

PSYCHICKÝ DISTRES V INTERKULTÚRNYCH SÚVISLOSTIACH

souborný článek

Jana Jánošová

Katedra psychológie, Filozofická
fakulta Trnavskej univerzity v Trnave

Kontaktní adresa:

Mgr. Jana Jánošová, PhD.
Katedra psychológie
Filozofická fakulta
Trnavská univerzita v Trnave
Hornopotočná 23, 918 43 Trnava
Slovenská republika
e-mail: jankavindisjanosova@gmail.
com

SÚHRN

Jánošová J. Psychický distres v interkultúrnych súvislostiach

Psychický distres patrí k univerzálnej ľudskej skúsenosti; v jeho príčinách, symptómoch, prediktoroch a efektívnych spôsoboch zvládania však boli zistené interindividuálne a interkultúrne rozdiely. Predmetom článku je interkultúrna analýza emocionálnych a somatických príznakov distresu. Teoretický základ pre interpretáciu rozdielov predstavujú poznatky o odlišných postojoch k emocionálnej expresii u príslušníkov východných a západných kultúr. Osobitná pozornosť je venovaná významu somatických symptómov s potenciálne psychogénnou etiológiou. Podmienkou poskytovania účinných intervencií je zvyšovanie kultúrnej kompetencie ich poskytovateľov, ako aj vytváranie kultúrne prispôbených terapeutických a diagnostických postupov.

Kľúčové slová: anxiety, depresia, distres, interkultúrne rozdiely, somatizácia.

SUMMARY

Jánošová J. Psychological distress in cross-cultural context

Psychological distress belong to universal human experience, however according to research findings there are individual and intercultural differences in its symptoms, predictors and effective ways of coping. The aim of the article is the cross-cultural analysis of emotional and somatic symptoms of distress. Knowledge of attitudes to emotional expression in the representatives of various culture create theoretical evidence for interpretation of differences in the experience of psychological distress with special focus on the meaning of somatic symptoms with potentially psychological etiology. Enhancing cultural competence of helping professional as well as the construction of culturally adjusted therapeutic and diagnostic methods is needed to create effective interventions for various forms of distress.

Keywords: anxiety, depression, distress, intercultural differences, somatization.

ÚVOD

„Kultúra je dnes dôležitejšia ako kedykoľvek predtým,“ konštatuje Regan Gurung,¹ ktorý svoju monografiu o psychológii zdravia obohatil o interkultúrnú perspektívu. Po-

zitivne a negatívne emócie, subjektívna pohoda a distres, spokojnosť a nespokojnosť so životom, ako aj psychosociálne faktory, ktoré ich podmieňujú, sú častým predmetom výskumov v oblasti psychológie zdravia. Zároveň zohrávajú dôležitú úlohu pri plánovaní intervencií, ktorých

cieľom je zachovanie či obnova optimálneho fungovania osobnosti, ako aj zvýšenie celkovej kvality života. Napriek tomu, že prežívanie negatívnych psychických stavov patrí k univerzálnej ľudskej skúsenosti, ich prejavy, intenzita, implicitné koncepcie a psychosociálne faktory, ktoré ich podmieňujú, vykazujú rôzny stupeň interkultúrnej variability.

Potreba integrácie kultúrnej perspektívy do psychologického výskumu a praxe je dôsledkom nárastu migrácie a silnejúcich globalizačných tendencií, ako aj rozmachu poradenských a terapeutických služieb v krajinách, ktoré nie sú súčasťou tzv. mainstreamu, a súvisiacimi požiadavkami na vytvorenie efektívnych a kultúrne nezaťažených diagnostických postupov a intervencií. V kontexte psychológie zdravia predstavuje štúdium interkultúrnych aspektov relatívne novú a nedostatočne preskúmanú oblasť, a súčasne predstavuje výzvu pre výskum, ako aj pre psychologickú a zdravotnícku prax.

PSYCHICKÝ DISTRES – VYMEDZENIE POJMU

Psychický distres je široko používaným termínom, predovšetkým v prácach, ktorých pôvodným jazykom je angličtina. Pojem je často implicitne chápaný ako indikátor duševného zdravia, ale aj celková miera psychopatológie. Výkladový slovník definuje distres ako zvýšenú mieru utrpenia, problémov či bolesti, ale aj situačne podmienené ťažkosti, trápenie, zármutok či iné negatívne emocionálne stavy.² Významným zdrojom terminologickej nejednoznačnosti je používanie pojmu na označenie celej škály negatívnych psychických a somatických stavov, absencia všeobecne akceptovaného ekvivalentu v slovenskom jazyku, ale aj jeho rozšírené chápanie ako negatívnej formy stresu, ktorého protipólom je tzv. eustres (pozitívny stres).^{3,4} Ridner⁵ odporúča presnejšiu diferenciaciu pojmov stres a psychický distres. Podľa autora stres označuje komplexnú (fyziologickú i psychickú) reakciu na averzívny podnet či situáciu, zatiaľ čo psychický distres predstavuje špecifickú odpoveď v podobe negatívnych emócií. Na nedostatky teórií, ktoré vymedzujú distres ako odpoveď na stresor, upozorňujú Drapeu, Marchand a Beaulieu – Prévost.⁶ Autori zdôrazňujú, že tieto koncepcie vylučujú existenciu distresu v situáciách, v ktorých priame pôsobenie stresových podnetov absentuje.

Termín distres je často používaný na označenie nešpecifických psychopatologických symptómov,⁷ ktorých výskyt a miera sú zisťované viacerými diagnostickými nástrojmi. Príkladom je Kesslerov dotazník psychického distresu (K 10),⁸ ako aj celá škála inventárov a subškál duševného zdravia, subjektívnej pohody či kvality života (napr. SF – 36), ktorých cieľom je odhalenie zvýšenej miery patológie a včasná identifikácia ohrozených jednotlivcov. Niektorí výskumníci využívajú ako jediný indikátor distresu individuálnu mieru príznakov úzkosti a depresie, pričom výskytu iných foriem psychopatológie pripisujú menší význam.⁹ Dôvodom je implicitné chápanie určitej miery distresu ako normálneho javu, zatiaľ čo zvýšená miera môže naznačovať prítomnosť závažnejších porúch psychického

fungovania. Vzhľadom na komplexnosť pojmu niektorí autori odporúčajú diferencovanejšie hodnotenie prostredníctvom viacerých ukazovateľov či nástrojov merania. Podrobnejšiu exploráciu psychopatologických symptómov distresu umožňuje dotazník SCL – 90 (Symptom Check List) s deviatimi klinickými subškálami.¹⁰

Jednotiacim momentom väčšiny definícií je chápanie distresu ako komplexného psychologického konštruktu, ktorý označuje rôzne aspekty negatívneho prežívania. Okrem negatívnych psychických stavov v sebe zahŕňa aj určitý pokles v pozitívnom prežívaní, kvalite života a životnej spokojnosti.^{11,12} Nedostatkem základných teoretických koncepcií je takmer výlučná orientácia na emocionálne prejavy distresu. V našom článku venujeme osobitnú pozornosť kultúrnym postojom k prežívaniu a expresii emócií, ako aj rozdielom v psychopatologických ukazovateľoch so zreteľom na kultúrne podmienenú tendenciu k somatizácii. Prezentované odlišnosti v prežívaní distresu sú pozorovateľné na medzinárodnej a regionálnej úrovni, zároveň však súvisia s hodnotovými preferenciami a naučenými vzorcami správania v referenčnej sociálnej skupine (rodina, socioekonomický status či vzdelanie jednotlivca), pričom ich poznanie môže napomôcť k individualizácii a špecifikácii preventívnych, diagnostických a terapeutických postupov.

EMÓCIE A KULTÚRA

Napriek tomu, že prežívanie pozitívnych i negatívnych emócií je súčasťou každodennej skúsenosti príslušníkov rozličných kultúr a národov, v ich intenzite, prejavoch, ale aj význame, ktorý im jednotlivci pripisujú, možno pozorovať viaceré rozdiely. Univerzálnosť základného emocionálneho aparátu nevyklučuje vplyv kultúry pri utváraní emocionálnej skúsenosti, na druhej strane odlišný postoj k emocionálnej expresii nemôžeme považovať za dôkaz absencie konkrétnych emocionálnych kvalít.¹³ Tzv. bio-kultúrny model poukazuje na osobitý charakter interakcie biologických a kultúrnych činiteľov pri formovaní emocionálnej skúsenosti.¹⁴

K najdôležitejším moderátorom kultúrneho vplyvu patrí etnická identita, sociálny kontext, ako aj intenzita, načasovanie a druh prežívanej emócie. Stupeň akulturácie vplyv na prežívanie emócií zosilňuje, naopak interkultúrne rozdiely sú menej zreteľné pri prežívaní silnejších a náhlych emócií. Spoločný biologický základ je zjavný pri emóciách zameraných na prežitie, naopak prežívanie emócií, ktoré sú úzko prepojené so self, je kontrolované kultúrnymi normami.¹⁴ Tzv. self-referenčné emócie (napr. pýcha či vina) sú vo veľkej miere doménou západnej spoločnosti, zatiaľ čo v kolektivistických kultúrach prevládajú sociálne orientované emocionálne kvality (napr. priateľstvo a sociálna harmónia).^{15,16} Miera kultúrneho vplyvu závisí tiež od vybraného emocionálneho aspektu, ktorý je predmetom skúmania. Podľa výskumných zistení kultúra vplyva predovšetkým na výpoveď o vlastnej emocionálnej skúsenosti, o niečo menší vplyv bol zistený v prípade non-verbálnych prejavov. Len minimálna úloha kultúry bola zaznamenaná v emocionálne podmienených zmenách činnosti autonómneho nervového systému.¹⁴ Možnosť

Tab. 1. **Expresia emócií vo vzťahu k sociálnym skupinám**¹³

Typ vzťahu	Typ kultúry	
	Individualistická	Kolektivistická
self – vnútorná skupina	negatívne emócie môžu byť prejavované, expresia pozitívnych emócií je menej potrebná	negatívne emócie sú potláčané, podporuje sa prejavovanie pozitívnych emócií
self – vonkajšia skupina	negatívne pocity sú potláčané, pozitívne emócie je možné prejaviť	povzbudzuje sa prejavovanie negatívnych emócií, pozitívne emócie sú vyhradené pre vnútornú skupinu

kultúrneho skreslenia údajov o vlastnom emocionálnom prežívaní treba zohľadniť pri interpretácii výsledkov dotazníkového výskumu, ktoré sú založené na sebahodnotení.

Ekman a Friesen¹⁷ vytvorili koncepciu tzv. kultúrnych pravidiel, ktoré usmerňujú neverbálny prejav emócií v rozličných sociálnych situáciách, pričom príslušníci jednotlivých kultúr si ich osvojujú v procese socializácie už od ranného detstva. Otvorené prejavovanie emócií na verejnosti je pozitívnejšie hodnotené u Euroameričanov v porovnaní s inými etnickými skupinami, žijúcimi v USA.¹⁸ Silnejší systém pravidiel súvisí s kolektivistickými hodnotami, ale aj vyšším odstupom od moci a maskulinitou.¹⁹ Práve tieto hodnoty sú vo zvýšenej miere zastúpené v krajinách strednej a východnej Európy.^{20,21} Výskumné zistenia svedčia o potrebe zvýšenej opatrnosti a zdržanlivosti pri vytváraní úsudkov o prežívaní jednotlivca z inej kultúry na základe pozorovania vonkajších prejavov.

Odlíšnosti v emocionálnej expresii existujú aj medzi sociálnymi skupinami, ktoré sú súčasťou kultúrnych spoločenstiev.¹⁸ Príslušníci kolektivistických kultúr prejavujú viac pozitívnych emócií v rámci referenčnej skupiny (tzv. in-group) a súčasne viac negatívnych emócií voči vonkajším skupinám (tzv. out-group). Možným vysvetlením je potreba zachovania interpersonálnej harmónie, ako aj zvýraznenia odlíšnosti vlastnej skupiny. Naopak individualistická spoločnosť podporuje expresiu negatívnych emócií v referenčnej skupine, a zároveň umožňuje prejavovanie pozitívnych emócií voči vonkajším skupinám (tab. 1). Kolektivistický model emocionálnej expresie bol vytvorený na základe dlhoročných výskumov, realizovaných v ázijských krajinách a u prisťahovalcov žijúcich v USA, novšie výskumné zistenia však naznačujú jeho platnosť aj v krajinách strednej a východnej Európy.¹³

Zástancovia lingvistických a sociálno-konstruktivistických teórií interpretujú interkultúrne rozdiely v emocionalite na základe odlíšností v jazyku a pojmoch, ktoré príslušníci jednotlivých kultúr používajú pri verbalizácii emocionálneho prežívania. Viaceré anglické výrazy, označujúce emocionálne stavy, nemajú svoje ekvivalenty v jazykoch niektorých kultúrnych spoločenstiev a naopak.²² Príkladom je existencia jediného pojmu, ktorý označuje emóciu smútku i hnevu v niektorých afrických jazykoch, absencia adekvátneho výrazu pre frustráciu v arabských jazykoch či anglického termínu pre škodoradosť.^{22,24} Russell²² upozorňuje tiež na ťažkosti s prekladom samotného pojmu emócia v jazykoch niektorých kultúr. Označenia

emocionálnych kategórií majú zväčša pôvod v angličtine, pričom v iných jazykoch môže byť ich klasifikácia odlišná.²³ Tendencia k menšej pojmovej diferenciacii v oblasti emocionality bola zaznamenaná v rozvojových (prevažne kolektivistických) krajinách²⁴. V niektorých kultúrach pojmy označujúce emócie slúžia skôr na pomenovanie špecifických sociálnych situácií a vzťahov s ľuďmi.¹³ Používanie vopred definovaných kategórií tak môže znižovať validitu dát v interkultúrnom výskume. Odlíšnosti v pomenovaní či kategorizácii emócií nemožno chápať ako dôkaz neprítomnosti určitých emocionálnych kvalít. Svedčia skôr o rozdieloch v ich expresii, ako aj v dôležitosti, akú jednotlivým emóciám pripisujú členovia rozličných kultúr.

V Spojených štátoch je emocionálnemu prežívaniu a vnútorným stavom jednotlivca pripisovaný veľký význam v celom procese ontogenézy. Kontakt s vlastným prežívaním sa považuje za dôležitý znak optimálneho fungovania osobnosti. Práve oblasť emocionality je hlavným cieľom terapeutických postupov, ktoré stimulujú sebapoznávanie a otvorenú expresiu emócií.¹³ Proklamovaná dôležitosť emócií úzko súvisí s kultúrnou orientáciou americkej spoločnosti, ktorá vyzdvihuje jedinečné aspekty individuálnej osobnosti, vrátane prežívaných emócií. Kým v západnej spoločnosti je potláčanie emócií asociované s negatívnymi dôsledkami pre zdravie a subjektívnu pohodu, opačný efekt bol zaznamenaný v ázijských krajinách.²⁵ Efektivita intervencií, ktoré vyžadujú expresiu či verbalizáciu emócií v prítomnosti odborníka alebo umelo vytvorenej terapeutickej skupine, môže byť v týchto kultúrach znížená. Poznatky o špecifických postojoch k prežívaniu, konceptualizácii a expresii emócií v kultúrach strednej a východnej Európy sú značne limitované. Vzhľadom na rozdiely v socioekonomických podmienkach, kultúrnej orientácii i historických súvislostiach však možno predpokladať existenciu odlíšností v porovnaní so západnými štátmi, ale aj s krajinami východnej Ázie, ktoré sú považované za akýsi prototyp kolektivistickéj kultúry.

SYMPTOMATIKA DISTRESU V INTERKULTÚRNYCH SÚVISLOSTIACH

Dôsledkom kultúrne špecifických znakov v prežívaní a komunikácii emócií sú odlíšnosti v konceptualizácii, etiológii, symptómoch, prevalencii, ale aj pomenovaní rozličných foriem distresu.²⁶ V snahe o zabezpečenie kultúrne nezaťaženej prístupu k ľudskému prežívaniu bol vytvorený termín „idiómy distresu“.²⁷ Interakčný vzťah kultúry a psychopatológie je komplikovaný a možno ho pozorovať na viacerých úrovniach.²⁸ Výsledkom môžu byť rozdiely v prevalencii, obsahu či forme symptómov, ale aj výskyt jedinečných syndrómov či diagnostických jednotiek (napr. Taijin Kyofusho v Japonsku). Marsella²⁹ predpokladá, že miera interkultúrnej variability klesá s narastajúcou závažnosťou príznakov či foriem ochorenia, pričom novšie empirické štúdie jeho hypotézu potvrdzujú.³⁰ Väčšinu psychopatologických prejavov tak možno klasifikovať na škále od univerzálnych po kultúrne špecifické. Poruchy ako depresiu, úzkosť a somatizáciu, ktorých príznaky sú

často využívané ako indikátory psychického distresu, Činarbas a Aegisdottir²⁶ zaraďujú do stredného pásma uvedeného kontinua, pričom upozorňujú predovšetkým na interkultúrnu variabilitu vo výskyte emocionálnych a somatických symptómov.

Doterajšie výskumy v oblasti interkultúrnych rozdielov v psychopatológii sa takmer výlučne zameriavajú na komparáciu výskytu a formy psychopatologických indikátorov distresu. Draguns a Tanaka-Matsumi³⁰ upozorňujú na nevyhnutnosť posunu od skúmania prejavov psychopatológie v rozličných kultúrach k hlbšiemu záujmu o úlohu kultúry v psychopatológii. V tejto súvislosti uvádzajú psychopatologickú reflexiukultúrnych hodnôt, postulovaných v koncepcii G. Hofstedeho. Na základe existujúcich poznatkov o kultúrne podmienených postojoch, hodnotách a rozdieloch v koncepcii self usudzujú, že v individualistických kultúrach sú vo vyššej miere zastúpené pocity viny a osamelosti, zatiaľ čo v kolektivistických spoločnostiach prevládajú pocity hanby, odmietnutia a sociálnej disharmónie. Odstup od moci môže súvisieť s pocitmi vlastného zlyhania v napĺňaní spoločenských očakávaní. Maskulinita je spájaná s pocitmi viny a sebaobviňovaním, zatiaľ čo feminita so symptómami úzkosti a závislosti. Vyhybanie sa neistote môže viesť k jasnejšej expresii, verbalizácii a konzistentnosti príznakov, ale aj k prípadnej intelektualizácii distresu; naopak tolerancia neistoty je asociovaná so spontánnejším, avšak nekonzistentným prejavom a nejednoznačnosťou, ako aj určitými ťažkosťami pri verbalizácii vlastného prežívania.³⁰

I keď popísané vzťahy predstavujú posun v úvahách o podstate kultúrneho vplyvu na psychopatológiu, ako také predstavujú len teoretické predpoklady, ktoré musia byť empiricky overené. Okrem toho je nutné zdôrazniť, že hodnoty jednotlivca, ktorý je adresátom psychologických intervencií, nemusia byť v zhode s kultúrnou orientáciou spoločnosti, pričom ich vzájomná diskrepancia predstavuje potenciálny zdroj distresu.³¹ V našom článku sa bližšie zameriame na depresiu, anxiétu a somatizáciu, ktoré budú v plánovanom výskume použité ako psychopatologické indikátory distresu. V nasledujúcich podkapitolách ponúkame základnú charakteristiku jednotlivých porúch a symptómov, prehľad doterajších zistení o interkultúrnych odlišnostiach, ako aj ich možných príčinách.

DEPRESIA

Depresívne poruchy sú najrozšírenejším psychickým ochorením a ako častá príčina práceneschopnosti, morbidity i mortality predstavujú významný spoločenský a ekonomický problém.³² Termín depresia označuje symptóm (neprimerane smutná nálada), syndróm (skupina symptómov) i nozologickú jednotku.³⁴ MKCH-10 rozlišuje medzi depresívnou epizódou a viacerými typmi depresívnych porúch. Uvedené diagnostické jednotky sú zaradené do kategórie afektívnych porúch (F30–F39). Základnými príznakmi sú depresívna nálada, neprimeraná okolnostiam a pretrvávajúca viac ako dva týždne, strata záujmu a radosť, zníženie energie a únava. K ďalším symptómom patrí strata sebadôvery, suicidálne myšlienky, kognitívne poruchy (napr. nesústredenosť) a somatické ťažkosti (napr.

anhedónia, fyzická bolesť, závraty, poruchy srdcového rytmu a dýchania), ktoré môžu komplikovať stanovenie správnej diagnózy.³² V oblasti výskumu depresívnych porúch výrazne dominujú americké práce. Symptómy depresie sú preto často diagnostikované na základe kritérií amerického Diagnostického a štatistického manuálu (DSM).

Bromet et al.³³ porovnávajú informácie o celoživotnej a 12mesačnej prevalencii depresie v 18tich krajinách, ktoré sú výsledkom Svetového prieskumu duševného zdravia. Výsledky preukázali vyšší celoživotný výskyt epizódy tzv. veľkej depresie v ekonomicky vyspelejších krajinách (28,1 %) v porovnaní s krajinami, ktoré boli na základe údajov Svetovej banky klasifikované ako chudobnejšie (19,1 %). Vyššia variabilita v prevalencii depresie bola zaznamenaná v kategórii menej rozvinutých štátov (12 % v Číne vs. 35,9 % v Indii). V rámci bohatších štátov bol zistený relatívne nižší výskyt (menej ako 25 %) v Nemecku, Taliansku, Izraeli a Japonsku, naopak najvyšší výskyt (viac ako 30 %) bol zaznamenaný v USA a v Nizozemsku. Epidemiologická štúdia depresie, ktorú pod názvom EPID realizovali Heretik et al.,³⁴ poukázala na značne vysoký výskyt depresívnych príznakov v slovenskej populácii. Zistená polročná prevalencia depresie bola 40,9 % (z toho 12,8 % tvorí tzv. veľká depresia), aktuálny výskyt symptómov rozličnej intenzity bol zaznamenaný až u 22,6 % účastníkov.

Aplikácia kritérií z MKCH a DSM v „nezápadnom“ kultúrnom prostredí môže viesť k diagnostickým omylom a neadekvátnym údajom o skutočnej prevalencii (napr. nižší výskyt depresie v ázijských či afrických krajinách).^{35,36,26} Tsai a Chentsova-Dutton³⁷ upozorňujú na a priori západnú konceptualizáciu depresie, ktorá súvisí s významom pozitívnych emócií vo vzťahu k self (napr. sebaúcta), ktorých prítomnosť je v západnej spoločnosti považovaná za istý dôkaz psychického zdravia; ako aj s kultúrne podmienenou hodnotou nezávislosti a autonómie. V západných teóriách je depresia považovaná za afektívnu poruchu, pričom somatické príznaky sú chápané ako druhotné,²⁶ zatiaľ čo príslušníci kolektivistických kultúr pripisujú väčší význam somatickým ťažkostiam.^{45,26} Odborníci z krajín mainstreamu majú tendenciu nahliadať na depresiu cez optiku dualistickej (dušu a telo oddeľujúcej) perspektívy, resp. biomedicínskeho modelu zdravia, ktorý po desaťročia utváral charakter západnej medicíny.³⁷ O úsilí o komplexnejší pohľad na psychopatológiu svedčí zmena v kategorizácii depresívnych porúch, ktoré už nie sú striktné rozdeľované na základe exogénnej či endogénnej etiológie.

ÚZKOSŤ

Úzkosť (anxieta) je kľúčovým príznakom neurotických a stresom podmienených porúch, ale aj jeden zo symptómov psychotických ochorení a porúch osobnosti. Pomerne častá je komorbidita s depresiou.³⁸ Heretik⁴ definuje úzkosť ako „neprijemný duševný stav (negatívnu emóciu), ktorá je sprevádzaná predtuchou hrozby“ (s. 218), na rozdiel od strachu nie je viazaná na konkrétny objekt. Úzkosť a strach sú napriek snahám o diferenciaciu do značnej

miery prepojené, o čom svedčí aj zaradenie fóbií do kategórie úzkostných porúch do MKCH. Záujem výskumníkov o štúdium úzkosti, ktorého nárast možno pozorovať od počiatku 80tych rokov, viedol k vytvoreniu osobitnej kategórie úzkostných porúch v DSM. Rachman³⁹ oceňuje vytvorenie jasnejších kritérií pre diagnostiku, na druhej strane však upozorňuje na súvisiacu tendenciu k psychopatologizácii úzkostných pocitov, ktoré považuje za významnú a prirodzenú súčasť univerzálnej ľudskej skúsenosti. Práve úzkosť predstavuje dôležitý zdroj a indikátor psychického distresu, ktorý vo svojej podstate nemusí byť patologický.

Michael, Zetsche a Margraf⁴⁰ sumarizujú výsledky epidemiologického výskumu WHO, ktorý bol doposiaľ ukončený v 14 krajinách sveta. Autori porovnávajú 12mesačnú prevalenciu v západných (resp. viac ekonomicky rozvinutých) a nezápadných krajinách. Výrazne najvyšší výskyt úzkostných porúch bol zistený v USA (28,8 % celoživotne a 18,1 % v priebehu posledného roka), nižšie hodnoty boli zaznamenané v krajinách Európskej únie (celoživotná prevalencia 13,6 %, 12mesačná prevalencia 6,4 %). Krajiny ako Libanon, Mexiko a Ukrajina sú v tomto smere podobné západoeurópskym štátom. Najnižší 12mesačný výskyt týchto porúch bol zistený v Číne (2,7 %), Japonsku (4,8 %) a v Nigérii (4,1 %), údaje o celoživotnej prevalencii nie sú k dispozícii.²² Údaje o výskyte úzkostných symptómov v rozličných kultúrach sú založené na západných diagnostických kritériách, v dôsledku čoho nie sú dostatočným dôkazom existencie skutočných rozdielov.

Významný smer v západnej konceptualizácii úzkosti reprezentujú kognitívne teórie. V rámci nich je chápaná ako dôsledok maladaptívnych štýlov myslenia. Ide predovšetkým o preceňovanie fyzického či psychického ohrozenia, negatívne presvedčenia o sebe, ako aj sklon ku katastrofizácii a ruminačným myšlienkam. Cieľom KBT intervencií, často využívaných v terapii úzkostných porúch, je kontrola a zmena dysfunkčných kognícií.⁴¹ Implicitným predpokladom úspešnosti uvedených postupov je zvyšovanie osobnej účinnosti („agencie“) a autonómie, ktoré sú doménou západnej kultúry. Výsledky epidemiologických štúdií dokazujú, že určité odlišnosti v prežívaní existujú aj v rámci individualistických krajín. V tejto súvislosti boli zaznamenané expresívnejšie prejavy anxiety a strachu, ale aj väčšia miera interných atribúcií u respondentov z USA v porovnaní so štátmi západnej Európy, ktorých individualistická orientácia je podľa výsledkov Hofstedeho výskumov menej výrazná.⁴²

Výsledky doterajších výskumov potvrdzujú, že zážitok úzkosti možno považovať za spoločnú skúsenosť jednotlivcov z rozličných kultúr,⁴³ čo však nevylučuje existenciu rozdielov v príčinách, symptómoch, expresii či verbalizácii vlastného prežívania. Zistenia o vyššom výskyte anxiety v rozvinutých štátoch možno sčasti vysvetliť tým, že psychologický výskum ako taký je západným fenoménom. Validitu interkultúrnych komparácií znižuje predovšetkým nedostatok empiricky podložených poznatkov o prežívaní jednotlivcov v kultúrach, ktoré nepatria k psychologickému mainstreamu, ale aj odlišný postoj participantov k psychologickému testovaniu.

SOMATIZÁCIA

Na počiatku 20. storočia Wilhelm Stekel začína používať pojem somatizácia ako označenie pre transformáciu emocionálnych konfliktov do fyzickej podoby. Ide analógiu mechanizmu konverzie, ktorým Freud a Breuer vysvetľovali vznik sensorických a motorických symptómov hystérie.⁴⁴ Dnešní autori definujú somatizáciu ako sklon k prežívaniu a komunikácii psychického distresu vo forme telesných symptómov,⁴⁵ Woolfolk a Allen⁴⁴ používajú termín „somatický idióm distresu“. Práve telesné ťažkosti sú často dôvodom vyhľadania lekárskej pomoci, pričom môžu byť mylne interpretované ako príznaky somatického ochorenia. Svoboda³⁸ radí somatizáciu medzi neadaptívne psychické reakcie, nevedomé a neefektívne spôsoby riešenia záťažových situácií, ktoré kvôli narušenej osobnostnej štruktúre alebo nadlimitnej miere záťaže nie je možné riešiť na vedomej úrovni. Proces somatizácie zohráva dôležitú úlohu v patogenéze neurotických, stresom podmienených a somatoformných porúch,³² veľmi častá je komorbidita s úzkostnými a depresívnymi symptómami.⁴⁶ Woolfolk a Allen⁴⁶ upozorňujú, že od čias psychoanalytikov nebol zaznamenaný výraznejší progres v konceptualizácii somatizácie, pričom zdôrazňujú potrebu revízie existujúcich teórií.

K najčastejším somatickým symptómom s potenciálne psychogénnou etiológiou patria poruchy činnosti kardiovaskulárneho, gastrointestinálneho, respiračného a neurologického systému, ako aj ďalších systémov s prevažne autonómym riadením, ale aj bolesť a zmeny činnosti kostrového svalstva či chronická únava. Uvedené príznaky sú reflektované v subškále somatizácia dotazníka SCL-90, ktorý slúži na meranie psychopatologických symptómov v deviatich klinických dimenziách.¹⁰ K prejavom somatizácie patria tiež ucelené somatické syndrómy ako fybromyalgia, syndróm dráždivého čreva či chronický únavový syndróm,⁴⁴ často spomínanou diagnózou je tzv. maskovaná depresia. Preukázaný súvis s viacerými psychiatrickými poruchami, ako aj zvýšené náklady na diagnostiku a zdravotnú starostlivosť o pacientov so somatickými ťažkosťami psychogénnej povahy prispievajú k chápaniu somatizácie ako patologického javu.⁴⁴ Yeung a Chang⁴⁵ naopak upozorňujú, že tendencia vyjadrovať psychický distres prostredníctvom telesných symptómov je normálnym javom. Výskyt určitej miery somatických ťažkostí v priebehu jedného týždňa bol zistený až u 80 % zdravej populácie. O prítomnosti patológie možno uvažovať, ak pacient opakovane vyhľadáva odbornú pomoc za účelom liečby somatických príznakov bez zistenej fyziologickej príčiny.⁴⁵ Na druhej strane je nevyhnutné, aby závažnosť nevysvetliteľných symptómov nebola podceňovaná bez dostatočného úsilia o objasnenie potenciálnych etiologických činiteľov.

Napriek tomu, že sklon k somatizácii bol zistený u príslušníkov rozličných kultúr sveta, výskumné zistenia konzistentne potvrdzujú zvýšený výskyt v nezápadných kultúrach.³⁰ Je možné, že somatizácia do istej miery normalizuje skúsenosť distresu v spoločenských, kde snaha o zachovanie interpersonálnej harmónie znemožňuje priamu komunikáciu emócií.²⁶ Draguns a Tanaka-Matsumi³⁰ upozorňujú na rozličný význam, ktorý pripisujú jednotlivé kultúry kognitívnym, emocionálnym a soma-

tickým symptómom. Somatické symptómy distresu dominujú v kultúrach južnej a východnej Ázie, v Afrike a Latinskej Amerike, zatiaľ čo v Severnej Amerike a západnej Európe sú do určitej miery prehliadané, čo môže súvisieť s karteziánskou dichotomizáciou telesného a duševného v západnej medicíne.⁴⁵ Významnú úlohu zohráva tiež nedostupnosť psychologických služieb, ako aj zdieľaný negatívny postoj voči ich vyhľadaniu, spojený so spoločenskou stigmatizáciou psychicky chorých jednotlivcov.⁴⁷ Cheung⁴⁸ uvádza, že tradičná čínska spoločnosť nepovažuje psychické symptómy za dostatočný dôvod na vyhľadanie pomoci. Telesné symptómy a bolesť sa tak stávajú alternatívnym, kultúrne žiaducim a potenciálne liečiteľným spôsobom komunikácie emocionálnych problémov. Matsumoto a Fletcher⁴⁹ poukazujú na pozitívny vzťah medzi somatizáciou a odstupom od moci. Možným vysvetlením je, že príslušníci kultúr s nižším odstupom od moci sú sloboďnejší v prejavovaní emócií.

Odlíšny postoj k somatickým a psychickým príznakom môže viesť diagnostickým omylom a skresleným údajom o výskytke jednotlivých psychických porúch. Oficiálna nologgia, reprezentovaná západnými diagnostickými systémami (MKCH-10 a DSM-IV) sa podieľa na utváraní klinického úsudku i praxe odborníkov z krajín psychologického mainstreamu.⁴⁷ Dôkazom separácie somatických a psychologických symptómov je vytvorenie osobitnej kategórie „somatoformné poruchy“, ktorá do určitej miere opomína možnosť paralelného výskytu oboch typov príznakov,⁴⁷ ale aj už spomínané chápanie somatických príznakov depresie ako druhotných.²⁶ Naopak pojem maskovaná depresia, v ktorom je implicitne zahrnutá možnosť netypického klinického obrazu depresie s prevahou somatických príznakov, nie je oficiálnou diagnostickou kategóriou. Prehliadanie a podhodnocovanie psychickej etiologie somatických ťažkostí môže viesť nielen k neadekvátnym výskumným zisteniam, ale aj k závažným dôsledkom pre pacienta, ktorému nie je poskytovaná primeraná liečba, čo

významne znižuje kvalitu jeho života (resp. v prípade depresie zvyšuje suicidálnu hrozbu), a v neposlednom rade zvyšuje náklady na zdravotnú starostlivosť.⁵⁰

Napriek tomu, že oblasť východnej a strednej Európy (resp. štáty bývalého komunistického bloku) je v interkultúrnom komparačnom výskume doposiaľ prehliadaná, na základe existujúcich spoločných znakov s inými nezápadnými kultúrami (stigmatizácia psychických ochorení, vyšší odstup od moci a nižšia miera individualizmu) možno predpokladať potenciálne vyšší sklon k somatizácii a súvisiacu tendenciu vyhľadať praktického lekára za účelom liečby telesných ťažkostí psychickej etiologie. Podmienkou vytvorenia komplexnejšieho obrazu o prežívaní distresu v rozličných kultúrach je rozšírenie multikultúrnych výskumných výberov o ďalšie európske kultúry.

ZÁVER

Výskumníci i zástupcovia pomáhajúcich profesií často opomínajú sociokultúrny pôvod jednotlivca, ktorý vyhľadáva pomoc. Postupy, ktoré sú štandardne používané u západných klientov, môžu byť v odlišnom kultúrnom kontexte vnímané ako nevhodné, či dokonca ohrozujúce (napr. potreba otvorene prejať emócie).⁵¹ Rathod, Naeem a Kingdon⁵² upozorňujú, že popri zvyšovaní dostupnosti psychologických služieb v krajinách, ktoré nepatria k tzv. mainstreamu, je rovnako dôležité zvyšovať ich kvalitu, ktorej predpokladom je dostatočná kultúrna kompetencia ich poskytovateľov. Nevyhnutnou podmienkou je tiež interkultúrna validizácia a prepracovanie psychologických teórií, ale aj vytváranie kultúrne prispôbených psychodiagnostických nástrojov.⁴⁷ Osobitnú pozornosť treba venovať poznaniu individuálnej osobnostnej štruktúry a hodnotovej orientácie, ako aj charakteristickým znakom sociálnych skupín a kultúrnych spoločenstiev, ktorých členom je daný jednotlivec.

LITERATÚRA

- Gurung R. A cultural approach, Health psychology. San Francisco: Cengage; 2010: 544.
- Schwarz CM, Seaton MA, Levy Y, Gefen R. Password: Anglický výkladový slovník. Bratislava: SPN; 1999: 863.
- Křivohlavý J. Psychologie zdraví. Praha: Portál; 2001: 278.
- Heretik A. Klinická psychológia. Nové Zámky: Psychoprof; 2007: 815.
- Ridner S. Psychological distress. Concept analysis. J Adv Nurs 2004; 45 (5): 536–545.
- Drapeau A, Marchand, Beaulieu-Prévost D. Epidemiology of Psychological Distress. In: L'Abate L, ed. Epidemiology of Psychological Distress, Mental Illnesses – Understanding, Prediction and Control. InTech, available from: <http://tinyurl.com/n28t6e8>; 2012: 105–134.
- Mullins L, Cote M, Fuemmeler B, Jean V, Beath W, Paul R. Illness intrusiveness, uncertainty and distress in individuals with multiple sclerosis. Rehabil Psychol 2001; 46 (2): 139–153.
- Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). Aust NZ J Public Health 2001; 25 (6): 494–497.
- Mirowsky J, Ross CE. Measurement for a human science. J Health Soc Behav 2002; 43: 152–170.
- Holi M. Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90 (doctoral thesis). Helsinki: University of Helsinki; 2003: 82.
- Stewart A, Ware J, Sherbourne C, Wells K. Psychological Distress/Well-Being and Cognitive Functioning Measures. In Stewart A, Ware S, eds. Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach. Durham: Duke University Press; 1992: 456.
- Chalk H. Mindover matter: Cognitive – behavioral determinant of emotional distress in multiple sclerosis. Psychol Health Med 2007; 12 (5): 556–566.
- Matsumoto D, Juang L. Culture and Psychology (4th ed.). Belmont: Wadsworth; 2007: 544.
- Levenson RW, Soto J, Pole N. Emotion, biology, and culture. In Kitayama S, Cohen D, eds. Handbook of Cultural Psychology. New York: Guilford; 2007: 780–796.
- Mesquita B, Karasawa M. Self-conscious emotions as dynamic cultural processes. Psychol Inq 2004; 15: 161–166.
- Kitayama S, Mesquita B, Karasawa M. Cultural affordances and emotional experience: Socially engaging and disengaging emotions in Japan and the US. J Pers Soc Psychol 2006; 91: 890–903.
- Ekman P, Friesen WV. The repertoire of nonverbal behavior: Categories,

- origins, usage, and coding. *Semiotica* 1969; 1 (1): 49–98.
18. Matsumoto D. Ethnic differences in affect intensity, emotion judgments, display rule attitudes, and self-reported emotional expression in an American sample. *Motivation and emotion* 1993; 17 (2): 107–123.
 19. Fernández I, Carrera P, Sánche, F, Paez D, Candia L. Differences between cultures in emotional verbal and non-verbal reactions. *Psicothema* 2000; 12(1): 83–92.
 20. Kolman L, Noorderhaven N, Hofstede G, Dienes E. Cross-cultural differences in Central Europe. *J Manag Psychol* 2003; 18 (1): 76–88.
 21. Hofstede G, Hofstede GJ. *Kultury a organizace*. Praha: LINDE; 2007: 336.
 22. Russell JA. Culture and the categorization of emotion. *Psychol Bull* 1991; 110: 426–450.
 23. Wierzbicka A. Human emotions: universal or culture-specific? *Am Anthropol* 1986; 88 (3): 584–594.
 24. Leff JP. Culture and the differentiation of emotional states. *BJ Psych* 1973; 123: 299–306.
 25. Butler EA, Lee TL, Gross JJ. Emotion regulation and culture: Are the social consequences of emotion suppression culture-specific? *Emotion* 2007; 7 (1): 30–48.
 26. Çinarbas CD, Aegisdottir S. Somatic, affective and behavioral stress reactions across cultures. *Int J Adv Couns* 2010; 32: 129–143.
 27. Nichter M. Idioms of Distress Revisited. *Cult Med Psychiatry* 2010; 34 (2): 401–416.
 28. Tseng W. Overview: Culture and psychopathology. In: Tseng W, Strltzer S (eds.). *Culture and psychopathology*. 1st ed. New York: Brunner/Mazel; 1997: 1–27.
 29. Marsella AJ. Depressive experience and disorder across cultures. In Triandis HC, Draguns JG, eds. *Handbook of cross-cultural psychology: Psychopathology*. Boston: Allyn and Bacon; 1988: 233–262.
 30. Draguns JG, Tanaka-Matsumi J. Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behav Res Ther* 2003; 41 (7): 755–776.
 31. Matsumoto D, Kouznetsova N, Ray R, Ratzlaff C, Biehl M, Raroque J. Psychological culture, physical health, and subjective well-being. *J Gender, Cult Health* 1999; 4 (1): 1–18.
 32. Češková E. Organické duševní poruchy včetně symptomatických: 2006. In: Svoboda M, Češková E, Kučerová H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál; 2006: 85–137.
 33. Bromet E, Andrade L, Hwang I et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 2011; 9: 90–105.
 34. Heretik A. sr, Heretik, A. jr, Novotný V, Pečeňák J, Ritomský A. EPID: Epidemiológia depresíí na Slovensku. *Psychoprof: Nové Zámky*; 2003: 222.
 35. Zhang AY, Yu LC, Yuan J. Family and cultural correlates of depression among Chinese elderly. *Int J Soc Psychiatry* 1997; 43: 199–212.
 36. Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a WHO study in primary care. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 989–995.
 37. Tsai JL, Chentsova-Dutton Y. Understanding depression across cultures. In: Gotlib I, Hammen C (eds.). *Handbook of depression*. New York: Guilford Press; 2002: 467–491.
 38. Svoboda M. Psychopatologie (Obecná psychiatrie). In: Svoboda M, Češková E, Kučerová H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál; 2006: 85–137.
 39. Rachman SJ. *Anxiety (Clinical Psychology: A Modular Course)*, New York: Psychology Press; 2004: 224.
 40. Michael T, Zetsche U, Margraf J. Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry* 2007; 6 (4): 136–142.
 41. Deacon B, Abramowitz JS. Cognitive and behavioral treatment for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *J Clin Psychol* 2004; 60: 429–441.
 42. Kofler A. Fear and anxiety across continents: The European and the American way. *Innovation: Eur J Soc Sci Res* 1997; 10: 381–404.
 43. Boehnke K, Stromberg C, Regmi MP et al. Reflecting the World “OutThere”: A Cross-Cultural Perspective on Worries, Values and Well-Being. *J Soc Clin Psychol* 1998; 17 (2): 227–247.
 44. Woolfolk RL, Allen LA. *Treating Somatization: A Cognitive-Behavioral Approach*. New York: Guilford Press; 2007: 226.
 45. Yeung A, Chang D. Somatization. In: Jackson, Y. *Encyclopedia of multicultural psychology*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2006: 436–438.
 46. Simon G, Von Korff M. Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1494–1500.
 47. Kirmayer LJ, Dao THT, Smith A. Somatization and psychologization. In Okpaku S, eds. *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*. Washington: Am Psychiatric Press; 1998: 233–265.
 48. Cheung FM. The indigenization of neurasthenia in Hong Kong. *Cult Med Psychiatry* 1989; 13 (2): 227–241.
 49. Matsumoto D, Fletcher D. Cultural influences on disease. *J Gender Cult Heal* 1996; 1: 71–82.
 50. Miodek A, Szemraj P, Kocur J, Ryś A. Masked depression – history and present days. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2007; 23 (133): 78–80.
 51. Seeley KL. *Cultural psychotherapy. Working with culture in the clinical encounter*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 2000: 284.
 52. Rathod S, Naem F, Phiri P, Kingdon D. Expansion of psychological therapies. *BJ Psychiat* 2008; 193 (3): 256–257.