

EMOČNÍ A SOCIÁLNÍ OSAMĚLOST V ETIOLOGII A LÉČBĚ DUŠEVNÍCH PORUCH

souborný článek

Václava Tylová^{1,2}
Hana Kuželová¹
Radek Ptáček¹

¹Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Praha

²Psychiatrické oddělení
Klatovské nemocnice, a. s., Klatovy

Kontaktní adresa:

PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11
128 05 Praha 2
e-mail: ptacek@neuro.cz

SOUHRN

Tylová V, Kuželová H, Ptáček R. Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch

Osamělost je nepříjemný subjektivní stav vznikající v důsledku nedostatečného zapojení do sociálních vztahů. Má různé formy: sociální a emoční. Sociální osamělost souvisí se samotou a je způsobena absencí vztahů především s přáteli a známými. Emoční osamělost vzniká v důsledku absence blízkého vztahu založeného na vzájemném porozumění. Jedná se o subjektivní prožitek, který se vyskytuje během celého života, problémem se stává, pokud je chronický. Základním nástrojem hodnocení osamělosti jsou škály. Nejčastěji používanou je UCLA Škála osamělosti, která má vysokou validitu a velmi dobrou reliabilitu. Existuje celá řada teorií osamělosti, nejrespektovanější současný model vychází z kognitivní teorie.

Osamělost je rizikovým faktorem pro vznik somatických a duševních poruch, vede nejen k vyšší nemocnosti, ale i úmrtnosti. Je spojena především s depresí, nedostatečnou kvalitou spánku, úzkostí, poruchami paměti a schizofrenií, také narušuje kognitivní funkce. Zvyšuje riziko vysokého krevního tlaku a kardiovaskulárních onemocnění, zhoršuje funkci imunitního systému. U dětí může být nedostatek sociálního kontaktu prediktorem pozdější deprese, antisociálního chování, sebepoškození či suicidálního chování. Byly prokázány genetické souvislosti.

SUMMARY

Tylová V, Kuželová H, Ptáček R. Emotional and social loneliness in etiology and therapy of mental illness

Loneliness is an individually unpleasant state on both, social and emotional levels, coming up in consequence of insufficient social bonds. Social loneliness is interconnected with loneliness as such and is caused by the absence of relationships with friends and other people. Emotional loneliness is caused by the absence of a close relationship based on mutual understanding. Loneliness is a subjective, individual state occurring throughout the life; it tends to be considered a problem when it becomes chronic. One of the basic assessment methods of loneliness is scales. The UCLA Loneliness Scale is the most frequently used one due to its high validity and appropriate reliability. There are a number of theories on loneliness. The most respected one is based on cognitive theory.

Loneliness is a risk factor in developing somatic and mental diseases; it contributes both to higher sickness and death rates. Loneliness tends to be accompanied by depression, low quality of sleep, anxiety, memory impairment, schizophrenia. It causes cognitive impairment, increases the risk of high blood pressure and cardiovascular diseases; it causes immune deficiency. In children, the lack of social contact may become a predictor of later depression, dissocial behaviour, self-injury, and suicidal behaviour. Genetic causal links were proved.

Na základě rozsáhlé metaanalýzy intervencí zaměřené na redukování osamělosti lze za nejúčinnější považovat intervence zaměřené na maladaptivní sociální kognice, tj. kognitivně-behaviorální terapii, i když zatím v této oblasti není široce rozšířena. Vhodné by proto byly další studie k prokázání efektivity.

Klíčová slova: osamělost, sociální osamělost, emoční osamělost, UCLA Škála osamělosti, deprese, kognitivně-behaviorální terapie, kognitivní restrukturalizace.

The most effective, based on an extensive meta-analysis of intervention methods aimed at the reduction of loneliness, proved to be interventions aimed at changing maladaptive social cognitive patterns, i.e. cognitive-behavioural therapy even though it has not been widely used in this field. Thus, other studies to prove its efficiency are needed.

Key words: loneliness, social loneliness, emotional loneliness, UCLA Loneliness Scale, cognitive-behavioural therapy, cognitive restructuring.

ÚVOD

Potřeba sociálního kontaktu je pokládána za základní sociální potřebu, která patří k podstatě člověka jako tvora společenského. Osamělost je důsledkem nenaplnění této potřeby. Často bývá zaměňována se samotou. Samota nerovná se osamělost a naopak, osamění není samota.

Samotu lze charakterizovat jako absenci kontaktů a vztahů s ostatními lidmi, jako určitý objektivní stav jedince. Může přitom mít různé formy: od dobrovolné samoty, kdy jsou lidé sami rádi, přes nedobrovolnou samotu (např. při hospitalizaci) až po dobrovolnou, ale pod tlakem. Samotu si čas od času může člověk sám volit a může přitom přispívat k jeho psychické vyrovnanosti.

Osamělost jedinec prožívá, pokud touží po někom blízkém, má potřebu kontaktu a vztahů s jinými osobami, ale těch se mu nedostává. Osamělost se vyskytuje tehdy, když určitá osoba považuje svoje zapojení do sociálních vztahů za slabší a méně uspokojivé, než by si sama přála.¹ Autoři dále uvádějí tři základní znaky, kterými se osamělost odlišuje od samoty:

- osamělost je subjektivní prožitek,
- osamělost je výsledkem vnímání určitých nedostatků v interpersonálních vztazích,
- osamělost je nepřijemná.

Na určení osamělosti nestačí pouhé pozorování, zda je někdo sám, nebo obklopen jinými lidmi. Důležité je spíše osobní vnímání vztahů, a to především jejich kvality, ne kvantity.

Weiss² rozlišuje mezi sociální a emocionální osamělostí, které spolu mohou koexistovat nebo se vyvíjet nezávisle. Zatímco sociální osamělost souvisí se samotou a je způsobena absencí vztahů především s přáteli a známými a v důsledku toho vzniká absence společně sdílených aktivit a zájmů, emocionální osamělost vzniká v důsledku absence jedné konkrétní blízké osoby. Člověk v tomto případě může být obklopen desítkami přátel, známých, kolegů,

ale postrádá důvěrný vztah, který by byl založen na vzájemném porozumění, lásce, intimitě, důvěře a opoře.

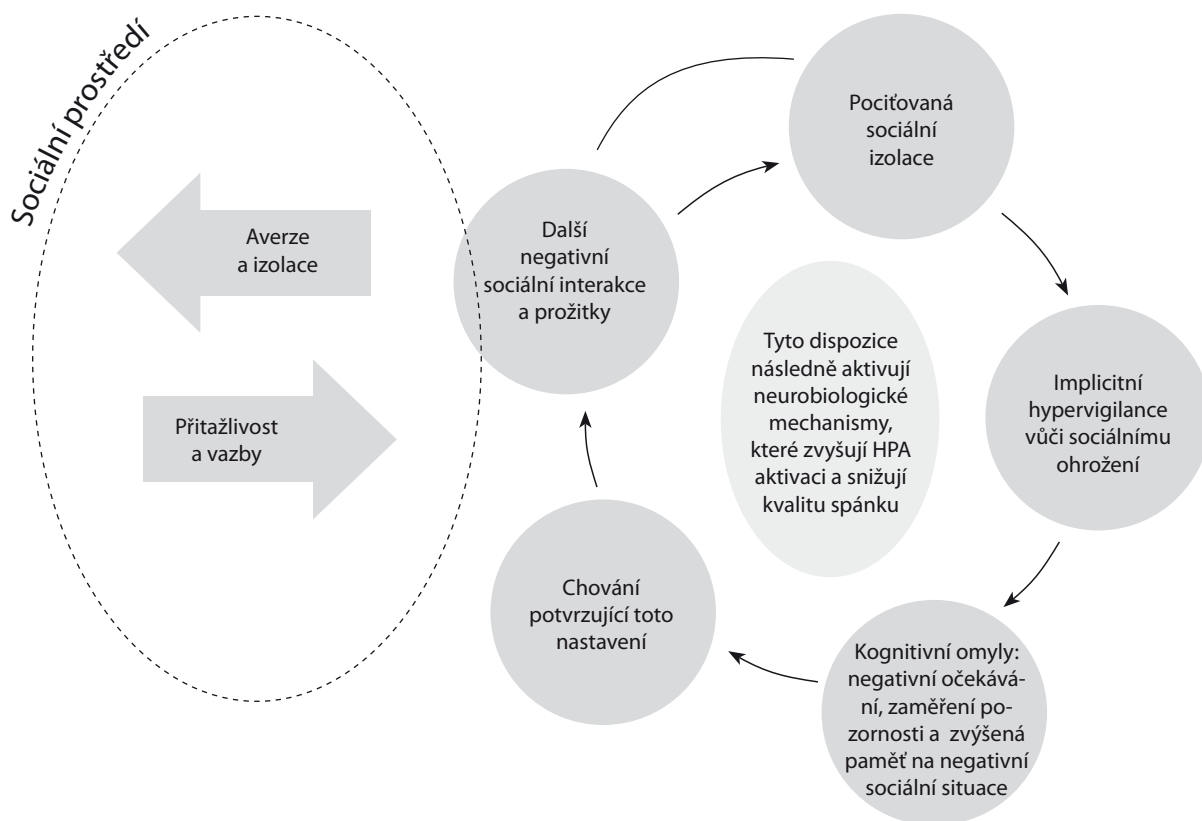
Osamělost lze považovat za osobnostní proměnnou, silnější tendence k prožívání osamění mají někteří lidé. Rozlišuje se osamělost jako rys a osamělost jako stav.³ Rys osamělosti představuje relativně stabilní vzorec prožívání osamělosti, který se s ohledem na různé situace jen velmi málo mění. Stav osamělosti je naproti tomu zážitek, který je časově ohraničený a je spjat se změnami v životě, převážně souvisejícími s formováním nových sociálních sítí.

PREVALENCE

Osamělost je běžná zkušenost, problém nastává, pokud se osamělost stává chronickou. Sociální osamělost je obvykle definována v epidemiologické literatuře ve smyslu několika jednoduchých indexů jako rodinný stav, počet přátel apod. Emoční osamělost jako subjektivní prožitek je zpravidla zjišťována psychodiagnostickými metodami s využitím sebeposuzovacích škál.

Emoční a sociální osamělost se vyskytuje během celého života, nejvíce v období časná a pozdní dospělosti. Dle aktuálních zjištění osamělostí trpí přes 30 % osob ve věku nad 55 let a u 15–30 % se osamělost stává chronickým stavem.⁴ Ukazuje se však, že již děti a adolescenti prožívají osamělost, např. ve studii dětí předškolního a školního věku se 12 % dětí cítilo osamoceny.⁵

Odhaduje se, že v nadcházejících desetiletích dojde k dalšímu zvýšení prevalence. Existuje hned několik důvodů: zvyšuje se věk obyvatelstva a často se tak prodlužuje doba, kdy je člověk vdovcem, vdovou. Dále k tomu přispívá narůstající počet osob žijících osamoceny v jedné domácnosti, zaměření na kariéru, opožděné uzavírání manželství apod.⁶



Obr. 1. Schéma vlivů vedoucích ke zvýšení HPA aktivity a snížení kvality spánku

Prožitek osamělosti může vést ke zvýšené ostražitosti vůči možným sociálním hrozbám, což následně vede k nesprávně zaměřené pozornosti, uvažování a paměti, zejména na negativní aspekty. Osamělí jedinci vnímají sociální svět jako více ohrožující, mají více negativních očekávání ze strany druhých lidí a pamatují si více negativních společenských situací než neosamělí jedinci. Takovýto způsob uvažování zvyšuje pravděpodobnost, že se jedinci začnou chovat tak, že se jim potvrdí jejich předpoklady, tj. budou častěji prožívat sociální interakce jako negativní. Tím sami sebe přesvědčí o tom, že mají nízkou sociální hodnotu či nízkou kontrolu nad situacemi, do nichž vstupují. Tento proces následně změní povahu a pravděpodobnost zapojení do společnosti a aktivují hypotalamo-hypofyzo-adrenální osu (HPA) a též snižují kvalitu spánku. Opakovaná nebo chronická aktivace hrozby v společenském kontextu spolu se sníženými anabolickými procesy může vést ke zvýšené kognitivní zátěži a narušení exekutivních funkcí, dysregulaci fyziologických a mozkových funkcí, zvýšení nemocnosti a úmrtnosti. (podle Cacioppo & Hawley, 2009)

HODNOCENÍ OSAMĚLOSTI

Jak vyplývá z definice, osamělost je především subjektivní prožitek, proto základním nástrojem jsou sebeposuzovací škály.^{7,8,9}

Existuje celá řada škál, od jednodimenzionální až po složitější, které odlišují jednotlivé dimenze osamělosti, její intenzitu, časový rozsah a další emoční charakteristiky.

Nejčastěji používaným nástrojem na měření je UCLA Škála osamělosti, která je koncipována jako dvacetipoložková unidimenzionální škála používaná pro klinické i výzkumné účely. Autory této metody jsou D. Russell, L. A. Peplau a M. L. Ferguson. První verze byla vytvořena v r. 1978 na UCLA.⁷ Škála byla vysoce reliabilní a validní, ale všechny položky byly formulovány negativně nebo v nich bylo obsaženo slovo osamělost. Proto Russell⁸ vyvinul revidovanou verzi, ve které byly také položky formulovány pozitivně nebo neobsahovaly slovo osamělost. Tyto verze byly ověřovány na vysokoškolských studentech. Postupně se ukázalo, že pro starší populaci je nevyhovující, zejména kvůli problému s porozuměním např. dvojí negaci. Proto

Russell⁹ vytvořil třetí verzi, ve které přeformuloval položky a škály validizoval na populaci vysokoškoláků, zdravotních sester a seniorů. Z výsledků studie ověřující platnost a spolehlivost vyplývá, že se jedná o vhodný nástroj k měření osamělosti napříč populací (má vysokou vnitřní konzistenci alfa = 0,92 a velmi dobrou reliabilitu r = 0,73 za 12 měs.). To je navíc potvrzeno faktem, že většina výzkumných studií využívá škálu jako základní nástroj.

Základním formátem je čtyřbodová Likertova škála, ve které jsou výroky diferencovány na nikdy (1), zřídka (2), občas (3) a vždy (4). Součet bodů tvoří celkové skóre, vyšší skóre představuje vyšší míru osamělosti. V současnosti probíhá překlad této škály do českého jazyka a v plánu je její standardizace.

Existují ještě další škály osamělosti:

- de Jong – Gierveld Scale (de Jong-Gierveld, 1987) – 11 položková škála, která rozlišuje 3 dimenze osamělosti (intenzita, časová a emoční charakteristika);
- Differential Loneliness Scale (Schmidt and Sermat, 1983) – 60 položková škála rozlišující 4 vztahové oblasti (partnerská, přátelská, rodinné vztahy v širší společnosti, komunitě);

- Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (di Tommaso and Spinner, 1993, 1997) –37položková na 7bodové Likertově škále, měří partnerskou, rodinnou a sociální osamělost;
- Wittenberg Emocional vs. Social Loneliness Scale (Wittenberg, 1986) – 5bodová Likertova škála ke zjištění sociální a emocionální osamělosti;
- Loneliness Rating Scale (Scalise et al., 1984).

Škály je možné volit podle účelu, podrobnější se doporučují zařazovat zejména tam, kde je zapotřebí podrobněji specifikovat osamělost a současně se plánují terapeutické intervence.

TEORIE OSAMĚLOSTI

Přestože osamělost byla vždy součástí lidské existence, v psychologii se jí věnuje pozornost relativně krátkou dobu. Za předchůdkyni teorie osamělosti lze považovat Bowlbyho teorii přimknutí, podle níž vývoj bezpečného vztahu mezi dítětem a pečující osobou představuje základ schopnosti navazovat a udržet si stabilní a blízké vztahy v dospělosti. Teorie přimknutí se stala východiskem pro Weissovu teorii osamělosti, která definuje osamělost jako emoci, signalizující nenaplněné potřeby blízkosti, lásky a bezpečí, zapříčiněnou nedostupností vazbových osob. Na tomto základě pak rozlišil osamělosti na sociální a emoční. Emoční osamělost se podle jeho mínění rozvinula právě u osob, kde chyběla blízká citová vazba k druhé osobě (attachment figure).²

Je třeba připomenout, že lidský druh má jedno z nejdělnějších období závislosti dítěte na rodiči, kdy rodiče své dítě krmí a chrání řadu let, než je schopno žít samostatně. Přežití dětí záviselo na rodičích. Ačkoliv samota byla nepříjemná pro jednotlivce, pro druh byla důležitá také z hlediska přežití. Evoluční teorii aplikovali na osamělost Cacioppo et al.¹⁰ Dospívají v ní k závěru, že osamělost je lidská vlastnost, která se vyvinula na dědičném podkladě, což vede k tomu, že někteří jedinci jsou více náchylní cítit se osamělí než ostatní. Podle této teorie existuje předpoklad, že naši dávní předci, kteří žili ve společenstvech, komunikovali spolu, spolupracovali a dělili se o potravu, měli selektivní výhodu přežít. V podmínkách strádání se lovci-sběrači, kteří měli genetické dispozice prožívat osamělost, s větší pravděpodobností vrátili k tomu, aby se s příbuznými a ostatními dělili o potravu a přístřeší, také proto, aby minimalizovali svoji bolest z osamění. Ti, kteří při separaci od druhých netrpěli osamělostí, mohli sice mít lepší výživu, ale jejich odvržení potomci (s genetickou dispozicí rodičů) měli menší šanci na přežití. Osamělost jako vlastnost zajišťovala přežití genu. Z uvedeného evolučního scénáře vyplývá, že lidé patrně dědí různé tendence k prožitku osamělosti. Tato teorie je podpořena nedávnými genetickými výzkumy, které prokázaly signifikantní stupeň dědičnosti pro osamělost. Adopce a studie nezletilých i dospělých dvojčat potvrdily, že dědičné komponenty se na osamělosti podílejí ve vysoké míře.¹¹

Další teorie předpokládají, že osamělost je osobnostní rys. Existuje celá řada studií zaměřených na hledání individuálních rozdílů, kterými se osamělí lidé odlišují od ne-

osamělých. Pocity osamění se spojují se zvýšenou úrovní sociální anxiety a studu a zároveň s nižším stupněm sebeúcty a asertivity. Osamělí lidé jsou obvykle introvertovaní, anxiózní a přecitlivělí na odmítání a s největší pravděpodobností trpí depresí. Mají problémy s formováním přátelských vztahů a se svým zapojováním se do společenských aktivit. V interpersonálních vztazích lze zaznamenat nedostatek reciprocity. Kriticky posuzují sebe i jiné lidi, jejich negativní očekávání vede k interpretaci chování druhých jako odmítajícího.^{3,6}

Osamělost může být podmíněna také sociálně: díky známé Framinghamské studii se prokázalo, že osamělost se může mezi lidmi šířit „jako nákaza“. Studie byla sice původně navržena k monitorování kardiovaskulárních chorob, ale od druhé generace vědci sledovali také sociální sítě účastníků. U každého člověka po dobu dvou až čtyř let zaznamenávali pocity, jména přátel a příbuzných i četnost kontaktů s nimi. Osamělí lidé se postupně stahovali na okraj společnosti. Ještě než se stáhli, šířili své pocity mezi zmenšující se počet svých přátel, kteří později také osaměli. Celé skupiny lidí se tak stali osamělými. Studie ukázala také na to, že lidé, kteří se vyřadili ze sociálních sítí, jsou vůči jiným lidem nedůvěřiví a návrat do společnosti mezi ostatní lidi je tak pro ně obtížný.¹²

Jeden ze současných obecně uznávaných modelů osamělosti založených především na kognitivní teorii předpokládá, že percipovaná sociální izolace vyvolává pocit nebezpečí, které vede ke zvýšenému vnímání další možné hrozby v sociálním prostředí. Důsledkem nevědomých procesů, které zvyšují pohotovost k vnímání sociálního ohrožení, jsou kognitivní omyly: ve srovnání s neosamělými lidmi vnímají osamělí lidé sociální svět jako více ohrožující místo, očekávají více negativních sociálních interakcí a také si ze sociálního kontaktu odnášejí více negativních vzpomínek. Negativní sociální očekávání současně ve druhých lidech navozuje chování, které osamělé osobě potvrdí její očekávání – ve smyslu sebenaplnujícího proroctví. Na jeho podkladě se osamělí lidé sami distancují od ostatních, ale příčinu přisuzují druhým a mají pocit, že nad situací nemají žádnou kontrolu. Tento bludný kruh osamělosti je provázen pocity nepřátelství, stresem, pesimismem, úzkostí, nízkým sebevědomím a představuje dispoziční tendence, které aktivují neurobiologické a behaviorální mechanismy negativně působící na lidské zdraví.¹³

Na osamělost lze tak nejspíše pohlížet komplexně, konkrétně jako na heterogenní konstrukt v duchu „bio-psycho-sociálního“ modelu. Zatímco někdo má biologickou predispozici k prožívání osamělosti nejspíše v souvislosti se zděděnými osobnostními rysy, jiní mohou prožívat osamělost na podkladě jiných psychologicky působících faktorů, například smutku nebo deprese. A konečně ze sociálního hlediska mohou osamělost prožívat sociálně izolovaní jedinci. Výhody objasnění osamělosti z tohoto hlediska spočívají v tom, že jasně poukazuje (objasnění) na faktory, které podmiňují individuální prožívání osamělosti, čímž přispívá k volbě optimálních terapeutických intervencí.

VLIV OSAMĚLOSTI NA ZDRAVÍ

Kromě toho, že je osamělost nepříznivě prožívána, je také rizikovým faktorem vzniku mnoha somatických a duševních onemocnění, vede nejen k vyšší nemocnosti, ale i úmrtnosti.

Longitudinální studie potvrzují, že dospělí, kteří byli v dětství sociálně izolovaní, jsou v dospělosti více ohroženi vznikem kardiovaskulárních onemocnění, nadváhou, hypertenzí, hypercholesterémií. U mladých lidí trpících osamělostí dochází ke zvyšování vaskulární rezistence,^{14–17} starší dospělí lidé mají často zvýšený systolický krevní tlak, méně kvalitní spánek. Osamělí lidé mají častěji narušené kognitivní funkce a dochází u nich k rychlejší progresi Alzheimerovy choroby.¹⁸ Osamělost je rizikovým faktorem pro vznik deprese. Diskutovány jsou mechanismy vzniku a rozvoje těchto potíží, vzájemné souvislosti.^{19,20}

FYZIOLOGICKÉ VLIVY OSAMĚLOSTI

Vztah mezi osamělostí a kardiovaskulárním onemocněním a následnou úmrtností má nejspíše své kořeny ve fyziologických změnách, které začínají již v raných fázích života. Chronická sociální izolace, odmítání nebo pocity osamělosti v raném dětství, dospívání a rané dospělosti se mohou kumulovat a stát se rizikovým faktorem pro rozvoj kardiovaskulárních změn v mladé dospělosti včetně zvýšeného krevního tlaku.²¹ Ve studii mladých dospělých¹⁴ osamělost souvisela se zvýšeným celkovým periferním odporem, který je primární determinantou vysokého krevního tlaku nejméně do 50 let. Tato skutečnost naznačuje, že zvýšení periferního odporu související s osamělostí v rané a střední dospělosti může vést k vyššímu krevnímu tlaku ve středním a vyšším věku. V souladu s touto hypotézou byla osamělost spojována s vyšším systolickým krevním tlakem (SBP) ve vyšším věku. V chicagské studii¹⁶ byl zjištěn vztah mezi osamělostí a zvýšeným systolickým krevním tlakem. V porovnání se vzorkem mladých osamělých byl u starších jedinců tento vztah markantnější, což může svědčit pro to, že v porovnání s neosamělými jedinci, u osamělých dochází rychleji ke zhoršení fyziologických funkcí. Navazující pětiletá longitudinální studie týkající se těchto jedinců tuto hypotézu podpořila.¹⁷ Krátkodobé výkyvy osamělosti trvající jeden rok ještě nebyly významným prediktorem změn systolického krevního tlaku (SBP), ale dlouhodobější osamělost mající již charakter vlastnosti, zjišťovaná v intervalech dvou, tří i čtyř let, již k jeho zvýšení vedla. Nárůsty byly kumulativní, vysoká počáteční úroveň osamělosti byla spojena s větším zvýšením SBP během čtyřletého období. Očekávaný vliv osamělosti na SBP byl nezávislý na věku, pohlaví, rase / etnickém původu, kardiovaskulárních rizikových faktorech, užívaných lécích i zdravotním stavu, dále na vlivu depresivních příznaků, sociální podpory, percipovaného stresu i nepřátelství/hostilitě.¹⁷

Zvýšený systolický krevní tlak je dobře známý rizikový faktor pro chronická kardiovaskulární onemocnění a uvedená zjištění naznačují, že osamělost urychluje vznik či rozvoj vážných zdravotních následků. Fyziologické determinanty odpovědné za kumulativní vliv osamělosti na krevní

tlak ještě nebyly plně objasněny. Jisté je, že ve vývoji SBP v rané a střední dospělosti hraje významnou roli periferní odpor; s rostoucím věkem vstupují do hry další mechanismy (např. změny ve vaskulární fyziologii, ztlustění artérií atd.). Na druhé straně je řada mechanismů ovlivněna životním stylem, jako je strava, fyzická nečinnost a obezita, tedy faktory, které ovlivňují hladinu lipidů v krvi i zánětlivé procesy působící na cévní systém a jeho fungování.

Zjišťována je např. role oxytocinu, jako významné komponenty mající vliv na autonomní srdeční kontrolu. Neurotransmitter oxytocin zvyšuje vysokofrekvenční variabilitu srdeční činnosti (HF HRV), což je index parasympatické kontroly srdce. Snížení této kontroly může predikovat srdeční onemocnění a zvyšovat mortalitu. Studie prokázala, že vliv oxytocinu na autonomní srdeční činnost je spojen s osamělostí, vyšší hladina osamělosti predikuje sníženou funkci parasympatiku při intranasálním podání oxytocinu. Osamělí jedinci tak mohou být méně citliví na pozitivní účinky oxytocinu na kardiovaskulární reaktivitu.²²

VLIV OSAMĚLOSTI NA PSYCHIKU

Již ve výzkumných počátcích byla osamělost charakterizována jako chronický stres s negativním dopadem na fungování člověka.² Osamělost bývá spojována s poruchami osobnosti, psychózami, suicidálním jednáním a zhoršováním kognitivního výkonu, progresivnějším poklesem kognitivních funkcí, zvýšeným rizikem Alzheimerovy choroby a zvýšením depresivní symptomatiky.²³

KOGNITIVNÍ FUNKCE

Současné studie (experimentální, průřezové i longitudinální) objasňující vliv osamělosti na kognitivní funkce jsou teprve na počátku. Zvířecí studie již prokázaly, že sociální izolace narušuje proces učení, existuje již několik longitudinálních studií, které doložily vliv osamělosti na pokles kognitivních funkcí u lidí.^{18,24} Tilvis et al.²⁴ hodnotili kognitivní funkce u seniorů během desetileté studie a dospěli k závěru, že osamělost nezávisle na jiných faktorech vede k poklesu kognitivních funkcí. V další rozsáhlejší studii Wilson et al.¹⁸ posuzovali 823 seniorů, kteří na počátku výzkumu prošli rozsáhlou baterií neuropsychologických testů bez průkazů známek demence. Během čtyřletého sledování bylo u osamělých seniorů zjištěno progresivnější zhoršení kognitivních funkcí. Nebyla ale zjištěna opačná souvislost, kognitivní výkon na počátku sledování nepředpovídal změny v osamělosti. Navíc u 76 účastníků studie se v průběhu studie rozvinuly příznaky demence: u těch, kteří na počátku sledování dosáhli vysokého skóre ve škále osamělosti, se Alzheimerova choroba rozvinula až 2,1krát častěji. U 67 % účastníků z těch, kteří během studie zemřeli, byly provedeny pitvy mozků a u 30 % tak mohla být Alzheimerova choroba jako klinická diagnóza potvrzena i posmrtně. Wilson se zabýval také současným možným vlivem depresivních příznaků, ve shodě s dalšími výzkumy však dospěl k závěru, že depresivní symptomatologie jen velmi málo souvisí s rozvojem Alzheimerovy choroby. Ačkoliv mechanismus mezi

osamělosti a zhoršováním kognitivních funkcí ještě nebyl popsán, díky zvířecím studiím již byla prokázána souvislost mezi sociální izolací a zhoršením centrálních protizánětlivých reakcí, vyšším výskytem infarktů a edémů. U zvířat také bylo prokázáno zhoršené fungování na ose prefrontální-kortikální-striátové, byly též prokázány anatomické změny (méně dendritických spojení v hipokampu a prefrontálním kortexu), došlo ke snížení produkce mozkového neurotrofního faktoru (brain-derived neurotropic factor). Zda osamělost (emoční) vede k podobným změnám a zda jsou tyto změny identické také u lidí, ještě nebylo prokázáno. Jisté však je, že osamělost narušuje kognitivní a exekutivní funkce.¹⁸

SPÁNEK

Osamělost zvyšuje přecitlivělost pro možné sociální ohrožení a vede tak k výskytu kognicí, které narušují schopnost relaxovat. Studie prokazují narušení kvality spánku, ne jeho délky. Spánek, který je často přerušovaný, nemá i přes dostatečnou délku požadovaný regenerační efekt. To následně vede ke zvýšené únavě a celkově ke zhoršenému dennímu fungování člověka.²⁶

DEPRESE

Deprese a osamělost spolu často koexistují. Nejspíše se však jedná o dvě samostatné konstrukce (jednotky). Osamělost je rizikovým faktorem pro vznik deprese, ale zdá se, že naopak to neplatí. Depresivní jedinci se ne vždy cítí osamělí. Průřezové studie ukazují, že osamělost je rizikovým faktorem pro vznik deprese, již ale neodpovědí, zda osamělost způsobuje depresi, nebo zda deprese je příčinou osamělosti. V tomto směru se jeví užitečnější longitudinální studie. Green et al.²⁷ ve tříleté studii zjistili, že pocity osamělosti byly signifikantně spojeny s rozvojem deprese o tři roky později. Podobně, v desetileté longitudinální studii finských seniorů bylo zjištěno, že osamělost predikuje rozvoj depresivních symptomů.²⁸ V průřezové studii bylo prokázáno, že vysoká hladina osamělosti byla spojena s vysokou úrovní depresivních příznaků nezávisle na ostatních faktorech: věk, pohlaví, etnický původ, vzdělání, příjem, rodinný stav, státní sociální podpora a vnímaná zátěž.¹⁹ V navazující longitudinální studii prováděné po dobu tří let bylo opět prokázáno, že osamělost je spojena s depresivními symptomy, nezávisle na demografických proměnných, rodinném statusu, sociální podpoře, hostilitě či vnímaném stresu. Tato studie prováděná na lidech středního a staršího věku opět prokázala vzájemný vliv deprese a osamělosti v čase.²⁰

Výzkumy osamělosti jsou častěji prováděny na dospělé a starší populaci. Ukazuje se však, že již děti a adolescenti prožívají osamělost, což predikuje pozdější rozvoj depresivních příznaků s rizikem suicidia. Osmiletá longitudinální studie prováděná na 296 dětech v pěti, devíti a třinácti letech prokázala, že osamělost v dětství představuje interpersonální stresor, který předurčuje výskyt depresivních příznaků od dětského věku až po adolescenci.^{29,30}

INTERVENCE ZAMĚŘENÉ NA REDUKCI OSAMĚLOSTI

Model osamělosti předpokládá, že zvýšená implicitní zaměřenost na možné sociální ohrožení má významný vliv na prožívání, myšlení a chování. Osamělost tak může být snížena redukcí uvedených automatických předpokladů a kognitivních předpokladů zaměřených na negativní sociální jevy v prostředí. Existuje předpoklad, že intervence, které budou cíleny na maladaptivní sociální kognice (např. v rámci kognitivně-behaviorální terapie, která se zabývá identifikací těchto automatických negativních myšlenek (ANM) a jejich restrukturalizací), budou účinnější než intervence, které jsou zaměřeny na sociální podporu a rozvoj sociálních dovedností.

Metaanalýza efektivity intervencí snižující osamělost podpořila tuto hypotézu: rozsah změny u sociálně kognitivní intervence byl signifikantně vyšší než rozsah změny u jiných přístupů, jako je poskytování sociální podpory, rozvoj sociálních dovedností či sociálního přístupu. Výsledky studií efektivity jsou sice slibné, ale kognitivní intervence zatím nebyly tak široce rozšířeny oproti jiným typům léčby osamělosti. Existující sociálně kognitivní terapie navíc mají ve srovnání s průměrným efektem, který byl metaanalýzou zjištěn u více než 300 sociálních a behaviorálních intervencí, nevelké účinky.⁶

KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE ZAMĚŘENÁ NA MALADAPTIVNÍ AUTOMATICKÉ NEGATIVNÍ MYŠLENKY

Studie dokazují, že osamělí jedinci se cítí, myslí a jednají jinak než neosamělí, proto intervence redukující osamělost by měly být zaměřeny na sociální kognice a interpersonální jednání. Jako perspektivní se jeví kognitivně-behaviorální terapie, jejíž jádro tvoří kognitivní metody – např. kognitivní restrukturalizace automatických negativních myšlenek a terapie zaměřená na schémata.

V rámci kognitivní restrukturalizace se identifikují automatické negativní myšlenky, jejichž platnost se zkoumá, a následně se hledá alternativní/vyváženější myšlenka, která by lépe vystihovala skutečnost. Přesvědčivost vyvážených myšlenek lze pak ještě posilovat pomocí behaviorálních experimentů. Zdrojem automatických negativních myšlenek bývají hlubší, často nevědomé kognitivně-afektivní struktury, které jsou dle Becka označovány jako kognitivní schémata. Bývají to obecná pravidla a přesvědčení o tom, jaký jsem, jací jsou druzí a jaký je svět okolo.³¹ Ucelenou klasifikaci schémat provedl Young, který rozvinul tzv. kognitivní terapii zaměřenou na schémata. Popsal 18 základních tzv. raných maladaptivních schémat, která se vytvářejí během dětství na základě negativních zážitků a narušených vztahů. Za schéma, které může být pozdějším prediktorem osamělosti, lze označit sociální izolaci/odcizení.³¹ Změna dysfunkčních schémat se provádí podobným způsobem jako změna ANM. Během rozhovoru s terapeutem se hledají funkčnější, vyváženější přesvědčení, na základě nichž se pak plánují a procvičují nové způsoby chování.

V současnosti má KBT detailně rozpracované modely a terapeutické intervence pro jednotlivé poruchy, které také bývají východiskem konceptualizace problémů jednotlivých pacientů. Jako perspektivní se proto jeví rozpracovat KBT model i pro naši oblast zkoumání – osamělost spolu s efektivními psychoterapeutickými metodami.

ZÁVĚR

Téma osamělosti je velmi rozsáhlé, existuje velké množství studií zabývajících se zpravidla jen úzce vymezenou oblastí. I přes poměrně značnou poznatkovou základnu stále chybí ucelený pohled na danou problematiku, i nadále je zejména v praxi opomíjen vliv osamělosti na různé formy psychiatrických poruch. Jen velmi malá pozornost je věnována terapeutickým možnostem. Protože se jako perspektivní jeví využití metod kognitivně-behaviorální terapie, bylo by vhodné další zkoumání v této oblasti.

LITERATURA

1. Peplau LA, Perlman D. Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy. New York: Wiley; 1982.
2. Weiss RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press; 1973.
3. Výrost J, Slaměnik I. Sociální psychologie – Sociální psychologie. Praha: ISV; 1997.
4. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. Clin Psychol Rev 2006; 26: 695–718.
5. Cassidy J, Asher SR. Loneliness and peer relations in young children. Child Development 1992; 63: 350–365.
6. Masi CM, Chen HY, Hawkley LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. Pers Soc Psychol Rev 2011; 15 (3): 219–266.
7. Russell D, Pelpau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. Journal of personality assessment 1978; 42: 209–294.
8. Russell D, Peplau LA, Curtona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. J Pers Soc Psychol 1980; 39: 472–480.
9. Russell DW. UCLA loneliness scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. Journal of Personality Assessment 1996; 66: 20–40.
10. Cacioppo JT, Hawkley LC, Ernst JM, Burleson M et al. Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. Journal of Research in Personality 2006; 40: 1054–1085.
11. Boomsma D, Willemsen C, Dolan C, Hawkley L, Cacioppo J. Genetic and environmental contributions to loneliness in adults: The Netherlands twin register Study. Behavior Genetics 2005; 35: 745–752.
12. Cacioppo JT, Fowler JH, Christakis NA. Alone in the crowd: The structure and spread of loneliness in a large social network. Journal of Personality and Social Psychology 2009; 97 (6): 977–991.
13. Cacioppo JT, Hawkley LC. Perceived social isolation and cognition. Trends in Cognitive Sciences 2009; 13: 447–454.
14. Cacioppo JT, Hawkley LC, Crawford LE et al. Loneliness and health: Potential mechanism. Psychosom Med 2002; 64: 407–417.
15. Hawkley LC, Burleson MH, Berntson GG, Cacioppo JT. Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. J Pers Soc Psychol 2003; 85: 105–120.
16. Hawkley LC, Masi CM, Berry JD, Cacioppo JT. Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. Psychol Aging 2006; 21: 152–164.
17. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. Psychol Aging 2010; 25: 132–141.
18. Wilson RS, Kruger KR, Arnold SE et al. Loneliness and risk of Alzheimer disease. Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 234–240.
19. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analysis. Psychol Aging 2006; 21: 140–151.
20. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: Five year cross-lagged analysis of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging and Social Relations study. Psychol Aging 2010; 25: 453–463.
21. Caspi A, Harrington H, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R. Socially isolated children 20 years later: Risk of cardiovascular disease. Arch Pediatr Adolesc Med 2006; 160: 805–811.
22. Norman GJ, Cacioppo JT, Morris JS, Marakley WB, Beruston GG, DeVries AC. Oxytocin increases autonomic cardiac control: Moderation by loneliness. Biological Psychology 2011; 86: 174–180.
23. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanism. Ann Behav Med 2010; 40: 218–227.
24. Tilvis RS, Kahonen-Vare MH, Jolkonen J et al. Predictors of cognitive decline and mortality of aged people over a 10-year period. J Gerontol (A Biol Sci Med Sci) 2004; 59: M268–M274.
25. Tilvis RS, Laitala V, Routasalo PE, Pitkälä KH. Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. J Aging Res 2011; Feb 22, 2011: 534–781.
26. Hawkley LC, Preacher KJ, Cacioppo JT. Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. Health Psychol 2010; 29: 124–129.
27. Green BH, Copeland JR, Dewey ME, Sharma V, McWilliam C. Risk factors for depression in elderly people: A perspective study. Acta Psychiatrica Scandinavica 1992; 86: 213–217.
28. Heikkinen R-L, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up. Arch Gerontol Geriatr 2004; 38: 239–250.
29. Qualter P, Brown SL, Munn P, Rotenberg KJ. Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. Eur Child Adolesc psychiatry 2010; 19: 493–501.
30. Lasgaard M, Goossens L, Elklit A. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: cross-sectional and longitudinal analyses. J Abnorm Child Psychol 2011; 39 (1): 137–150.
31. Praško J, Možný P, Šlepecký M et al. Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton; 2007.