zda astmatici jsou ve srovnání se zdravými osobami spíše citově ploší.
- **Čtvrtým dílčím cílem** bylo zjistit, zda mají astmatici větší sklon ke zkreslování informací o své osobě oproti zdravým jedincům.

Hlavní cíl i všechny dílčí cíle se v mém výzkumném šetření podařilo splnit.

Mého výzkumu se účastnilo celkem čtyřicet respondentů, z toho dvacet bylo osob zdravých a dvacet osob s diagnózou bronchiální astma, kteří se ambulantně léčí v alergologických ambulancích. V každé skupině bylo jedenáct žen a devět mužů. Všem respondentům byl rozdán totožný standardizovaný osobnostní dotazník DOPEN. Tento dotazník sleduje čtyři škály – psychoticismus, extroverzi, neuroticismus a lži-skóre. Každá z těchto škál koresponduje s jedním dílčím cílem, který jsem si na počátku výzkumného šetření určila. Návratnost dotazníků byla 100%. Výsledky jsem vyhodnotila a dále již srovnávala mezi dvěma skupinami respondentů. Vzhledem k poměrně nízkému počtu respondentů jsou rozdíly mezi těmito skupinami malé. Avšak všechna tvrzení daná dílčími cíli se v mém výzkumu potvrdila.

Výsledky, kterých jsem ve svém výzkumu dosáhla, dokládají fakt, že mezi astmatiky a zdravými jedinci lze skutečně najít odlišnosti v osobnostních rysech. Tento fakt by měl být odrazovým můstkem pro přístup k tomuto onemocnění. Ze získaných informací vyplývá, že psychologické a sociální faktory se, stejně jako faktory genetické, podílejí na vzniku a průběhu onemocnění astma bronchiale. Na toto nelze zapomínat v terapeutickém plánu pacientů. Je jasné, že toto onemocnění, stejně tak jako i všechna ostatní, nemohou být léčena

pouze klasickou biomedicínskou cestou. Příčiny vzniku a průběhu bronchiálního astmatu jsou multifaktoriální, je tak k nim tudíž nutno přistupovat. Přestože je v západním světě psychosomatickým vztahům věnována poměrně velká pozornost, v posledních letech pozorujeme jak se na různých místech objevují nové a nové psychosomatické ambulance a dokonce i psychosomatické kliniky, u některých pacientů a dokonce i lékařů se stále setkáváme s tím, že hledají příčinu onemocnění pouze v biologických souvislostech. Tedy i přesto, že se psychosomatika těší stále větší pozornosti, je zřejmé, že takovéto komplexní nahlížení na nemoc bude muset urazit ještě dlouhou cestu, aby se stalo neodmyslitelnou součástí myšlení všech, tedy odborné i laické veřejnosti.

Když jsem si téma Psychosomatika asthma bronchiale volila jako téma své diplomové práce, netušila jsem ještě, jak je tato problematika široká. V průběhu psaní teoretické části práce a také v průběhu výzkumného šetření jsem se však přesvědčila o tom, že psychosomatika je téma mnohem zajímavější, než se mi zprvu zdálo. Snažila jsem se předložit souhrn informací, které podává o této problematice odborná literatura. Prostřednictvím výsledků vlastního výzkumu jsem se pokusila nastínit odlišnosti v některých osobnostních rysech mezi osobami trpícími onemocněním astma bronchiale a zdravými jedinci. Přínos své práce spatřuji v možnosti získání ucelených informací o tomto tématu a pochopení psychosomatických souvislostí, které se lze najít nejen u bronchiálního astmatu, ale takřka u všech dalších onemocnění.

V. SOUHRN

Práce se zabývá problematikou psychosomatických příčin vzniku a průběhu onemocnění astma bronchiale. V první části, tedy v úvodu, se nachází přehled aktuálního stavu dané problematiky. V teoretické části práce jsou popsána nejdůležitější související témata. Jedná se o psychické a sociální faktory, které mají vliv na zdraví a nemoc člověka, dále samotnou teorii psychosomatiky a v neposlední řadě charakteristiku bronchiálního astmatu v koncepci psychosomatiky. Výzkumná část práce se zabývá prezentací a interpretací výsledků výzkumného šetření. V závěru jsou získané informace vyhodnoceny.

Klíčová slova: zdraví
 nemoc
 psychosomatika
 astma bronchiale
 DOPEN
 psychoticismus
 extroverze
 neuroticismus
 lži-skóre

SUMMARY

The work deals with the psychosomatic causes of illness and course of bronchial asthma. In the first part, ie in the introduction, an overview of the current status of the issue. The theoretical part describes the most important related topics. It is a psychological and social factors that affect human health and disease, as well as its own theory of psychosomatics and finally the characteristics of asthma in the concept of psychosomatic medicine. The research deals with the presentation and interpretation of the results of the research. In conclusion, the information is evaluated.

Key words: health
 disease
 psychosomatic
 bronchial asthma
 DOPEN
 psychoticism
 extroversion
 neuroticism
 lie-score

VI. REFERENČNÍ SEZNAM

1. BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.
3. BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Publishing, 1993. ISBN 80-7169-031-7.
4. BIDAT, Étienne; LOIGEROT, Christelle. *Alergie u dětí*. Praha : Portál, 2005. 152 s. ISBN 80-7178-936-4.
5. BYSTRONĚ, Jaromír. *Alergie : Průvodce alergickými nemocemi pro lékaře i pacienty*. Ostrava : Mirago, 1997. 228 s. ISBN 80-85922-46-0.
6. DAHLKE, Rüdiger a Margit DAHLKE. *Nemoc jako symbol: výklad významů a příznaků psychosomatických chorob od slavného psychoterapeuta*. 1. vyd. Překlad Zdeněk Dan. Praha: Pragma, 200-, 459 s. ISBN 80-720-5615-8.
7. DANZER, Gerhard. *Psychosomatika : Celostný pohled na zdraví těla i duše*. Vyd. 2. Praha : Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-718-3.
8. DAVIES, Robert. *Alergie a senná rýma : Informace a rady lékaře*. Praha : Grada, 2001. 88 s. ISBN 80-247-0088-3.
9. FALEIDE, Asbjorn O.; LIAN, Lilleba B.; FALEIDE, Eyolf K. *Vliv psychiky na zdraví : Soudobá psychosomatika*. Praha : Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.
10. FREJ, David. *Stres*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-578-7.
11. GAMLIN, Linda. *Alergie od A do Z: příčiny obtíží ; diagnostika ; léčba alergií a intolerencí*. 1. vyd. Praha: Reader's Digest Výběr, 2002, 256 s. ISBN 80-861-9644-5.
12. GEISLER, Linus. *Život s astmatem, bronchitidou a plicní rozedmou*. České Budějovice: Dona, 1994, 171 s. ISBN 80-854-6343-1.
13. HÁJEK, Miloš. *Alergie, sbohem!*. 1. vyd. Ilustrace Vlasta Dyrynková. Čestlice: P. Momčilová, 1992, 81 s. ISBN 80-900-1409-7.
14. HOŘEJŠÍ, Václav a Jiřina BARTŮŇKOVÁ. *Základy imunologie*. Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-280-9.
15. CHROMÝ, Karel a Radkin HONZÁK. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1473-6.
16. KAŠÁK, Viktor; POHUNEK, Petr. *Překonejte své astma*. Praha : Maxdorf, 1997. 173 s. ISBN 80-85800-79-9.

17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
18. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
20. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.
21. MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. Praha: SPN, 1986. 207 s.
22. MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologické teorie osobnosti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2007, 269 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-802-4613-123.
23. MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-951-3.
24. MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky*. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.
25. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2. Praha: Academia, 1998, 336 s. ISBN 80-200-0628-1.
26. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005, 879 s. ISBN 80-200-1351-2.
27. PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, 120 s. Psychologická setkávání, sv. 1. ISBN 80-725-4216-8.
28. PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie : Hlubinně-psychologický pohled na strukturu a dynamiku psychogenních poruch*. Praha : TRITON, 1999. 207 s. ISBN 80-7254-050-5.
29. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0068-9.
30. *Psychosomatický přístup k člověku*. Vyd. 1. Editor Jiří Růžička. Praha: Triton, 2006, 316 s. Psyché (Triton), sv. č. 39. ISBN 80-725-4750-X.
31. RUISEL, Imrich a Jozef MULLNER. *DOPEN*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy n. p., 1982, 72 s.
32. SMÉKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 2. oprav. vyd. Brno: Barrister, 2004, 523 s. ISBN 80-865-9865-9.

33. ŠAVLÍK, Jiří, Jan HNÍZDIL a František HOUDEK. *Jak léčit nemoc šílené medicíny: aneb Hippokratova noční můra*. Praha: Andrej Šťastný, 2008. ISBN 978-80-86739-33-5.
34. ŠPIČÁK, Václav; VONDRA, Vladimír. *Asthma bronchiale v dětství a v dospělosti*. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988. 300 s.
35. TEŘL, Milan; RYBNÍČEK, Ondřej. *Asthma bronchiale : v příčinách a klinických obrazech*. Cheb : GEUM Praha, s.r.o., 2008. 312 s. ISBN 978-80-86256-59-7.
36. TRAPKOVÁ, Ludmila a Vladislav CHVÁLA. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-561-5.
37. TRESS, Wolfgang; KRUSSE, Johannes; OTT, Jürgen. *Základní psychosomatická péče*. Praha : Portál, 2008. 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
38. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
39. VAŠINA, Bohumil. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 1999, 84 s. ISBN 80-704-2546-6.
40. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.

VII. PŘÍLOHY

Příloha 1 Výsledné hodnoty dotazníků DOPEN u obou testovaných skupin

Výsledné hodnoty dotazníků DOPEN astmatických respondentů

POHLAVÍ	VĚK	P	E	N	L
M	48	1	7	17	12
Ž	46	4	16	18	7
Ž	19	9	16	10	7
Ž	24	2	23	5	1
Ž	41	1	23	4	9
Ž	35	1	18	13	7
Ž	47	4	9	15	4
Ž	64	4	11	9	10
Ž	34	6	19	19	12
Ž	37	5	12	23	6
Ž	68	3	15	11	12
Ž	29	6	11	12	6
M	43	4	20	10	13
M	40	8	10	19	9
M	51	7	13	21	5
M	44	9	14	19	3
M	27	4	17	20	9
M	32	1	8	18	5
M	46	7	15	14	11
M	39	6	10	18	4
Σ	41,4	4,6	14,35	14,75	7,6

Výsledné hodnoty dotazníků DOPEN zdravých respondentů

POHLAVÍ	VĚK	P	E	N	L
Ž	43	2	17	6	7
M	28	1	11	19	10
Ž	19	6	22	12	6
Ž	55	0	18	9	8
Ž	57	3	5	19	6
Ž	48	0	12	10	9
Ž	59	1	14	15	12
Ž	39	7	16	20	2
M	31	8	19	16	0
M	27	4	20	10	7
M	28	1	19	12	5
Ž	24	4	13	25	2
M	52	4	17	4	5
Ž	26	3	17	17	7
Ž	23	4	14	17	3
Ž	53	0	16	13	2
M	25	1	20	2	9
M	44	2	21	5	4
M	52	5	15	21	9
M	59	1	18	11	7
Σ	39,6	2,85	16,2	13,15	6

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lenka Čermáková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci
Vedoucí práce:	PhDr. Ivana Binarová, PhD.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Psychosomatika asthma bronchiale
Název v angličtině:	Psychosomatic asthma bronchiale
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá problematikou psychosomatických souvislostí u onemocnění astma bronchiale. Teoretická část shrnuje poznatky o psychologických a sociálních faktorech působících na zdraví a nemoc člověka, psychosomatice a bronchiálním astmatu. Ve výzkumné části jsou předloženy výsledky výzkumného šetření provedeného prostřednictvím osobnostního dotazníku DOPEN.
Klíčová slova:	zdraví, nemoc, psychosomatika, astma bronchiale, DOPEN, psychoticismus, extroverze, neuroticismus, lži-skóre
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the psychosomatic context of bronchial asthma. The theoretical part summarizes the findings on the psychological and social factors affecting human health and disease, psychosomatic and bronchial asthma. The research section presents results of an investigation conducted by DOPEN personality questionnaire.
Klíčová slova v angličtině:	health, disease, psychosomatic, bronchial asthma, DOPEN, psychoticism, extroversion, neuroticism, lie-score

Přílohy vázané v práci:	Výsledné hodnoty dotazníků DOPEN astmatických respondentů. Výsledné hodnoty dotazníků DOPEN zdravých respondentů.
Rozsah práce:	73 stran (116 165 znaků)
Jazyk práce:	Čeština