

Petříková, Jana

Psychosomatika a koncept chování typu v souvislosti s vážnými somatickými chorobami

Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. P, Řada psychologická. 2000, vol. 48, iss. P4, pp. [113]-123

ISBN 80-210-2516-6

ISSN 1211-3522

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/114402>

Access Date: 23. 02. 2024

Version: 20220831

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

JANA PETŘÍKOVÁ

PSYCHOSOMATIKA A KONCEPT CHOVÁNÍ TYPU V SOUVISLOSTI S VÁŽNÝMI SOMATICKÝMI CHOROBAMI

Klíčová slova: psychosomatika, chování typu A, kardiovaskulární onemocnění, gastrointestinální onemocnění, výzkum

*Zdravý člověk, jemuž nic nechybí,
se vyskytuje jenom v učebnicích anatomie.*

Thorwald Dethlefsen

Jedním z témat, jimiž se člověk na prahu 21. století (oproti očekáváním předchozích generací) stále ještě zabývá, je problematika vztahu mezi lidskou psychikou a somatickým stavem jedince. O tom, že tělesný stav ovlivňuje psychické stavy a procesy jistě není pochyb a je všeobecně známo, že tento postoj se stal vůbec základním postojem medicíny 20. století. Vymezení vztahu z opačné strany, tj. přiznání, že psychické stavy a procesy mohou být podnětem či příčinou mnohdy závažných somatických změn, však bývá přijímáno jen pozvolna a s určitými rozpaky. Mnohé z praktických zkušeností s těžce somaticky nemocnými pacienty a mnohé z výzkumů pátrajících po mechanismech vzniku a vývoje somatických onemocnění však jednoznačně ukazují, že je to právě lidská psychika, jejíž vliv na zdraví a nemoc je důležitým, neoddiskutovatelným a mnohdy primárním činitelem. Z těchto výzkumů je v popředí zájmu výzkum kardiovaskulárních nemocí, které ohrožují vysoké procento našich spoluobčanů.

Hledání psychologických mechanismů působících na vznik a vývoj kardiovaskulárních onemocnění probíhá ve větší míře od 70.let (mezi nejznámějšími můžeme jmenovat např. Friedman, Rosenman, Jenkins), vzniklo několik nových koncepcí (např. koncept chování typu A zmíněných autorů), doposud však nebyly dány nezvratné důkazy a uspokojivé odpovědi. S cílem pokusit se rozšířit poznatky v této oblasti jsme pod vedením doc. Vašiny započali výzkumnou práci z oblasti diagnostiky a terapie pacientů se závažným kardiovaskulárním one-

mocněním, za jejíž součást lze považovat i tuto studii. Sběr dat k této části výzkumu realizovaly studentky psychologie, slečny Eva Turková, Marie Stodůlková a Ingrid Hochelová, jimž tímto za účinnou spolupráci děkuji.

Teoretická východiska

Psychosomatika

Je všeobecně známá skutečnost, že 20. století se stalo stoletím specializace a fragmentarizace (McLuhan, 1991). Obrovský rozvoj vědeckých disciplín zabývajících se člověkem s sebou přinesl exponenciální nárůst nových poznatků o světě, který nás obklopuje i o nás samotných. V rámci medicíny se ujalo donedávna převládající anatomicko-fyziologické pojetí, díky němuž byla vytvořena vysoce rozvinutá taxonomie nemocí, velmi přesná diagnostika a mnohdy grandiózní léčebné postupy. I přes vysokou kvalitu moderní lékařské praxe se však s postupem času začalo ukazovat, že problematiku zdraví a nemoci nelze omezit pouze na somatickou stránku, nýbrž že výrazným vlivem se na zdraví, resp. na vzniku a průběhu nemoci, podílejí faktory psychické a sociální. Tyto praktické zkušenosti vedly ke vzniku nových teoretických koncepcí, které na rozdíl od předchozích, spíše somaticky zaměřených, kladly do popředí právě psychosociální aspekty. Mezi novými koncepcemi vystupuje do popředí psychosomatická medicína či psychosomatika.

První psychosomatické práce byly poznamenány snahou oprostit se od předchozích, nedostatečných, pouze somaticky orientovaných výkladů nemocí, což vedlo k opačnému extrému – všechna somatická onemocnění se vykládala výhradně psychologickými mechanismy. Tento trend však trval jen krátce a současná psychosomatika uvažuje o nemoci jako o složitém systému vzájemně provázaných příčin a následků, mezi nimiž jsou akceptovány psychosociální aspekty, somatické mechanismy i jejich vzájemná interakce (viz např. H. Weiner).

Z teoretických východisek lze za základní kameny psychosomatiky dle Šimka (1985) považovat tři teorie: *psychoanalytickou teorii, teorii psychosociálního stresu a kortikoviscerální medicínu*. Všechny tři, původně rivalizující teorie, dnes tvoří základ komplexního, celostního přístupu k nemoci, jímž se psychosomatika řadí mezi nejpokrokovější přístupy ke zdraví a nemoci současnosti.

Psychologické rizikové faktory u kardiovaskulárních onemocnění

Vznik a rozvinutí kardiovaskulárního onemocnění bývá podmíněno multifaktoriálně. Tyto faktory je dle Mohapla (1992) možno rozčlenit do tří základních skupin: somatické, psychologické a sociálně-ekonomické.

Somatické faktory jsou všeobecně považovány za primární faktory vzniku kardiovaskulárního onemocnění a mezi první z hlediska významnosti bývají řazeny hypertenze, kouření a hypercholesterolemie. Neadekvátní socioekonomické podmínky bývají označovány jako terciální či mezologické. Z tohoto označení je sice patrné, že jejich podíl na vzniku onemocnění je méně výrazný v porovnání se somatickými a psychologickými faktory, avšak jejich spolupodíl

na rozvoji kardiovaskulárních onemocnění je prokázáný a v seriózně vedeném výzkumu by jejich zkoumání nemělo chybět. Mezi terciálními faktory lze zmínit např. zajímavou skutečnost, že typičtěji se pacienti trpící kardiovaskulárním onemocněním rekrutují z velkých, hustě obydlených průmyslových aglomerací nežli z menších komunit či z venkova. Pro náš obor jsou v centru pozornosti pochopitelně faktory psychologické. V medicínsky orientované literatuře bývají označovány jako faktory sekundární, což ovšem neznamená, že by snad psychologické faktory měly být vnímány jako druhořadé. Jednoduchá logická úvaha nás dokonce může přivést k přesvědčení, že psychologické faktory jsou těmi nejpodstatnějšími, neboť hypertenze, hypercholesterolémie a kouření, tj. tři výše zmíněné nejdůležitější identifikované somatické rizikové faktory jsou do značné míry ovlivněny právě psychologickými proměnnými. Např. životní styl zahrnující rizikové způsoby chování (např. kouření) je do značné míry určován osobnostními proměnnými, jako jsou třeba extravertze-introvertze či kognitivní styl; tyto a další psychologické faktory zatím na výzkum teprve čekají. Pojdme se nyní podívat na ty psychologické charakteristiky, které již byly podrobeny vědeckému výzkumu a které lze zařadit mezi prokázané psychologické faktory podílející se na vzniku kardiovaskulárních onemocnění.

Jedním z nejstarších poznatků o psychologických zvláštностech osob v ohrožení infarktu myokardu je dle Mohapla (1992) pozorování německého lékaře von Dusche, který u takto ohrožené skupiny pacientů vyzoroval 2 charakteristické projevy: **tendence k hlučnému hlasovému projevu a přílišné zaujetí pro práci**. Tyto postřehy z poloviny 19. století shledal rovněž na přelomu 19. a 20. století u svých pacientů Osler, který je publikoval již v roce 1892 v Edinburgu v knize „The principles and practice of medicine“ (cit. dle Šimek, 1985). Později, ve 30. letech, obohatili poznatky o pacientech trpících ischemickou chorobou srdeční Menningerovi, kteří poukázali na další typický rys v chování pacientů — **silné agresivní tendence** (Mohapl, 1992). Zdá se, že postřehy těchto pionýrů ve výzkumu psychologických faktorů v souvislosti s kardiovaskulárními onemocněními jsou trvale platné a byly potvrzeny, zpřesněny a rozšířeny mnoha výzkumy pozdějších badatelů (např. Jenkins, Rosenman). Mezi psychologickými faktory, jejichž podíl na vzniku kardiovaskulárních onemocnění již byl prokázán vystupuje do popředí koncept chování typu A.

Chování typu A

Hlavní rysy chování typu A byly popsány americkými kardiology R. H. Rosenmanem a M. Friedmanem v 50. letech 20. století. Ve své koncepci navazovali na klinická pozorování svých předchůdců, např. W. Oslera (1892), F. Dunbara (1943), H.H.W. Millese (1954) a dalších (dle Šimek, 1985). Ke koncepci, kterou zveřejnili poprvé v roce 1959 v časopise Journal of American Medicine Association, dospěli Rosenman s Friedmanem na základě analýzy dat získaných formou ankety od 100 internistů specializujících se na léčbu ischemické choroby srdeční a 150 osob příbuzných či blízkých osobě, která zemřela na infarkt myokardu. Odpovědi obou skupin respondentů se při popisu pacientů trpících tímto závažným srdečním onemocněním shodovaly především ve dvou charakteristi-

kách: pacienti podle nich projevovali **nadměrnou snahu po výkonu** a výrazné **úsilí plnit za každou cenu terminované úkoly** (Mohapl, 1992).

Koncept byl zpočátku velmi kladně přijímán a vedl k mnoha dalším výzkumům. Byly vytvořeny i různé metody, jak chování typu A měřit. Autoři koncepce původně zkonstruovali a standardizovali strukturovaný rozhovor, který sloužil jako nástroj měření tohoto typu chování. Později (na přelomu 60. a 70. let) vytvořil ve spolupráci s autory Jenkins dotazník JAS (Jenkin's Activity Survey), který sloužil k rozpoznání typu A a B (se strukturovaným interview vykazoval dotazník shodu v průměru 73%), přičemž B typ je definován jako polární typ k typu A. Vzniklo i několik dalších metod bez spolupráce s původními autory, např. Herman vytvořil sebesposuzovací škálu (Self-ratings of type A), Bortner sestavil krátkou posuzovací škálu (A short rating scale of pattern A behavior) či Shucker, Jacobs měřili tento osobnostní rys analýzou hlasových charakteristik. (Šimek, 1985)

S postupem doby se však ukázalo, že ke konstruktu komplexu chování typu A existují i jisté opodstatněné výhody (blíže viz např. Eysenck, Fulkner, 1982, Costa, Stoneová, 1990). Tato diskuse vedla k dalšímu bádání, které s sebou neslo upřesnění vymezení chování typu A: například Jenkins, Rosenman publikovali v roce 1974 výsledky získané faktorováním dat z Jenkinsonova dotazníku, z nichž vyplývá, že hlavními faktory chování typu A jsou:

1. netrpělivost a spěch (impatient and speed),
2. pohroužení se do pracovních povinností (job involvement),
3. nesmlouvavé usilování o dosažení vytyčených cílů (hard driving).

Na rozdíl od neurotiků úzkostného typu v situacích prohry nepropadají nikdy osoby projevující chování typu A depresivním náladám či zoufalství (Mohapl, 1992). Tato „bojovnost“ má pravděpodobně souvislost s další prokázanou charakteristikou jež se váže k tomuto typu chování a to je permanentní snaha o zajištění kontroly nad svým okolím či jinými slovy tyto osoby projevují výrazné **úsilí o kontrolu**; k tomuto nálezu dospěl německý autor Siegrist. Pojem kontroly je definován prostřednictvím percepce souvislosti, míra kontroly tedy odpovídá míře, do jaké osoba vnímá souvislost mezi vlastním chováním a výsledkem. Jedinci typu A projevují podle Glasse nadměrnou reakci vůči stresovým podnětům z okolí, právě v důsledku potřeby zvýšení kontroly nad faktory prostředí. Rosenman a Byrn zjistili, že se u lidí typu A vyskytuje více stresových událostí a že se jedná ve značné míře o události, které iniciují či vyhledávají (mnohdy nevědomě) sami nemocní. Glass a Carver vyslovili hypotézu, že chování typu A může být chápáno jako strategie zvládnání nekontrolovatelného stresu. V případě, že tato strategie selže, objevuje se reakce bezmocnosti, tzv. giving-up. Cyklus úsilí o obnovení kontroly — vzdání znamená rychlé střídání aktivit sympatiku a parasympatiku, vede ke změnám hladiny biochemických mediátorů a v konečném důsledku ke koronární patologii. (Mohapl, 1992)

Další z koncepcí, která vznikla na podkladě chování typu A, je popsání **AHA syndromu** (anger, hostility, aggression) autora Spielbergera (In: Mohapl, 1992). Koncepce vychází z analýzy vztahu mezi emocemi a fyziologickými procesy.

Z podrobnějšího zkoumání vyplynulo, že významným kritériem je právě exprese hněvu, u níž autoři rozlišují tři druhy: hněv zaměřený navenek (anger-out), hněv zaměřený dovnitř (anger-in) a potlačený, kontrolovaný hněv (s-anger či anger-con). Ukázalo se, že osoby vysoko skórující ve škále Anger-in měly zvýšený krevní tlak a vypovídaly o prolongovaných obdobích beznaděje.

Z některých dalších výzkumů vyplývají širší závěry, než předkládá původní Rosenmanovo-Friedmanovo pojetí, podle něhož se chování typu A váže pouze na vznik kardiovaskulárních onemocnění. Např. Keltikangasová, Järvinenová (1987) či Řimé a kol. (1989) dle Mohapla (1992) svými výzkumy prokázali, že chování typu A má vazbu také na další onemocnění, např. na onemocnění gastrointestinálního charakteru (např. peptický vřed) či onemocnění cest dýchacích (např. astma). Z těchto informací lze usuzovat, že chování typu A „představuje vlastně obecnou dispoziční vulnerabilitu k onemocnění“ (Mohapl, 1992, s.30).

Výzkum

Výše uvedené poznatky z oblasti psychosomatické medicíny (z nich především koncept chování typu A) nás inspirovaly k provedení průzkumu na obyvatelích České republiky. Výzkumný problém jsme stanovili s ohledem na poslední výzkumy, v nichž se ukazuje, že chování typu A má vazbu také na jiná, než jen kardiovaskulární onemocnění a dále s ohledem na plánovaný výzkumný projekt, v němž se budeme zabývat možnostmi diagnostiky a práce s novějšími terapeutickými postupy při péči o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním. Abychom mohli dostatečně jemně diagnostikovat psychický stav a možnosti našich pacientů, považujeme za vhodné ověřit nejprve některé „tradiční“ koncepty, které se v těchto souvislostech běžně používají. My jsme se zaměřili na koncept chování typu A. Cílem tohoto průzkumu je zjištění zda je koncept chování typu A vázán výhradně k onemocnění kardiovaskulárního charakteru či zda, jak to naznačují nejnovější zahraniční studie, může být chování typu A projevem charakteristickým rovněž pro jiná závažná somatická onemocnění. Jako kontrolní skupinu jsme pro naše účely zvolili skupinu osob s potížemi gastrointestinálního charakteru. Tento výzkum má charakter sondáže.

První část výzkumu byla realizována v týdnu od 1.5. do 5.5.2000 (v současnosti práce na výzkumu stále ještě pokračují). Zkoumanými osobami se stali pacienti, kteří byli v uvedené době hospitalizováni ve spolupracujících zařízeních, jimiž jsou Městská nemocnice ve Valašském Meziříčí, Nemocnice s poliklinikou v Uherském Hradišti a Státní oblastní nemocnice Trutnov; přičemž v následujících týdnech budou zajištěna data od dalších skupin pacientů a od zdravé populace. Sběr dat realizovaly studentky psychologie.

Dotazováno bylo celkem 60 pacientů. Respondenti byli požádáni, aby vyplnili Orientační dotazník chování typu A a Eysenckův osobnostní dotazník – zkrácenou verzi (EPQ — R). Ti, kteří byli ochotni, vyplnili rovněž Dotazník impulzivitu (IVE). Z chorobopisu či na základě ústní informace ošetřujícího

lékaře byli pacienti zařazeni buď do skupiny pacientů s kardiovaskulárním onemocněním či do skupiny s gastrointestinálním onemocněním — v další části budeme pro přehlednost rovněž používat pro skupinu osob postižených onemocněním kardiovaskulárního charakteru označení **skupina I.**, pro skupinu osob s diagnózou gastrointestinálního charakteru budeme používat označení **skupina II.** Pacienti, jejichž diagnóza nespadala do žádné z uvedených kategorií, byli posléze z této části výzkumu vyřazeni.

Pro výzkum jsme si stanovili jednu hypotézu H1: mezi skupinou pacientů s kardiovaskulárními obtížemi a skupinou pacientů s gastrointestinálními potížemi je statisticky významný rozdíl ve výsledných skórech v Dotazníku chování typu A a v dotaznících EPQ-R a IVE.

Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří 57 pacientů, z toho 29 žen a 28 mužů. Z celkového počtu dotazovaných pacientů bylo 29 hospitalizováno pro diagnózu kardiovaskulárního charakteru a 28 trpělo onemocněním gastrointestinálního charakteru (blíže viz. tabulka č.2 a č.3). Průměrný věk celého vzorku respondentů je $62,74 \pm 15,33$ roku; průměrný věk pacientů trpících kardiovaskulárním onemocněním je $66,21 \pm 13,03$ a průměrný věk osob s gastrointestinálním onemocněním je $58,32 \pm 16,69$ (blíže viz. tabulka č.1).

Tabulka č. 1: Rozložení respondentů z hlediska věku

VĚK	skupina I.	skupina II.
Střední hodnota	66,2069	58,32143
Směrodatná odchylka	13,02574	16,69343
Medián	69	61,5
Modus	75	79
Minimum	38	17
Maximum	84	80
Počet respondentů	29	28

Tabulka č. 2: Rozložení respondentů, kteří vyplňovali EPQ-R a Chování typu A – dle pohlaví a charakteru onemocnění

Rozložení respondentů dle pohlaví	Celkový počet respondentů	Počet respondentů ve skupině I.	Počet respondentů ve skupině II.
Mužů	28	16	12
Žen	29	13	16

Tabulka č. 3: Rozložení respondentů, kteří vyplňovali IVE – dle pohlaví a charakteru onemocnění

Rozložení respondentů dle pohlaví	Celkový počet respondentů	Rozložení respondentů ve skupině I.	Rozložení respondentů ve skupině II.
Mužů	22	13	9
Žen	23	10	13

Použití metody a způsob zpracování dat

Pro náš orientační průzkum byly použity tři dotazníkové metody. Základní použitou metodou je *Metoda pro orientační zjištění chování typu A* (nazýváme ji zkráceně Chování typu A, ve zkratce Ch_A); metoda je tvořena souborem 15 tvrzení popisujících chování pro tento typ charakteristická, s nimiž dotazovaný vyjadřuje souhlas či nesouhlas na čtyřbodové škále; minimum možných dosažených bodů je potom 15 bodů, maximum 60 — nadpoloviční počet dosažených bodů již svědčí pro zařazení respondenta ke kategorii A typu. Pro doplnění obrazu osobnostních charakteristik respondentů byly použity Eysenckovy osobnostní dotazníky: Zkrácená verze revidovaného osobnostního dotazníku EPQ-R a Dotazník impulzivitu IVE. Tyto metody jsou všeobecně známé, nepovažujeme tedy za nezbytné více se o nich rozepisovat.

Získaná data byla převedena do databáze a následně za pomoci programu SPSS byla data podrobena matematicko-statistické analýze. Pro porovnání obou skupin jsme provedli srovnání rozptylů (F-test) a srovnání průměrů (t-test) a protože skupina A a B má poměrně malý rozsah a není zajištěna homogenita souboru, rozhodli jsme se použít pro porovnání dat nonparametrický Wilcoxonův test.

Výsledky – deskripce a diskuse

Pro přehlednost jsme provedli výpočet základních údajů (počet zkoumaných osob, průměrnou hodnotu skóru jednotlivého subtestu a směrodatnou odchylku), popisujících výsledky v jednotlivých sledovaných subtestech vždy zvlášť pro skupinu I. (diagnóza 1) a pro skupinu II. (diagnóza 2), jak je ukazuje následující tabulka č. 4. Prostý pohled na výsledky popisné statistiky nám naznačuje blízkost výsledků v jednotlivých použitých metodách u obou skupin. Pro nás nejzajímavější jsou výsledky orientačního dotazníku pro určení chování typu A, jehož průměrná hodnota téměř 43 bodů naznačuje zvýšenou tendenci k projevům chování tohoto typu.

Tabulka č. 4: Popisná statistika

Metoda	Diagnóza	Počet ZO(N)	Průměr (mean)	Směrodatná odchylka (std. deviation)
EPQR_N	1	29	6,9655	3,2457
	2	27	6,7778	2,8057

Metoda	Diagnóza	Počet ZO(N)	Průměr (mean)	Směrodatná odchylka (std. deviation)
				7
EPQR_E	1	29	5,6897	2,7269
	2	27	5,6667	3,6374
EPQR_P	1	29	3,0345	1,4512
	2	27	3,0370	2,1210
EPQR_L	1	29	8,0690	2,8527
	2	27	6,6296	3,2243
IVE_I	1	23	6,0000	3,2474
	2	21	5,8571	3,6233
IVE_E	1	23	13,2609	3,3059
	2	21	13,9524	2,9065
IVE_V	1	23	3,1304	2,7848
	2	21	3,4286	2,5213
CH_A	1	29	42,8621	7,1998
	2	27	42,8519	5,8224

Následujícím krokem bylo provedení F-testu pro porovnání rozptylů a t-testu pro porovnání průměrů výsledků v jednotlivých subtěstech u obou sledovaných skupin. Výsledná data lze shrnout konstatováním, že rozptyl v obou skupinách je u všech subtěstů rozložen rovnoměrně a z porovnání průměrů vyplynulo, že mezi oběma skupinami neexistuje statisticky významný rozdíl (blíže viz. tabulka č.5).

Tabulka č. 5: Výsledky získané provedením F-testu a t-testu

	F-test (Levene's Test)		t-test		
	F	Průkaznost (Sig.)	t	df	Průkaznost (Sig. /2-tailed/)
EPQR_N	1,989	,164	,231	54	,818
EPQR_E	3,256	,077	,027	54	,979
EPQR_P	,804	,374	-,005	54	,996
EPQR_L	,352	,555	1,772	54	,082
IVE_I	,068	,796	,138	42	,891
IVE_E	,028	,868	-,734	42	,467
IVE_V	,127	,724	-,371	42	,713
CH_A	3,765	,058	,006	54	,995

Abychom zajistili hodnověrnost výsledků, provedli jsme nonparametrický Wilcoxonův test, neboť náš výzkumný vzorek není natolik rozsáhlý, abychom

mohli s jistotou konstatovat, že je homogenní. Tato analýza potvrdila výsledky Studentova t-testu, že data získaná z dotazníků EPQ-R, IVE a Chování typu A vyplněných skupinou pacientů s kardiovaskulárními obtížemi a skupinou pacientů s gastrointestinálními potížemi nejeví statisticky významný rozdíl.

Tabulka č. 6: Výsledky analýzy dat pomocí nonparametrického testu

	EPQR_N	EPQR_E	EPQR_P	EPQR_L	IVE_I	IVE_E	IVE_V	CH_A
Wilcoxon W	754,000	747,000	720,500	672,000	460,000	487,000	494,000	755,000
Z	-,257	-,371	-,822	-1,610	-,297	-,722	-,559	-,238
Průkaznost (Sig. /2- tailed/)	,798	,711	,411	,107	,767	,470	,576	,812

Výsledky získané v našem průzkumu jasně ukazují, že mezi skupinou zkoumaných osob s kardiovaskulárním onemocněním a skupinou zkoumaných osob s gastrointestinálními obtížemi není statisticky významný rozdíl ve výsledných skórech dotazníků EPQ-R, IVE a Chování typu A. Jelikož jsme si stanovili hypotézu, že mezi těmito dvěma skupinami pacientů bude statisticky významný rozdíl nalezen, můžeme konstatovat, že hypotéza se nepotvrdila. Výsledky získané na části populace České republiky tak, jak se zdá, potvrzují poslední zahraniční výzkumy, např. výše zmíněné Keltikangasová, Järvinenová (1987), Rimé a kol. (1989), z nichž vyplývá, že chování typu A má vazbu také na další onemocnění, např. na onemocnění gastrointestinálního charakteru.

Protože sběr dat od populace nevykazující známky vážných somatických onemocnění dosud není dokončen, považujeme konečné interpretace našich dílčích výsledků za předčasné. I tyto průběžné výsledky našeho průzkumu dávají jasně najevo, jak nesnadné je hledání psychologických rozdílů mezi pacienty trpícími různými typy onemocnění. Rovněž je zřejmé, že je třeba vracet se stále znovu ke konceptům již prověřeným, avšak v nových souvislostech, abychom dosáhli skutečně validních výsledků. Pokud bychom například zůstali u pouhého konstatování, že u výzkumné skupiny lidí s určitou psychosomatickou diagnózou se vyskytuje ve vyšší či nižší míře určitá osobní charakteristika, potom bychom se dostali do bludného kruhu. Na jednoduchém příkladě můžeme názorně doložit výše uvedené: jednou z charakteristik, která zaujímala jako součást konceptu chování typu A významné místo v naší sondě byla dominance. Problém je, že konstrukce příslušného dotazníku nám neumožní zjistit, jak tato dominance je příznivě nebo nepříznivě přijímána svým nositelem, jaký k ní zaujímá postoj, jak s ní umí zacházet, jaké korigující či posilující faktory se k ní váží a tak podobně. Člověk v různých běžných životních situacích tuto svoji dominanci nějak prožívá a aktivně s ní operuje. To je pro nás to podstatné aktivní jádro. Obecně řečeno, nesmíme opomíjet interfunkční souvislosti, a proto se budeme konceptem chování typu A zabývat v naznačených souvislostech také v dalších částech našeho výzkumného projektu, abychom na základě diagnosti-

ky mohli určit, jakým způsobem konkrétního jedince (např. vykazujícího charakteristiky chování typu A) oslovit s cílem nalézt takové přístupy k jedinci, abychom ho mohli pomocí cíleného programu inspirovat k hledání jeho vlastních způsobů, jak změnit vlastní postoj k svému zdraví. Změna postoje k vlastnímu zdraví je základním předpokladem pro změnu motivačních stavů, jenž mohou variovat dosavadní životní styl v takovou formu, která by byla pro dotyčného člověka příznivější, než jeho dosavadní životní styl a v konečném důsledku by vedla k upevnění vlastního zdraví a zkvalitnění života.

Shrnutí a závěr

Jedním z témat, k němuž se v současnosti opět obrací pozornost veřejnosti i vědecké obce, je vztah mezi somatickou a psychickou stránkou naší existence. Tento vztah se stal ústředním tématem poměrně mladého oboru — psychosomatiky. Do popředí zájmu výzkumníků vstoupilo ponejvíce v 70. letech téma závažných somatických onemocnění, onemocnění kardiovaskulárního systému. Byly rozpracovány různé koncepce uvažující o působení psychosociálních faktorů jakožto činitelů ovlivňujících vznik a vývoj kardiovaskulárního onemocnění. Mezi ostatními vynikla zprvu nadšeně přijímaná, později také kritizovaná koncepce chování typu A autorů Rosenmana a Friedmana.

Původní vymezení chování typu A zahrnovalo především nadměrnou snahu po výkonu a úsilí plnit za každou cenu terminované úkoly, tj. projevy typické pro pacienty, kteří zemřeli v důsledku kardiovaskulárního onemocnění. V pozdějších výzkumech došlo ke zpřesnění vymezení tohoto konstruktů, např. Jenkins, Rosenman ukázali, že hlavními faktory jsou 1. netrpělivost a spěch, 2. pohroužení se do pracovních povinností a 3. nesmlouvavé usilování o dosažení vytyčených cílů, Siegrist přidal charakteristiku zvýšeného úsilí o kontrolu, Glass zjistil, že jedinci typu A projevují nadměrnou reakci vůči stresovým podnětům, přičemž dle Rosenmana a Byrneho stresové události dokonce (mnohdy nevědomky) vyvolávají a v neposlední řadě byl v souvislosti s chováním typu A popsán tzv. AHA syndrom.

Touto studií jsme chtěli přispět k obohacení poznatků v uvedené oblasti. Naš průzkum si kladl za cíl zjistit, zda je chování typu A vázáno pouze na kardiovaskulární typ onemocnění či zda má vztah i k nemocem gastrointestinálního charakteru, jak to nasvědčují poslední výzkumy. Do našeho výzkumu bylo v současné fázi možno zařadit 57 pacientů (29 s kardiovaskulárním a 28 s gastrointestinálním onemocněním). Výsledky matematicko-statistické analýzy ukázaly, že *není statisticky významný rozdíl mezi těmito dvěma skupinami pacientů ve výsledných skórech škál neuroticismu, extraverte, psychoticismu, škály lži, impulsivity, empatie, doborodružnosti a chování typu A dotazníků EPQ-R, IVE a Dotazník chování typu A.*

V nadcházejících částech výzkumu porovnáme získaná data s širší populací, abychom mohli podat obecně platné výpovědi; avšak předběžně můžeme soudit,

že výsledky tohoto průzkumu naznačují platnost závěrů z posledních zahraničních výzkumů, v nichž se ukazuje, že chování typu A nemá přímou vazbu pouze na kardiovaskulární onemocnění, jak se, zřejmě mylně, původně předpokládalo.

Literatura

- DETHLEFSEN, T., DAHLKE, R. (1995): *Nemoc jako cesta. Vklad a výklad klinických obrazů nemoci. Aquamarin, Praha.*
- FRIEDMAN, H.S. (Ed.) (1990): *Personality and disease. A Willey-Interscience Publication, New York.*
- MCLUHAN, M. (1991): *Jak rozumět médiím. Odeon, Praha.*
- MOHAPL, P. (1992): *Úvod do psychologie nemoci a zdraví. Univerzita Palackého, Olomouc.*
- STONE, S.V., COSTA, P.T. (1990): *Disease-Prone Personality or Distress-prone Personality? The Role of Neuroticism in Coronary Heart Disease: In Friedman, H.S. (Ed.) (1990): Personality and disease. A Willey-Interscience Publication, New York.*
- ŠIMEK, J. (1985): *Emoční život psychosomatických nemocných. Zprávy VÚPs č. 66. Výzkumný ústav psychiatrický, Praha.*

SUMMARY

The public and the academicians start to pay their attention again to the topic of the relationship between the somatic and the psychological aspects of the human being. This relationship is the main topic of a relatively young field — psychosomatics. In the seventies serious diseases, first of all coronary heart diseases became the centre of scientific interest. Various concepts, trying to describe the influence of psychological and social factors on the origin and the development of coronary heart diseases, arose. Among them Rosenman and Friedman's concept of A-type behaviour appeared. At first it was generally accepted, later it started to be criticised. But it can be said that the concept is still very productive and is still being specified and improved: Jenkins and Rosenman, for example, show that main factors of A-type behaviour are 1. impatience and speed, 2. job involvement and 3. hard driving. Siegriest adds new characteristics of A-type behavior: increased effort to control. Glass finds out that A-type people manifest exaggerated reactions to stress impulses etc.

This study wants to contribute to enlarge knowledge in this field. We propose to find out whether A-type behaviour is in relation with coronary heart diseases only or whether it is also in relation with gastric-intestinal diseases, as last researches have suggested. In the first part of our study we included 57 patients, 29 suffering from coronary heart diseases and 28 suffering from gastrointestinal diseases. The results of math-statistical analysis indicated that there is no significant difference neither between our two groups in scales of neuroticism, extraversion, psychoticism and lie-scale of Eysenck's personality questionnaire (EPQ-R), nor in scales of impulsiveness, empathy and adventurousness of Eysenck's impulsivity questionnaire (IVE), nor in the resulting score at The questionnaire of A-type behaviour. We are not able to give a final answer, we need to compare the questionnaires responses of people with diseases with those of healthy people (forthcoming). Nevertheless, we can state now that our partial results seem to be conformable with the last knowledge that not only does A-type behaviour have relationship with coronary heart diseases, but that its character is also more extensive than it was assumed to be.

