

Univerzita Palackého v Olomouci  
Katedra psychologie Filozofické fakulty

**Index poškození Ega a míra alexithymie u  
osob s psychosomatickými obtížemi**

**Ego impairment index and measure of alexithymia in  
individuals with psychosomatic difficulties**



**Diplomová práce**

Autor: **Bc. Hana Růžičková**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.**

Olomouc

**2010**

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 14. února 2010

## Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D., za podporu, ochotu a cenné připomínky, které mi pomohly při psaní této diplomové práce

MUDr. Tomáši Němcovi, primáři interního oddělení P-P Kliniky v Brandýse nad Labem, spol. s r.o., za umožnění rozhovorů s pacienty

MUDr. Zbyňkovi Oktábcovi, primáři chirurgického oddělení P-P Kliniky v Brandýse nad Labem, spol. s r.o., za umožnění rozhovorů s pacienty

## Obsah:

|   |    |
|---|----|
| Úvod.....   | 7  |
| Teoretická východiska .....   | 9  |
| 1. Problematika diagnostiky psychosomatických obtíží .....          | 9  |
| 2. Historie psychosomatiky .....                                    | 9  |
| 2.1. Psychosomatické hnutí .....                                    | 10 |
| 2.2. Psychosomatická medicína.....                                  | 11 |
| 2.3. Psychosomatická medicína, pojetí Z. J. Lipowskiho .....        | 13 |
| 2.4. Behaviorální medicína a současný pohled na psychosomatiku..... | 14 |
| 3. Somatizace .....   | 16 |
| 4. Psychosomatika z hlediska MKN-10 .....                           | 18 |
| 5. Protektivní faktory .....  | 20 |
| 6. Vývojové faktory .....   | 21 |
| 6.1. Ego a jeho funkce .....  | 23 |
| 7. Alexithymie.....   | 24 |
| 7.1. Dotazník TAS-20.....   | 26 |
| 8. Rorschachův test .....   | 27 |
| 8.1. Popis testu a administrace v Exnerově pojetí.....              | 29 |
| 8.2. Kvantifikace a interpretace.....                               | 30 |
| 8.3. Index poškození Ega - EII-2.....                               | 31 |
| 9. Přehled výzkumů v oblasti psychosomatiky .....                   | 33 |
| 9.1. Výzkumy s uplatněním ROR testu .....                           | 33 |
| 9.2. Výzkumy alexithymie .....                                      | 36 |
| Výzkumná část.....  | 38 |

|   |    |
|---|----|
| 10. Metodologický rámec.....                              | 38 |
| 10.1. Výzkumný problém .....                              | 38 |
| 10.2. Cíle práce.....                                     | 39 |
| 10.3. Stanovení hypotéz .....                             | 40 |
| 10.4. Aplikovaná metodika.....                            | 40 |
| 10.5. Užitá symbolika.....                                | 42 |
| 10.6. Statistické metody .....                            | 43 |
| 10.7. Výzkumný vzorek .....                               | 43 |
| 11. Výsledky výzkumu .....                                | 45 |
| 11.1. Výstupy ROR testu a dotazníku TAS-20.....           | 45 |
| 11.1.1. Sledované hodnoty u výzkumného vzorku.....        | 45 |
| 11.1.2. Sledované hodnoty v kontrolní skupině .....       | 47 |
| 11.2. Výsledky výpočtů.....                               | 49 |
| 11.3. Platnost hypotéz .....                              | 54 |
| 11.4. Interpretace výsledků výzkumu .....                 | 54 |
| 12. Diskuze .....   | 57 |
| 13. Závěr .....   | 61 |
| 13.1. Přínosy výzkumu .....                               | 62 |
| 14. Souhrn.....   | 63 |
| Literatura.....   | 67 |
| Přílohy:  |    |
| Příloha č. 1 - Dotazník TAS-20                            |    |
| Příloha č. 2 - Sledované hodnoty ve výzkumném vzorku      |    |
| Příloha č. 3 - Hodnoty subškál TAS-20 ve výzkumném vzorku |    |
| Příloha č. 4 - Sledované hodnoty v kontrolní skupině      |    |
| Příloha č. 5 - Hodnoty subškál TAS-20 v kontrolní skupině |    |



„Chceme-li uzdravit tělo, musíme je uvést do pohybovosti na cestě životem, tj. musíme uvést do správného chodu nejen matérii - technicky uchopitelnou část těla - ale i všechno ostatní. Do správné harmonie musíme uvést všechny čtyři aristotelovské příčiny pohybovosti (fysis), tj. eficientní, finální, materiální a formální příčinu životního pohybu. Musíme uzdravovat celého člověka, tj. jeho fysis, nikoliv jen jeho matérii.“ (Hogenová, 2006)

## Úvod

Psychosomatika, psychosomatická onemocnění, obtíže nebo poruchy jsou pojmy, které se z psychologické a lékařské odborné literatury již dávno rozšířily do populární literatury a běžného života. Tato slova používáme, pokud chceme vyjádřit účast psychické složky na somatickém onemocnění. Názory na to, co je psychosomatická nemoc, se historicky vyvíjí, často mění, stejně tak jako příčiny, kterými se vznik psychosomatických obtíží vysvětluje. Při předběžném průzkumu možností přístupu k výzkumnému vzorku osob s potížemi, které lze zařadit mezi psychosomatické, jsem zjistila, že veřejnost i lékaři chápou vymezení psychosomatické nemoci jako nemoci jak s funkčními potížemi, tak s orgánovým poškozením. V literatuře nejsou přesně rozlišeny psychosomatické nemoci, choroby, obtíže a poruchy, tyto názvy proto v práci používám promiscue nebo je uvádím ve znění, v jakém se o nich hovoří v příslušných zdrojích. Dále neexistuje shoda v tom, jaké choroby patří mezi psychosomatické, v textu používám tedy rozdělení na psychosomatické poruchy v užším významu (sem patří klasické psychosomatické choroby, označované jako „chicagská sedma“ nebo poruchy spadající do diagnostického označení F54) a psychosomatické poruchy v širším významu (ostatní choroby, u kterých se předpokládá psychosomatická příčina).

Moderní pohled na nemoc by měl vždy zahrnovat stránku biologickou, psychickou, sociální a duchovní, proto by se mohlo zdát, že zdůrazňování podílu psychiky na vzniku

některých onemocnění označením termínem psychosomatická onemocnění ztrácí svůj význam, jaký mělo v době jednostranně medicínského přístupu k nemoci. Přesto se tento pojem stále v hojné míře používá. Představuje užitečnou popisnou zkratku k označení faktu, že u konkrétních somatických obtíží mají psychické vlivy podstatný podíl na jejich vzniku. V teoretické části jsem se proto zaměřila na stručný přehled vývoje názorů na to, co znamená pojem psychosomatická nemoc a psychosomatická medicína.

Současný přístup k člověku ve zdraví i v nemoci předpokládá spolupráci lékaře a psychologa. Jejich spolupráce při péči o lidské zdraví představuje zároveň i nynější převládající pojetí psychosomatiky. Ke zlepšení zdravotní péče se hledají stále nové diagnostické metody, které by vedly k včasné identifikaci psychické stránky zdravotních obtíží pacienta.

Při vzniku psychosomatických obtíží se předpokládá souvislost s typickou psychickou strukturou a dynamikou duševního života a jejími projevy, jako je věcný způsob myšlení, omezená fantazie, suchopárnost, hypertrofie obranných mechanismů. Pro tyto charakteristiky vzniklo označení alexithymie. K objasnění možných dispozic k psychosomatickému onemocnění se používal kromě jiných metod i Rorschachův test (Rorschach, 1994). Z nových diagnostických možností, které Rorschachova metoda v současné době nabízí, mne zaujal index poškození funkcí Ega EII-2 (Viglione, Perry, Meyer, 2003).

Ve výzkumné části práce jsou porovnávány hodnoty indexu EII-2 Rorschachova testu a hodnoty alexithymie podle dotazníku TAS-20 (Bagby, Parker, Taylor, 1994) ve vztahu k psychosomatickým obtížím. Dotazník TAS-20 zjišťuje u vyšetřovaných osob míru alexithymie. Index EII-2 se zaměřuje na diagnostiku funkcí Ega.

# Teoretická východiska

## 1. Problematika diagnostiky psychosomatických obtíží

„Diagnostika pacientů s „lékařsky nevysvětlými příznaky“ je náročná nejen pro praktické lékaře, ale i pro specialisty a samotné psychiatry,“ uvádí D. Skorunka (2009). Jejich obtíže mohou být pojmenovány jako somatoformní porucha, disociační porucha nebo psychosomatické obtíže. Diagnózu by měl somatický lékař určit ve spolupráci s psychologem, případně s psychiatrem, jak už vyplývá z označení obtíží pacienta, tedy psycho-somatických. „Při léčbě by měl odborník rozhodnout také o tom, jaké psychoterapeutické přístupy jsou pro tyto pacienty nejvhodnější,“ (ibid.).

Psycholog získává informace o etiopatogenezi potíží v průběhu rozhovoru. Dále má k dispozici běžné psychodiagnostické prostředky, jako jsou dotazníky a projekční metody. Psychodiagnostika se neustále vyvíjí, stejně tak se mění a rozvíjí psychoterapeutické postupy. V kapitole 9 uvádíme přehled výzkumů, vztahujících se k rozvoji diagnostických možností v oblasti psychosomatiky.

## 2. Historie psychosomatiky

Pojem **psychosomatika** pochází z roku 1818 a jeho autorem je německý psychiatr *Johann Christian August Heinroth* (Baštecká a kol., 2003). Zdravý člověk se podle Heinrotha řídí hlasem svého svědomí a touhy, zatímco „podstatou nemoci je nesvoboda..... Duševně nemocný je hříšník, kterého Bůh ztrestal ztrátou svobodné vůle. Duševně nemocný je vlastně za svou nemoc zodpovědný.“ (Hanzlíček, 1977). Základní myšlenkou původního významu psychosomatiky tedy byla vina za nemoc.

**Názory na nemoc** ve vztahu k psychické a somatické příčině se vyvíjely od Hippokratova učení o nevyváženém složení tělesných šťáv (krve, slizu, žluče a černé žluče) u konkrétního nemocného jedince k Platonovu dualismu těla a duše, který ovlivnil



Galéna, až ke karteziánskému dualismu (Baštecká a kol., 2003). Platon například nazval ženské duševní poruchy hysterické a domníval se, že jsou způsobeny špatnou funkcí dělohy (hystera). Tady somatický faktor ovlivňuje psychiku. Arabský lékař *Avicenna* v Kánonu lékařství uvedl příběh nemocného mladého muže, kterého vyléčil z bezvědomí pouhou přítomností jeho milované dívky (Chromý, Honzák, 2005). V tomto případě naopak psychika ovlivnila somatické projevy nemoci.

Anglický lékař *Thomas Sydenham* v 17. století vytvořil klasifikaci symptomů nemocí, které sdružoval do syndromů buď podle podobnosti u celých skupin pacientů (patognomické syndromy) nebo podle projevů u jednotlivých pacientů (idiosynkratické syndromy) (Baštecká a kol., 2003). Položil tak základy nozologie. Od té doby se lékaři také více zajímali o společné znaky projevů choroby. *Rudolf Virchow*, tvůrce buněčné teorie, pokračoval v Sydenhamovu přístupu a rozšířil jej o histopatologické nálezy. Tento přístup byl pro medicínu ohromným přínosem a stal se také základem jejího moderního, biomedicínského pojetí. Při důsledném uplatňování výhradně biomedicínského přístupu začalo ale postupně docházet k „zastínění“ pacienta (Chromý, Honzák, 2005) konstruktem nemoci. Nemoc se stala pro lékaře někdy důležitější než pacient. Hlavním nástrojem léčby se stal objektivní nález. To ostatně dokládá i další název způsobu léčby, „evidence based medicine“, medicína založená na důkazech.

Psychosomatický přístup k nemoci se od biomedicínského liší. Vznikl později jako reakce na biomedicínský přístup, který se svým důrazem pouze na somatickou stránku nemoci a na techniku léčby a malým zájmem o psychiku pacienta začal vzdalovat lidem, odlidšťoval se. Baštecký (2002) dělí vývoj psychosomatiky na čtyři etapy: **psychosomatické hnutí, psychosomatická medicína a její vývoj, psychosomatická medicína v pojetí Z. J. Lipowskiho a behaviorální medicína.**

## 2.1. Psychosomatické hnutí

Psychosomatické hnutí inicioval *Franz Alexander*. Vycházel z myšlenek Sigmunda Freuda. Freud považoval tělesné i psychické nemoci za projev vývojového narušení. Popsal mechanismus konverze psychického konfliktu v tělesný projev. Rozlišil přitom

aktuální neurózy a psychoneurózy. U aktuálních neuróz vznikají tělesné reakce jako vegetativní doprovod emočních reakcí na vnější vlivy a nejsou ovlivnitelné Egem. Ego má naopak velký vliv na vznik psychoneuróz. Hlavní myšlenkou psychosomatického hnutí byla hypotéza, že **analogicky k v zniku psychoneuróz, tedy k potlačení konfliktu, vznikají orgánové neurózy, což jsou psychosomatická onemocnění** (Chromý, Honzák, 2005).

## 2.2. Psychosomatická medicína

**Počátky psychosomatické medicíny** se datují ke konci 40. let 20. stol (Baštecký, 2002). Psychosomatická medicína se snažila o spojení somatoterapie a psychoterapie. Její součástí bylo **hledání psychické příčiny nemoci**. Mezi nejvýznamnější představitele tohoto období patří nadále Franz Alexander, další teorie pochází od Frances Dunbarové, Grace a Grahama. Vědci hledali rysy osobnosti, druhy chování, nevyřešený základní konflikt, který stojí v pozadí vzniku onemocnění.

V psychosomatických teoriích tohoto období se někdy opět objevoval pohled na nemoc v původním Heinrothově pojetí viny, člověk prožíval a choval se určitým způsobem, proto si svoji nemoc zavinil.

*Alexander* se skupinou vědců, tzv. chicagskou školou, se domnívali, že onemocnění je určováno třemi proměnnými (Baštecká a kol., 2003): **psychodynamickou konfigurací, životní situací a celkovými tělesnými podmínkami**. Psychodynamická konfigurace podle jejich názoru vznikla už v dětství a způsobuje styl **zvládnutí intrapsychického konfliktu**, který je individuální a pro každého jedince typický. Zátěžové životní situace tento konflikt oživují a tělesné podmínky spoluurčují vznik konkrétní nemoci. Ke vzniku určité nemoci musí mít podle této teorie člověk zranitelný příslušný orgán a zároveň prožívat životní situaci, která opět oživí jeho specifický nevyřešený raný základní konflikt. Intrapsychický konflikt se týká závislých potřeb. Projevuje se buď tzv. pravými vlastnostmi, což jsou závislosti, nebo naopak závislosti popírajícími nepravými vlastnostmi, tedy projevy nezávislosti, které ale ve skutečnosti pouze zastírají nevyřešený konflikt závislostní. Alexander se spolupracovníky hledali základní konflikt u sedmi

nemocí, tyto nemoci byly později nazvány „**chicagská sedma**“. Bylo to průduškové astma, revmatoidní artritida, ulcerózní kolitida, esenciální hypertenze, hypertyreóza, žaludeční vřed a neurodermitida.

**Dunbarová** hledala specifický **osobnostní profil** pacientů u některých onemocnění. Zabývala se skupinami nemocných se zlomeninami, s kardiovaskulárními chorobami, s revmatoidními chorobami a s diabetem. Skupiny nemocných se podle jejich výzkumů lišily v rodinných i osobních anamnézách.

**Další koncepce** rozvíjející se psychosomatické medicíny **souvisí s psychosociální zátěží**. Vychází z poznatků o stresu, Selyeho všeobecného adaptačního syndromu, z teorií učení, nových objevů neuropsychologie a ze studia vztahů mezi životními událostmi a vznikem nemocí. Patří sem teorie všeobecného emočního vzrušení, teorie konstituční zranitelnosti, teorie učení orgánové odpovědi, teorie vegetativního učení, hypotéza o stylu chování A, B, X, C a D, kortikoviscerální koncepce a teorie Holmese a Raheho o souvislosti životních událostí a vzniku nemocí.

Podle **teorie všeobecného emočního vzrušení** lidé, kteří žijí v Selyeho první adaptační fázi všeobecného adaptačního syndromu, reagují nejprve podrážděností a později, pokud stres přetrvává, podle svého individuálního nastavení buď agresivitou nebo úzkostí a depresi. Při delším působení zátěže mohou vznikat i organická poškození orgánů. **Teorie konstituční zranitelnosti** vysvětluje vznik takového poškození individuální dispozicí určitého orgánu, kde se nalézá locus minoris resistencie daného jedince. Konstituční predispozice ke vzniku určité nemoci za současného dlouhodobého působení stresu se také nazývá **diateze** (Baštecká, Goldman, 2001). Teorie učení tvrdí, že vegetativní orgánová odpověď je naučená. **Teorie vegetativního učení** zase dokazuje, že psychosomatická nemoc je důsledkem opakované intenzivní reakce receptoru. Reakce receptoru je geneticky predisponována a zároveň i naučena. Tato teorie se blíží názorům behaviorální medicíny. Podle **kortikoviscerální koncepce** působí patogenně dlouhodobé intenzivní negativní emoce. Weiner (Chromý, Honzák, 2005) začlenil do psychosomatické teorie působení stresu působení hypotetického biologického faktoru X, určujícího nemoc, která se u jedince působením stresu rozvine.

**Friedmann a Rosenman** (Baštecký, 2002) navrhli hypotézu o **chování typu A**, později i o **chování typu B**. Osoby s tímto chováním v situacích, které chápou jako ohrožení nebo výzvu, reagují soutěživostí, agresivitou, netrpělivostí a zvýšenou

psychomotorickou aktivitou. Trpí nedostatkem času, touží po ocenění, zadávají si sami nepřiměřené množství úkolů. Často se u nich rozvíjí esenciální hypertenze a později ischemická choroba srdeční. Připomínají tzv. koronární osobnost F. Dunbarové. Osoby s chováním typu B reagují spíše neuroticky. Přechodný typ představuje osobnosti typu X. Později na ně navázali další autoři a popsali chování typu C (karcinogenní) a D (depresivní).

**Holmes** a **Rahe** jsou známi svou škálou závažnosti životních událostí. Předpokládali, že zvýšené vypětí, spojené s adaptací na významné životních událostí, ať už negativně vnímané, jako je například smrt blízkého člověka, rozvod nebo rozchod, ztráta zaměstnání, majetku, pobyt ve vězení, nebo pozitivně, jako je svatba, narození dítěte, úspěšné ukončení studia nebo výhra, může mít vliv na pozdější vznik nemoci.

**Marty** a **M'Uzan** vytvořili **teorii o operativním myšlení** u tzv. computerového člověka, zaměřeného na abstrakci a techniku. Domnívali se také, že psychosomatický příznak nemá na rozdíl od neurotického příznaku symbolický význam. Dále zjistili, že psychosomatictí pacienti mají jen omezenou fantazii. Jejich Ego používá jako obranný mechanismus přeceňování reality a potlačování fantazie. Jejich teorii v 70. letech 20. stol. rozpracoval **Sifneos** a **Nemiah** a vytvořili koncept **alexithymie** (viz kap. 7, str. 24).

### 2.3. Psychosomatická medicína, pojetí Z. J. Lipowskiho

**G. L. Engel** rozšířil v roce 1977 pojetí vzniku nemoci na základě působení biologických (somatických) a psychických faktorů o faktor sociální (Baštecká a kol., 2003). Neodlišuje už nemoci psychosomatické od ostatních a zdůrazňuje, že u všech nemocí se uplatňují všechny tři faktory. Tento přístup k nemoci razí i behaviorální medicína (kap. 2.4.).

Oba přístupy, biomedicínský i psychosomatický, měly jedno společné. Je to vysvětlení vzniku choroby pomocí lineární kauzality. Představa o onemocnění jako následku nějaké příčiny. Hledání příčiny jeví souvisí se základní potřebou člověka na strukturu, řád a předvídatelnost světa, ve kterém žije. **Biopsychosociální přístup** v sobě

nese myšlenky systemické psychologie. Z lineární kauzality se stává kauzalita cirkulární. Nehledá se už „proč“ člověk onemocněl, ale „jak“, za jakých okolností. To, co bylo podle psychosomatického pojetí považováno za příčinu nemoci, je v současném pojetí pouze jedním z faktorů.

**Systemický přístup** souvisí s rodinnou hypotézou vzniku nemoci. Onemocnění v tomto pojetí představuje jeden ze způsobů řešení rodinného konfliktu (Jonesová, 1993, Chvála, Trapková, 2004). Pomocí psychoterapie by rodina měla dospět k takovému stavu, kdy by řešení konfliktu prostřednictvím nemoci nebylo potřebné, protože rodina najde řešení jiné, adaptivnější. Představitelé systemického pohledu dále hovoří o nemoci v kontextu života člověka, kdy smysl nemoci v osobním příběhu určuje ten, „jehož mysl nemoc vytvořila“. S hledáním souvislostí nemoci a životních událostí pracují Chvála a Trapková při specifickém postupu léčby, vytváření „časové osy“. V rámci systemického přístupu se rovněž uvažuje o náhodě jako klíčovém faktoru vzniku nemoci.

*Lipowski* (Baštecký, 2002) zdůrazňuje bio-psycho-sociální přístup v péči o nemocné. Psychosomatickou medicínu definoval jako „vědeckou a klinickou disciplínu, která má mezioborový charakter a zabývá se studiem vztahů mezi psychosociálními faktory a fyziologickými funkcemi organismu, interakcí psychosociálních a biologických činitelů v etiologii nemocí a v aplikaci psychiatrických a behaviorálních léčebných metod v prevenci, léčení a rehabilitaci somatických nemocí“.

## **2.4. Behaviorální medicína a současný pohled na psychosomatiku**

Behaviorální medicína je současná mezioborová vědní disciplína. Vznikla na přelomu 70. a 80. let. v USA. Využívá poznatků o psychosomatice. Základní terapeutickou metodou je ovlivnění chování nemocného tak, aby došlo k ovlivnění příznaků nemoci. Působí i preventivně, např. ovlivňováním rizikového chování, které by v důsledku mohlo vést k onemocnění.

V tomto období byly v Evropě zakládány **psychosomatické kliniky, zaměřené na léčbu psychosomatických chorob v užším významu i na léčbu tzv. MUS (medically**

**unexplained syndroms)** (Chromý, Honzák, 2005) **nebo funkčních obtíží bez orgánového poškození, tedy psychosomatických chorob v širším významu.**

Principy behaviorální medicíny by měly být součástí i současného přístupu k pacientovi. Baštecká (Baštecká a kol., 2003) cituje z programového prohlášení psychosomatické sekce ČPS ČLS JEP, kde se zdůrazňuje přístup zaměřený na pacienta, nikoliv pouze na nemoc. „Pacient nemá být trhán na nemocné tělo, nebo nemocnou duši... člověk stoná vždycky celý.“ Behaviorální medicína se zabývá člověkem ve zdraví a nemoci, nezaměřuje se tedy pouze na choroby v člověku.

Na vědecké konferenci „Praktický lékař a psychosomatická medicína“, kterou pořádala v roce 2006 Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně, byla současná **psychosomatika vymezena jako vědecký přístup ke zdraví a nemoci, který bere v úvahu vzájemné vztahy biologických, psychosociálních a sociálních faktorů** (Bendová, 2006). Na konferenci odborníci žádali integrovat do diagnostiky i psychosociální prvky, zařazovat do zdravotnických týmů na somatických odděleních nemocnic formou „liaison“ i specialisty z psychosociální oblasti. **Liaison psychologie** nebo psychiatrie znamená specializovanou formu práce odborníků z těchto oblastí na somatických odděleních nemocnic. Kromě znalostí z oboru klinické psychologie by měli mít i znalosti somatické problematiky pacientů oddělení, na kterém působí, znalosti v oblasti psychoterapie, včetně rodinné, znalosti farmakoterapie a manažerské a edukační schopnosti (Chromý, Honzák, 2005).

„Pojem psychosomatická nemoc v jeho původním významu nyní mizí, psychosomatická medicína ale paradoxně opět prožívá znovuzrození“ (Porcelli, 2007). Nové pojetí psychosomatiky, tedy léčby psychosomatických chorob v širším významu tohoto označení, naznačuje název kongresu Americké psychiatrické asociace z roku 2005 - Psychosomatic Medicine: Integrating Psychiatry and Medicine.

Z uvedeného historického přehledu je vidět, že rané teorie hledaly příčinu psychosomatických chorob v osobnostních zvláštěnostech jedince (např. Dunbarová, Friedmann a Rosenman, viz. kap. 2.2.), ve zpracování intrapsychického konfliktu (psychoanalytické teorie), v tělesných podmínkách (náhynost k určitému onemocnění - diateze), behaviorální teorie v učení (naučená orgánová reakce, souvislost s působením

stresu) a environmentální teorie v působení životních událostí. Současný biopsychosociální přístup k nemoci se snaží o syntézu poznatků všech dosavadních teorií. Zároveň využívá i nových poznatků v oblasti medicíny.

K doplnění informací uvádíme ještě přístup k psychosomatické z hlediska psychoterapie. Podle současného pojetí psychosomatické poruchy dělí na čtyři úrovně (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000): orgánovou, organismickou, osobnostní a sociální. Na orgánové úrovni se uplatňují psychologické vlivy v činnosti jednotlivých ústrojí nebo tkání. Na organismické úrovni psychologické příčiny ovlivňují funkci celého organismu. Na osobnostní úrovni mají vliv na kognitivní, citové a snahové funkce. Na sociální úrovni ovlivňují vztahy jedince v jeho vztažných skupinách.

### 3. Somatizace

Psychosomatické obtíže v širším smyslu tohoto označení jsou výsledkem procesu somatizace. O somatizaci píše Noyes a kol. (1995). Oživuje Freudovy myšlenky o somatických symptomech jako důsledcích traumatických zážitků v dětství. Předpoklad fyzického traumatu nebo sexuálního zneužívání je součástí jedné ze dvou hlavních hypotéz příčin somatizace (Stuart, Noyes, 1999). Somatizaci může podporovat dětská zkušenost s modelem chování nemocného člověka. Takový model dítě získá například, pokud je někdo z pečujících osob invalidní nebo je taková osoba sama somatizující. Druhá hypotéza pokládá somatizaci za maladaptivní způsob komunikace člověka s jeho okolím v stresujících situacích. Tento způsob komunikace se u nemocného upevnil díky odměňujícím pečovatelským reakcím okolí.

Při somatizaci se psychická úzkost manifestuje jako tělesné obtíže. Projevy somatizace bývají označovány jako **funkční nemoci** a jsou typické pro neurózy. U těchto nemocí nedošlo k poškození orgánů, ale funkce orgánu je narušena, pacient vnímá bolest nebo jinou nepohodu. Pokud k poškození došlo, jedná se už o **nemoci orgánové**. Psychosomatické onemocnění, neboli psychosomatóza, představuje mezistupeň mezi funkčním a orgánovým poškozením. Orgán poškozen už je, při vzniku poškození se předpokládá podíl psychosociální situace nemocného. Noyes (1995) se dále zamýšlí nad

primárním a sekundárním ziskem z psychosomatické nemoci. „Pomocí procesu somatizace se pacienti vyhýbají stigmatu duševní choroby.“ Tělesná nemoc zároveň přináší osvobození od zatěžujících sociálních rolí. Navíc pacient dostává od svého okolí sociální oporu.

Projevy somatizace (Chromý, Honzák, 2005) byly z pohledu medicíny nazývány nejprve hysterie, později podle francouzského lékaře Briqueta, zabývajícího se hysterií, Briquetův syndrom. Do jisté míry byly projevem somatizace i projevy larvované deprese, nynější název zní **somatizační a somatoformní poruchy**. V názoru, které obtíže klasifikovat jako somatoformní poruchy, se odborníci liší. Somatoformní porucha často začíná již v dětství, její výskyt také bývá spojen s dalšími chorobami. Komorbidita může být s jinými psychickými poruchami, nejčastěji s poruchami nálady a s úzkostnými poruchami.

Podle van der Kolka (1996) je somatizace, stejně jako posttraumatická stresová porucha, disociace a dysregulace afektů důsledkem adaptace na stres.

Přibližně **čtvrtina pacientů, kteří navštíví praktického lékaře, jsou pacienti somatizující** (Barsky, Borus, 1996). Navštěvují lékaře častěji, mají větší spotřebu léků, jsou jim častěji prováděna laboratorní vyšetření a jsou častěji hospitalizováni a operováni než „čistí somatictí pacienti“. Tito pacienti bývají s lékařem častěji nespokojeni a přecházejí proto k jinému lékaři. Jsou přesvědčeni, že jsou pouze somaticky nemocní, nepřipouští psychosociální složku svých obtíží. Jejich potíže jsou často chronické a jen slabě reagují na léčbu.

**Somatizace** bývá uváděna také **ve spojitosti s depresí**. Podle odhadů asi 10% osob, které navštíví praktického lékaře, má klasickou symptomatologii odpovídající depresivní poruše (Svoboda, 2006). Předpokládá se ale mnohem vyšší podíl pacientů s depresivní poruchou, ti se ale lékaři svěřují se svými různými somatickými symptomy, o depresivních stavech nemluví. Předpokládají, že lékař bude léčit pouze somatické potíže. Deprese je tedy u 45 - 95% pacientů s depresí skryta za udávanými somatickými symptomy. U poloviny těchto nemocných je příčina somatických potíží nevysvětlitelná.

Deary, Scott a Wilson (1997) uvádí psychosomatické symptomy společně se somatizací, somatoformními poruchami a funkčními somatickými symptomy jako jeden z názvů pro symptomy, které nemají z lékařského hlediska příčinu (**MUS - medically**



**unexplained symptoms**). K rozlišení somatizace od somatické nemoci dosud lékaři používali dotazníky nebo zjišťovali současný výskyt příznaků jako je nespavost, závratě nebo bolesti v zádech.

Podle systemického přístupu mohou vést k somatizaci faktory rodinného prostředí. V některých rodinách není zvykem vyjadřovat emoce. „Projevy emoční nepohody bývají přehlíženy nebo kritizovány, projevy citů se považují za nepatřičné, nedůležité nebo ohrožující. Rodiče se starají o děti, když je něco bolí, ale ne už, když je něco trápí,“ uvádí Gjuričová a Kubička (2003). Jedinou možností k získání citové odezvy je útěk do nemoci. Při terapii je třeba objevovat, jak tělesný symptom proměnil život a chování různých členů rodiny a jejich vzájemné vztahy. Někteří odborníci dokonce popisují „psychosomatickou rodinu“, tj. rodinu s takovými vztahy, které vyvolávají psychosomatické poruchy jejích členů. Jsou to rodiny s přílišnými požadavky na dítě, dále rodiny s příliš uvolněnými nebo naopak příliš těsnými a propojenými vztahy. Rodiny s uvolněnými vztahy kladou extrémní důraz na samostatnost svých členů a neposkytují dítěti dostatek emoční blízkosti. Naopak rodiny s příliš těsnými vztahy neumožňují dostatek soukromí, sebeprosazení a vytváření vlastní individuality. Rodiče také někdy řeší své konflikty prostřednictvím dítěte, mohou s ním vytvářet koalice, využívají dítě jako spojence proti partnerovi. To může opět vést k jeho emočnímu přetížení. Další možností je nemoc dítěte jako prvek stmelující rodinu. Projevy nemoci mohou uklidňovat partnerské rozepře rodičů, dítě se tyto projevy naučí nevědomě produkovat. Při léčbě dítěte s psychosomatickými obtížemi je proto důležité diagnostikovat i rodinný systém, a pokud je zdrojem emočního přetížení dítěte, doporučuje se rodinná terapie.

Krusse a Wöller (Tress, Krusse, Ott, 2008) se domnívají, že na rozdíl od zdravých lidí se psychosomatickým pacientům nedaří ve vztazích uvést do souladu svá přání, očekávání a naděje, s tím, co dostávají od druhých lidí.

#### **4. Psychosomatika z hlediska MKN-10**

Názory na to, které nemoci se mají nazývat psychosomatickými, jsou velmi nejednotné. V úvodním textu rozdělujeme psychosomatické choroby pro účely této práce

na psychosomatické choroby v užším a širším smyslu.

Konečný (2007), bývalý vedoucí lékař Psychosomatické kliniky v Praze, v souhrnu panelové diskuze o psychosomatice navrhuje uvádět vedle kódu MKN-10 pro somatické onemocnění ještě kód vztahující se k psychické stránce onemocnění. Z pohledu psychosomatické medicíny nemoci, spadající do kategorie „psychosomatické“, dělí do tří kategorií:

První skupinu tvoří psychiatrickí pacienti s hlavní diagnózou v kategorii F, u kterých se projevuje také psychosomatická symptomatika (ibid.). Patří sem deprese (F32), rekurentní depresivní porucha F33.8, trvalé afektivní poruchy F34.8, fobické poruchy F40.8, úzkostné poruchy F41.8, obsedantně kompulzivní porucha F42.8, poruchy přizpůsobení F43.8, disociační poruchy F44, somatoformní poruchy F45, chronický únavový syndrom a neurastenie F48, poruchy příjmu potravy F 50, neorganické poruchy spánku F51, některé sexuální dysfunkce F50 a poruchy osobnosti F60-61.

Druhou skupinu tvoří nemocní s hlavní diagnózou se somatickým onemocněním, podle MKN-10 kategorie A-T. K hlavní diagnóze by bylo vhodné připojit kategorii F54, tj. „psychologické a behaviorální faktory spojené s nemocemi nebo poruchami klasifikovanými jinde“. Sem by patřilo např. bronchiální astma, Crohnova choroba, dráždivý tračník, dysurie, polakisurie, chronické vředové onemocnění žaludku a dvanácterníku, ulcerózní kolitida, hypertenze a atopický ekzém. První kód určuje etiologii, druhý popis choroby a je označen hvězdičkou. Př. astma bronchiale F54+J45.9\*.

Ve třetí skupině jsou nemoci, u kterých nebyla prokázána psycho-sociální etiologie, ale projevuje se u nich výrazný dopad na psychiku pacienta a dopad na jeho sociální okolí, hlavně rodinu. Příkladem je diabetes mellitus, degenerativní onemocnění CNS, onkologické onemocnění, stavy po cévních mozkových příhodách a po infarktech myokardu. Kód somatického onemocnění je uváděn jako první a doplněn kódem F54\*.

Krusse a Wöller (Tress, Krusse, Ott, 2008) hovoří o „psychosomatických aspektech“ nemocí. Psychosomatické onemocnění přitom chápou jako „výraz poruchy pacienta ve vztahu k prostředí“.

Z výše uvedeného přehledu vyplývá, že pojmy **psychosomatika a psychosomatická nemoc lze velice obtížně definovat**. Nyní převládá pojetí

psychosomatiky takové, jaké zaznělo na konferenci „Praktický lékař a psychosomatická medicína“ (Bendová, 2006), to znamená celostní pohled na nemoc a současná péče o somatické i psychické obtíže pacienta.

## 5. Protektivní faktory

Většina teorií o psychosomatických chorobách zkoumala příčiny vzniku těchto chorob. Existují ale i výzkumy protektivních faktorů vůči propuknutí nemoci.

Dopad působení prostředí, ve kterém žijeme, a vliv závažných životních událostí moderují tzv. **nárazníky** (z angl. buffer) (Baštecká, 2003). Lze je rozdělit na vnější a vnitřní. Základním vnějším nárazníkem je sociální opora, přijímaná z okolí, významným vnitřním nárazníkem je životní styl. Životní styl souvisí s osobností jedince, jeho hodnotami a cíli.

V první polovině 20. století v Německu *Viktor von Weizsäcker* a *Thure von Uexkülle* přispěli pohledem na subjektivní prožitky jedince, na **pozitivní vliv pocíťované smysluplnosti prožívaných událostí** a jejich působení na organismus (Tress, Krusse a Ott, 2008).

Způsob, jakým člověk zvládá požadavky okolí, neboli **coping**, je ovlivněn mimo jiné také tzv. umístěním vlivu kontroly, angl. **locus of control** (Baštecká, Goldman, 2001). Pojem pochází od Juliana B. Rottera a označuje názor jedince na to, jak jeho vlastní činy určují míru a podobu odměn a trestů, které z okolí získává. Dalším moderujícím faktorem vlivu okolí na zdraví jedince je charakterový rys nazývaný různými autory různě, např. **vnímaná vlastní zdatnost** (self - efficacy). Tento rys podle Alberta Bandury představuje přesvědčení o vlastních schopnostech zvládat překážky a řídit vlastní život. Kobasa popisuje podobný rys jako psychological hardiness, v češtině nazývaný nejčastěji termínem „**nezdolnost**“. Označuje tak schopnost zvládat zátěž.

Pojem **salutogeneze** pochází od Aarona Antonovskyho. Zabývá se otázkou, jak vzniká zdraví. Podle tohoto autora ke zdraví přispívá celkový pocit „**sense of coherence**“.

Je to pocit důvěry ve svět a v budoucnost, v to, že okolní prostředí je předvídatelné, svět je srozumitelný, požadavky se dají zvládnout a zdolávat je má smysl.

## 6. Vývojové faktory

Psychosomatické poruchy se mohou objevit již v dětství nebo se v dětství může utvářet základ k budoucímu onemocnění (Říčan, Krejčířová, 2006). Z pohledu psychodynamických teorií vznikají jako **důsledek potlačených, neodžitých emocí a vnitřních konfliktů**. Pro vznik psychosomatického onemocnění jsou spouštěčem ne emoce samotné, ale neschopnost nebo nemožnost je projevit. Typickým vnitřním konfliktem pro dítě s psychosomatickou poruchou je rozpor mezi citovou závislostí na pečující osobě a hostilním sebeprosazením vůči stejné osobě. Hostilita bývá pro svoji nepřijatelnost dítětem potlačována nebo vytěšňována. Vzniká dvojná vazba, dítě situaci musí a zároveň nesmí řešit. Vnitřní konflikt bývá vytvářen prožitky typu „musím, chci a nemohu“ nebo „musím a nechci“. Potlačování nepřijatelných emocí může vést ke generalizaci potlačování emocí, neschopnosti emoce správně identifikovat a k budoucímu rozvoji alexithymie (viz kap. 7, str. 24).

Vnitřní konflikty ve vývoji bývají způsobeny nevhodným sociálním okolím dítěte, například nedostatkem projevů lásky pečujících osob. Narušené osobnosti trpí poruchami při navazování sociálních vazeb směrem buď k přílišné závislosti, nebo naopak se sklonem k větší sociální distanci. Tress, Krusse a Ott (2008) vysvětlují chybný vývoj podle psychodynamického pojetí. Výsledkem jsou projevy: **identifikace, internalizace a introjekce**. Na základě **identifikace** s rodičovskými postoji se později člověk chová k druhým lidem. Podle vzoru **internalizace** se utváří očekávání, která má vůči druhým. Podle **introjektivních** rodičovských vzorů se člověk vztahuje sám k sobě. Zdraví lidé jsou schopni adekvátně vyjadřovat svoje pocity, jsou flexibilní ve vztazích s druhými lidmi, prosazují se vůči druhým, ale pokud se prosazení určitého zájmu nedaří, jsou schopni přizpůsobit svá očekávání. Projevem poruchy v oblasti osobnosti je neschopnost reagovat pružně na proměnlivé životní okolnosti, užívat tvrdšíjně stejné vzorce chování,

byť takové chování nevedlo k dosažení cíle. Lidé s těmito osobnostními rysy se nedovedou přizpůsobit realitě, protože trpí skrytým nevyřešeným vnitřním konfliktem.

Příkladem vnitřního konfliktu a s ním související možnosti vzniku psychosomatické nemoci může být porucha, způsobená častými výčitkami a kritikou dítěte ze strany rodičů (ibid.). Identifikace způsobí, že dítě bude podobně kriticky přistupovat ke svému okolí. Dále bude na základě internalizace přístupu rodičů přecitlivěle reagovat na hodnocení od druhých, bude je prožívat jako kritiku. Introjekce způsobí obviňování sebe sama. Dalšími příčinami může být nedostatečná empatie vůči dítěti ze strany rodičů, zraňování pocitu vlastní hodnoty a sebeúcty, zážitky ohrožení při narození sourozence, rozvodu rodičů, úmrtí rodiče a jiné traumatizující zkušenosti.

Každá současná mezilidská interakce je ovlivněna dřívějšími vztahovými zkušenostmi, je mapou vztahů, které jsme prožili vůči rodičům, sourozencům a dalším významným osobám, které jsme v životě potkali (ibid.).

Růžička (2006) charakterizuje psychosomatické onemocnění jako výsledek jednostranného tělesného reagování ve stresujících situacích. Jedním z důvodů, proč takový člověk nereaguje komplexně, tzn. na emoční, kognitivní i behaviorální úrovni, jsou vývojové strukturální defekty, vzniklé nevhodnou stimulací dítěte ze strany jeho sociálního okolí v raném dětství. Jáské defekty vznikají během raných interakcí s pečujícími osobami. Dítě při svém vývoji reaguje nejprve komplexně, senzomotorickými reakcemi. S vývojem řeči dochází k symbolizaci, zvnitřnění, reprezentaci a uvědomění. K rozvoji uvědomění a symbolizace je nutná **optimální frustrace**. Dítě je konfrontováno se svými potřebami a nuceno je samo vyjádřit. Přílišná nebo naopak nedostatečná frustrace správnému vývoji brání. Přílišná úzkost způsobí vznik neautentických interakčních vzorců. V zátěžových situacích pak může reagovat pouze somaticky, bez odpovídajícího kognitivního a emočního doprovodu.

Z pohledu daseinsanalýzy je psychosomatické onemocnění součástí způsobu existence člověka a součástí jeho životního příběhu (ibid.). Disponovanost jedince k psychosomatickému onemocnění, respektive k somatizaci, kterou daseinsanalýza pokládá za tělesnou odezvu na vztahové záležitosti, závisí opět na vztahu rodičů k dítěti a jeho tělesnosti.

## 6.1. Ego a jeho funkce

V praktické části se budeme zabývat výzkumem jednoho z psychodynamických konceptů, pojmem Ego a jeho funkcemi.

Pojem Ego pochází z klasické psychoanalýzy Sigmunda Freuda. V jeho strukturálním modelu osobnosti, skládajícím se z Id, Ega a Superega, je **hlavní funkce** Ega **sebezáchovná**. Dalšími funkcemi Ega jsou **odkládání pudového uspokojení a kontrola pudových přání** pomocí obranných mechanismů (Plháková, 2005).

**Obranné mechanismy** mají zabránit manifestaci úzkosti. Často fungují na principu nevědomé distorze reality (Chromý, Honzák, 2005). Základním obranným mechanismem je potlačení. Pokud tento mechanismus nestačí, zapojují se další obranné mechanismy, což jsou podle Freuda projekce, reaktivní výtvar, fixace a regrese (Plháková, 2005). Anna Freudová doplnila výčet obranných mechanismů o represí, izolaci, introjekci, obrácení proti sobě, sublimaci, přesunutí, obrácení v opak a odčinění.

**Egopsychologie** rozšířila funkce Ega i na intrapsychický život jedince. Ego je v pojetí egopsychologů důležité při **stanovování cílů, při volní kontrole, při seberealizaci**. Podle zakladatele egopsychologie Heinze Hartmanna je Ego důležité **při adaptaci**. Jeho základními funkcemi jsou testování a uvědomování si reality, regulace pudů a vytváření objektivních vztahů. V Egu také probíhá myšlení. Součástí Ega je podle Hartmanna tzv. nekonfliktní sféra, ve které probíhá vývoj motoriky, vnímání, řeči a myšlení.

Představitelé psychodynamických psychologických směrů předpokládají, že klíčovým mechanismem při formování osobnosti jsou internalizační procesy (ibid.). Jednou z forem internalizace je introjekce. Introjekty jsou mentální reprezentace významných postav, zejména rodičovských. Vnitřní dialog s rodičovskými introjekty snižuje úzkost a umožňuje činit rozhodnutí v souladu s hodnotami a postoji vytvořenými v dětství (Millon, Lerner, Weiner et al., 2003). V dětství vzniklé introjekty ovlivňují interpersonální vztahy, pomáhají odhadovat myšlenky, emoce a motivy druhých lidí a předvídat jejich reakce. Slabé introjekty vedou k pocitům závislosti, nejistoty, bezmoci a prázdnoty. Náročné a kruté introjekty způsobují pocity viny, selhání a bezcennosti.

Psychodynamické modely (ibid.) nachází v psychopatologii tři typy intrapsychických dysfunkcí: **nízkou sílu Ega, maladaptivní Ego obranné mechanismy a dysfunkční introjekty**. Nedostatečně silné Ego nedokáže testovat realitu adaptivním způsobem, vnímá zkresleně vnitřní i vnější psychické obsahy. Maladaptivní obranné mechanismy nedokážou uspokojivým způsobem zvládat zátěž a úzkost. Dysfunkční introjekty způsobují nesprávnou percepci sebe i druhých osob. Pro neurózy je charakteristické silné Ego, zralé, adaptivní obranné mechanismy a jasně vytvořené introjekty. Oproti tomu psychózy charakterizuje slabé Ego, maladaptivní nebo neexistující obranné mechanismy a nediferencované a nenávislné introjekty.

## 7. Alexithymie

Termín „alexithymie“ se obvykle překládá jako „bez slov pro pocity“ (Baštecká Goldman, 2001). Slovo pochází z řečtiny, jedná se o ne zcela správně vytvořený řecký novotvar. Vystihuje komunikaci psychosomatických pacientů, u kterých bylo pozorováno stereotypní popisování tělesných obtíží bez odpovídajících emočních projevů, omezená fantazijní produkce a orientace na vnější události. Ve výzkumech se alexithymie užívá jako „heuristický konstrukt“ vhodný ke zkoumání role osobnosti a emocí v patogenezi somatických onemocnění (Taylor, 2000).

V 70. a 80. letech. 20. století označili termínem alexithymie *Sifneos* a *Nemiah* určité charakteristické chování a prožívání některých svých pacientů (Baštecká, Goldman, 2001). Vytvořili zároveň teorii, která měla vysvětlit vznik psychosomatických nemocí. Tato teorie má psychoanalytické základy a vychází také z teorie *Martyho* a *M'Uzana* (Baštecký, 2002), kterou jsme již popsali v kapitole 2.2. S psychodynamickým pojetím souvisí jejich představa počátku příčin nemoci v raném konfliktu vzniklém v dětství, který poznamená celou osobnost a projeví se v jejím zdraví.

Pacienti, označení jako alexithymičtí, se podle výzkumů Sifneose a Nemiah vyznačovali následující charakteristikou (Baštecká, Goldman, 2001). Nekonečně popisovali tělesné příznaky a málo mluvili o svých psychických prožitcích. Nedávali najevo emoce a nedokázali je slovy popsat. Dokázali ale mluvit o tom, že prožívají

neurčitou úzkost, napětí nebo bolest, nudu a prázdnotu. Dále si nepamatovali sny, pečlivě popisovali detaily, chyběla jim fantazie, byli zaměřeni na činnost a měli obtíže ve vztazích. Když tito pacienti popisovali své obtíže, terapeuti často pociťovali nudu.

V Německu bylo chování odpovídající popisu alexithymie označeno Stephanosem jako **Pinocchiův syndrom**. Začala se také rozlišovat alexithymie primární, vedoucí k onemocnění, a sekundární, vzniklá jako obranný mechanismus u pacientů se závažným somatickým onemocněním nebo po vážném úrazu.

Výklady alexithymie lze rozdělit na tři směry: psychodynamický, sociologický a neurofyziologický. **Psychodynamický výklad** hledá příčinu v nedostacích v raném vztahu matky a dítěte, kdy fixace na zevní podněty vzniká jako obrana při reakci na zátěž. **Sociologický výklad** vidí alexithymii jako důsledek funkčního přizpůsobení se osobnosti tlaku společenských norem a konvencí, které často vyžadují potlačování emocí nebo jejich skrývání (Mohapl, 1988). **Neurofyziologický výklad** předpokládá poruchu ve spojení neokortexu a limbického systému (Baštecká, Goldman, 2001).

Později byla alexithymie zkoumána také v souvislosti se závislostí na návykových látkách, v souvislosti s posttraumatickou stresovou poruchou, poruchami příjmu potravy a somatizačními poruchami.

Nyní převládá pohled na alexithymii jako na **kognitivní styl charakteristický nedostatkem informací z oblasti emočního prožívání a náchylností k poruchám uvědomování emocí** (Taylor, Bagby a Parker, 1997). Tato myšlenka je založena na poznatku, že emoční odpověď závisí na třech souvisejících systémech: neurofyziologickém (vegetativní nervový systém a neuroendokrinní aktivace), motoricko - expresivním (např. výraz obličeje, změny postoje těla, tón hlasu) a kognitivně - prožitkovém (subjektivní uvědomění a slovní vyjádření pocitů) (Taylor, 2000). Regulace emocí je závislá na interakci uvedených tří systémů. Kromě souhry těchto vnitřních systémů na celkovou regulaci emocí působí podpůrně nebo rušivě také interpersonální vlivy. Lidé se znaky alexithymie mají obtíže jak v oblasti kognitivního prožívání, tak v interpersonální regulaci emocí. Jestliže si nedokážou dostatečně své pocity uvědomit, nejsou pak následně schopni je odpovídajícím způsobem projevit v interpersonálních vztazích, verbálně vyjádřit emoční nepohodu a vzbuzovat adekvátní odezvu okolí.



**Bucci** (1997a, in Taylor, 2000) vytvořil **teorii několikanásobného kódování**. Podle jeho teorie emoce symbolizujeme verbálně a nonverbálně. „Nonverbální vyjádření emocí vzniká jako primární a zahrnuje subsymbolické procesy senzoričného, viscerálního a kinestetického vnímání. Zároveň jej tvoří i symbolické představy. Verbální emoční schémata se rozvíjí později a jsou organizována podle symbolické formy jazyka.“ (Bucci, 1997b, in Taylor, 2000). Verbální a nonverbální schémata jsou propojena pomocí referenčních spojů. Bucci došel k závěru, že lidé s alexithymickými rysy postrádají nejen „slova pro své emoce“, ale i verbální a neverbální symboly. Dochází u nich k fyziologické reakci provázející emoci bez odpovídajícího kognitivního doprovodu, protože subsymbolické a symbolické procesy příslušející k nonverbálním emočním schématům jsou dissociovány. Fyziologický emoční doprovod pak může trvat déle nebo se opakovat. V důsledku toho může závažněji ovlivňovat organismus. V závislosti na stupni dissociace a na konstituční vulnerabilitě může přispět ke vzniku řady somatických poruch, od somatoformních poruch až k somatickým chorobám.

**Taylor, Bagby, Parker** (1997, in Porcelli, 2007) pokládají **alexithymické rysy za rizikový faktor v léčbě zdravotních i psychiatrických potíží**. Pacienta v léčbě znevýhodňuje nedostatečná schopnost identifikovat příčinu negativních afektů, omezené vyjadřování i potlačování emocí, chudá fantazie, snížená schopnost získávat a přijímat sociální oporu.

**Honzák** (Chromý, Honzák, 2005) vidí souvislost mezi alexithymickými rysy a obrannými mechanismy typu vytěsnění nebo popření, kdy člověk nevědomě přetváří realitu do podoby, jak by ji rád viděl. Alexithymické projevy Honzák pokládá totiž za typické nejen pro jedince s psychosomatickým onemocněním, ale i pro pacienty s posttraumatickou stresovou poruchou, pro pacienty s těžkými popáleninami a obecně pro osoby po těžkém traumatu. Tímto způsobem se lidé nevědomě brání prožívání záporných emocí.

## **7.1. Dotazník TAS-20**

K měření alexithymie vytvořili **Taylor, Ryan a Bagby** (Bagby, Parker, Taylor, 1994) v roce 1985 **dotazník TAS (Toronto Alexithymia Scale)**. Určoval míru

alexithymie podle obtíží v popisování emocí, obtíží při rozlišování pocitů a tělesných pocitů, sociální konformity, chybějící schopnosti introspekce a nedostatku fantazie a snů. Následovaly dvě revize dotazníku, které vedly k vzniku TAS-20.

**Dotazník TAS-20** (příloha č. 1) (De Berardis et al., 2008) patří v současné době mezi nejčastěji používané dotazníky k měření alexithymie. Vykazuje dobrou vnitřní konzistenci a test-retestovou reliabilitu (0,77,  $p < 0,01$ ). TAS-20 se skládá ze tří subškál. První subškála DIF je zaměřena na **určení obtíží v identifikaci vlastních emocí**, při kterých jedinec zažívá pouze nediferencované emoční vzrušení. Do první subškály patří položky č. 1, 3, 6, 11, 9, 13 a 14. Druhá subškála DDF je určena pro **měření obtíží s vyjádřením emocí**. Patří sem položky 2, 4, 7, 12 a 17. Třetí subškála EOT vyjadřuje míru tendence jedince zaměřovat svou pozornost externě, tzv. **externě orientované myšlení** spojené s omezením v oblasti fantazie (externally identifying thinking). Třetí subškálu tvoří položky 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 a 20.

Dotazník vyplňuje testovaná osoba samostatně. Jednotlivé položky hodnotí na pětistupňové Likertově škále od 1 = zcela nesouhlasím k 5 = zcela souhlasím. Pět položek je v opačné orientaci (položka 4, 5, 10, 18 a 19). Celkový skóre tvoří součet bodů subškál. Subškála DIF může nabývat hodnot od 7 do 35, subškála DDF od 5 do 25, EOT od 8 do 40. Součet bodů menší nebo roven 51 značí, že testovaná osoba nejeví známky alexithymie, 52 - 60 bodů ukazuje na možnost alexithymie, od 61 bodů výše je předpokládána alexithymie.

## 8. Rorschachův test

Rorschachův test (Rorschach, 1994) (dále budeme používat zkratku ROR) je komplexní diagnostická metoda, která poskytuje informace o testované osobě v mnoha oblastech. Často bývá řazen mezi projektivní metody, např. Svoboda (2005) test řadí mezi verbální projektivní psychologické testové metody. Říčan (Říčan et al., 1981) test pokládá za nejrozšířenější projektivní metodu. Projektivní znamená v testových metodách projekci v širším pojetí. Nejedná se tedy jen o jeden z obranných mechanismů, ale o „obecný psychický proces, který vede k přenášení různých subjektivních obsahů a dějů na objekty

vnějšího světa“ (Plhánková, 2003). Takto pojatá projekce se často také označuje jako externalizace a je totožná s kognitivním termínem „procesy shora-dolů“.

ROR není ale pouze projektivním testem, poskytuje také poznatky o kognitivních a percepčních schopnostech probanda, jeho emotivitě, celkové i aktuální, interpersonálních vztazích i o vztahu k sobě samému. Do jisté míry je ROR i testem inteligence a kreativity. Zkoumá silné a slabé stránky testované osoby. Také se často používá k ověřování a k detailnímu popisu psychiatrických symptomů a k zpřesnění diagnózy.

Autor testu **Hermann Rorschach** byl švýcarský psychiatr. Roku 1921 publikoval test v monografii „Psychodiagnostika“. Rorschach neměl v úmyslu užívat test k poznání nevědomí, ale k testování percepčně kognitivní úrovně a stylu. V současné době se test využívá i k tomuto původnímu účelu. Předpokládá úzký vztah mezi osobností a vizuální percepcí. Vyvolává pareidolie, které testovaná osoba verbalizuje.

Metodu rozvíjeli v Evropě především švýcarští a němečtí autoři (Oberholzer, Binder, Zulliger, Morgenthaler, Bohm a další) v USA Klopfer, Beck, Herzová, Piotrowski, Rapaport, Schafer a Exner. U nás se ROR testem zabýval např. Nevole, Říčan, Šebek, Ženatý a Morávek. Při výkladu se u nás nejprve používal převážně přístup rorschachovské učebnice Ewalda Bohma s německým signováním. Postupně byl český přístup obohacován o poznatky Exnerovy školy. Nyní se přechází k pojetí Johna E. Exnera a anglickému signování.

**Exner** (Exner, 2003) v rámci práce v Nadaci pro výzkum Rorschachovy metody provedl analýzu pěti amerických rorschachovských systémů. Zjistil, že rozdíly mezi nimi jsou skutečně velké. Lišily se instrukcí, skórováním i interpretací. Exner vyhodnotil výsledky protokolů všech posuzovatelů. Vybral proměnné, jejichž skóry měly ve skupinách 10 až 15 posuzovatelů, kteří posoudili alespoň 10 až 20 protokolů, reliabilitu minimálně 0,85. Vytvořil Comprehensive System (angl. comprehensive - souhrnný, dále CS). CS je nové pojetí Rorschachova testu, založené na kvantifikaci, statistických analýzách a ověřování relevantními vědeckými metodologickými postupy. Klade důraz na objektivitu, přesnost a standardizaci. Exner (2003) uvádí přehled test-retestových studií jednotlivých proměnných v různě dlouhých intervalech po první administraci testu. Všechny studie prokazují vysokou míru korelace. Například test-retestová korelace indexů je od 0,72 do 0,90 (Říčan et al., 1981). Exnerův přístup byl sice odmítán dynamicky orientovanými psychology, odpověděl ale na kritiku Rorschachovy metody, která dosud

této metodě vytýkala právě nedostatečné psychometrické vlastnosti, neprokazatelnou reliabilitu a validitu. Postupně se mu podařilo přesvědčit i většinu evropských, dynamicky orientovaných autorů.

Rorschachův test má tedy vlastnosti standardního testu včetně psychometrických parametrů. Jeho interpretace vyžaduje kromě znalosti testu a jeho administrace, psychologických znalostí, i schopnost tvořivé práce, pružnost a schopnost improvizace. Proto bývá výklad ROR nazýván vědou i uměním (Svoboda, 2005).

ROR metoda má své příznivce a odpůrce. Stejně tak existují mezi uživateli ROR metody preference jednotlivých škol. Ti, kdo byli zvyklí interpretovat ROR psychodynamicky, stále často odmítají psychometrický přístup Exnerův.

## 8.1. Popis testu a administrace v Exnerově pojetí

Test tvoří 10 tabulí, na každé z nich je víceméně symetrická skvrna nejednoznačného významu (Svoboda, 2005). Tabule I, IV, V, VI, VII obsahují pouze achromatické barvy, II a III achromatické barvy a barvu červenou a VII, IX a X barvy chromatické. Každá tabule má svébytný vyzývaví charakter.

Test je možno aplikovat v závislosti na kvalitě protokolu od pěti až sedmi let života. Administrace má přesně předepsaný postup a klade velké požadavky na osobu examinátora. Měl by mít nejen psychologické vzdělání, ale i speciální výcvik v této metodě a zkušenosti s jejím používáním. Administrace má probíhat v nerušeném prostředí, bez přítomnosti další osoby, při denním světle. Test vychází ze zrakové percepce, proto by testovaná osoba měla mít brýle, pokud je užívá ke čtení, a měli bychom vědět, zda není barvoslepá. Examinátor by měl sedět vedle vyšetřované osoby, aby nebylo možné udržovat oční kontakt, nebo v pravém úhlu. Vyšetření předchází rozhovor. Je třeba, aby test nenásledoval jako další v pořadí v testové baterii, aby testovaná osoba nechápala vyšetření jako zkoušku a aby byla na test připravena tak, aby pokud možno nepociťovala z testové situace úzkost. **Instrukce** k testu je podle jednotlivých autorů rozdílná. Podle Exnera je to pouze dotaz: „Co to může být?“

Examinátor zapisuje do protokolu polohu tabule, lokalizaci odpovědi, doslovné znění odpovědi, nonverbální projevy testované osoby. Odpovědi na jednotlivé tabule tvoří **asociační fázi** testu. Pak následuje **fáze dotazování** (angl. inquiry). Ta slouží k objasnění příčin, které testovanou osobu vedly k daným odpovědím. I tato fáze se doslovně zaznamenává do protokolu.

Další fáze již probíhá bez přítomnosti testované osoby. Examinátor signuje každou odpověď z hlediska: vývojové kvality, determinant, obsahu, organizační aktivity a speciálních skóru. Podrobný výklad **signování** je poměrně rozsáhlý. Tato práce nemá sloužit jako návod k práci s Rorschachovým testem, proto podrobný výklad této části testu nebudeme uvádět.

Na závěr examinátor vyhodnocuje získaný protokol. Při **hodnocení** vychází ze záznamů o chování testované osoby v průběhu testu a z kvantifikace získaných výpovědí. Je třeba vzít v úvahu, že na odpovědi mají vliv životní zkušenosti testované osoby, její povolání a zájmy. Percepce i asociace může být zkreslena únavou, léky, nemocí, hospitalizací a dalšími vlivy. Pomocí testu bychom měli získat komplexní obraz struktury a dynamiky osobnosti a hypotézy o psychiatrické diagnóze.

## 8.2. Kvantifikace a interpretace

Podkladem k vyhodnocení pomocí kvantifikace je **strukturální souhrn** (Exner, 2003). První stranu tvoří demografické údaje o vyšetřované osobě, druhá strana obsahuje sekvence skóru a třetí je vlastní souhrn jednotlivých proměnných, jejich frekvence a výsledky pomocných výpočtů. Údaje o frekvenci proměnných a pomocné výpočty se používají k výpočtu speciálních indexů, které jsou uvedeny na konci souhrnu a slouží jako ukazatelé postupu interpretace protokolu. **Speciální indexy** jsou: Suicidiální konstelace, Percepčně-kognitivní index, Index deprese, Index deficitu schopnosti zvládat zátěž, Index obsedantního stylu a Index hypervigilance.

Vlastní **interpretace** postupuje **podle trsů**. Jsou to: Kapacita pro kontrolu a toleranci stresu, Situační stres, Afekt, Zpracování informací, Mediace, Ideace,

Interpersonální percepcce a Sebepercepcce. Sekvenci trsů určují výsledky speciálních indexů, klíčové proměnné a terciární proměnné.

Výsledná interpretace by měla integrovat všechna zjištění, posoudit hypotézy, které vznikají během vyhodnocování. K interpretaci je nezbytné, aby měl examinátor znalosti nejen z techniky tohoto testu, ale i obecné znalosti psychologie a psychopatologie, nutná je i prostá znalost lidí a jejich osobnosti. Exner zdůrazňuje, že se nejedná o mechanické vyhodnocování výpočtů, důležité jsou i poznatky získané z osobního kontaktu s testovanou osobou.

### 8.3. Index poškození Ega - EII-2

*Perry a Viglione* (1991) vytvořili v roce 1991 Rorschachovský index **EII**, který na základě výpočtů z ROR skóru poskytuje informace o poškození funkcí Ega. Vycházeli z Beresova modelu (Viglione, Perry, Meyer, 2003) šesti funkcí Ega. Podkladem výpočtu je pět údajů, vztahujících se k jednotlivým funkcím nebo k několika z nich: **narušený vztah k realitě** (určený na základě tvarové determinanty FQ-), **projevy kognitivního narušení** (obsažených v pomocném výpočtu WSum6, což je vážený součet kritických speciálních skóru, zahrnujících deviované verbalizace a odpovědi a neadekvátní kombinace), **projevy neschopnosti potlačit instinktivní potřeby a přání**, která jsou při běžném, adaptivním myšlení minimalizována nebo vyjádřena nepřímou (tzv. Kritické obsahy, do nichž patří anatomie, krev, exploze, oheň, potrava, sex, rentgen a speciální skóry agresivní a morbidní obsah), **distorce v interpersonální percepci a reprezentacích objektů** (chybné lidské pohyby M-) a **kvalita interpersonálních vztahů** (dobrá a špatná lidská zkušenost). Faktorovou analýzou ROR proměnných získali Perry a Viglione váhu jednotlivých proměnných, což jim umožnilo zkonstruovat vzorec pro výpočet indexu poškození Ega EII. Při tvorbě indexu autoři nejprve pracovali s depresivními pacienty. Brzy se ale ukázalo, že některé proměnné indexu mají vztah ke kognitivním operacím (Exner, 2003). Výzkum proto pokračoval u osob se schizofrenií a psychózami.

**Viglione** (Viglione, Perry, Meyer, 2003) vyhodnotil ROR testy 363 osob zdravých i osob s psychiatrickou diagnózou, a to hospitalizovaných i léčených ambulantně. Opravil pak koeficienty jednotlivých faktorů výpočtu indexu. Tato nová forma indexu má označení **EII-2**. Kvalita interpersonálních vztahů je určována pomocí proměnné dobrá a špatná **lidská reprezentace** (Exner, 2003) (GHR - good human representational response, PHR - poor human representational response, souhrnné označení HRV - human representational variable). Původně se tyto proměnné nazývaly **lidská zkušenost** (HEV - human experience variable, GHE - good human experience a PHR - poor human experience) a k výpočtu se užívaly přiřazené váhy. Se změnou HEV na HRV se od vah upustilo a začaly se používat hrubé skóry. K výpočtu GHR a PHR se vychází z determinant, tvarové kvality, obsahu a speciálních skóru u odpovědí s lidským obsahem a u některých odpovědí se zvířecím obsahem. Proměnné HEV mají vztah k interpersonálním zkušenostem testované osoby a k adaptivnímu nebo maladaptivnímu způsobu jejich interpersonálních aktivit. Pro nepacientské protokoly je typická převaha GHR odpovědí.

**Index EII-2 měří poruchy v oblasti myšlení, řešení problémů a copingu.**  
 Výpočet se provádí podle vzorce:

$$\text{EII-2} = (0,141 * \text{FQ-}) + (0,049 * \text{Wsum6}) + (0,075 * \text{Kritický obsah}) + (0,198 * \text{MQ-}) + (0,117 * \text{PHR}) - (0,066 * \text{R}) - 0,038(\text{konstanta})$$

(význam proměnných viz text str. 31-32)

**Tab. 1:** Interpretace hodnot indexu EII-2 (Viglione, Perry, Meyer, 2003)

| hodnota    | interpretace                                   |
|------------|--|
| < -0,3     | bez poškození                                  |
| -0,4 - 0,2 | typické rozmezí pro nepacienty - bez poškození |
| 0 - 0,6    | minimální poškození                            |
| 0,4 - 0,8  | mírné až střední poškození                     |
| 0,7 - 1,5  | střední až silné poškození                     |
| > 1,3      | významné poškození                             |

Výzkumy prokázaly, že Index poškození Ega lze využít například k prognóze relapsu u dětí s diagnózou v oblasti psychóz a k prognóze úspěšnosti při léčbě tricyklickými antidepresivy u dospělých pacientů s diagnózou velké deprese (Perry, Viglione, 1991).

Vysokých hodnot indexu dosahovali pacienti se schizofrenií, psychózami a kognitivními dysfunkcemi.

Autor indexu navrhuje provést další výzkum užití indexu, například diagnostické možnosti jednotlivých subkomponent, výskyt nízkých hodnot indexu u jedinců s psychickými poruchami, kde se předpokládá schopnost udržet kontrolu nad projevy poruchy, nebo výzkum u nepacientů, kteří přesto vykazují vysoké hodnoty EII-2.

Index slouží hlavně k identifikaci narušení kognitivních funkcí a dalších funkcí Ega. Nízké hodnoty indexu ale nemusí znamenat excelentní úspěch v oblasti myšlení a řešení problémů. Výkon jedince je závislý ještě na dalších faktorech, jako je inteligence nebo vzdělání.

## **9. Přehled výzkumů v oblasti psychosomatiky**

V přehledu historie vzniku psychosomatiky uvádíme rozmanité teorie vzniku psychosomatických chorob. Ve výzkumné části budeme pracovat s alexithymií a ROR testem, proto se i v přehledu výzkumů omezíme na výčet studií s použitím ROR testu a na výzkum alexithymie.

### **9.1. Výzkumy s uplatněním ROR testu**

Rorschachův test se stal známým a oblíbeným testem ve stejné době, kdy se rozvíjelo psychosomatické hnutí (Bash, 1986). Vzniklo tedy mnoho studií s psychosomatickým zaměřením pomocí ROR testu. Výzkumy měly ale nedostatky.



Výzkumný vzorek nebyl heterogenní, nebyly ošetřeny intervenující proměnné, použité ROR proměnné neměly dostatečnou vypovídací schopnost. Nebyl nalezen Rorschachovský syndrom, který by byl jednoznačný pro psychosomatická onemocnění. **Bash** konstatuje, že hodnota Rorschachova testu je v jeho možnostech vystižení jedinečné osobnostní struktury jednotlivce, v oblasti psychosomatických chorob nepřináší podstatné informace, které by pomohly určit, zda má testovaná osoba obtíže psychosomatického původu.

**Vogt et al.** (1977, in Porcelli, 2007) vytvořili ve skórovacím systému Bohma a Klopfera index nazvaný **Syndrom fantazie** v Rorschachově testu (RFS). Vycházeli z hypotézy, že psychosomatictí pacienti mají potíže s vyjádřením svých pocitů, s prožíváním psychických konfliktů, protože jejich myšlení je spíše mechanické a své pocity nedokážou přesně diferencovat. To jsou typické rysy, které je odlišují od neurotických pacientů. Klinické vysvětlení tito autoři hledali v psychoanalytické teorii fantazie, kde byla fantazie chápána jako aktivita Ega. Očekávali, že psychosomatictí a alexithymičtí pacienti budou mít RFS nižší než pacienti s neurotickými obtížemi. Ve výpočtu se uplatňovaly proměnné: barvové odpovědi, originální odpovědi, lidské pohyby, podíl obsahů a celkový počet odpovědí. Pacienti skórovali dle očekávání.

**Acklin a Bernat** (1987, in Porcelli, 2007) vycházeli při tvorbě Rorschachovského **Indexu alexithymie** z Exnerova souhrnného systému. U psychosomatických pacientů opět zkoumali projevy vztahující se k alexithymii (Acklin, Bernat, 1988, in Porcelli, 2007). Index vycházel ze 4 trsů: fantazie, afekty, kognitivně – percepční oblast a adaptivní zdroje. Výpočty zahrnovaly proměnné: počet odpovědí, lidské pohyby, vážený součet barvových odpovědí, počet vícenásobných determinant a lambda<sup>1</sup> (taktika zpracování podnětu, určována podle frekvence odpovědí s čistými tvary). Pacienti opět skórovali dle předpokladu výzkumu, to znamená, že měli nižší hodnoty jednotlivých trsů oproti nepacientské skupině. Výjimkou je hodnota lambda, kde, v souladu s předpokládanou hypotézou, byly hodnoty vyšší.

Ve vztahu k psychosomatickým nemocem byla také používána ROR **škála RIS** (Rorschach Interaction Patterns). Škála hodnotí lidské a zvířecí párové odpovědi z hlediska emoční vřelosti. Využil ji například **Graves et al.** (1996) v longitudinálním výzkumu, ve kterém porovnávali výsledky bývalých studentů medicíny ve vztahu k onemocnění

---

<sup>1</sup>  $L = F/R - F$ , kde F=suma odpovědí, které mají jen čistou F determinantu, R=celkový počet odpovědí

rakovinou, hypertenzí a duodenálním vředům. Zjistili méně uspokojivé interpersonální vztahy u osob, které později onemocněly rakovinou.

**Wahlström** (1987) využil ROR test administrovaný celé rodině při ověřování modelu „psychosomatické rodiny“ u rodin s astmatickými dětmi. Použil metodu **Consensus Rorschach**, která pochází od Williho (1973). Hypotéza specifických rysů interakce v rodinách s astmatickým dítětem se nepotvrdila.

V návaznosti na Index poškození Ega vytvořili **Tibon, Porcelli a Weinberger** (2005) škálu **Realita-Fantazie (RFS – Reality-Fantasy Scale)**. Škála má 11 bodů od -5 do +5. Záporné hodnoty znamenají příklon k fantazii, kladné k realitě. Hodnoty RFS a EII-2 patientského i nepacientského výzkumného vzorku spolu negativně korelovaly. Dále byla měřena v rámci studie pomocí TAS-20 alexithymie. Jedinci, kteří dosahovali hodnot alexithymie, bodovali v RFS v pásmu příklonu k realitě.

**Porcelli** (2007) navrhl nový Rorschachovský **index pro měření alexithymie**. Výzkumný vzorek tvořili pacienti s idiopatickým střevním zánětem, tedy chorobou, kterou lze pokládat za psychosomatickou, zahrnující ulcerózní kolitidu a Crohnovu nemoc. Pracoval pouze s daty pacientů, u kterých byla určena pomocí dotazníku TAS-20 alexithymie. Porcelli provedl regresní analýzu dat ROR protokolů těchto pacientů a na základě výsledků analýzy navrhl pokusný index pro měření alexithymie. Při výpočtu vychází z počtu lidských pohybových odpovědí, váženého součtu barvových odpovědí, F%, počtu populárních odpovědí, indexu deficitu schopnosti zvládat zátěž (CDI) a nepřítomnosti odpovědí s kvalitou textury.

V souvislosti s posledními dvěma uvedenými výzkumy se nabízí otázka, zda mohou souviset nízké hodnoty Rorschachovského indexu EII-2 s alexithymií a psychosomatickými obtížemi (**Lečbych**, 2007). Orientační výzkum prokázal negativní korelaci mezi EII-2 a počtem populárních odpovědí. Podle Exnera jsou populární odpovědi měřítkem konvenčního stylu vnímání. U hodnot indexu poškození funkcí Ega EII-2 není omezena dolní hranice, pouze platí, že hodnoty nižší než - 0,3 jsou považovány za optimální hodnotu, kdy je poškození neprůkazné (Viglione, Perry, Meyer, 2003). Příliš nízké hodnoty ale také nemusí být jednoznačným ukazatelem duševního zdraví jedince, mohou naznačovat nadměrný příklon ke konformitě spojenou s ochuzením v oblasti fantazie a nadměrný rozvoj obranných mechanismů (**Lečbych**, 2007).

## 9.2. Výzkumy alexithymie

Výzkumy alexithymie započaly v 70. letech, v době, kdy Nemiah a Sifneos tento konstrukt vytvořili. Nejdříve se zkoumal vztah k tzv. psychosomatickým chorobám, později také k užívání návykových látek, poruchám příjmu potravy a k posttraumatické stresové poruše.

*Todarello et al.* (1995) zjistili hodnoty v pásmu alexithymie u 55% pacientů s hypertenzí a 33% u kontrolní skupiny psychiatrických pacientů a 16% u nepacientské populace. K srovnatelným výsledkům dospěli i *Jula, Salminen* a *Saarijarvi* (1999).

Pacienti s idiopatickými střevními záněty měli hodnoty v pásmu alexithymie v 35,7 %, na rozdíl od kontrolní skupiny s 4,5 % (*Porcelli, Leoci, Guerra. et al.*, 1996). Hodnoty alexithymie se při dalším měření nezměnily, zatímco míra deprese byla ovlivněna změnami zdravotního stavu.

Výzkum u pacientů s funkčními gastrointestinálními potížemi prokázal alexithymii u 66%, to je více než u klasických psychosomatických chorob (*Porcelli, Taylor, Bagby, De Carne*, 1999). Nemocní s potížemi, které spadají do kategorie funkčních gastrointestinálních potíží, mohou být často také diagnostikováni v kategorii psychických poruch, konkrétně somatoformních poruch.

Existují další studie, které zjistily pozitivní korelace mezi projevy somatizace a alexithymii a mezi hypochondrií a alexithymii (*Deary, Scott, Wilson*, 1997).

Vysoká míra alexithymie byla prokázána také u pacientů s panickou poruchou (*Parker et al.*, 1993) na rozdíl od pacientů s obsedantně - kompulzivní poruchou a pacientů s fobiemi (*Zeitlin, McNally*, 1993). Už *Nemiah* (1984, in Taylor, 2000) a *Krystal* (1992, in Taylor, 2000) pokládali panickou poruchu za prototyp psychosomatické nemoci. Na panický záchvat se dívali jako na zahlcení nediferencovanými emocemi, které nejsou zpracovány do symbolických reprezentací vyššího řádu.

V přehledu výzkumů alexithymie (*De Berardis et al.*, 2008), publikovaném v roce 2008, je uvedeno, že vzrůstá počet výzkumných prací prokazujících vztah nejen alexithymie k psychosomatickým nemocem, ale i k chronickým somatickým nemocem a k psychiatrickým poruchám, jako je deprese nebo úzkostná porucha.

Ve studii *Marcesiho* a kol. (2005, in De Berardis et al., 2008), zabývající se alexithymií u osob s panickou poruchou, byly zjištěny dvojnásobné hodnoty alexithymie u jedinců v akutní fázi onemocnění oproti pacientům v remisi choroby. To vedlo výzkumníky k úvaze, že alexithymické projevy nejsou pouze osobnostním rysem, ale mohou být i součástí copingové strategie, zaměřené na snížení aktuální stresové zátěže.

*Lundh* a *Simonsson-Sarniecki* (2001) nezjistili spojitost mezi alexithymií a somatickými obtížemi, pouze pozitivní korelaci mezi mírou alexithymie a negativními emocemi.

Pacienti s alexithymickými rysy špatně reagují na farmakoterapii a psychoterapii. K tomuto závěru dospěl *Taylor a Bagby* (2004, in De Berardis et al., 2008). Pro alexithymii je typické nezabývat se introspekci a analýzou kognitivních pochodů, proto nejsou tito pacienti vhodní pro druhy psychoterapie, které jsou na těchto aktivitách založeny (*Ogrodniczuk, Piper, Joyce*, 2005).

Součástí výzkumů alexithymie bylo i hledání optimálního způsobu měření tohoto fenoménu. Kromě již zmíněného dotazníku TAS (Toronto Alexithymia Scale) (*Bagby, Parker, Taylor*, 1994) a jeho novější varianty TAS-20 (*De Berardis et al.*, 2008) a rorschachovského indexu pro měření alexithymie (*Porcelli*, 2007) se používal psychosomatický dotazník BIH (Psychosomatic Questionnaire of the Beth Israel Hospital Psychiatric Service) (*Mohapl*, 1988), dále existuje škála LEAS (the Levels of Emotional Awareness Scale) (*Subic-Vrana et al.*, 2005) a dotazník BVAQ (Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (*Larsen et al.*, 2003).

# Výzkumná část

## 10. Metodologický rámeček

### 10.1. Výzkumný problém

Po uvedení do problematiky psychosomatických nemocí, historie názorů na vliv psychiky na vznik nemocí, současného pohledu na psychosomatiku a přehledu výzkumu v oblasti psychosomatiky se soustředíme na ukazatele alexithymie, hodnoty ROR indexu EII-2 a jejich možný vztah k psychosomatickým obtížím.

Pro účely výzkumu vycházíme ze současného pohledu na nemoc, kdy je předpokládán větší nebo menší podíl psychiky na vzniku nemoci. Psychosomatickými obtížemi tedy nazýváme obtíže, na jejichž vzniku se podílela podstatně i psychika nemocného, může se přitom jednat o chorobu s orgánovým poškozením i o funkční poruchu, tedy psychosomatiku v širším významu.

Zvolili jsme práci s výzkumným vzorkem a kontrolní skupinou. Vzhledem k obtížím při definici psychosomatického onemocnění je obtížná i volba výzkumného vzorku. Výzkumný vzorek tvoří pacienti hospitalizovaní z důvodu somatické choroby, u kterých lékaři předpokládali psychosomatickou etiologii. Kontrolní skupinu tvoří studenti Univerzity Palackého v Olomouci a Univerzity Karlovy v Praze. U studentů jsme zjišťovali výskyt psychosomatických obtíží. Do kontrolní skupiny byli zařazeni pouze studenti bez vážných psychosomatických obtíží. Ze získaných hodnot jsme zjišťovali, zda hodnoty alexithymie a indexu EII-2 souvisí s výskytem psychosomatických obtíží.

V přehledu výzkumů v oblasti psychosomatiky s užitím ROR testu uvádíme výzkum Tibonové, Porcellioho a Weinbergera (2005) při tvorbě škály Realita-Fantazie (RFS – Reality-Fantasy Scale). Porovnávali hodnoty RFS a EII-2 patientského i nepatientského výzkumného vzorku. Zjistili negativní korelaci. Dále byla u testovaných osob zjištěna pozitivní korelace míry alexithymie a hodnot příklonu k realitě podle škály RFS. Na základě těchto zjištění jsme si položili otázku: Pokud hodnoty RFS pozitivně korelují s mírou alexithymie a negativně s hodnotami EII-2, souvisí nízké hodnoty EII-2

s alexithymickými rysy testovaných osob? Možnost souvislosti nízkých hodnot EII-2 s alexithymií a s psychosomatickou problematikou podpořil i orientační výzkum Lečbýchův (2007), který prokázal statisticky vysoce významnou korelaci mezi hodnotami EII-2 a počtem populárních odpovědí. Podle Exnera jsou populární odpovědi měřítkem konvenčního stylu vnímání. Nízké hodnoty EII-2 mohou představovat nadměrný příklon ke konformitě, konvenci a hypertrofii obranných mechanismů. Kromě alexithymie připomínají tyto charakteristiky také některé teorie vzniku psychosomatických onemocnění.

Vzhledem k tomu, že dotazník TAS-20 se skládá ze 3 subškál, chtěli jsme zjistit také míru korelace jednotlivých subškál s celkovou mírou alexithymie, měřenou tímto dotazníkem, a korelaci s hodnotami indexu EII-2. Subškály TAS-20 uvádíme v teoretické části práce (kap. 7.1, str. 26).

## **10.2. Cíle práce**

Cílem práce je zjistit, zda míra poškození funkcí Ega měřená Rorschachovským indexem EII-2 negativně koreluje s mírou alexithymie měřené dotazníkem TAS-20 a zda u zkoumaných osob existuje statisticky významná souvislost těchto dvou ukazatelů s psychosomatickými obtížemi. Dále určíme korelaci subškál TAS-20 s celkovou mírou alexithymie, měřenou tímto dotazníkem, a korelaci subškál s hodnotami indexu EII-2.

Výsledky mohou sloužit k zlepšení diagnostických možností u pacientů s psychosomatickými obtížemi a k lepšímu porozumění problematice psychosomatiky.

### 10.3. Stanovení hypotéz

*H<sub>1</sub>: Existuje statisticky signifikantní rozdíl mezi výskytem alexithymie, zjišťované dotazníkem TAS-20, ve výzkumném vzorku a v kontrolní skupině.*

Pro účely našeho zkoumání budeme za výskyt alexithymie považovat v souladu s normou dotazníku TAS-20 hodnoty vyšší nebo rovné 52 bodů.

*H<sub>2</sub>: Existuje statisticky signifikantní rozdíl mezi výskytem nízkých hodnot ROR indexu poškození funkcí Ega EII-2 ve výzkumném vzorku a v kontrolní skupině.*

Pro účely našeho zkoumání budeme za nízké hodnoty ROR indexu EII-2 považovat hodnoty menší než -1.

*H<sub>3</sub>: Existuje statisticky signifikantní negativní korelace mezi mírou poškození funkcí Ega, měřenou ROR indexem EII-2, a mírou alexithymie, měřenou dotazníkem TAS-20.*

### 10.4. Aplikovaná metodika

Výzkum jsme zahájili **úvodním rozhovorem**, ve kterém jsme vysvětlili vyšetřovaným osobám účel výzkumu. U osob v kontrolní skupině jsme se dotazovali také na zdravotní stav a psychosomatické obtíže. Jedince s psychosomatickými obtížemi jsme do kontrolní skupiny nezařadili. Pokud osoba vyjádřila souhlas s výzkumem, provedli jsme vlastní vyšetření. Při vyšetření byla v místnosti přítomna pouze vyšetřovaná osoba a examinátor. Jako první byl administrován **Rorschachův test**. Aplikovali jsme jednotnou vyšetřovací pozici, examinátor seděl vedle probanda. Vzhledem k tomu, že jsme museli používat různé místnosti v různou denní dobu, lišily se i světelné podmínky. Probandi dostali instrukci, aby použili brýle, pokud je potřebují ke čtení. Žádný z probandů nebyl barvoslepý, ani nepoužíval naslouchadlo. Po testu ROR dostala vyšetřovaná osoba instrukce k vyplnění dotazníku **TAS-20**. Dotazník pak samostatně vyplnila.

Při výpočtu indexu **EII-2** (Viglione, Perry, Meyer, 2003) jsme vycházeli z ROR protokolů, vyhodnocených podle Exnerova Comprehensive System (Exner, 2003). Výcvik k ROR jsem absolvovala v Testcentru pod vedením J. Ženatého a M. Macáka, konzultace k ROR u J. Jelínkové (Psychiatrická léčebna Kosmonosy) a M. Macáka (Psychiatrická klinika UK 1. LF a VFN v Praze). Popis metody výpočtu indexu včetně norem je uveden v kapitole 8.3. teoretické části práce. K výpočtu indexu jsme použili MS Excel. Podle norem je typické rozpětí hodnot indexu EII-2 pro zdravou populaci -0,4 až +0,2 a optimální hodnota je stanovena na < - 0,3. Pro výpočet statistické významnosti četnosti nízkých hodnot indexu jsme zvolili hodnoty menší než -1. K výpočtu indexu se používá dílčího výpočtu váženého součtu speciálních skóre WSum6, který se počítá podle vzorce:

$$\mathbf{WSum6 = (1 * DV) + (2 * DV2) + (2 * INCOM) + (4 * INCOM2) + (3 * DR) + (6 * DR2) + (4 * FABCOM) + (7 * FABCOM2) + (5 * ALOG) + (7 * CONTAM)}$$

Speciální skóre, které se zahrnují do váženého součtu WSum6, označují neobvyklé verbalizace (Exner, 2009), které svědčí o kognitivním selhání testované osoby. DV je označení pro deviované verbalizace, mezi které se zahrnují neologismy a redundance ve slovním projevu probanda během asociační fáze. DR jsou deviované odpovědi. Sem patří nepatřičné fráze a zabíhavé odpovědi. INCOM jsou inkongruentní kombinace, FABCOM fabulované kombinace, CONTAM kontaminace a ALOG označuje neadekvátní logiku. S výjimkou ALOG se rozlišují dvě úrovně neobvyklé verbalizace podle stupně kognitivního selhání, tedy např. DV označuje první stupeň, DV2 druhý stupeň.

Míru alexithymie jsme určili pomocí dotazníku **TAS-20** (příloha č.1) (Bagby, Parker, Taylor, 1994) v překladu Centra pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu na 1. lékařské fakultě Karlovy univerzity, překlad byl vytvořen v roce 2006. Popis dotazníku včetně norem je uveden v kapitole 7.1. teoretické části práce.



## 10.5. Užitá symbolika

symbolika užitá v souvislosti s výzkumem alexithymie:

**TAS-20** - dotazník na měření míry alexithymie

**TAS-DDF** - subškála „obtíže ve vyjadřování emocí“ (difficulty in describing feelings)  
dotazníku TAS-20

**TAS-DIF** - subškála „obtíže s rozpoznáním emocí“ (difficulty in identifying feelings)  
dotazníku TAS-20

**TAS-EOT** - subškála „externě orientované myšlení“ (externally oriented thinking)  
dotazníku TAS-20

symbolika v Rorschachově testu:

**ROR** - Rorschachův test

**EII-2** - ROR index míry poškození funkcí Ega

symbolika užívaná při vyhodnocování ROR testu:

**FQ**- zkreslená tvarová kvalita

**WSum6** - vážený součet speciálních skóre

**Kritický obsah** - obsahy odpovědí An, Bl, Ex, Fi, Fd, Sx, Xy, AG a MOR (projevy pudů,  
představují míru selhání psychických obran)

**MQ**- zkreslené lidské pohybové odpovědi

**PHR** - špatná kvalita odpovědi s lidskou reprezentací

**GHR** - dobrá kvalita odpovědi s lidskou reprezentací

## 10.6. Statistické metody

Nejprve jsme použili F-test ke zjištění rozdílu mezi rozptyly sledovaných vzorků. Na základě výsledků F-testu jsme dále provedli Studentův t-test pro nezávislé výběry s rozdílným rozptylem. Korelaci mezi mírou alexithymie a mírou EII-2 jsme stanovili pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Statistickou významnost četností výskytu alexithymie a hodnot EII-2 menších než -1 jsme vypočítali testem nezávislosti  $\chi^2$  pomocí kontingenční tabulky (Reiterová, 2004). Výpočty korelací, F-test a Studentův t-test jsme provedli pomocí MS Excel.

## 10.7. Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek (tab. č. 2) tvořilo 30 pacientů lůžkového interního oddělení a chirurgického oddělení PP kliniky v Brandýse nad Labem - Staré Boleslavi, hospitalizovaných s obtížemi, které spadají do širšího pojetí psychosomatiky (posouzeno lékařem). V této skupině bylo 7 mužů a 23 žen ve věku od 30 do 79 let, věkový průměr byl 55,5 let. Ve třech případech pacienti odmítli ze zdravotních důvodů účast ve výzkumu. U Rorschachova testu nebylo možno v jednom případě použít protokol, protože měl méně než 14 odpovědí a proband odmítl opakovat asociační fázi ROR. Ve výzkumném vzorku pacientů jsme také do zpracování nezařadili 2 protokoly, které vykazovaly známky pokročilé demence respondenta.

Kontrolní skupinu tvořilo 30 studentů Univerzity Palackého v Olomouci a Univerzity Karlovy v Praze, z toho 17 mužů a 13 žen, ve věku od 20 do 50 let, průměrný věk 27,2 let. Při úvodním rozhovoru jsme zjišťovali zdravotní stav studentů, jedince s výraznými psychosomatickými obtížemi jsme do kontrolní skupiny nezařadili.

**Tab. č. 2:** Charakteristiky souborů

| charakteristiky   | minimální věk | maximální věk | průměrný věk | věk medián | věk modus | ženy | muži |
|-------------------|---------------|---------------|--------------|------------|-----------|------|------|
| výzkumný vzorek   | 30            | 79            | 55,5         | 57         | 63        | 23   | 7    |
| kontrolní skupina | 20            | 50            | 27,2         | 23         | 21        | 13   | 17   |

Respondenti v obou skupinách byli seznámeni s účelem výzkumu, k účasti se dobrovolně rozhodli. Výzkum byl anonymní, u respondentů jsme zaznamenávali pouze věk a pohlaví.

Výzkum probíhal od června 2009 do října 2009.

## 11. Výsledky výzkumu

### 11.1. Výstupy ROR testu a dotazníku TAS-20

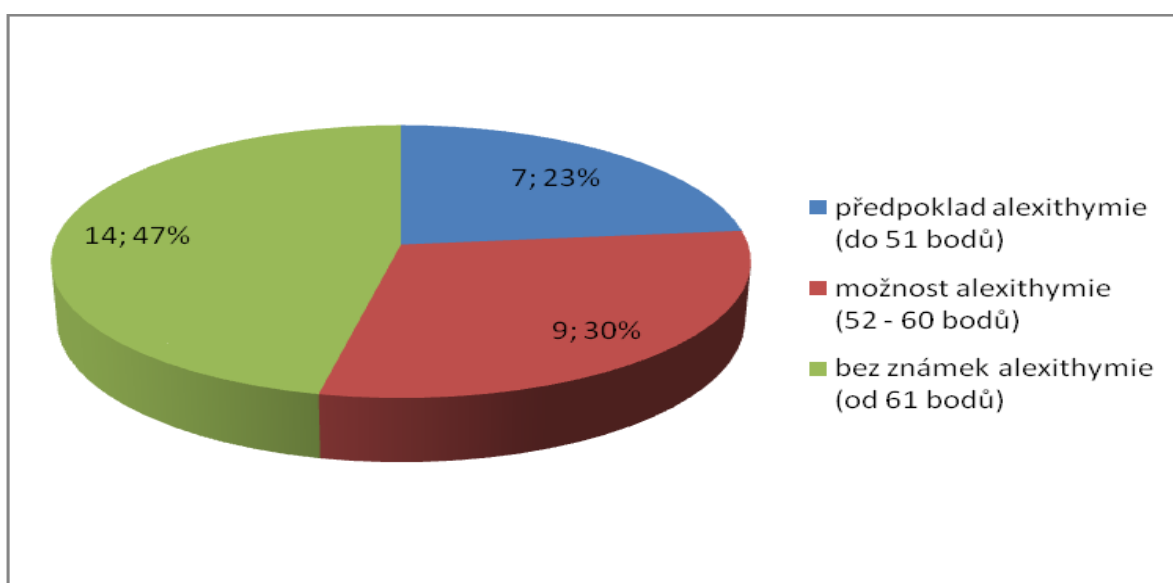
#### 11.1.1. Sledované hodnoty u výzkumného vzorku

Sledované hodnoty ve výzkumném vzorku pacientů (příloha č. 2)

##### *Výstupy dotazníku TAS-20 u výzkumného vzorku:*

Nejnižší hodnota dotazníku je 28, nejvyšší 86, průměrná 51,47, medián 52. Průměrná hodnota je na hranici normy mezi hodnotami osob bez známek alexithymie a hodnot pro osoby s možností alexithymie. Medián je již v pásmu možnosti alexithymie. Hodnoty dotazníků (graf č. 1) u 14 respondentů byly podle normy v pásmu pro osoby bez známek alexithymie, z celkového počtu osob ve výzkumném vzorku je to 47 %. Hodnoty odpovědí 9 respondentů (30 % z výzkumného vzorku) jsou v pásmu možnosti alexithymie. 7 respondentů (23 %) odpovědělo v pásmu předpokládané alexithymie.

**Graf č. 1:** Výsledky dotazníku TAS-20 ve výzkumném vzorku pacientů



### **Hodnoty subškál TAS-20 u výzkumného vzorku (příloha č. 3):**

Hodnoty subškály DDF jsou v intervalu od 5 do 21, průměrná hodnota je 11,87, medián 12.

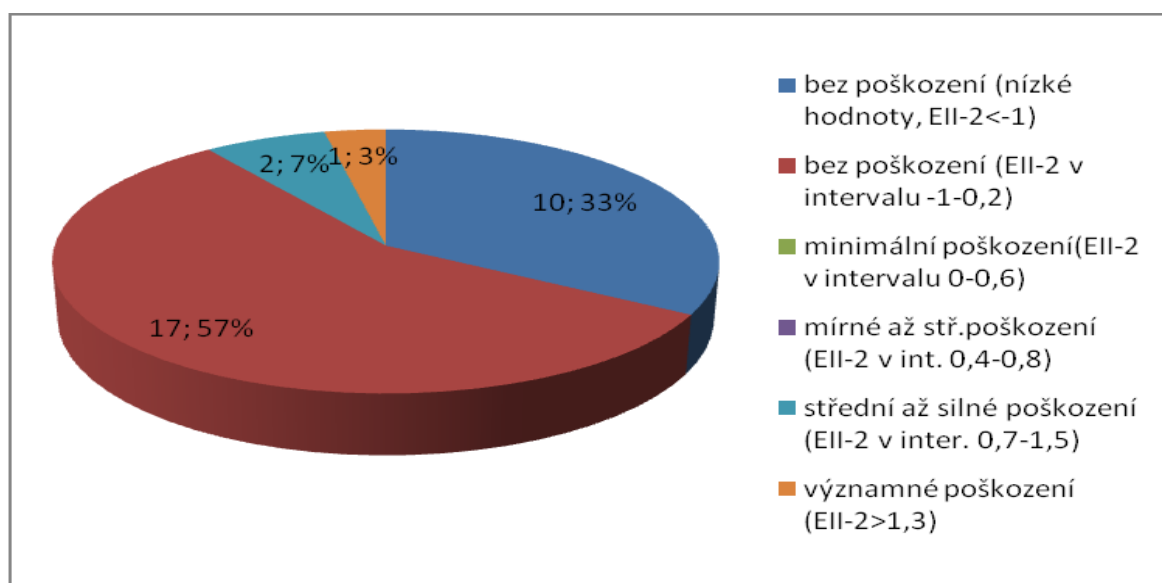
Hodnoty subškály DIF jsou v intervalu od 7 do 35, průměrná hodnota je 16,3, medián 14.

Hodnoty subškály EOT, vyjadřující tendenci jedince zaměřovat svoji pozornost externě, jsou v intervalu od 13 do 40, průměrná hodnota je 23,3, medián 23.

### **Hodnoty indexu EII-2 Rorschachova testu výzkumného vzorku:**

Nejnižší hodnota indexu je - 1,82, nejvyšší 1,77, průměrná - 0,57, medián - 0,60. Průměrná hodnota i medián jsou podle navrhované normy v pásmu pro osoby bez poškození funkcí Ega. Respondenti měli hodnoty indexu (graf č. 2) v 27 případech (90% z výzkumného vzorku) v pásmu bez poškození, ve 2 případech (7%) vykazovaly hodnoty indexu střední až silné poškození, v 1 (3%) případě bylo poškození významné. V rámci osob s hodnotami indexu v pásmu bez poškození Ega byly hodnoty v 10 případech (33 % z celého výzkumného vzorku) menší než - 1 a v 17 případech (57% z výzkumného vzorku) větší než - 1.

**Graf č. 2:** Hodnoty EII-2 ve výzkumném vzorku pacientů



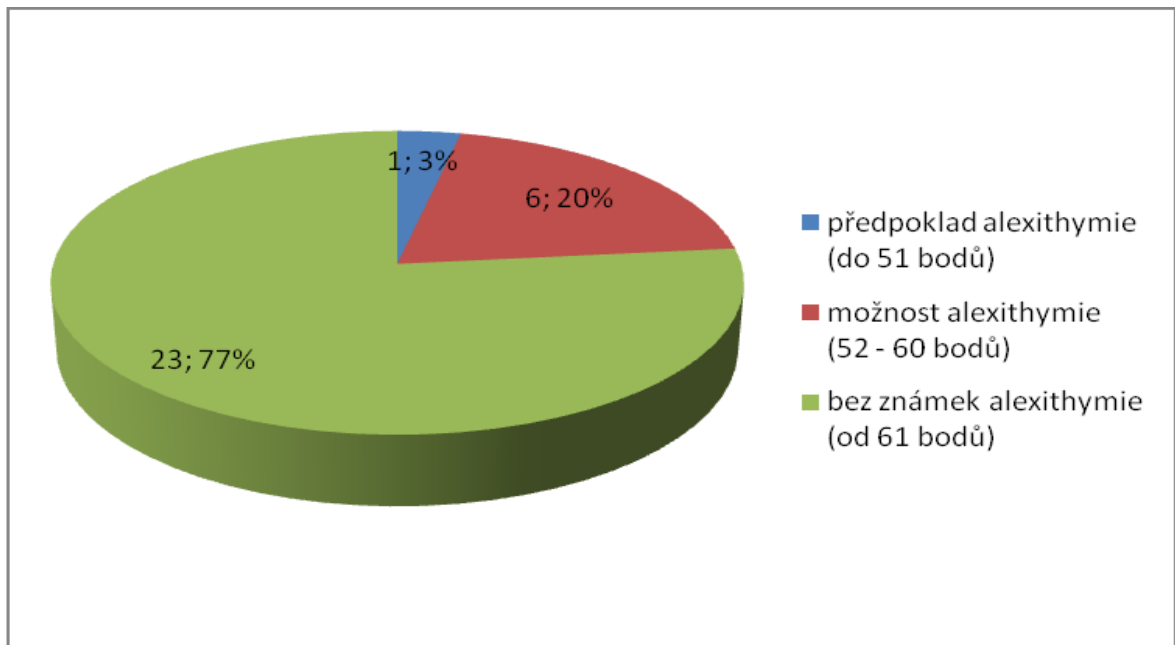
### 11.1.2. Sledované hodnoty v kontrolní skupině

Sledované hodnoty v kontrolní skupině studentů (příloha č. 4)

#### *Hodnoty dotazníku TAS-20 v kontrolní skupině:*

Nejnižší hodnota dotazníku je 22, nejvyšší 72, průměrná 44,27, medián 43,5. Průměrná hodnota i medián jsou podle normy v pásmu pro osoby bez možnosti alexithymie. Hodnoty dotazníků (graf č. 3) u 23 respondentů byly podle normy v pásmu pro osoby bez známek alexithymie, z celkového počtu osob ve výzkumném vzorku je to 77 %. Hodnoty odpovědí 6 respondentů (20% z výzkumného vzorku) jsou v pásmu možnosti alexithymie. Pouze u 1 respondenta (3%) je hodnota v pásmu předpokládané alexithymie.

**Graf č. 3:** Výsledky dotazníku TAS-20 v kontrolní skupině studentů



### **Hodnoty subškál TAS-20 v kontrolní skupině (příloha č. 5):**

Hodnoty subškály DDF jsou v intervalu od 5 do 23, průměrná hodnota je 11,8, medián 12.

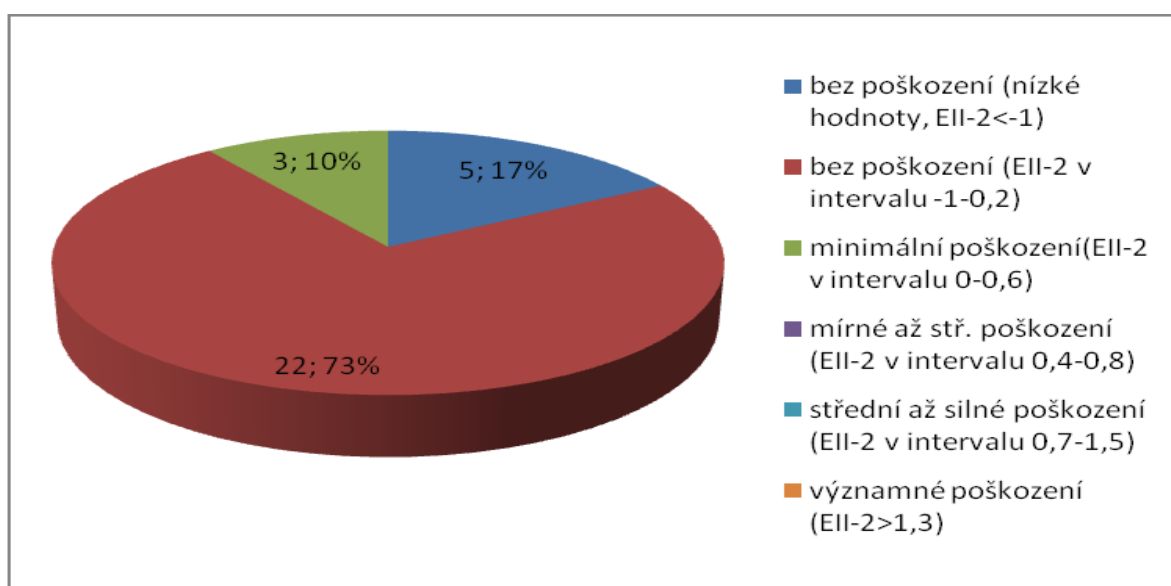
Hodnoty subškály DIF jsou v intervalu od 7 do 30, průměrná hodnota je 13,93, medián 13.

Hodnoty subškály EOT, vyjadřující tendenci jedince zaměřovat svoji pozornost externě, jsou v intervalu od 8 do 30, průměrná hodnota je 18,53, medián 18.

### **Hodnoty indexu EII-2 Rorschachova testu v kontrolní skupině:**

Nejnižší hodnota indexu je - 1,87, nejvyšší 0,60, průměrná - 0,56, medián - 0,48. Průměrná hodnota i medián jsou podle navrhované normy v pásmu pro osoby bez poškození funkcí Ega. Respondenti měli hodnoty indexu (graf č. 4) v 27 případech (90% z kontrolní skupiny) v pásmu bez poškození, ve 3 případech (10%) vykazovaly hodnoty indexu minimální poškození. V rámci osob s hodnotami indexu v pásmu bez poškození Ega byly hodnoty v 5 případech (17 % z celé kontrolní skupiny) menší než - 1 a v 22 případech (73% z kontrolní skupiny) větší než - 1.

**Graf č. 4:** Hodnoty EII-2 v kontrolní skupině studentů



## 11.2. Výsledky výpočtů

F- testem jsme zjistili rozptyl výzkumného vzorku a kontrolní skupiny. F- test pro hodnoty dotazníku TAS-20 prokázal nerovnost rozptylů obou souborů, pro hodnoty indexu EII-2 rovnost rozptylů. Studentovým t-testem jsme zjistili, že soubory se statisticky signifikantně liší v hodnotě dotazníku TAS-20 a neliší v hodnotě indexu EII-2.

**Tab. č. 3:** Výsledky výpočtů testů významnosti rozdílu souborů

|               | F-test            |                                 | t-test            |                                 |
|---------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------------|
|               | vypočtená hodnota | kritická hodnota pro $r_{0,05}$ | vypočtená hodnota | kritická hodnota pro $r_{0,05}$ |
| <b>TAS-20</b> | 1,951             | 1,861                           | 2,240             | 2,006                           |
| <b>EII-2</b>  | 1,460             | 1,861                           | -0,037            | 1,672                           |

## Výskyt alexithymie

**Tab. č. 4:** Hodnoty alexithymie podle dotazníku TAS-20

|                          | bez známek alexithymie | možnost nebo pravděpodobnost alexithymie |
|--------------------------|------------------------|--|
| <b>výzkumný vzorek</b>   | 14                     | 16                                       |
| <b>kontrolní skupina</b> | 23                     | 7  |

Vypočtená hodnota  $\chi^2 = 5,71$ , kritická hodnota  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,84$ , z toho vyplývá, že existuje signifikantní rozdíl mezi výskytem alexithymie ve výzkumném vzorku a v kontrolní skupině.



## Výskyt nízkých hodnot poškození Ega podle ROR indexu EII-2

Tab. č. 5: Hodnoty EII-2

|                   | EII-2 < -1 | EII-2 ≥ -1 |
|-------------------|------------|------------|
| výzkumný vzorek   | 10         | 20         |
| kontrolní skupina | 5          | 25         |

Vypočtená hodnota  $\chi^2 = 2,22$ , kritická hodnota  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,84$ , z toho vyplývá, že neexistuje statisticky signifikantní rozdíl mezi výskytem nízkých hodnot EII-2 ve výzkumném vzorku a v kontrolní skupině.

### Korelace:

#### 1. korelace hodnot TAS-20 a indexu EII-2

Tab. č. 6: Hodnoty korelačního koeficientu

|                   | korelace míry alexithymie a míry indexu EII-2 | kritická hodnota pro $r_{0,05}$ |
|-------------------|---|---------------------------------|
| výzkumný vzorek   | -0,210  | 0,349                           |
| kontrolní skupina | -0,022  | 0,349                           |

Hodnota korelačního koeficientu (tab. č. 6) míry alexithymie a míry indexu EII-2 ve výzkumném vzorku dosáhla hodnoty - 0,210, existuje tedy negativní korelace mezi mírou

alexithymie, měřené pomocí dotazníku TAS-20, tato korelace ale není statisticky signifikantní.

Hodnota korelačního koeficientu (tab. č. 6) míry alexithymie a míry indexu EII-2 v kontrolní skupině je - 0,022, tato hodnota není statisticky signifikantní.

## **2. korelace celkové míry alexithymie podle TAS-20 s hodnotami subškál TAS-20**

**(tab. č. 7, graf č.5)**

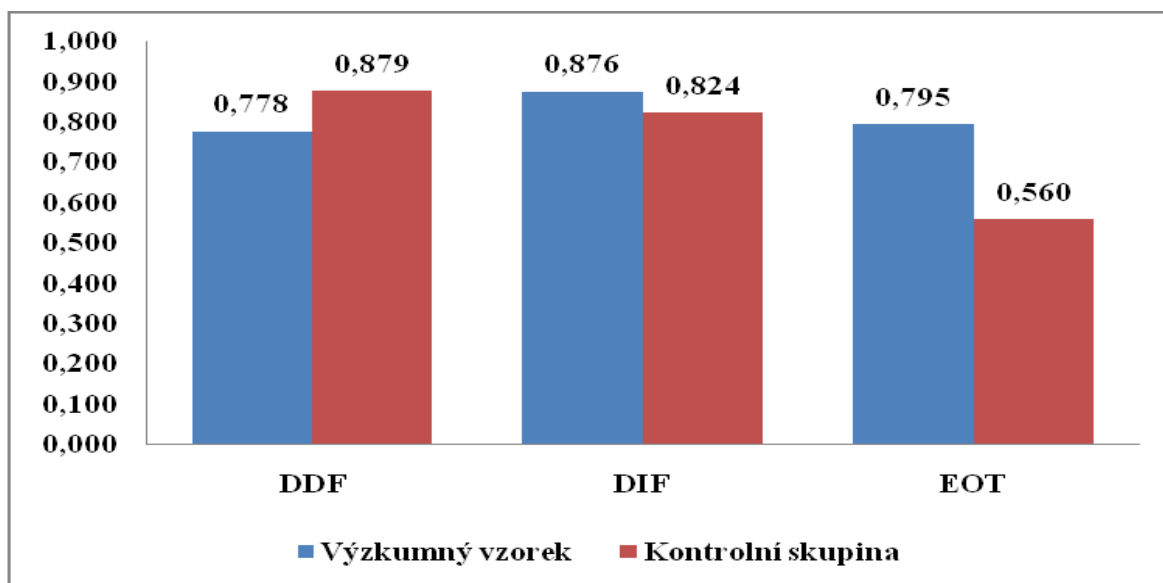
Ve výzkumném vzorku byla hodnota korelačního koeficientu 0,778 pro korelaci mezi celkovou mírou alexithymie podle dotazníku TAS-20 a jeho subškálou DDF, která měří obtíže ve vyjadřování emocí, pro subškálu DIF (obtíže s rozpoznáním emocí) byl korelační koeficient 0,876 a pro subškálu EOF (externě orientované myšlení) 0,795. Tyto hodnoty jsou vysoce statisticky signifikantní,  $r_{0,01} = 0,448$  pro  $n = 30$ .

V kontrolní skupině dosahovat korelační koeficient hodnot: 0,879 pro subškálu DDF, 0,824 pro subškálu DIF a 0,560 pro subškálu EOT.

**Tab. č. 7:** Hodnoty korelačního koeficientu u korelace celkové míry alexithymie podle TAS-20 a subškál TAS-20

| <b>TAS-20</b>            | <b>Obtíže ve vyjadřování emocí - DDF</b> | <b>Obtíže s rozpoznáním emocí - DIF</b> | <b>Externě orientované myšlení - EOT</b> |
|--------------------------|--|---|--|
| <b>výzkumný vzorek</b>   | 0,778                                    | 0,876                                   | 0,795                                    |
| <b>kontrolní skupina</b> | 0,879                                    | 0,824                                   | 0,560                                    |

**Graf č. 5:** Korelační koeficienty mezi hodnotami subškál a celkovou hodnotou dotazníku TAS-20



### **3. korelace hodnot ROR indexu EII-2 s hodnotami subškál TAS-20 (tab. č. 8, graf č. 6)**

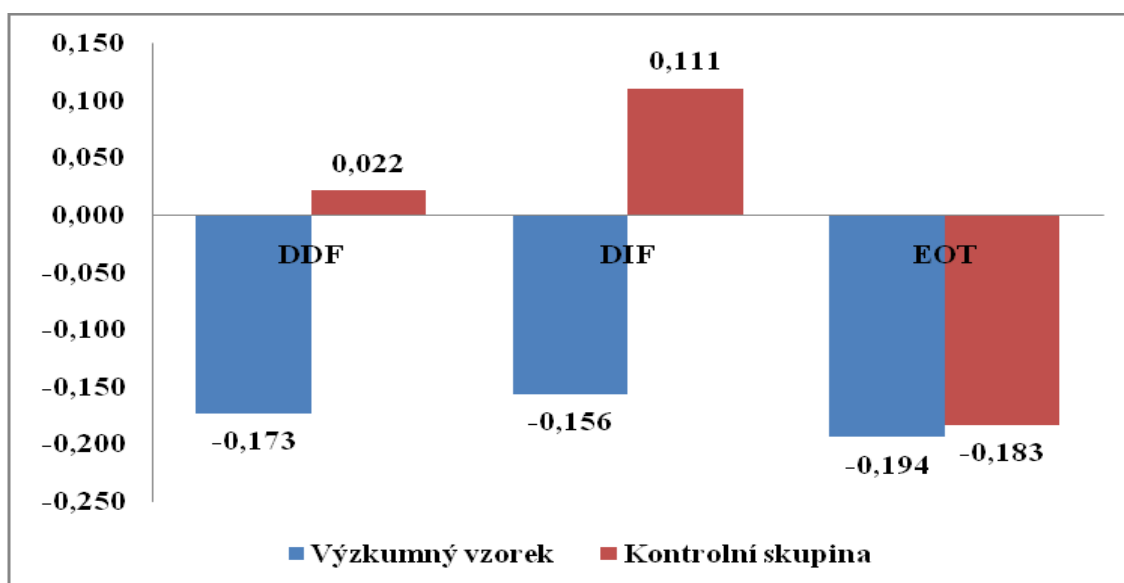
Ve výzkumném vzorku byl hodnota korelačního koeficientu - 0,173 pro korelaci mezi hodnotami indexu EII-2 a subškálou TAS-20 DDF, která měří obtíže ve vyjadřování emocí, pro subškálu DIF (obtíže s rozpoznáním emocí) byl korelační koeficient - 0,156 a pro subškálu EOT (externě orientované myšlení) - 0,194,  $r_{0,05} = 0,349$  pro  $n=30$ .

V kontrolní skupině dosahoval korelační koeficient hodnot: 0,022 pro subškálu DDF, 0,111 pro subškálu DIF a - 0,183 pro subškálu EOT.

**Tab. č. 8:** Hodnoty korelačního koeficientu u korelace ROR indexu EII-2 a subškál TAS-20

| EII-2                    | Obtíže ve vyjadřování emocí - DDF | Obtíže s rozpoznáním emocí - DIF | Externě orientované myšlení - EOT |
|--------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>výzkumný vzorek</b>   | -0,173                            | -0,156                           | -0,194                            |
| <b>kontrolní skupina</b> | 0,022                             | 0,111                            | -0,112                            |

**Graf č. 6:** Korelační koeficienty mezi hodnotou indexu EII-2 a hodnotami subškál dotazníku TAS-20



### 11.3. Platnost hypotéz

*H<sub>1</sub>: Existuje statisticky signifikantní rozdíl mezi výskytem alexithymie, zjišťované dotazníkem TAS-20, ve výzkumném vzorku a v kontrolní skupině.*

Byl prokázán statisticky signifikantní rozdíl mezi výskytem alexithymie u výzkumného vzorku a v kontrolní skupině.

Hypotéza H<sub>1</sub> byla přijata.

*H<sub>2</sub>: Existuje statisticky signifikantní rozdíl mezi výskytem nízkých hodnot ROR indexu poškození funkcí Ega EII-2 ve výzkumném vzorku a v kontrolní skupině.*

Byl zjištěn rozdíl mezi výskytem nízkých hodnot indexu EII-2 u výzkumného vzorku a v kontrolní skupině, tento rozdíl ale není statisticky signifikantní.

Hypotéza H<sub>2</sub> nebyla přijata.

*H<sub>3</sub>: : Existuje statisticky signifikantní negativní korelace mezi mírou poškození funkcí Ega, měřenou ROR indexem EII-2, a mírou alexithymie, měřenou dotazníkem TAS-20.*

Míra indexu EII-2 negativně koreluje s mírou alexithymie, měřenou dotazníkem TAS-20 ve výzkumném vzorku, korelace ale není statisticky signifikantní. Také v kontrolní skupině je negativní korelace mezi oběma hodnotami, není ale statisticky signifikantní.

Hypotéza H<sub>3</sub> nebyla přijata.

### 11.4. Interpretace výsledků výzkumu

Údaje získané pomocí dotazníku TAS-20 a provedené výpočty prokázaly statisticky signifikantní rozdíl ( $\chi^2 = 5,71$ ,  $p < 0,05$ ) mezi výskytem alexithymie u výzkumného vzorku a v kontrolní skupině (výsledky viz tab. č. 4, str. 49). Hypotéza H<sub>1</sub> byla přijata. Průměrná hodnota alexithymie výzkumného vzorku je na hranici normy mezi hodnotami osob bez

známek alexithymie a hodnot pro osoby s možností alexithymie. Průměrná hodnota alexithymie v kontrolní skupině je v pásmu normy pro osoby bez známek alexithymie.

Hypotéza  $H_2$  nebyla přijata, mezi výskytem nízkých hodnot poškození funkcí Ega, měřeným ROR indexem EII-2, je u výzkumného vzorku i v kontrolní skupině rozdíl, který ale není statisticky signifikantní (výsledky viz tab. č. 5, str. 50).

Hypotéza  $H_3$  nebyla přijata. Míra ROR indexu EII-2 negativně koreluje s mírou alexithymie měřenou dotazníkem TAS-20 ve výzkumném vzorku, korelace ale není statisticky signifikantní ( $r = -0,210$ ). V kontrolní skupině je také negativní korelace, opět ale není statisticky signifikantní ( $r = -0,022$ ) (výsledky viz tab. č. 6, str. 50).

Při analýze dat jsme ověřili, že u výzkumného vzorku jsou statisticky vysoce signifikantní hodnoty korelační koeficienty mezi celkovou mírou alexithymie, měřenou dotazníkem TAS-20, a mírou jeho jednotlivých subškál:

$r = 0,778$  při  $p < 0,01$  pro subškálu DDF

$r = 0,876$  při  $p < 0,01$  pro subškálu DIF

$r = 0,795$  při  $p < 0,01$  pro subškálu EOT

V kontrolní skupině dosahoval korelační koeficient mezi celkovou mírou alexithymie, měřenou dotazníkem TAS-20, a mírou jeho jednotlivých subškál statisticky vysoce signifikantních hodnot:

$r = 0,879$  při  $p < 0,01$  pro subškálu DDF

$r = 0,824$  při  $p < 0,01$  pro subškálu DIF

$r = 0,560$  při  $p < 0,01$  pro subškálu EOT

U výzkumného vzorku jsou korelační koeficienty mezi hodnotami indexu EII-2 a mírou alexithymie jednotlivých subškál dotazníku TAS-20 následující:

$r = -0,173$  pro subškálu DDF

$r = -0,156$  pro subškálu DIF

$r = -0,194$  pro subškálu EOT

Hodnoty korelačního koeficientu nejsou v tomto případě statisticky signifikantní.

V kontrolní skupině dosahoval korelační koeficient mezi hodnotami indexu EII-2 a mírou alexithymie jednotlivých subškál dotazníku TAS-20 hodnot:

$r = 0,022$  pro subškálu DDF

$r = 0,111$  pro subškálu DIF

$r = -0,183$  pro subškálu EOT

Hodnoty korelačního koeficientu nejsou v tomto případě statisticky významné.

## 12. Diskuze

V práci jsme se zabývali výsledky dvou testů a jejich potenciálním vztahem k psychosomatickým obtížím. U výzkumné skupiny pacientů s psychosomatickými obtížemi a v kontrolní skupině studentů jsme sledovali míru alexithymie, měřenou dotazníkem TAS-20, a míru poškození funkcí Ega, měřenou Rorschachovským indexem EII-2.

Výsledky výzkumu potvrdily, že **sledované soubory se statisticky významně liší ve výskytu alexithymie**. Byl prokázán statisticky signifikantní rozdíl mezi výskytem alexithymie ve výzkumném vzorku pacientů (16 ze 30 osob) a v kontrolní skupině studentů (7 ze 30 osob),  $\chi^2 = 5,71$ ,  $p < 0,05$ . Průměrná hodnota alexithymie byla u pacientů na hranici normy hodnot (podle normy dotazníku TAS-20) pro osoby bez známek alexithymie a hodnot pro osoby s možností alexithymie (výsledky viz graf č. 1, str. 45, graf č. 3, str. 47, tab. 4, str. 49). Medián byl v pásmu možnosti alexithymie. Naproti tomu v kontrolní skupině byla průměrná hodnota i medián v pásmu pro osoby bez známek alexithymie. Hodnoty dotazníku byly ve výzkumné skupině v 53% v pásmu možnosti nebo pravděpodobnosti alexithymie. V kontrolní skupině byla možná nebo pravděpodobná alexithymie prokázána pouze u 23 % osob. Vyšší výsledky u patientské skupiny jsou v souladu s výzkumy v této oblasti, Todarello et al. (1995) např. uvádí 55 % hodnot v pásmu alexithymie u pacientů s hypertenzí a 16-33 % u kontrolní skupiny, vyšší hodnoty u pacientů potvrzují i Jula, Salminen a Saarijarvi (1999) nebo Porcelli (1999).

Rorschachovský index EII-2 byl vytvořen k určování deficitu funkcí Ega (viz kap. 8.3., str. 31). Pomocí jeho hodnot lze rozlišovat neurotické potíže od psychotických. Studie prokázaly jeho validitu u pacientů s depresí (Perry, Viglione, 1991) a u psychotických pacientů (Stokes et al., 2003). Další studie srovnávala EII-2 s ROR škálou Reality-Fantasy (Tibon, Porcelli, Weinberger, 2005). Duševní zdraví tito výzkumníci spojovali s rovnováhou mezi fantazií a realitou. Nadměrná fantazie vede až k bludné psychotické produkci, ti pacienti, kteří vysoce skórovali na škále fantazie, měli i vysoké hodnoty indexu EII-2. Nízké hodnoty škály fantazie a zároveň nízké hodnoty EII-2 měli pacienti s chudou fantazií, zjednodušujícím, konkrétním stylem myšlení a orientací na vnější realitu. Tyto znaky připomínají typické charakteristiky alexithymie, označované jako externě orientované myšlení. Tedy ani extrémně nízké hodnoty indexu EII-2 by nemusely



znamenat optimální duševní zdraví. Orientační výzkum Lečbycha (2007) prokázal statisticky vysoce významnou korelaci mezi hodnotami EII-2 a počtem populárních odpovědí. Podle Exnera jsou populární odpovědi měřítkem konvenčního stylu vnímání. Nízké hodnoty EII-2 tedy mohou představovat nadměrný příklon ke konformitě, konvenci a hypertrofii obranných mechanismů. Kromě alexithymie připomínají tyto charakteristiky také některé teorie vzniku psychosomatických onemocnění. Úvaha o souvislosti nízkých hodnot indexu EII-2 s alexithymií a psychosomatickými obtížemi byla východiskem další části naší práce.

Výskyt nízkých hodnot Rorschachovského indexu poškození funkcí Ega EII-2 (tj. hodnot menších než -1) byl v patientské skupině vyšší (10 ze 30 osob) než ve skupině kontrolní (5 ze 30 osob), rozdíl ale není statisticky signifikantní. Hodnoty indexu EII-2 byly v obou případech u 27 osob z obou třicetičlenných skupin v pásmu pro osoby bez poškození funkcí Ega (výsledky viz graf č. 2, str. 46, graf č. 4, str. 48, tab. 5, str. 50). V patientské skupině byly zbývající 3 hodnoty v pásmu středního až silného poškození (2 osoby) a v pásmu významného poškození (1 osoba). Hodnota v pásmu významného poškození již naznačuje vážný předpoklad duševní poruchy. V kontrolní skupině byly zbývající 3 hodnoty v pásmu minimálního poškození (3 osoby). K těmto údajům zatím neexistují obdobné výzkumné práce, se kterými bychom mohli naše výsledky porovnat. **Hypotéza o statisticky signifikantně vyšším výskytu nízkých hodnot poškození Ega ve výzkumném vzorku nebyla potvrzena. Rozdíl v obou skupinách existoval, nebyl ale statisticky významný.** Vzhledem k poměrně malému počtu osob v obou skupinách a k existenci rozdílu, třebaže ne statisticky významného, by bylo vhodné ověřit výsledky na větším vzorku osob.

**Hypotéza, ve které jsme předpokládali statisticky signifikantní negativní korelaci mezi mírou poškození funkce Ega, měřenou pomocí indexu EII-2, a celkovou mírou alexithymie, měřenou dotazníkem TAS-20, nebyla potvrzena.** Korelační koeficient  $r = -0,210$  u patientského vzorku není pro skupinu 30 osob statisticky významný. V kontrolní skupině dosahoval koeficient hodnoty  $r = -0,022$ , přičemž pro  $n = 30$  je  $r_{0,05} = 0,349$  (výsledky viz tab. 6, str. 50). Uvažujeme-li ale o vztahu mezi alexithymií a poškozením funkcí Ega v souvislosti s psychosomatickými obtížemi, měli bychom si všimnout skutečnosti, že **v patientské skupině byl korelační koeficient vyšší než ve skupině zdravých studentů.** Zároveň víme, že ve skupině pacientů byl vyšší

výskyt nízkých hodnot indexu EII-2. Pokud si uvědomíme tyto dvě skutečnosti, mohla by u osob s psychosomatickými obtížemi skutečně existovat tendence k vyššímu výskytu nízkých hodnot EII-2 současně s vyšší mírou alexithymie, kterou jsme v této práci potvrdili. Zároveň víme, že ve skupině pacientů byl vyšší výskyt nízkých hodnot indexu EII-2 (tj. hodnot menších než -1). **Mezi hodnotami indexu EII-2 a hodnotami alexithymie** existuje v obou zkoumaných skupinách **negativní trend, není ale statisticky signifikantní**.

S hodnotami dotazníku TAS-20 je možné pracovat nejenom z hlediska posouzení pravděpodobnosti alexithymie u sledované osoby, lze také analyzovat hodnoty jednotlivých subškál, jejichž součty tvoří výslednou hodnotu dotazníku. **Korelační hodnot subškál vůči výsledné hodnotě dotazníku TAS-20** jsme ověřili, že korelační koeficienty jsou pro všechny 3 subškály statisticky vysoce signifikantní ( $r = 0,778, 0,876$  a  $0,795$  při  $p < 0,01$  ve výzkumném vzorku a  $r = 0,879, 0,824$  a  $0,560$  při  $p < 0,01$  v kontrolní skupině) (viz tab. č. 7, str. 51, graf č. 5, str. 52). Výsledky souhlasí s údaji o konzistenci testu autorů dotazníku (Bagby, Parker, Taylor, 1994).

**Korelační koeficienty mezi hodnotami indexu EII-2 a jednotlivými subškálami TAS-20** ukazují statisticky nevýznamnou negativní korelaci u výzkumného vzorku ( $r = -0,173, -0,156$  a  $-0,194$ ) (viz tab. č. 8, str. 53, graf č. 6, str. 53). Hodnoty koeficientů odpovídají celkové negativní korelaci mezi hodnotami indexu EII-2 a celkovou mírou alexithymie podle TAS-20, která rovněž není statisticky významná. V kontrolní skupině subškála DDF, která měří obtíže při vyjadřování emocí, a subškála DIF, která měří obtíže při rozpoznávání emocí, korelují s indexem EII-2 pozitivně ( $r = 0,022$  a  $0,111$ ), zatímco subškála EOT, zaměřená na externě orientované myšlení, negativně ( $r = -0,183$ ). Čím více mají studenti své myšlenky orientované externě a čím chudší mají fantazii, tím více vykazují známky tzv. normality ve vztahu k poškození funkcí Ega, tedy dosahují nižších hodnot indexu EII-2. Korelace mezi indexem EII-2 a celkovou mírou alexithymie v kontrolním vzorku je přitom negativní, korelační koeficient ale není statisticky významný, také korelační koeficienty subškál nejsou statisticky významné.

V práci jsme použily 2 metody, dotazník TAS-20 a ROR test. V dotazníku se posuzovaná osoba sama vědomě rozhoduje, jakou odpověď zadá. Její odpovědi mohou být proto ovlivněny snahou o pozitivní sebereprezentaci a snahou o udržení příznivého vnitřního sebeobrazu. Naproti tomu ROR metoda se zaměřuje na nevědomý projev. Kombinace

vědomé a nevědomé produkce se mohla promítnout i do výsledků naší práce, zejména do výsledků korelací míry alexithymie a nízkých hodnot poškození funkcí Ega.

Celkově mohl mít na výsledky výzkumu vliv rozdílný věk respondentů ve výzkumném vzorku (55,5 roku) a v kontrolní skupině (27 let). Pro patientskou populaci obecně bývá typický vyšší věk, naopak průměrný věk kontrolní skupiny, pokud ji tvoří studenti, je typicky mezi 19 a 26 lety. V tomto případě je průměrný věk kontrolní skupiny vyšší, protože jsme při výzkumu pracovali i se studenty kombinovaného studia, stejně jsme ale nedosáhli věkového průměru, který by byl srovnatelný s výzkumným vzorkem. V obou vzorcích byl také rozdílný počet mužů a žen, mezi pacienty převažovaly ženy (23 z 30 osob) mezi studenty muži (17 z 30 osob). Počet osob v obou skupinách nebyl velký, byl ovlivněn omezeným počtem pacientů ve výzkumném vzorku.

Výsledky mohly být ovlivněny i dalšími vlivy, kupříkladu psychickými obtížemi testovaných osob, jejich úzkostí, poruchami emocí ve smyslu deprese, aktuálním stresem, počínajícími projevy organicity u pacientů ve vyšších věkových kategoriích, u pacientů také hospitalizací, bolestmi, užívanými léky. Při skórování ROR protokolů by bylo vhodné pro zajištění větší objektivity porovnat skóry více posuzovatelů. Sledované hodnoty, zejména vztah míry alexithymie a míry indexu EII-2, by bylo třeba ověřit na větším počtu respondentů s psychosomatickými obtížemi i na početnější kontrolní skupině zdravých osob. Výzkumný vzorek tvořili pacienti s psychosomatickými chorobami v širším pojetí tohoto termínu. Zajímavé by bylo porovnání výsledků s výsledky jednotného vzorku pacientů s některou z „klasických“ psychosomatických chorob, tedy s psychosomatickou chorobou v užším významu.

Míra alexithymie i informace o poškození funkcí Ega, získané pomocí indexu EII-2, mohou sloužit k zlepšení diagnostických možností při práci s osobami s psychosomatickými obtížemi, zejména při psychoterapii těchto osob. Existují psychoterapeutické techniky, které směřují k snížení jednotlivých projevů alexithymie, jako je práce s uvědomováním a vyjadřováním emocí, zaměřování pozornosti na své prožitky a související tělesné reakce.

## 13. Závěr

Při práci s hodnotami alexithymie získanými pomocí dotazníku TAS-20 a hodnotami Rorschachovského indexu EII-2 osob s psychosomatickými obtížemi a kontrolní skupiny osob bez vážných psychosomatických obtíží jsme došli statistickými výpočty k následujícím závěrům:

1. Existuje statisticky signifikantní rozdíl ve výskytu alexithymie u osob se závažnými psychosomatickými obtížemi a u osob bez vážných psychosomatických obtíží. Průměrná míra alexithymie ve výzkumném vzorku (osoby s psychosomatickými obtížemi v širším významu, viz str. 7) je na hranici normy mezi hodnotami osob bez známek alexithymie a hodnot pro osoby s možností alexithymie. Průměrná míra alexithymie v kontrolní skupině (bez psychosomatických obtíží) je v pásmu normy pro osoby bez známek alexithymie.

2. Rozdíl ve výskytu nízkých hodnot indexu poškození funkcí Ega EII-2 u osob se závažnými psychosomatickými obtížemi a u osob bez vážných psychosomatických obtíží není statisticky signifikantní. Průměrná míra indexu EII-2 u osob z výzkumného vzorku i u osob z kontrolní skupiny je v pásmu normy pro osoby bez poškození funkcí Ega.

3. Míra indexu EII-2 negativně koreluje s mírou alexithymie měřenou dotazníkem TAS-20 ve výzkumném vzorku, korelace ale není statisticky signifikantní. V kontrolní skupině je také negativní korelace, opět ale není statisticky signifikantní.

4. Subškály TAS-20 ve výzkumném vzorku i v kontrolní skupině statisticky vysoce významně korelují s celkovou hodnotou dotazníku. Korelace mezi subškálami TAS-20 a hodnotami indexu EII-2 není ve výzkumném vzorku ani v kontrolní skupině statisticky signifikantní. V kontrolní skupině pouze subškála EOT (externě orientované myšlení) vykazuje negativní korelaci s hodnotami indexu EII-2, subškály DDF a DIF korelují s hodnotami indexu EII-2 pozitivně.

## 13.1. Přínosy výzkumu

Výsledky výzkumu potvrdily statisticky významně vyšší výskyt alexithymie u osob s psychosomatickými obtížemi. Hypotéza o vyšším výskytu nízkých hodnot indexu poškození Ega EII-2 u těchto osob potvrzeny nebyla, výsledky nebyly statisticky signifikantní. Ze stejného důvodu nebyla potvrzena ani hypotéza o korelaci mezi mírou alexithymie, měřenou dotazníkem TAS-20, a mírou indexu EII-2.

Protože výzkumný vzorek i kontrolní skupina obsahoval vždy pouze 30 osob, bylo by vhodné opakovat výzkum na větším počtu osob, oba vzorky by měly být lépe vyváženy věkově i pohlavím.

Psychosomatické obtíže by bylo možné blíže specifikovat a pokusit se získat **vzorek pacientů s jedním druhem tzv. klasické psychosomatické choroby**. Získaná data a jejich vztah k psychosomatickým obtížím by bylo možné zkoumat i z hlediska dalších Rorschachovských proměnných. Další zajímavou oblastí jsou subškály dotazníku TAS-20. Pouze subškála EOT u kontrolní skupiny vykazovala negativní korelaci vůči hodnotám indexu EII-2. Čím více mají studenti z kontrolní skupiny své myšlenky orientované externě a čím chudší mají fantazii, tím více vykazují známky tzv. normality ve vztahu k poškození funkcí Ega, tedy dosahují nižších záporných hodnot indexu EII-2. Subškály DDF a DIF v kontrolní skupině korelují s hodnotami indexu EII-2 pozitivně, třebaže celková korelace hodnot indexu EII-2 a hodnot alexithymie je negativní. Korelační koeficienty subškál u výzkumného vzorku jsou negativní, stejně jako korelační koeficient hodnot indexu EII-2 a celkové hodnoty alexithymie.

Přetrvávajícím problémem je **definování výzkumného vzorku**, tedy vymezení obtíží, které lze zařadit do **kategorie psychosomatických obtíží**. Odborníci v oboru psychologie i medicíny sice došli v této otázce ke konsenzu, nové pojetí ale zatím ne zcela proniklo do lékařské a psychologické praxe.

## 14. Souhrn

Cílem práce bylo zjistit, zda u zkoumaných osob existuje statisticky signifikantní korelace mezi mírou alexithymie, měřenou dotazníkem TAS-20, a mírou poškození funkcí Ega, měřenou Rorschachovským indexem EII-2, a zda existuje statisticky signifikantní rozdíl ve výskytu alexithymie a nízkých hodnot indexu EII-2 (tj. hodnot nižších než -1) ve výzkumném vzorku osob s psychosomatickými obtížemi a v kontrolní skupině studentů bez psychosomatických obtíží.

Pojem psychosomatika a psychosomatická nemoc lze jen velice obtížně definovat. Za psychosomatické považují někteří autoři pouze nemoci s orgánovou poruchou, jiní i poruchy funkční. Z tohoto pohledu jsme se pokusili oblast psychosomatiky rozdělit na **psychosomatiku v užším a širším smyslu slova**. Psychosomatiku v užším významu představují tzv. klasické psychosomatické orgánové nemoci. Patřily by sem choroby „chicagské sedmy“ Franze Alexandra a další nemoci, ke kterým by se vztahoval kromě základního diagnostického kódu podle MKN-10, vztahujícímu se k somatické poruše, také kód F54. Psychosomatika v širším významu zahrnuje nemoci funkční, podle MKN-10 F45, tedy somatoformní poruchy, jinak také nazývané MUS - medically unexplained symptoms, symptomy, které nelze z biomedicínského pohledu vysvětlit.

Během historického vývoje názorů na psychosomatiku můžeme podle Bašteckého (2002) rozlišit 4 stádia: **psychosomatické hnutí, psychosomatická medicína v pojetí Lipowskiho a behaviorální medicína**. Rané teorie hledaly příčinu psychosomatických chorob v osobnostních zvláštностech jedince, ve zpracování intrapsychického konfliktu, v tělesných dispozicích, behaviorální teorie viděla původ těchto chorob v učení a v působení stresu a environmentální teorie v působení životních událostí. Současné pojetí podle biopsychosociálního pohledu na člověka ve zdraví a nemoci pohlíží na nemoc jak ze somatické, tak z psychické a sociální, případně i spirituální stránky.

**Psychosomatické teorie** také můžeme dělit **podle psychologického směru**, ze kterého vychází. Z pohledu psychodynamických teorií vznikají psychosomatické choroby jako důsledek potlačených, neodžitých emocí a vnitřních konfliktů ve vývoji osobnosti. S vývojem osobnosti v psychodynamickém pojetí úzce souvisí vývoj Ega a jeho funkcí. Psychopatologie je podle analýzy Millona, Lenera, Weinera a kol. (2003) v

psychodynamických modelech vymezována třemi základními znaky: nízká síla Ega, maladaptivní Ego obranné mechanismy a dysfunkční introjekty. Nedostatečně silné Ego nedokáže testovat realitu adaptivním způsobem, vnímá zkresleně vnitřní i vnější psychické obsahy. Maladaptivní obranné mechanismy nedokážou uspokojivým způsobem zvládat zátěž a úzkost. Dysfunkční introjekty způsobují nesprávnou percepci sebe i druhých osob.

Ve výzkumu používáme **dotazník TAS-20** a **Rorschachův test**. Dotazník TAS-20 určuje míru alexithymie. Při vyhodnocení ROR testu jsme dále pracovali s hodnotami indexu poškození funkcí Ega EII-2.

**Alexithymie** je heuristický konstrukt, který se používá ke zkoumání role osobnosti a emocí v patogenezi psychosomatických onemocnění (Taylor, 2000). Zahrnuje sníženou schopnost rozeznávat a vyjadřovat vlastní emoce a myšlení orientované spíše na vnější události než na vnitřní prožívání. Vystihuje komunikaci psychosomatických pacientů, u kterých bylo pozorováno stereotypní popisování tělesných obtíží bez odpovídajících emočních projevů, omezená fantazijní produkce a orientace na vnější události. Výklady alexithymie lze rozdělit na tři směry: psychodynamický, sociologický a neurofyzilogický. Psychodynamický výklad hledá příčinu v nedostacích v raném vztahu matky a dítěte, kdy fixace na zevní podněty vzniká jako obrana při reakci na zátěž. Sociologický výklad vidí alexithymii jako důsledek funkčního přizpůsobení se osobnosti tlaku společenských norem a konvencí, které často vyžadují potlačování emocí nebo jejich skrývání (Mohapl, 1988). Neurofyzilogický výklad předpokládá poruchu ve spojení neokortexu a limbického systému (Baštecká, Goldman, 2001). K měření alexithymie vytvořili Taylor, Ryan a Bagby (Bagby, Parker, Taylor, 1994) v roce 1985 **dotazník TAS** (Toronto Alexithymia Scale). Určoval míru alexithymie podle obtíží v popisování emocí, obtíží při rozlišování pocitů a tělesných pocitů, sociální konformity, chybějící schopnosti introspekce a nedostatku fantazie a snů. Následovaly dvě revize dotazníku, které vedly k vzniku **TAS-20**.

**Rorschachův test** od doby jeho vytvoření Hermanem Rorschachem v roce 1921 rozvíjeli evropští i američtí autoři. Nové pojetí testu představuje Exnerův **Comprehensive System** (Exner, 2003), založený na kvantifikaci, statistických analýzách a ověřování vědeckými postupy. Perry a Viglione (1991) vytvořili **ROR index EII**, v **pozdější úpravě EII-2**, který na základě výpočtů z ROR skóru poskytuje informace o poškození funkcí Ega. Podkladem výpočtu je pět údajů, získaných z ROR skóru, vztahujících se k jednotlivým funkcím nebo k několika z nich: narušený vztah k realitě, projevy

kognitivního narušení, projevy neschopnosti potlačit instinktivní potřeby a přání, distorze v interpersonální percepci a reprezentacích objektů a kvalita interpersonálních vztahů.

Tibon, Porcelli a Weinberger (2005) při tvorbě ROR škály Realita-Fantazie (RFS – Reality-Fantasy Scale) zjistili negativní korelaci hodnot RFS a EII-2 patientského i nepacientského výzkumného vzorku. Zjistili také pozitivní korelaci míry alexithymie a hodnot příklonu k realitě podle škály RFS. Lečbych (2007) prokázal v orientačním výzkumu pozitivní korelaci mezi mírou poškození funkcí Ega podle indexu EII-2 a počtem populárních odpovědí. Podle Exnera jsou populární odpovědi měřítkem konvenčního stylu vnímání. Nízké hodnoty indexu EII-2 mohou představovat nadměrný příklon ke konformitě, konvenci a hypertrofii obranných mechanismů. Kromě alexithymie připomínají tyto charakteristiky také některé teorie vzniku psychosomatických onemocnění. V naší práci jsme proto chtěli ověřit, zda **mezi mírou poškození funkcí Ega, měřenou ROR indexem EII-2, a mírou alexithymie, měřenou dotazníkem TAS-20, existuje statisticky signifikantní negativní korelace**. Dalším cílem výzkumu bylo zjistit, zda **existuje statisticky signifikantní rozdíl mezi výskytem alexithymie ve výzkumném vzorku a v kontrolní skupině**. Třetím cílem bylo zjistit, zda je **statisticky signifikantní rozdíl mezi výskytem nízkých hodnot** (tj. hodnot menších než -1) **indexu poškození funkcí Ega EII-2 ve výzkumném vzorku a v kontrolní skupině**.

Výzkumný vzorek tvořilo 30 pacientů s psychosomatickým onemocněním. Kontrolní skupinu tvořilo 30 studentů bez závažných psychosomatických obtíží. Respondenti v obou skupinách byli seznámeni s účelem výzkumu, k účasti se dobrovolně rozhodli. Výzkum byl anonymní. Proběhl v období červen až říjen 2009.

K vyhodnocení výzkumu jsme použili F-test a Studentův t-test. Korelace jsme stanovili pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Výpočty jsme provedli pomocí MS Excel. Statistickou významnost četností výskytu alexithymie a nízkých hodnot EII-2 jsme vypočítali testem nezávislosti  $\chi^2$  (Reiterová, 2004).

Údaje získané pomocí dotazníku TAS-20 a provedené výpočty prokázaly statisticky signifikantní rozdíl mezi výskytem alexithymie u výzkumného vzorku a v kontrolní skupině (graf č. 1, str. 45, graf č. 3, str. 47, tab. 4, str. 49). Průměrná hodnota alexithymie výzkumného vzorku je na hranici normy mezi hodnotami osob bez známek alexithymie a hodnot pro osoby s možností alexithymie. Průměrná hodnota alexithymie v kontrolní skupině je v pásmu normy pro osoby bez známek alexithymie.



Mezi výskytem nízkých hodnot indexu poškození funkcí Ega EII-2 u výzkumného vzorku a v kontrolní skupině je rozdíl, který ale není statisticky signifikantní (graf č. 2, str. 46, graf č. 4, str. 48, tab. 5, str. 50). Průměrná míra indexu EII-2 je u osob z výzkumného vzorku i z kontrolní skupiny je v pásmu normy pro osoby bez poškození funkcí Ega.

Míra indexu EII-2 negativně koreluje s mírou alexithymie, měřenou dotazníkem TAS-20 ve výzkumném vzorku, korelace ale není statisticky signifikantní ( $r = -0,210$ ). V kontrolní skupině je také negativní korelace, opět ale není statisticky signifikantní ( $r = -0,022$ ) (tab. 6, str. 50).

U výzkumného vzorku i kontrolní skupiny byly statisticky vysoce významné hodnoty korelační koeficienty mezi celkovou mírou alexithymie měřenou dotazníkem TAS-20 a mírou jeho subškál (tab. č. 7, str. 51, graf č. 5, str. 52). U výzkumného vzorku jsou korelační koeficienty mezi hodnotami indexu EII-2 a mírou alexithymie jednotlivých subškál dotazníku TAS-20 negativní, nejsou ale statisticky významné (tab. č. 8, str. 53, graf č. 6, str. 53). V kontrolní skupině byl pozitivní korelační koeficient mezi hodnotami indexu EII-2 a mírou subškál DIF a DDF dotazníku TAS-20, pro subškálu EOT negativní, tyto koeficienty nejsou opět statisticky významné (tab. č. 8, str. 53, graf č. 6, str. 53).

Závěrem naší práce je **potvrzení statisticky významně vyššího výskytu alexithymie u osob s psychosomatickými obtížemi. Výskyt nízkých hodnot indexu EII-2 byl ve výzkumném vzorku vyšší, rozdíl ale nebyl statisticky významný. Korelace míry indexu EII-2 s mírou alexithymie podle dotazníku TAS-20 nebyla dostatečně statisticky významná.** Navrhli jsme opakovat výzkum na větším počtu osob a zvolit vzorek osob s konkrétní psychosomatickou chorobou.

Při léčbě psychosomatických poruch je vhodná spolupráce lékaře s psychologem. Míra alexithymie i informace o poškození funkcí Ega, získané pomocí indexu EII-2, mohou sloužit k zlepšení psychodiagnostiky osob s psychosomatickými obtížemi a mohou pomoci při volbě psychoterapeutického postupu těchto osob.

## Literatura

Acklin, M. W., Bernat, E. (1987). Depression, alexithymia and pain prone disorder. A Rorschach study. In Porcelli, P. (2007). Alexithymie a Rorschachův test. *Rorschach a projektivní metody*. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody, 3, 11-38.

Acklin, M. W., Alexander, G. (1988). Alexithymia and somatization. A Rorschach study of four psychosomatic Groups. In Porcelli, P. (2007). Alexithymie a Rorschachův test. *Rorschach a projektivní metody*. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody, 3, 11-38.

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., Taylor, G. J. (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale - I. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

Barsky, A. J., Borus, J. F. (1996). Somatizace a medikalizace v době řízené zdravotní péče. *JAMA-CS*, 1996, 4, 4, 302-305.

Baštecká, B., Goldman, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

Baštecká, B. a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.

Baštecký, J. (2002). Od psychosomatické k behaviorální medicíně. In Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (Eds.). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.

Bendová, M. (2006, říjen). Úvod do psychosomatické medicíny. In H. Kubešová, J. Holík, V. Marek (Ed.), *Praktický lékař a psychosomatická medicína, sborník přednášek z vědecké konference*, 8-11. Podolí u Brna: Protis.

Bucci, W. (1997a). Psychoanalytic Inquiry, 17, 151-72. In Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1999). Alexithymia and its measurement. *European Journal of Personality*, 13, 511-532.

Bucci, W. (1997b). Psychoanalysis and cognitive science: a multiple code theory. In Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1999). Alexithymia and its measurement. *European Journal of Personality*, 13, 511-532.

Deary, I. J., Scott, S. a Wilson, J. A. (1997). Neuroticism, Alexithymia and medically unexplained Symptoms. *Personal Individual Differences*, 22, 4, 551-564.

Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: a comprehensive system*. 4th ed. New Jersey: John Wiley & sons, inc. Hoboken.

Exner, J. E., Erdberg, P. (2005). *The Rorschach: a comprehensive system. Advanced Interpretation*. 3th ed. New Jersey: John Wiley & sons, inc. Hoboken.

Exner, J. E. (2009). *The Rorschach: a comprehensive system*. 5th ed. Praha: Testcentrum.

Gjuričová, Š., Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.

Hanzlíček, L. (1977). *Psychiatrická encyklopedie*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, Zprávy 1977, 28.

Hogenová, A. (2006). Příspěvek k filosofii těla. In Růžička, J. (Ed.) *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton.

Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (Eds.) (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.

Chromý, K., Honzák, R. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada.

Chvála, V., Trapková, L. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

Jonesová, E. (1993). *Terapie rodinných systémů*. Hradec Králové: Konfrontace.

Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.

Larsen, J.K. et al. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *Journal of psychosomatic Research*, 54, 6, 533-541.

Lečbých, M. (2007). Index poškození Ega - jeho diagnostické a výzkumné možnosti. *Rorschach a projektivní metody*. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody, 3, 39-50.

Millon, T., Lerner, M. J., Weiner, J. B. (Eds.) et al. (2003). *Handbook of Psychology, Vol. 5: Personality and Social Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, inc. Hoboken.

Miovský, M. (2006). *Diplomové práce v oboru psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Mohapl, P. (1988). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Perry, W., Viglione, D. J. (1991). *The Ego Impairment Index as a predictor of outcome in melancholic depressed patients treated with tricyclic antidepressants*. *Journal of Personality Assessment*, 91, 56, 3, 487-502.

Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.

Plháková, A. (2005). *Dějiny psychologie II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Porcelli, P., Leoci, C., Guerra, V. et al (1996): *A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease*. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 569–573.

Porcelli, P. (2007). *Alexithymie a Rorschachův test*. *Rorschach a projektivní metody*. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody, 3, 11-38.

Reiterová, E. (2004). *Statistické metody*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Rorschach, H. (1994). *Rorschach Test*. Bern: Hans Huber.

Růžička, J. (Ed.) (2006). *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton.

Říčan, P. et al. (1981). *Úvod do Rorschachovy metody*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.

Říčan, P., Krejčířová, D. et al. (2006). *Dětská klinická psychologie*. 4., rev.ed. Praha: Grada.

Skorunka, D. (2009). Životní příběh jako základ psychosomatické medicíny. *Psychosom*, 2009, 1.

Stuart, S., Noyes, R. (1999). Attachment and Enterpersonal Communication in Somatization. *Psychosomatics*, 1999, 40, 34-43.

Svoboda, M. (2005). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Svoboda, M. [ed.], Češková, E., Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. In Porcelli, P., McGrath, R. E. (2007).

Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1999). Alexithymia and its measurement. *European Journal of Personality*, 13, 511-532.

Todarello, O., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *Journal of psychosomatic Research*, 39, 987-94.

Tress, W., Krusse, J., Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

Vogt, R. et al. (1977). Differences in fantasy life of psychosomatic and psychoneurotic patients. In Porcelli, P. (2007). Alexithymie a Rorschachův test. *Rorschach a projektivní metody*. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody, 3, 11-38.

Ženatý, J. (2005). John E. Exner Jr. *Rorschach a projektivní metody*. Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody, 1, 9-11.

### **elektronické zdroje:**

Bash, K. W. (1986). Psychosomatic Diseases and the Rorschach Test. *Journal of Personality Assessment*, 1986, 50, 3, 350-357. Retrieved July 8, 2009, from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=6379049&site=ehost-live>

De Berardis, D. et al. (2008). The impact of alexithymia on Anxiety Disorders: a review of the literature. *Current Psychiatry Reviews*, 2008, 4, 80-86. Retrieved July 12, 2009, from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=35157005&site=ehost-live>

Graves, P. L., Mead, L. A., Pearson, T. A. (1996). The Rorschach Interaction Scale as a potential predictor of cancer. *Psychosomatic Medicine*, 48, 8, 549-564. Retrieved July 21, 2009, from:

<http://psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/48/8/549.pdf>

Jula, A., Salminen, J. K., Saarijarvi, S. (1999). Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension*, 1999, 33, 1057-61. Retrieved July 12, 2009, from:

<http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/full/33/4>

Konečný (2007): Revize východisek současné psychosomatiky. Retrieved July 12, 2009, from:

<http://www.psychosomatika.net/index.php>

Krystal, H. (1992). Psychoanalysis as a „normal“ science. In Taylor, G. J., (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142. Retrieved May 10, 2009, from:

<https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CPJ/2000/Mar/InReview.asp>

Lundh L., Simonsson – Sarniecki, M. (2001). Alexithymia, Emotion and Somatic Complains. *Journal of Personality*, 69 – 3, Retrieved July 7, 2009, from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=4731517&site=ehost-live>

Marchesi, C. et al. (2005). *Relationship between Alexithymia and Panic Disorder: A Longitudinal Study to Answer an Open Question*. In De Berardis, D. et al. (2008). Retrieved July 12, 2009, from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=35157005&site=ehost-live>

Nemiah, J. C. (1984). The psychodynamic view of anxiety. In Taylor G. J., (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142. Retrieved May 10, 2009, from:

<https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CPJ/2000/Mar/InReview.asp>

Noyes R. et al. (1995). Somatization: Diagnosis and Management. *Archives of Family Medicine*, 4, 790-795. Retrieved July 14, 2009, from:

<http://archfami.ama-assn.org/cgi/reprint/4/9/790>

Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S. (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: what role might the therapist play? *Comprehensive Psychiatry* [abstract] 2005, 46, 206-13. Retrieved July 8, 2009, from:

[http://www.comppsyjournal.com/article/S0010-440X\(04\)00136-1/abstract](http://www.comppsyjournal.com/article/S0010-440X(04)00136-1/abstract)

Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M., Acklin, M. W. (1993). Alexithymia in panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1105-7. Retrieved June 15, 2009, from:

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/150/7/1105>

Porcelli, P., Taylor, G. J., Bagby, R. M., De Carne, M. (1999). Alexithymia and functional gastrointestinal disorders. A comparison with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and Psychosomatics* [abstract], 68, 263-9. Retrieved June 15, 2009, from:

<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowAbstract&ArtikelNr=12342&Ausgabe=225161&ProduktNr=223864>

Porcelli, P. Meyer, G. J. (2002). Construct validity of Rorschach Variables for Alexithymia. *Psychosomatics*, 43, 5, 360-369. Retrieved July 23, 2009, from:

<http://psy.psychiatryonline.org/cgi/reprint/43/5/360>

Porcelli, P., McGrath, R. E. (2007). Introduction to the Special Issue on Personality Assessment in Medical Settings. *Journal of Personality Assessment*, 89, 3, 211-215. Retrieved July 8, 2009, from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=27490358&site=ehost-live>

Stokes, J. M. et al. (2003). The Rorschach Ego Impairment Index: Prediction of Treatment Outcome in a Child Psychiatric Population. *Journal of Personality Assessment*, 2003, 81, 1, 11-20. Retrieved July 8, 2009, from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=10435794&site=ehost-live>

Subic-Vrana, C et al. (2005). Emotional Awareness Deficits in Inpatients of a Psychosomatic Ward: A comparison of Two Different Measures of Alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 67, 483-489. Retrieved July 8, 2009, from:

<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content>

Taylor, G. J., (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142. Retrieved May 10, 2009, from:

<https://www1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CPJ/2000/Mar/InReview.asp>

Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. In De Berardis, D. et al. (2008). The impact of alexithymia on Anxiety Disorders: a review of the literature. *Current Psychiatry Reviews*, 2008, 4, 80-86. Retrieved July 12, 2009, from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=35157005&site=ehost-live>

Tibon, S., Porcelli, P., Weinberger, Y. (2005). The Ego Impairment Index and the Reality-Fantasy Scale: Comment on Viglione, Perry and Meyer (2003). *Journal of Personality Assessment*, 84(3), 315-317. Retrieved May 22, 2009, from:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=7&hid=108&sid=53a1c0a8-6596-40a9-b967-c771c1518064%40sessionmgr109//>

van der Kolk et al. (1996). Dissociation, somatization and affects dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 7, 83-93. Retrieved July 16, 2009, from:

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/153/7/83>

Viglione, D. J., Perry, W., Meyer, G. (2003). Refinements in the Rorschach Ego Impairment Index incorporating the human representational variable. *Journal of Personality Assessment*, 81, 1, 149-156. Retrieved May 22, 2009, from:

<http://web.ebscohost.com/ehost/delivery?vid=12&hid=16&sid=53a1c0a8-6596-40a9-b>

Wahlström, J. (1987). Consensus Rorschach interaction patterns of families with an astmatic child. *Journal of Family Therapy* 9, 265-280. Retrieved July 22, 2009, from:

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/120704939/PDFSTART>

Willi, J. (1973). *Der gemeinsame Rorschach-Versuch. Diagnostik von Paar- und Gruppenbeziehungen*. In Wahlström, J. (1987). Consensus Rorschach interaction patterns of families with an astmatic child. *Journal of Family Therapy* 9, 265-280. Retrieved July 22, 2009, from:



<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/120704939/PDFSTART>

Zeitlin, S. B., McNally R. J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. [abstract] *American Journal of Psychiatry*, 150, 658-60. Retrieved June 10, 2009, from:

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/150/4/658>

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta: filozofická

Katedra: psychologie

Školní rok: 2009/2010

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

Jméno: Hana Růžičková

Obor: psychologie, kombinované magisterské studium

Rok imatrikulace: 2005

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Oponent:

Počet stran: 74

### **Název diplomové práce:**

## **INDEX POŠKOZENÍ EGA A MÍRA ALEXITHYMIE U OSOB S PSYCHOSOMATICKÝMI OBTÍŽEMI**

### **Abstrakt diplomové práce:**

Diplomová práce zkoumá výskyt alexithymie a nízkých hodnot Rorschachovského indexu poškození Ega u osob s psychosomatickými obtížemi a u osob bez psychosomatických obtíží. Zjišťuje také vztah mezi mírou alexithymie měřenou dotazníkem TAS-20 a mírou poškození funkcí Ega měřenou Rorschachovským indexem EII-2.

### **Klíčová slova:**

psychosomatika

Rorschachův test

psychosomatické obtíže

index poškození Ega EII-2

alexithymie

dotazník TAS-20

University: Univerzita Palackého v Olomouci

Faculty: Philosophy

Department: Psychology

Year: 2009/2010

## **ABSTRACT OF DIPLOMA THESIS**

Name: Hana Růžičková

Subject: Psychology, combined magister study

Year of Matriculation: 2005

Supervisor: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Opponent:

Number of Pages: 74

### **Title of Diploma Thesis:**

## **EGO IMPAIRMENT INDEX AND MEASURE OF ALEXITHYMIA IN INDIVIDUALS WITH PSYCHOSOMATIC DIFFICULTIES**

### **Abstract of Diploma Thesis:**

The study focuses on occurrence of alexithymia and low values of the Ego Impairment Index EII-2 on individuals with and without psychosomatic difficulties. Investigative view on relationship between measure of alexithymia and of Ego functions impairment is also a part of the study. This has been based on the values of alexithymia according to the questionnaire TAS-20 and values of Ego impairment according to the Rorschach Index EII-2.

### **Key Words:**

psychosomatics

Rorschach Test

psychosomatic difficulties

Ego Impairment Index EII-2

alexithymia

questionnaire TAS-20

# **Zadání diplomové práce**

## Přílohy:

### Příloha č. 1 - Dotazník TAS-20

| TAS-20  |                   |           |   |   |   |
|---|-------------------|-----------|---|---|---|
| Jméno a příjmení.....   | Rodinný stav..... | Věk ..... |   |   |   |
| Zaměstnání.....   | Vzdělání.....     |           |   |   |   |
| Odpověď znázorněte na škále od 1 (neodpovídá to mým zkušenostem a pocitům) do 5 (velmi dobře odpovídá).                             |                   |           |   |   |   |
| 1. Bývám často zmatený(-á) pokud jde o to, jaké emoce cítím.  | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 2. Je pro mne těžké najít správná slova pro mé pocity.  | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 3. Mám fyzické vjemy, kterým ani lékaři nerozumí.   | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 4. Jsem snadno schopen(-na) popsat mé pocity.   | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 5. Dávám přednost analyzování problémů před jejich popisováním.   | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 6. Když se necítím dobře, nevím jestli jsem smutný(-ná),<br>vyděšený(-ná) nebo rozhněvaný(-ná).                                     | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 7. Jsem často zmatený(-ná) z pocitů v mém těle.   | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 8. Dávám přednost tomu ponechat věcem volný průběh, před<br>tím<br>než abych se snažil(-a) porozumět tomu proč se takto dějí.       | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 9. Mívám pocity, které nemohu zcela identifikovat.  | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 10. Být ve styku s emocemi je zásadní.  | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 11. Zjistil(-a) jsem, že je těžké popsat to, co cítím o lidech.   | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 12. Lidé mi říkají, abych více popsal(-a) své pocity.   | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 13. Nevím co se ve mně děje.  | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 14. Často nevím, proč jsem rozhněvaný(-á).  | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 15. Raději hovořím s lidmi o jejich denních<br>aktivitách<br>spíše než o jejich pocitech.   | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 16. Raději se koukám na „lehký“ zábavný pořad<br>než na psychologické drama.  | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 17. Je pro mne těžké odhalit moje nejvnitřnější city<br>a to i blízkým přátelům.  | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 18. Cítím se blízko někoho i v okamžicích mlčení.   | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 19. Zkoumání mých pocitů považuji za užitečné<br>pro řešení osobních problémů.  | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| 20. Hledání skrytých významů ve filmech nebo hrách odvádí od<br>zábavy.   | 1                 | 2         | 3 | 4 | 5 |
| Translation ©: Center for Neuropsychiatric Research of Traumatic Stress, First Faculty of Medicine, Charles University, Prague 2006 |                   |           |   |   |   |

## Příloha č. 2 - Sledované hodnoty ve výzkumném vzorku

| Poř.č. | Věk | Pohlaví | TAS-20 | EII   | FQ- | Wsum 6 | Kritický obsah | MQ- | PHR | GHR | R  |
|--------|-----|---------|--------|-------|-----|--------|----------------|-----|-----|-----|----|
| p1     | 78  | ž       | 74     | -0,41 | 3   | 12     | 4              | 0   | 2   | 5   | 21 |
| p2     | 63  | m       | 59     | -1,31 | 2   | 0      | 0              | 0   | 2   | 7   | 16 |
| p3     | 76  | ž       | 63     | -1,44 | 12  | 0      | 1              | 0   | 2   | 6   | 42 |
| p4     | 58  | m       | 55     | -0,19 | 6   | 3      | 5              | 0   | 0   | 3   | 18 |
| p5     | 71  | ž       | 69     | -0,81 | 11  | 8      | 4              | 0   | 4   | 8   | 40 |
| p6     | 56  | ž       | 71     | -1,82 | 3   | 0      | 7              | 0   | 1   | 5   | 35 |
| p7     | 56  | ž       | 34     | -0,61 | 2   | 4      | 2              | 0   | 2   | 1   | 20 |
| p8     | 79  | ž       | 52     | 0,84  | 3   | 8      | 8              | 0   | 5   | 1   | 15 |
| p9     | 59  | ž       | 54     | -0,39 | 3   | 2      | 4              | 0   | 0   | 1   | 16 |
| p10    | 72  | ž       | 50     | -1,04 | 1   | 0      | 1              | 0   | 1   | 2   | 17 |
| p11    | 40  | ž       | 28     | -1,41 | 2   | 0      | 5              | 0   | 0   | 6   | 21 |
| p12    | 70  | ž       | 29     | -0,06 | 10  | 10     | 7              | 0   | 4   | 5   | 36 |
| p13    | 64  | m       | 56     | -0,67 | 6   | 1      | 7              | 0   | 1   | 1   | 31 |
| p14    | 54  | ž       | 86     | -0,30 | 3   | 3      | 6              | 0   | 2   | 3   | 18 |
| p15    | 63  | ž       | 46     | 0,09  | 3   | 7      | 4              | 1   | 2   | 1   | 19 |
| p16    | 60  | ž       | 48     | -0,56 | 2   | 3      | 6              | 0   | 1   | 3   | 18 |
| p17    | 58  | ž       | 65     | -0,55 | 6   | 1      | 16             | 0   | 5   | 8   | 35 |
| p18    | 44  | m       | 52     | -1,06 | 2   | 0      | 0              | 0   | 0   | 3   | 15 |
| p19    | 49  | ž       | 59     | -0,45 | 3   | 4      | 0              | 0   | 0   | 1   | 14 |
| p20    | 30  | ž       | 72     | -1,13 | 1   | 0      | 0              | 0   | 0   | 3   | 14 |
| p21    | 55  | m       | 38     | -0,58 | 3   | 0      | 0              | 0   | 2   | 2   | 15 |
| p22    | 69  | ž       | 40     | 1,77  | 6   | 17     | 16             | 0   | 5   | 4   | 18 |
| p23    | 34  | m       | 47     | -1,37 | 1   | 0      | 0              | 0   | 0   | 4   | 16 |
| p24    | 31  | ž       | 41     | -0,63 | 3   | 2      | 2              | 1   | 5   | 5   | 23 |
| p25    | 43  | ž       | 34     | 0,84  | 4   | 18     | 8              | 0   | 3   | 3   | 18 |
| p26    | 32  | ž       | 34     | -1,35 | 3   | 16     | 1              | 1   | 7   | 8   | 42 |
| p27    | 32  | ž       | 40     | -0,38 | 5   | 2      | 7              | 0   | 1   | 3   | 22 |
| p28    | 48  | ž       | 52     | -0,29 | 1   | 4      | 6              | 0   | 3   | 3   | 16 |
| p29    | 76  | m       | 53     | -0,80 | 2   | 0      | 4              | 0   | 0   | 2   | 17 |
| p30    | 45  | ž       | 43     | -1,04 | 3   | 0      | 0              | 0   | 1   | 4   | 17 |

### Příloha č. 3 - Hodnoty subškál TAS-20 ve výzkumném vzorku

| Poř.č. | Celková míra alexithymie | Obtíže ve vyjadřování emocí - DDF | Obtíže s rozpoznáním emocí - DIF | Externě orientované myšlení - EOT |
|--------|--------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| p1     | 74                       | 18                                | 23                               | 33                                |
| p2     | 59                       | 13                                | 16                               | 30                                |
| p3     | 63                       | 15                                | 22                               | 26                                |
| p4     | 55                       | 10                                | 15                               | 30                                |
| p5     | 69                       | 21                                | 26                               | 22                                |
| p6     | 71                       | 14                                | 24                               | 33                                |
| p7     | 34                       | 7                                 | 11                               | 16                                |
| p8     | 52                       | 11                                | 17                               | 24                                |
| p9     | 54                       | 14                                | 14                               | 26                                |
| p10    | 50                       | 9                                 | 17                               | 24                                |
| p11    | 28                       | 5                                 | 7                                | 16                                |
| p12    | 29                       | 5                                 | 10                               | 14                                |
| p13    | 56                       | 9                                 | 25                               | 22                                |
| p14    | 86                       | 16                                | 30                               | 40                                |
| p15    | 46                       | 12                                | 12                               | 22                                |
| p16    | 48                       | 10                                | 13                               | 25                                |
| p17    | 65                       | 17                                | 28                               | 20                                |
| p18    | 52                       | 14                                | 10                               | 28                                |
| p19    | 59                       | 12                                | 21                               | 26                                |
| p20    | 72                       | 13                                | 35                               | 24                                |
| p21    | 38                       | 9                                 | 7                                | 22                                |
| p22    | 40                       | 8                                 | 11                               | 21                                |
| p23    | 47                       | 11                                | 12                               | 24                                |
| p24    | 41                       | 13                                | 14                               | 14                                |
| p25    | 34                       | 10                                | 11                               | 13                                |
| p26    | 34                       | 8                                 | 7                                | 19                                |
| p27    | 40                       | 8                                 | 11                               | 21                                |
| p28    | 52                       | 16                                | 16                               | 20                                |
| p29    | 53                       | 14                                | 11                               | 28                                |
| p30    | 43                       | 14                                | 13                               | 16                                |

## Příloha č. 4 - Sledované hodnoty v kontrolní skupině

| Poř.č. | Věk | Pohlaví | TAS-20 | EII   | FQ- | Wsum 6 | Kritický obsah | MQ- | PHR | GHR | R  |
|--------|-----|---------|--------|-------|-----|--------|----------------|-----|-----|-----|----|
| k1     | 33  | m       | 44     | 0,46  | 13  | 11     | 14             | 3   | 8   | 5   | 59 |
| k2     | 36  | m       | 41     | -1,56 | 3   | 0      | 0              | 0   | 0   | 6   | 20 |
| k3     | 44  | ž       | 41     | -0,08 | 3   | 2      | 9              | 0   | 1   | 2   | 17 |
| k4     | 23  | m       | 42     | 0,60  | 7   | 14     | 17             | 1   | 6   | 5   | 40 |
| k5     | 22  | ž       | 72     | -0,18 | 6   | 0      | 2              | 1   | 4   | 4   | 21 |
| k6     | 25  | m       | 34     | -0,60 | 3   | 6      | 5              | 0   | 4   | 5   | 24 |
| k7     | 25  | m       | 53     | -0,86 | 4   | 0      | 1              | 0   | 5   | 5   | 23 |
| k8     | 31  | ž       | 33     | 0,27  | 3   | 16     | 4              | 1   | 6   | 1   | 30 |
| k9     | 34  | m       | 30     | -0,75 | 2   | 4      | 10             | 0   | 1   | 3   | 26 |
| k10    | 21  | ž       | 33     | 0,12  | 1   | 9      | 4              | 1   | 5   | 3   | 18 |
| k11    | 46  | m       | 32     | -1,87 | 8   | 9      | 2              | 0   | 4   | 3   | 56 |
| k12    | 47  | ž       | 39     | -0,49 | 9   | 5      | 11             | 1   | 5   | 8   | 41 |
| k13    | 21  | ž       | 55     | 0,17  | 11  | 5      | 10             | 1   | 3   | 4   | 37 |
| k14    | 23  | ž       | 40     | -0,25 | 6   | 0      | 8              | 0   | 5   | 1   | 32 |
| k15    | 23  | m       | 50     | -0,44 | 5   | 2      | 4              | 0   | 2   | 2   | 23 |
| k16    | 20  | m       | 43     | -0,28 | 11  | 3      | 9              | 0   | 0   | 2   | 36 |
| k17    | 22  | m       | 34     | -1,52 | 2   | 5      | 2              | 0   | 1   | 6   | 25 |
| k18    | 21  | m       | 49     | -1,56 | 5   | 0      | 4              | 0   | 2   | 8   | 29 |
| k19    | 21  | m       | 47     | -0,44 | 3   | 5      | 8              | 0   | 1   | 3   | 22 |
| k20    | 21  | m       | 54     | -0,64 | 4   | 0      | 2              | 0   | 1   | 1   | 20 |
| k21    | 21  | m       | 41     | -0,81 | 5   | 2      | 2              | 0   | 1   | 5   | 20 |
| k22    | 25  | m       | 57     | -1,64 | 5   | 0      | 4              | 0   | 2   | 5   | 35 |
| k23    | 23  | m       | 50     | -0,85 | 2   | 0      | 0              | 0   | 2   | 2   | 17 |
| k24    | 25  | ž       | 47     | -0,18 | 1   | 8      | 6              | 0   | 3   | 2   | 19 |
| k25    | 21  | ž       | 54     | -0,46 | 4   | 0      | 4              | 0   | 5   | 2   | 25 |
| k26    | 50  | ž       | 22     | -0,41 | 1   | 7      | 7              | 0   | 3   | 5   | 18 |
| k27    | 24  | ž       | 37     | -0,22 | 3   | 0      | 1              | 1   | 3   | 1   | 17 |
| k28    | 23  | ž       | 54     | -0,98 | 3   | 0      | 7              | 0   | 2   | 5   | 24 |
| k29    | 24  | m       | 53     | -0,69 | 5   | 0      | 2              | 1   | 2   | 4   | 23 |
| k30    | 21  | ž       | 47     | -0,77 | 2   | 5      | 2              | 0   | 2   | 3   | 20 |



## Příloha č. 5 - Hodnoty subškál TAS-20 v kontrolní skupině

| Poř.č. | Celková míra alexithymie | Obtíže ve vyjadřování emocí - DDF | Obtíže s rozpoznáním emocí - DIF | Externě orientované myšlení - EOT |
|--------|--------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| k1     | 44                       | 17                                | 13                               | 14                                |
| k2     | 41                       | 9                                 | 10                               | 22                                |
| k3     | 41                       | 12                                | 11                               | 18                                |
| k4     | 42                       | 10                                | 13                               | 19                                |
| k5     | 72                       | 23                                | 30                               | 19                                |
| k6     | 34                       | 7                                 | 14                               | 13                                |
| k7     | 53                       | 14                                | 16                               | 23                                |
| k8     | 33                       | 7                                 | 11                               | 15                                |
| k9     | 30                       | 5                                 | 7                                | 18                                |
| k10    | 33                       | 7                                 | 8                                | 18                                |
| k11    | 32                       | 6                                 | 8                                | 18                                |
| k12    | 39                       | 10                                | 9                                | 20                                |
| k13    | 55                       | 17                                | 20                               | 18                                |
| k14    | 40                       | 11                                | 13                               | 16                                |
| k15    | 50                       | 13                                | 12                               | 25                                |
| k16    | 43                       | 10                                | 13                               | 20                                |
| k17    | 34                       | 7                                 | 11                               | 16                                |
| k18    | 49                       | 15                                | 16                               | 18                                |
| k19    | 47                       | 14                                | 19                               | 14                                |
| k20    | 54                       | 11                                | 13                               | 30                                |
| k21    | 41                       | 14                                | 14                               | 13                                |
| k22    | 57                       | 21                                | 17                               | 19                                |
| k23    | 50                       | 12                                | 16                               | 22                                |
| k24    | 47                       | 15                                | 17                               | 15                                |
| k25    | 54                       | 12                                | 16                               | 26                                |
| k26    | 22                       | 5                                 | 9                                | 8                                 |
| k27    | 37                       | 7                                 | 16                               | 14                                |
| k28    | 54                       | 17                                | 18                               | 19                                |
| k29    | 53                       | 13                                | 15                               | 25                                |
| k30    | 47                       | 13                                | 13                               | 21                                |