

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**ALEXITHYMIE, DISOCIACE A STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU U
PACIENTŮ S ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU**

**ALEXITHYMIA, DISSOCIATION AND STRESS COPING STRATEGIES IN
PACIENT WITH SCLEROSIS MULTIPLEX**



Bakalářská práce

Autor: Mgr. Martina Partschová
Vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc
2013

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a veškerá použitá literatura je v ní řádně uvedena.

Ve Svědlicích dne 15. března 2013

Na tomto místě bych chtěla poděkovat svému školiteli PhDr. et Mgr. Romanovi Procházkovi, Ph.D za kvalitní odborné vedení, mnoho cenných rad a připomínek při psaní mé bakalářské práce.

Zvláště bych chtěla poděkovat vedoucímu Centra pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění LF UP a FN doc. MUDr. Janu Marešovi, Ph.D. za umožnění výzkumu na tomto pracovišti a zdravotní sestře Lence Kalandové za pomoc s distribucí dotazníků.

Děkuji také své rodině za jejich nesmírnou trpělivost, toleranci a všestrannou podporu.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1. ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA (RS).....	7
1.1. Historie RS.....	7
1.2. Charakteristika onemocnění	7
1.3. Etiologie RS	9
1.4. Typy RS	10
1.5. Fáze vyrovnání se sdělením diagnózy	10
2. ALEXITHYMIE.....	13
2.1. Vznik a vývoj pojmu alexithymie.....	13
2.2. Definice alexithymie.....	13
2.3. Typy alexithymie	16
2.3.1. Alexithymie I. typ.....	16
2.3.2. Alexithymie II.typ.....	17
2.3.3. Alexithymie III.typ	17
2.4. Teorie vzniku alexithymie	17
2.4.1. Psychoanalytický a psychodynamický výklad vzniku alexithymie.....	18
2.4.2. Sociologický model alexithymie	18
2.4.3. Neurofyziologický model alexithymie	19
2.5. Měření alexithymie	20
3. DISOCIACE	22
3.1. Vznik vývoj pojmu disociace	22
3.2. Normální a patologická disociace.....	23
3.3. Disociace podle Cardeny	23
3.4. Dissociativní (konverzní) poruchy.....	24
3.5. Disociace a alexithymie	25
3.6. Měření disociace	26
4. STRES	28
4.1. Definice stresu	28
4.2. Stresory a vybrané pojmy	31
4.3. Stres a nemoc	33
4.3.1. Stres a RS.....	33
4.4. Zvládání stresu (zátěže)	34
4.5. Obranné mechanismy, copingové strategie, adaptace	35
4.5.1. Aktivní techniky vyrovnání se zátěží.....	36
4.5.2. Pasivní techniky vyrovnání se zátěží.....	36
4.6. Měření zvládání stresu	37
5. EMPIRICKÁ ČÁST	38
5.1. Vymezení výzkumného problému	38
5.2. Výzkumné otázky	38
5.3. Metody získávání dat	39
5.4. Výzkumný soubor.....	42
6. DISKUZE	51

7. ZÁVĚR	53
8. SOUHRN	54
Seznam použitých zkratk	56
Seznam použité literatury	58
Seznam tabulek a grafů	68
Přílohy.....	69

ÚVOD

Roztroušená skleróza mozkomíšní je neurologické onemocnění, které je i v dnešní moderní době opředené mnoha mýty a pověrami. Nejen mezi pacienty a laickou veřejností, ale mnohdy i mezi lékaři. Patří mezi autoimunitní onemocnění postihující centrální nervový systém. Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN používá diagnostické označení G35. Jedná se o nevléčitelné onemocnění s nejasnou příčinou vzniku. Postihuje zejména mladé lidi, častěji ženy. Pro roztroušenou sklerózu je typické, že postihuje oblasti zodpovědné za čítí, pohyb a koordinaci. Dnešní pohled na tuto nemoc by měl zahrnovat nejen stránku biologickou, ale taky psychickou, sociální a duchovní.

V následujících teoretických kapitolách se zabývám nejprve roztroušenou sklerózou, dále pak alexithymií, disociací a strategiemi zvládání stresu ve vztahu k tomuto onemocnění. Řada moderních studií poukazuje na vztah mezi alexithymií a některými somatickými onemocněními. Ve výzkumné části se zabývám otázkou vztahu alexithymie, disociace a strategií zvládání stresu ve vztahu k diagnóze roztroušené sklerózy. Porovnávám hodnoty dotazníku TAS-20, DES a SVF78 ve vztahu k tomuto onemocnění. Dotazník TAS-20 zjišťuje míru alexithymie, DES disociaci a SVF-78 zjišťuje postupy, které proband používá ke zvládání stresových situací.

1. ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA (RS)

1.1 Historie RS

Jak dlouho existuje onemocnění RS, není přesně známo. Už Islandská sága sv. Thorlákura ze 13.století mluví o vikingské ženě jménem Hala, která trpěla přechodnou slepotou a poruchami řeči, které vždy ustupovaly po několika dnech díky obětem a modlitbám.

Další historickou zmínku o RS najdeme v 14.-15. století. Příběh této pacientky se dále objevuje v historii katolické církve jako „Požehnaná Lydwina von Schiedam“.

Prvním podrobným záznamem průběhu této choroby je deník šestého syna Jiřího III., krále anglického a hanoverského, Augusta Fredericka d'Esté. Tento ve svém deníku popsal průběh choroby, která se u něj objevila v jeho 28 letech po prodělaných spalničkách.

Anatomický popis nemoci jako první pořídil anglický lékař Robert Carswell v roce 1868. Detailně zaznamenal patologické změny mozku a míchy pacienta s RS. V těchto dávných dobách lékaři ještě netušili, co tato nemoc způsobuje. I přes vědecké pokroky dnešní doby, nové diagnostické postupy a efektivní léčbu nelze na tuto otázku přesně odpovědět ani dnes. Další historický výzkum RS zobrazuje následující tabulka (Tab.1).

Tab. 1: Historický přehled některých poznatků o RS, převzato z <http://www.historyofms.org>

1543	Vesalius – první přesný popis mozku
1868	Charcot – první autoritativní popis RS
1875	RS uznána v Anglii za specifickou nemoc
1878	Ranvier – objev myelinu
1953	Sir Richard Cave – založení MS společnosti ve Velké Británii a Severním Irsku za účelem financování výzkumu a poskytování podpory pacientům s RS
1978	1 .použití zobrazovací metody CT k demonstrování RS lézí
1984	MRI snímky odhalují, že se zánět v mozku může objevovat bez symptomů
1988	MRI ukazuje, že RS je konstantně probíhající nemocí

1.2 Charakteristika onemocnění

Roztroušená skleróza mozkomíšní (sclerosis cerebrosinalis multiplex, polyskleróza, sclérose en plaques, „ereska“, RS, MS) je jedna z nejčastějších neurologických nemocí, která postihuje hlavně mladé lidi. Nemoc není nakažlivá.

RS je chronické progresivní onemocnění centrálního nervového systému (CNS), který se skládá z mozku, míchy a optických nervů. Kromě CNS máme v těle ještě periferní

nervový systém. Pro RS je charakteristická silná destrukce pochvy (myelinu) – tzv. demyelinizace. Myelin obaluje a izoluje nervová vlákna (axony) v rámci CNS, pomáhá přenášet nervové impulsy do/z mozku a celého těla. Když axony ztratí část své myelinové pochvy, nejsou vysílané impulsy řádně přenášeny, což vede k příznakům roztroušené sklerózy. Specifické příznaky závisejí na oblastech poškození mozku a míchy. Oblasti kde byl myelin poškozen nebo zničen se nazývají plakety.

RS spadá mezi autoimunitní choroby, kdy si tělo tvoří protilátky proti vlastní nervové tkáni. V mozku však existují také tzv. němé zóny, jejichž postižení demyelinizačním procesem zůstává bez klinických příznaků. Za normálních okolností imunitní systém rozezná a napadá pouze cizorodý materiál (bakterie, viry, nádorové buňky) a nepostihuje buňky normální tkáně organismu. U RS imunitní systém nerozlišuje mezi cizí a vlastní tkání CNS, napadá tedy myelinové pochvy vlastních nervových vláken. Důsledkem toho může být poškození samotného nervového vlákna. Buňky CNS se mohou po atace reparovat a nahrazovat tak chybějící myelin, avšak v místě poškození myelinu zůstávají „jizvy“, které snižují účinnost přenosu nervových impulsů. Protože se počet jizev zvyšuje, jsou trvalé příznaky stále výraznější – výsledkem jsou evidentní příznaky RS, progresivní ztráta hybnosti a koordinace. Onemocnění se projevuje mnoha různými příznaky, které závisejí na tom, která oblast mozku nebo míchy je zasažena. RS může postihovat smyslové vnímání, schopnost pohybu končetin nebo částí těla. Průběh bývá u různých lidí různý a nepředvídatelný. Projevy můžeme rozdělit do 3 skupin (Šidlíková, 2000):

1. Primární projevy – vyplývají z nedostatečné funkce nervových vláken, bývají různé: poruchy hybnosti, poruchy citlivosti, příznaky od mozkových nervů, poruchy svěračů, psychické změny.
2. Sekundární projevy – nastupují jako důsledek primárním symptomů, které se nepodařilo plně vyléčit. Řadíme sem spasticitu, infekce, svalovou slabost a atrofii, osteoporózu a dekubity.
3. Terciární projevy – představují obtíže způsobené chronickým rázem onemocnění. Vznikají sociální, rodinné, pracovní a psychologické problémy.

Častým příznakem nemoci je únava, někdy i při vykonávání zcela běžných činností. Únavu je nutné respektovat, přerušit činnost, odpočinout si, relaxovat, nesnažit se únavu překonat. Nevhodná zátěž (pravidelné kouření, pití tvrdého alkoholu, nedostatek spánku,

nadměrné opalování, koupele v horké vodě aj.) mohou vyvolat silný pocit únavy, zhoršení stavu, všeobecnou slabost, úbytek energie, větší potíže při chůzi.

S RS také bývá spojena deprese. Deprese bývá často spojena s tělesným onemocněním, většinou metabolickým a endokrinním, infekčním nebo degenerativním (mezi něž RS patří) (Hoschl *et al.*, 2002). Deprese bývá překážkou motivace a aktivního postoje k nemoci samotné. Může být také prohloubena řadou vnějších faktorů.

Závěrem uvádím klinické příznaky typické pro RS: charakteristické výpadky zorného pole (perimetru), poruchy citlivosti (neuralgie, parestézie, hyperestézie), centrální parézy (často s výraznou elasticitou), mozečkové poruchy (s ataxií i třesem), okohybné poruchy (i s monokulárním nystagmem), závratě, autonomní poruchy (včetně inkontinence moči), únava, bolesti, kognitivní poruchy, epileptické záchvaty (Ehler, 2002).

Podkladem kognitivních a afektivních poruch u pacientů s RS mohou být mnohočetné léze bílé hmoty mozkové. S onemocněním typu RS bývá spojováno větší riziko sebevražd. Odhaduje se, že závažné tělesné onemocnění je vysvětlujícím faktorem u 11 - 51 % sebevražd (Hoschl *et al.*, 2002).

1.3 Etiologie RS

Počátek onemocnění bývá nejčastěji mezi 20 až 40 rokem věku. Jen vzácně se vyskytuje u dětí či starších jedinců. Prevalence ve světě kolísá, celkově se odhaduje, že asi 1,2 miliónů lidí trpí RS. V ČR prevalence dosahuje hodnot vyšších než 100/100 000 obyvatel (Ehler, 2002). U žen se vyskytuje dvakrát častěji než u mužů. Roli hraje i rasový faktor – vnímavost bílé rasy je největší. Riziko rozvoje onemocnění u bělošské populace je 1:1000 (Aktivní život [online] c2004 [cit. 2012-11-11]). Dále bylo popsáno, že se výskyt onemocnění zvyšuje se vzdáleností od rovníku (Havrdová, 2002).

Ačkoliv RS není považována za dědičné onemocnění, je zde vyšší výskyt RS v některých rodinách, zvláště u monozygotních dvojčat. To svědčí pro fakt, že někteří jedinci mohou být k této nemoci geneticky vnímaví (Aktivní život [online] c2004 [cit. 2012-11-11]). Choroba může být spouštěna mnoha nespecifickými faktory (infekce, narkóza, chirurgický zákrok, stres aj.).

1.4 Typy RS

Průběh RS může být **benigní** (málo atak a minimální postižení po letech nemoci) nebo **maligní** (časté těžké ataky, minimální úzdrava, rychlý nárůst invalidity). Ataka = nově vzniklé příznaky nebo výrazné zhoršení existujících příznaků, které trvá déle než 24hodin. V roce 1996 americká National Multiple Sclerosis Society (Národní společnost pro roztroušenou sklerózu) standardizovala čtyři formy roztroušené sklerózy (Lublin *et* Reingold, 1996):

1. relabující/remitující (R/R) – vyznačuje se střídáním atak (relapsů) a zlepšení (remisí), 80-90 % pacientů má nejdříve tuto formu,
2. sekundárně progresivní – začíná jako relabující/remitující, postupně přechází v progresivní fázi,
3. primárně progresivní – začíná progresí, bez výkyvů, nedochází k relapsům,
4. progresivní/relabující – začíná progresivně, přechází do recidivující formy, velmi vzácná forma.

Průběh tohoto onemocnění bývá různý. Začátek může být plíživý. Po první atace může nastat úplná remise nebo zůstává jen malé reziduum. Každá následující ataka trvá déle, remise jsou kratší a reziduum větší. Čím je ataka kratší a lehčí, tím delší po ní následuje remise (až desítky let). Medián mezi počátkem relaps reminentní formy a jejím přechodem v sekundárně progresivní je 19 let (Rovaris *et al.*, 2006). Jindy má RS od svého počátku progresivní charakter. U mladších lidí začíná RS často očními příznaky a mívá benignější průběh. Čím později vzniká RS, tím je její průběh rychlejší a malignější. Vede k dřívější k invaliditě. Existuje i "němá" bezpříznaková forma onemocnění, kdy je RS zjištěna až při pitvě.

1.5 Fáze vyrovnání se sdělením diagnózy

Roztroušená skleróza je velice vážné chronické autoimunitní onemocnění. Lidé, s touto diagnózou, se nevyhnou vyrovnávání se s touto nemocí. Havrdová (1999) rozlišuje tyto fáze vyrovnávání se:

1. fáze šoku - člověk se dozvídá, že onemocněl vážnou nemocí, má strach, že ho nevléčitelná nemoc za několik let upoutá na vozík. Odmítá své diagnóze uvěřit, nechce slyšet nic o možnostech léčby, existenci choroby popírá.

2. fáze postupné akceptace – pacient se zajímá o další informace. Chce být v dostatečné míře poučen o příčinách nemoci, o dalším vývoji a možnostech léčby. Člověk si uvědomuje nejistotu do budoucna. Tento pocit může trvat od několika dnů po několik měsíců.
3. fáze realismu - člověk se s diagnózou RS smíří, přijme fakt, že tuto nemoc má, ale dospění do této fáze může trvat i několik let.

Po počátečním šoku, který prožije každý, komu je tato diagnóza sdělena, přijde období deprese, otázek "co bude dál?". Tato fáze se neodehraje přímo u lékaře, ale přichází později. Člověk by v tuto chvíli neměl zůstat se svými otázkami sám. Zřejmě největší oporou je těmto lidem partner, rodina, dobří přátelé (Havrdová *et al.*, 1999).

Řadou dalších studií se zjistilo, že všechny výše uvedené fáze nemusí probíhat u každého člověka v uvedeném pořadí, některé fáze se mohou přehazovat, určité fáze se mohou několikrát i opakovat.

Roztroušená skleróza zasahuje také do oblasti psychologie, zejména klinické. V zahraničí vznikají multidisciplinární týmy, ve kterých spolupracují neurologové, fyziologové, psychiatři, psychologové a ergologové. Jejich výzkum se zaměřuje na kognitivní deficit, euforii, deprese, psychiatrickou symptomatiku a souvislosti s jinými klinickými příznaky. Literatura uvádí jako další psychologický symptom také emoční hyperexpresivitu (Havrdová, 2008).

Účelem kapitoly věnované roztroušené skleróze bylo uvést toto téma. Tato nemoc může svým průběhem nebo svými důsledky snížit kvalitu života pacientů. Život s touto diagnózou představuje pro pacienty náročnou životní situaci. Křivohlavý (1989) popisuje změnu člověka, když se z něj stane pacient. V důsledku nemoci člověk mění postoj i k sobě samému, mění se jeho sebehodnocení, sebeúcta i sebevědomí. Psychika pacienta se mění v závislosti na tom, jak postupuje a mění se jeho nemoc. K obraně sebepečení a k překlenutí náročných životních situací (konflikt, frustrace, stres) slouží psychické obranné mechanismy jako racionalizace, popření, identifikace, kompenzace, sublimace, odčinění, disociace, opačné reagování, somatizace a regrese. Otázkou je jak člověk s diagnózou roztroušené sklerózy vnitřně zpracovává své onemocnění. Může vybuzená stresová reakce

vést do alexithymických nebo disociativních parametrů? V dalších kapitolách se budu věnovat alexithymii, disociaci a nakonec strategiím zvládnání stresu u těchto pacientů.

2. ALEXITHYMIE

2.1 Vznik a vývoj pojmu alexithymie

Termín alexythymie jako první do psychologie vnesl v roce 1972 psychiatr Peter Emanuel Sifneos z nemocnice Beth Israel Hospital v Bostonu. Ve své knize *Short-term psychotherapy and emotional crisis* ji definuje jako „lack of affect“ (Sifneos, 1972). Toto pojmenování vystihuje jak pacienti s alexythimií prožívají svůj vnitřní život – jako nedostatek afektu, citu a emocí. Alexythymie tedy představuje deficit ve schopnosti identifikovat a vyjadřovat emoce, nedostatek fantazie a externě orientovaný kognitivní styl. Slovo alexythymie je složeno z několika řeckých slov *a* – nedostatek, *lexis* – slova a *thymos* – nálada.

Mohapl ve svém díle z roku 1984 uvádí, že Sifneos nebyl první, kdo se zabýval otázkou alexythymie. Ve 40. letech Rusch a MacLean poukazují na neschopnost psychosomaticky nemocných pacientů popsat své vlastní pocity a prožitky. Tento deficit připisují projevům infantilní osobnosti a nedostatečné vyzrálosti vyšších symbolických funkcí. Mohapl uvádí, že se na německé Heidelberské klinice používal pro označení alexythymických pacientů termín „*Pinocchio syndrom*“. Toto označení se používalo pro podobnost rysů dřevěného Pinocchia a psychosomatických pacientů. Pinocchiovi byly cizí emoce, měl malou fantazijní kapacitu, nedostatečně koordinovaný motorický projev a extrémní konkrétní vztah k realitě (Mohapl, 1984).

Do konceptu alexythymie řadíme také pojem „*pense opératoire*“. V překladu známé jako mechanizované, opravivní myšlení (Baštecká & Goldman, 2001) nebo také automaticko-mechanické myšlení (Heretik, 2007).

Alexythymická teorie je postavena na psychoanalytických základech (Baštecká & Goldman, 2001).

2.2 Definice alexythymie

Nemiah (1996) ve svém díle shrnuje, že se alexythymičtí pacienti vyznačují:

- nedostatky ve schopnosti odlišovat emoce,
- potížemi popisovat pocity,
- neschopností vytvářet fantazie.

Taylor (1994) k těmto charakteristikám přidává:

- obtížnost rozlišovat mezi pocity a tělesnými stavy, které doprovází emoční vzrušení (nabuzení),
- nedostatek introspekce,
- sklon k sociální konformitě,
- redukci denního snění ,
- externě orientované myšlení.

Taylor alexithymii dále popisuje jako sklon zažívat vyšší míru, slabě diferencovaných, negativních emocí a nižší míru pozitivních emocí se sklonem k neanalytickému a na fakta orientovanému myšlení se slabší schopností zvládat stres. Rozdíl mezi alexithymním a nealexithymním jedincem můžeme vidět v následující tabulce (Tab. 2), která také odráží Taylorovu představu o alexithymii jako extrémním bodu na kontinuální škále této dimenze osobnosti (Mokrá, 2009).

Tab. 2: Alexithymní versus nealexithymní (podle Taylor, 1994)

Alexithymní	Nealexithymní
Více negativních emocí	Méně negativních emocí
Méně pozitivních emocí	Více pozitivních emocí
Úzká oblast zájmů	Široká oblast zájmů
Neanalytický	Analytický
Orientovaný na fakta	Imaginativní
Upřednostňování známého	Vyhledávání nových podnětů
Neschopnost zvládat stres	Odolnost vůči stresu

Baštecký *et al.* (1993) popisuje alexithymické pacienty těmito rysy:

- nekonečně popisují tělesné příznaky, které se někdy nevztahují k základnímu onemocnění,
- stěžují si na napětí, podrážděnost, frustraci, bolesti, nudu, prázdnotu , neklid, agresivnost, nervozitu,

- nápadně jim chybí fantazie, přitom pečlivě popisují nevýznamné detaily prostředí,
- mají zřetelné obtíže při hledání vhodných slov pro vyjadřování emocí,
- pláčou málo, někdy hodně – ale pak pláč se nezdá být vztažen k odpovídajícím pacientům, jako je smutek nebo zlost,
- vzácně si pamatují sny,
- jejich afekty bývají nepřiměřené,
- jejich interpersonální vztahy jsou obvykle špatné s tendencí k výrazné závislosti nebo dávají přednost samotě a odmítání lidí,
- osobnosti bývají narcistické, vzdávají se, pasivně agresivní nebo pasivně závislé či psychopatické,
- lékař nebo terapeut je těmito pacienty obvykle znuděn, zdají se mu velmi hloupí.

Hodně diskutovaný model alexithymie vytvořili zástupci francouzské psychosomatické školy. Vycházeli z osobnostní struktury psychosomatických pacientů. Hoffman & Hochaphel (Heretik, 2007) tyto charakteristiky shrnuli do následujících oblastí:

- operacionální myšlení,
- poruchy struktury Já,
- psychosomatická regrese,
- zdvojení.

Alexithymii rozdělujeme na primární a sekundární. Alexithymii definovanou jako stabilní rys osobnosti a dispoziční faktor ovlivňující člověka v řadě ohledů, často vedoucí ke vzniku a rozvoji psychosomatické poruchy, považujeme za primární. Představuje významný dispoziční faktor. Freyeberger (1977) kromě primární alexithymie, zavádí také alexithymii sekundární. O sekundární alexithymii hovoříme v případě, že nasedá na určité somatické onemocnění. V současné době se soudí, že sekundární alexithymie nemusí souviset jen se závažným zdravotním stavem, ale svou roli hraje i přítomnost posttraumatické stresové poruchy. Tuto souvislost zkoumali Fukunishi *et al.* (1997) a zjistili, že míra alexithymie je signifikantně vyšší u zraněných osob než u zdravých

jedinců. Procházka (2011) ve své práci uvádí, že lze sekundární alexithymii opatrně považovat za protektivní faktor.

Opakem alexithymie je lexithymie. Tento termín se vyskytuje v článku Procházky (2009). Uvádí zde, že *„je charakterizována vysokou emocionalitou, dobrou úrovní fantazie a dobře rozvinutou kognicí, která emoce doprovází. Lexithymní jedinci jsou emočně inteligentní a mají schopnost se přenést přes náročné životní situace. Mají též vysokou sebedůvěru a sebehodnocení, což je považováno ze solidní základ pro realizaci jejich tvůrčího a expresivního potenciálu“*.

2.3 Typy alexithymie

Pomocí typologie dle Toronto Alexithymia Scale (TAS) dělíme alexithymii na tři kategorie:

1. kategorie – porucha v identifikaci vlastních emocí, až neschopnost rozlišovat mezi jednotlivými emocemi,
2. kategorie – neschopnost deskripce emocí,
3. kategorie – externě orientovaný styl myšlení, omezení fantazijního života.

Další přístup dělí, dle dotazníku Bermon-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ), alexithymii na subtypy. Podle autorů je alexithymie snížená schopnost rozlišovat mezi emocionálními pocity, snížená schopnost fantazie aj. Jednotlivé subtypy jsou:

1. alexithymie I. typ,
2. alexithymie II. typ,
3. alexithymie III. Typ.

2.3.1 Alexithymie I. typ

Alexithymie I. typu se vyznačuje absencí emoční zkušenosti a kognice doprovázející emoce, oslabenou schopností fantazie a sníženou schopností identifikace pocitů. Z hlediska neurofyzilogického je pak spojena s dysfunkcí v pravé hemisféře, prefrontálním laloku. Procházka (2009) dodává, že jedinci s alexithymí I. typu jsou převážně citově a sociálně chladní. Jejich obrannou strategií je mechanismus projekce. Tyto jedince můžeme charakterizovat jako chladně racionální, kteří se snaží vše prožívat bez účasti emočního doprovodu.

2.3.2 Alexithymie II.typ

Alexithymie II. typu se vyznačuje intaktní emocionální zkušeností, ale absencí emocionální kognice. Z neurofyziologického hlediska je spojena s poruchou interhemisferického přenosu (Mueller & Buehner, 2006). Jedinci s tímto typem alexithymie trpí nedostatkem emocionální stability, častěji trpí úzkostmi, panickými záchvaty, depresemi a méně zvládají stres. Často se u nich vyskytují somatické stížnosti a problémy se spánkem. Na stresové situace reagují úzkostí, depresí a na zátěžovou situaci reagují disociací (Moormann, Bermond, Albach, 2004, in Nyklíček *et al.*, 2004). Jsou málo odolní vůči stresu a mají snížené sebevědomí a sebeúctu. Tento typ se vyskytuje častěji u žen a dětí, které byly sexuálně zneužívány (Albech *at al.*, 1996). Srovnání alexithymie typ I a II uvádí Tab. 3.

2.3.3 Alexithymie III.typ

Tento typ charakterizuje nízká úroveň emocionality, ale dobrá kognice. Mají omezenou fantazijní schopnost. Uvádí se, že tyto lidé rozpoznávají dobře cizí emoce, ale své vlastní příliš neprožívají. Díky této sociální dovednosti dovedou dobře vyjít s ostatními, jsou proto sociálně přijatelní. Citově dovedou reagovat na emoce druhých, mají tendenci manipulovat s ostatními (Niessen, 2001). Snaží se mít své problémy pod kontrolou, mají vysoké sebehodnocení. Jejich obrannou strategií je represe.

Tab. 3: Srovnání alexithymie typu I a II

I. typ	II. typ
absence emoční zkušenosti a kognice doprovázející emoce	intaktní emocionální zkušenost, ale absence emocionální kognice
dysfunkce pravé hemisféry	porucha interhemisferického přenosu
citový a sociální chlad	neschopnost zvládat stres, nedostatek emocionální stability, úzkost, deprese

2.4 Teorie vzniku alexithymie

Po krátkém vymezení pojmu alexithymie se nyní zaměřím na výklad etiologie alexithymie. Už v roce 1977 se Nemiah zaměřil na hledání teoretického modelu, který by vysvětloval jak alexithymní charakteristiky tak psychosomatické symptomy. Názory na vznik

a příčinu alexithymie vychází z různých přístupů. Podíváme se na model psychoanalytický a psychodynamický, sociologický, neuroanatomický (neurofyziologický).

2.4.1 Psychoanalytický a psychodynamický výklad vzniku alexithymie

Tyto teorie předpokládají pro vznik alexithymie důležitost vývojových momentů. V rámci této bakalářské práce budu dále rozeznávat tři školy.

Představitelé **francouzské školy**, vidí psychosomatické symptomy jako produkty dynamiky psychických konfliktů nebo jako důsledky specifických ego-deficitů, především nedostatků ve fantazijním životě a v zakoušení pocitů. McDougall v této souvislosti mluví o nedostatečné kapacitě symbolizovat požadavky instinktů a jejich konfliktů s realitou a přepracovat je v oblasti fantazie. Pudová energie procházející psychikou tak ovlivňuje tělo přímo, ale s katastrofálními důsledky. Jakákoli psychoterapie pak těmto jedincům nemůže pomoci prožívat emoce a fantazie, jelikož jejich funkce zpracovávající tyto obsahy nejsou jen inhibovány, ale celkově chybí (Nemiah, 1977).

Představitelé **německé tradice**, S. Stephanos a další, upozornili na ego deficitní strukturu psychiky. Tato ego deficitní struktura psychiky je považována za obranný mechanismus vycházející z narušeného časného vztahu matka-dítě. Hyperprotektivní nebo odmítavá mateřská osoba chápe dítě jako součást sebe. Zástupci německé školy používali pro označení alexithymních charakteristik Pinocchiův syndrom. V jejich pojetí je vznik alexithymie dán matkou, která přenáší na své dítě narcistické konflikty, reaguje na dítě rejektivně nebo hyperprotektivně.

Třetí školu představuje **britská škola** objektivních vztahů. Mezi hlavní představitele řadíme Kleinovou, Fairbairna, Winnicotta a Kernberga. Tito považují „*alexithymii za projev poruchové socializace časného vývojového období dítěte*“ (Mohapl, 1990).

2.4.2 Sociologický model alexithymie

Jiný pohled na problematiku alexithymie navrhli již v roce 1979 Ahrens a jeho spolupracovníci. Tento model poukazuje na to, že psychosomatické chování jedinců vzniká tlakem společenských norem a konvencí, kterým se jedinec přizpůsobuje (Ahrens *et al.*, 1979). Při normálním fungování ve společnosti je potřeba emoce korigovat a kontrolovat.

Při tomto modelu se jeví tendence k alexithymickým projevům jako adaptativní a plně účelné. To vše může pro terapeuta představovat vážný terapeutický problém (Baštecká & Goldman, 2001). Alexithymický pacient pak vykazuje konformitu ve společnosti a dobrovolně se vzdává individuality. To vše odpovídá procesu reduplikace.

2.4.3 Neurofyziologický model alexithymie

Neurofyziologický model se snaží alexithymii vysvětlit jako chybné (nebo přinejmenším odlišné) zpracování emocionální informace mozkiem. Východiskem tohoto modelu tedy je, že za alexithymii odpovídá poškození nebo snížená funkce určitých částí mozku. Mohapl (1984) uvádí, že u alexithymních osob dochází k potlačení impulzů z limbického systému do neokortexu, jehož důsledkem jsou poruchy v oblasti emocionálního a fantazijního života i jejich kompenzace v instrumentálním zaměření na objektivní realitu.

V dnešní době na toto téma vzniká řada výzkumů, které se snaží zjistit, které části mozku se u alexithymních osob při emocionálních stimulech aktivují, a které zůstávají netečné. Například Karlsson *et al.* (2008) zjistili, že mozky osob zasažených alexithymií zpracovávají stimuly vyvolávající emoce odlišnými způsoby než osoby nealexithymní. Více se u nich aktivuje motorická a senzomotorická oblast, což podle autorů souvisí s tendencí alexithymních osob zaměřovat se na tělesné pocity v emočně stimulujících situacích.

Mezi moderní zobrazovací metody, které se využívají i při studiu alexithymie, řadíme pozitronovou emisní tomografii (PET), funkční magnetickou rezonanci (fMRI) a elektroencefalografii (EEG). Dle funkční MR se alexitymici při zpracování emociogenních podnětů liší v přední cingulární a v mediofrontální aktivitě (Berthoz *et al.*, 2002).

Dosavadní poznatky také naznačují vliv alexithymie, jako rizikového faktoru, nejen u disociačních a stresových poruch (Grabe, 2000). Zvýšení rizika suicidálního jednání se u alexithymních jedinců popírá (Sayar, 2003).

2.5 Měření alexithymie

Způsoby hodnocení alexithymie se vyvíjí už více než 30 let. Míru alexithymie jedinců můžeme měřit několika způsoby. Taylor & Bagby (1988) uvádí přehled používaných metod. Rozlišujeme 3 skupiny:

1. dotazníky administrované pozorovatelem,
2. škály vyplňované respondenty,
3. projektivní techniky.

Dotazníky administrované pozorovatelem. Na základě vlastního klinického pozorování pacientů s klasickými psychosomatickými poruchami vytvořil Sifneos (1973) The Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIQ). Dotazník původně obsahoval 17 otázek, které vyplňoval tazatel nebo pozorovatel. V minulosti byl často využívaným dotazníkem, ukázalo se však, že skóre v tomto dotazníku je vysoce závislé na tazateli a jeho zkušenostech, předsudcích a stylu. Po upravení se z něj stal 12ti položkový dotazník, který hodnotí emocionální uvědomění a operacionální myšlení.

Pro minimalizaci vlivu tazatele vytvořil John Krystal The Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRQ). Jde o strukturovaný rozhovor, který má položené otázky tak, aby mohly být hodnoceny respondenti schopnosti používat ve své řeči emoce a představovat si hypotetické stresové situace.

Škály vyplňované respondenty. The Schalling-Sifneos Personality Scale (SSPS), tento dotazník má 20 položek a tazatel odpovídá pomocí čtyřbodové Likertovské škály. Skóre se pohybuje v rozsahu 20 až 80 bodů, skóre 50 bodů a méně, dle Sifneose, značí alexithymní charakteristiky. Dotazník vykazuje nízkou vnitřní konzistenci a slabou reliabilitu. Sifneos proto vytvořil novou revidovanou verzi této škály SSPS-R (Sifneos, 1986).

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Alexithymia Scale (MMPI) je škála vyvinutá Klegerem a Kinsmanem, skládá se z 22 položek, které jsou vybrány z 566 položkové Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Kleiger & Kinsman, 1980). Odpověďmi na tyto položky jsou jen 2 možnosti pravda - lež. Tento dotazník byl použit v několika studiích, v nichž však byla zjištěna nulová či dokonce záporná korelace jeho výsledků s výsledky dotazníku BIQ.

The Toronto Alexithymia Scale (TAS). Tento dotazník byl vytvořen G. J. Taylorem, R. M. Bagbym a J. D. A. Parkerem v roce 1985. Je složen z 26 položek, které jsou hodnoceny na pětibodové Likertovské škále. Celkové skóre se pohybuje mezi 26 a 130 body, skóre nad 74 bodů znamená alexithymii, 62 bodů a méně znamená nepřítomnost alexithymních charakteristik. Tento dotazník byl využíván do roku 1992. V tomto roce jej autoři podrobili dvěma revizím. Došlo k odstranění několika položek, které se týkaly fantazie a denního snění, dále byly přidány položky soustředící se na externě orientované myšlení. Současná přepracovaná verze Toronto Alexithymia Scale 20 items (TAS-20) obsahuje 20 položek, které jsou rozděleny na tři subškály. Tyto zachycují: neschopnost rozpoznávat emoce, obtížnost popisovat emoce a externě orientované myšlení. Celkové skóre tohoto dotazníku je 100 bodů, jako alexithymní jsou označováni lidé, kteří v tomto dotazníku dosahují skóre vyšší než 61 bodů (Haviland & Reise, 1996). Jde o nejvíce používanou metodu měření alexithymie s prokázanou vnitřní stabilitou, validitou a reliabilitou (Bach & Bach, 1996).

Projektivní techniky. Rorschchův test a jiné projektivní techniky jako tematický apercepční test (TAT) mohou být použity pro zhodnocení jednotlivých deficitů jako je nedostatek kreativity, schopnosti symbolizace a zhodnocení afektů (Porcelli, 2007). O zařazení těchto technik se zasloužil Ruesch, který zjistil, že pacienti s „infantilní osobností“ odpovídají na tento test jen „primitivními, neimaginativními a stereotypními“ fantaziemi. Tato metoda tedy hodnotí schopnost fantazie a verbálního vyjádření emocí, které by podle teorie měly být u alexithymních jedinců oslabeny.

3. DISOCIACE

3.1 Vznik vývoj pojmu disociace

Disociace, rozštěpení zkušenosti, identity, paměti, percepce a motorických funkcí. Dnes se tohoto pojmu užívá hlavně v psychopatologickém kontextu k vymezení a popisu určitých poruch.

Koncept disociace zavedl Pierre Janet v roce 1889. Chápal disociaci jako porušení psychické jednoty v důsledku závažných stresujících událostí, které nezapadají do stávajících kognitivních schémat. Právě Janet je považován za průkopníka disociativní teorie a za průkopníka terapie posttraumatických a disociativních poruch (Nerad & Neradová, 2005). Pro označení disociace používal termín „*désagregation psychologique*“, až později byl tento termín nahrazen termínem disociace.

Jedním z nejrozšířenějších výkladů je Hilgardova neodisociativní teorie (Lynn & Rhue, 1994). Ta ovšem podle některých autorů (např. Cardena, 1994) zdaleka nespĺňuje požadavky na „univerzální“ teorii. Cílem této teorie je překročit rámec klinické symptomatologie. Snaží se popsat a zhodnotit struktury, které se na tomto fenoménu mohou podílet.

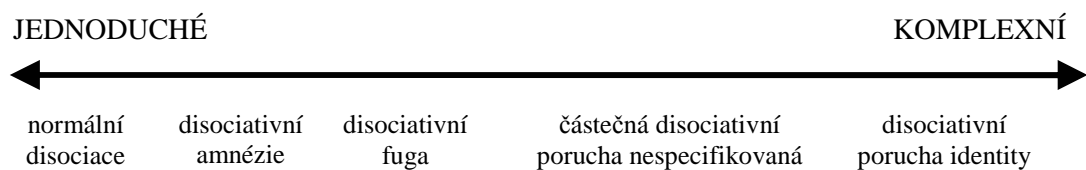
Jistý konsensus v pojetí disociace nacházíme v oblasti klinické. Zde je disociace pojímána jako teoretický konstrukt ve smyslu obranného mechanismu, který slouží k výkladu stavů, při nichž nejsou jisté mentální obsahy obsaženy ve vědomí v nejširším smyslu slova (Lynn & Rhue, 1994). Tento koncept vznikl k vysvětlení fenoménů přítomných v běžném životě. Jedná se hlavně o situace hrozby nebo nebezpečí, kdy se aktivuje mechanismus disociace za účelem psychické obrany integrity osobnosti. Výsledkem pak může být neorganická amnézie a jiné (Cardena, 1994).

Současné poznatky ukazují, že disociace spočívá hlavně na funkčních změnách v některých mozkových strukturách, které se podílejí na pozornosti, paměti a interpretaci podnětů a jevů vnějšího světa.

3.2 Normální a patologická disociace

Někteří autoři se přiklánějí k vysvětlení disociace jako obecného adaptačního mechanismu (Putnam, 1989). V tomto pojetí tedy nejde o patologický proces.

Odtud vychází také koncepce disociativního kontinua, která se zakládá na skutečnosti, že některé disociativní fenomény se vyskytují zcela běžně i v normální populaci. Odborníci třídí disociativní problematiku podle závažnosti na níže uvedené kontinuum (Obr. 1).



Obr. 1: Spektrum disociativních poruch z hlediska stupně složitosti

Jako normální disociaci můžeme označit denní snění nebo třeba fenomén „dálniční hypnózy“, kdy si člověk, který jede po známé trase na jejím konci uvědomí, že si samotnou cestu nepamatuje. Tento fenomén je také zachycen na škále DES. Jako patologickou disociaci označíme vše, co je v kontinuu za normální disociací.

3.3 Disociace podle Cardeny

Uvedené rozdělení pojetí disociace není úplné, není ani systematické. Představuje pouze některá hlavní pojetí.

- **Disociace jako obecný psychický mechanismus** - podílí se na všech kognitivních procesech, určuje jejich zaměření a intenzitu (Cardena, 1994).
- **Disociace jako „semi-nezávislý“ mentální modul** - systém, který je užíván k popisu polonezávislých mentálních systémů, které nejsou vědomě dostupné a/nebo nejsou integrovány s vědomím, identitou nebo vůlí (Cardena, 1994).
- **Disociace jako koexistence samostatných mentálních systémů**, které by měly být integrovány ve vědomí, paměti nebo identitě (Cardena, 1994).

- **Disociace jako alterace vědomí** - zahrnuje poruchu komunikace uvnitř self nebo mezi self a okolím. Jednotlivé aspekty vědomí nebo vnímaného prostředí rozpojí nebo rozpadnou (Jung 1972; Cardena, 1994; Bob, 2004).

- **Disociace jako obranný mechanismus** - koncept vznikl k vysvětlení fenoménů běžného života. Hlavně v situacích nebezpečí nebo hrozby se aktivuje mechanismus disociace za účelem psychické obrany integrity osobnosti. Výsledkem může být neorganická amnézie, psychická analgezie, alterace vědomí včetně chronického nedostatku osobnostní integrace (jako například mnohočetná porucha osobnosti) (Jung 1972; Cardena, 1994; Bob, 2004).

3.4 Dissociativní (konverzní) poruchy

Odhady prevalence dissociativních poruch se v populaci pohybují okolo 1 %, vyšší prevalence je mezi psychiatrickými pacienty. Přes 90% diagnostikovaných případů jsou ženy (Putnam *et al.*, 1986).

Disociace se v klinické, psychologické i psychiatrické praxi natolik ustálila, že je dnes celá tato problematika zahrnuta do Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Dissociativní poruchy jako samostatná diagnostická kategorie nahradily kategorii hysterie až v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (Smolík, 1996), platné od r. 1992. V diagnostickém systému DSM (Diagnostický a statistický manuál duševních chorob) byla kategorie dissociativních poruch poprvé uvedena ve III. revizi z r. 1980.

Společným rysem těchto poruch je částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím integrity a bezprostředních pocitů a ovládním pohybů těla. Tyto poruchy jsou časově spjaty s traumatizujícími událostmi, neřešitelnými a nesnesitelnými problémy nebo narušenými vztahy.

V MKN-10 tento soubor nalezneme pod označením F44 – „*dissociativní (konverzní) poruchy*“ do kterých řadíme: dissociativní amnézii, dissociativní fugu, dissociativní stupor, trans a stavy posedlosti, dissociativní poruchy motoriky a citlivosti, dissociativní poruchy motoriky, dissociativní křeče, dissociativní poruchy citlivosti a poruchy senzorké, dále pak smíšené dissociativní (konverzní) poruchy a jiné dissociativní (konverzní) poruchy – mezi něž náleží Ganserův syndrom, mnohočetná porucha osobnosti, přechodné dissociativní (konverzní) poruchy vyskytující se v dětství a v adolescenci a jiné specifikované

disociativní (konverzní) poruchy. Na závěr je zařazena kategorie disociativní (konverzní) porucha nespecifikovaná.

3.5 Disociace a alexithymie

Disociaci a alexithymii můžeme, dle jejich definic, označit za hodně podobné jevy. Při bližším prostudování dotazníků, které jsou pro jejich měření zkonstruovány nalezneme celou řadu podobností.

Ptáček ve své disertační práci (2006) uvádí, že při studiu historie obou jevů shledáme, že disociace má výrazně starší a hlubší kořeny, vztahuje se k ní mnohem více pramenů a odborných pojednání, nejeví však vyšší konceptuální jasnost než alexithymie. Oba koncepty čerpají z obdobných zdrojů, myšlenek a principů.

Podobnost disociace a alexithymie vyplývá z toho, že oba termíny mohou být vysvětlovány jako nedostatek v integraci percepce, paměti nebo emocí do proudu vědomé zkušenosti. Oba zmiňované jevy mohou také nastat u neklinické části populace, vyšší prevalenci ovšem vykazují u některých duševních poruch.

V současné době již sice existuje celá řada studií, které se danou problematikou zabývají. Jednotné, obecně platné stanovisko zatím nepřinesl žádný výzkum.

Z dostupných pramenů je zřejmé, že otázka vztahu alexithymie a disociace představuje v psychologii skutečně složitý úkol. K výše popsaným studiím je třeba podotknout především to, že se zabývaly problematikou vztahu alexithymie a disociace psychické (nejčastěji měřenou dotazníkem DES nebo A-ADES), nikoliv však somatoformní, která může mít k alexithymii konceptuálně, ale i etiopatogeneticky blíže (Sifneos, 1972).

Dále se studie zabývaly především popisem prostého vztahu mezi těmito jevy, nikoliv analýzou jeho struktury, dynamiky nebo funkce. Můžeme konstatovat, že prosté korelační nebo regresní modely uváděné v diskutovaných studiích ve své podstatě nepřinášejí zásadně nové či vyjasňující informace. Vedou k jednomu závěru: „mezi alexithymií a disociací existuje vztah, který je třeba řádně analyzovat a popsat“ (Sayar *et al.* 2005). Téměř všechny uváděné práce se tímto závěrem odvolávají dále na to, že jsou především preliminární studií k rozsáhlejšímu a metodologicky lépe propracovanému výzkumu. Ten ovšem nebyl doposud realizován (Ptáček, 2006).

Vztah alexithymie a disociace bude muset být podroben ještě rozsáhlému bádání.

3.6 Měření disociace

Disociativním poruchám se psychologie věnuje již více než 100 let, jejich diagnostika však velmi zaostává. Podrobné shrnutí těchto metod přinesl Ptáček (2006).

V literatuře nalézáme 4 skupiny možných diagnostických metod (Carlson & Armstrong, 1994):

- speciální postupy zahrnuté do hodnocení pacientů s disociativní poruchou,
- sebeposuzovací škály k měření disociace,
- strukturovaný klinický rozhovor,
- standardní psychologické testy.

Prvním, avšak nepublikovaným, dotazníkem k měření disociace byl General Amnesia Profile os Cornelia Wildburyma a Davida Caula z roku 1978.

Až v roce 1986 byl autory Bersteinovou a Putnamem vytvořen a publikován dotazník DES (Dissociaive Experiences Scale). V českém znění znám jako Škála disociativních zkušeností (Bob, 2000). Dotazník obsahuje 28 otázek. Proband na otázky odpovídá zaznačením na 100 mm úsečce – jak se daná zkušenost vztahuje právě k němu, v jakém procentu času se mu daná disociativní zkušenost stává. Údaje od jednotlivých položek jsou zaokrouhlovány na 5 mm a jejich celkový aritmetický průměr představuje DES skór. Skóre větší než 20 ukazuje na disociativní zkušenost. Škála se zaměřuje na frekvenci amnestických zážitků, mezery ve vědomí, depersonalizaci, derealizaci, absorpci a imaginativní zahrnutí jedince (Carlson & Armstrong, 1994). Důležité je vyloučení vlivu alkoholu a drog na tyto události. DES je dnes běžně rozšířený, je používán v řadě výzkumných studií. Sám o sobě však nepostačuje k diagnostice disociativních poruch, může však v běžné klinické praxi nebo ve výzkumu upozornit na jedince se suspektní disociativní poruchou a vést tak k dalšímu hlubšímu vyšetření. Je to také zatím jediný nástroj k měření disociace, pro který existuje standardizovaná česká verze (Bob, 2000; Ptáček *et al.*, 2007).

Příkladem dalších dotazníků je Dissociative questionnaire (DisQ) či Multi-Dimensional Inventory of Dissociation (MID). Pro děti a adolescenty existují např. Child Dissociative Checklist (CDC) a Adolescent Dissociative Experiences Scale.

K diagnostice disociativních poruch slouží také dva strukturované rozhovory: SCID - D - R a DDIS. Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SDID-D-R) je komplexní polostrukturovaný rozhovor zaměřený výhradně na disociativní příznaky (amnézie, depersonalizace, derealizace, konfúze identity a alterace identity). Skládá se ze 158 základních a 100 navazujících otevřených otázek. Tento formát umožňuje získat podrobné odpovědi ke zhodnocení fenomenologie a intenzity disociativních symptomů. Na základě těchto odpovědí jsou sestaveny profily. Neklinickou populaci charakterizují mírné nebo žádné disociativní symptomy, obecnou psychiatrickou populaci mírné až střední disociativní symptomy, pacienty s disociativní amnézií nebo depersonalizační poruchou silné dílčí disociativní symptomy a pacienty s disociativní poruchou identity či disociativní poruchou jinak nspecifikovanou silné disociativní symptomy ve všech svých složkách. Interview SCID-D-R projevilo dobrou inter-rater a test-retest reliabilitu a diskriminační validitu. Jeho administrace je náročná, trvá až 2,5 hodiny a vyžaduje školení nebo alespoň dobrou znalost problematiky disociativních poruch.

Běžné psychodiagnostické nástroje užívané v české klinické praxi, např. velké klinické testové baterie typu MMPI, subškálu měřící disociaci neobsahují a nedokážou spolehlivě odlišovat disociativní poruchy od hraničních nebo psychotických stavů. Neznalost problematiky disociativních poruch a absence adekvátních psychodiagnostických metod vedou k podhodnocení reálné prevalence disociativních poruch v České republice (Chalupníček, 2008).

4. STRES

Stres je považován za aktuální problém civilizované společnosti, hovoří se o něm v souvislosti s duševní hygienou, zdravím, kvalitou pracovního prostředí apod. Odborných prací, které se zabývají stresem je mnoho. Tato práce se zaměřuje jen na základní informace o stresu a vymezuje některé pojmy vztahující se k této problematice. Roztroušená skleróza, kterou se v naší práci zabýváme, je bezesporu výraznou stresovou situací.

4.1 Definice stresu

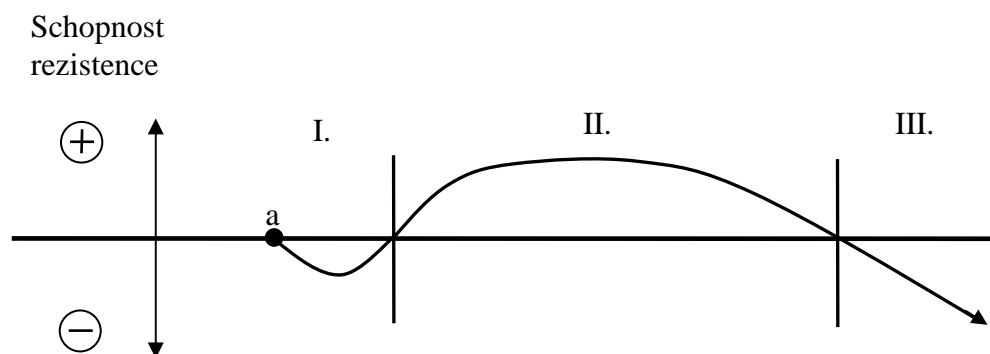
Přístupy a popisy stresu se různí. Stres, také tlak nebo zátěž, je obvykle definován jako celková reakce organismu na zátěžový podnět z okolí nebo také jako reakce na nerovnováhu mezi vnímaným požadavkem a vnímanou schopností požadavku vyhovět.

Pojem stres se v angličtině objevuje již zhruba na přelomu 14. a 15. století (Kebza, 2005). V této době býval užíván v souvislosti se strastmi, útrapami, těžkostmi, tísní a obtížnými situacemi, neštěstím a nepřízní osudu. Od 17. – 18. století se začal objevovat v souvislosti s fyzikálním tlakem, silou či napětím. Dnes je jeho pojetí většinou syntézou mezi oběma výše zmiňovanými.

V moderní době se problematikou stresu začal zabývat Canon, v roce 1920 definoval stres jako stav, který vyvolává útekovou nebo útočnou reakci (Renaudová, 1993). Přišel také s poznatkem, že je reakce organismu na zátěž ovlivněna sympatickým nervovým systémem.

Systematicky se stresu věnoval kanadský fyziolog, endokrinolog a psycholog maďarsko-rakouského původu H.B. Selye (Kebza, 2005). V jeho pojetí neznámá pojem stres zátěž, ale způsob, jakým člověk na zátěž reaguje. Jako rozhodující pro reakci člověka na stresovou událost uváděl Selye kognitivní zpracování stresoru a zátěžové situace. Komplexní reakci, která vzniká jako odezva na stresovou situaci, nazval Selye **obecným adaptačním syndromem** (GAS – general adaptation syndrome). GAS má tři fáze (Obr. 2):

1. Poplachová reakce. V této fázi se mobilizují všechny pomocné mechanismy k záchraně života.
 - projevuje se aktivací sympatoadrenálního systému, vyplavením katecholaminů z dřeně nadledvin a hypersekrecí ACTH
 - aktivace autonomního nervového systému
 - pokud je tlak příliš silný, začínají se tvořit vředy v gastrointestinálním traktu, zvětšují se nadledvinky a atrofuje brzlík
2. Odpor, odolnost (rezistence). Znamená rozvoj specifické obrany organismu. Zmatek poplachové reakce je snížen a organismus se brání za cenu likvidace rezerv. Selye mluví o rezervoáru adaptační energie.
 - adaptace na stres je největší
 - organismus
3. Vyčerpání. Pro Selyeho je selháním organismu po vyčerpání rezerv. Reakce se znovu rozšiřuje do celého organismu.



Obr. 2: Průběh GAS (Křivohlavý, 1994, překresleno)

Salye také popsal LAS (Local Adaptation Syndrome) – některé nespecifické požadavky mohou být omezeny na určité oblasti těla.

Canon a Salye se zaměřovali na fyzický stres, naproti tomu Lazarus se zaměřil na stres psychologický (emoční).

Sjednocující pohled na význam stresu při vzniku nemocí přinesli psychologové McEwen a Stellar. Používají termín alostáza, který zavedli P. Sterling a J. Eyer. V jejich

pojetí alostáza představuje provozní rozmezí schopnosti organismu reagovat na podněty snížením nebo zvýšením hodnoty životně důležitých funkcí. Provozní rozmezí (snášitelnost k výchytkám, k proměnám) je u zdravého člověka větší než u nemocného a u mladšího větší než u staršího. Vybočení z tohoto rozmezí vede k nemoci. Autoři také zavedli pojem alostatická zátěž, pomocí kterého se snaží vysvětlit akutní i chronický stres.

Moderní výzkumy ukázaly pevné spojení fyzického a psychického stresu – fyzický stres přechází neoddělitelně do psychického (Kebza, 2005).

Dalším typem novějších teorií stresu jsou koncepce, zabývající se emocionální stránkou stresu. Kladou hlavní důraz na emoce, ukazují, že stres vede k neuspokojení potřeb, k frustraci, která se dále projevuje jako ztráta motivace či jako agresivní chování (Křivohlavý, 2003).

Mohapl (1992) definuje stres jako zátěž, která na organismus dolehla.

Aldwinová *et al.* (2007) uvádí tři způsoby jak definujeme stres:

- stres jako externí podnět (stresor),
- stres jako vnitřní stav organismu,
- stres jako zkušenost ústící ze vztahu mezi osobou a prostředím.

Dále autorka uvádí důvody proč se lidé stresem zabývají – bio-psycho-sociální důvody každého z nás (přirozený zájem), dále spojuje stres a psychosociálními a biomedicínckými modely adaptace.

Další definice stresu je možné nalézt například v díle Křivohlavého (1998, 2002).

Podle Berndta Hütticha (1992) bylo na mezinárodním sympóziu výzkumu stresu v roce 1987 v Bratislavě konstatováno, že existuje více než 200 definic stresu.

Všechny definice stresu mají jedno společné – člověk na kterého působí požadavky prostředí a on nemá dostatek zdrojů na přiměřenou odpověď, se dostává do stresového stavu. Člověk se pak ve stresu chová jinak, má sníženou pozornost a jeho schopnost řešit úkoly je omezená.

Dnes je známa řada studií jež potvrzují vliv stresu na různé nemoci (angina pectoris, hypertenze, bolesti hlavy, astma, diabetes mellitus, revmatickou artritidu, rakovinu, vředy, změny v menstruačním cyklu, RS). Existují i důkazy o zvýšené úmrtnosti a nemocnosti po excesivním stresu.

V běžné řeči se pojmem stres myslí podnět, reakce na něj nebo stav, který je reakcí vyvolán. Podnět může být označen jako stresor.

4.2 Stresory a vybrané pojmy

Křivohlavý (2002) považuje stresory za nepříznivé vlivy, které mohou vést k tíživé osobní situaci. Termín stresor je možné chápat jako „negativně na člověka působící vliv“.

„O tom, zda se pro nás určitá situace stane stresorem, rozhoduje jednak charakteristika stresoru, jednak naše psychika, naše vnímání a naše hodnocení této situace. Vyhodnotíme-li situaci jako ohrožující, tedy jako takovou, jejímž požadavkům nemůžeme dostát, vyvolává v nás stresovou odpověď“ (Kebza & Šolcová, 2004). Podněty, jež takové odpovědi organismu vyvolávají, mohou být vnější či vnitřní.

Mezi fyziologické známky stresu patří například bušení srdce, bolest a svírání za hrudní kostí, nechutenství, křečovitě, svírající bolesti v oblasti břicha, časté nucení na močení, sexuální impotence a nedostatek sexuální touhy, změny v menstruačním cyklu, svalové napětí v krční oblasti, migréna, vyrážky apod.

Mezi emocionální příznaky stresu se řadí prudké a výrazné změny nálad, nadměrné trápení se věcmi, které nejsou zdaleka tak důležité, neschopnost projevit náklonnost, nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled, nadměrné snění a stažení se ze sociálního styku, nadměrné pocity únavy, obtíže při soustředění pozornosti, zvýšená podrážděnost, popudlivost a úzkostnost. Můžeme cítit napětí, strach, očekávání, či si celou situaci přehrávat znovu a znovu v představách. Chování a jednání lidí ve stresu je v mnoha případech charakteristické nerozhodností.

Člověk může být také častěji nemocný, mít sklon ke zvýšené osobní nehodovosti, zhoršuje se kvalita jeho práce, může se zvyšovat konzumace alkoholu a cigaret, zneužívání návykových látek, objevuje se ztráta nebo zvýšení chuti k jídlu atd.

To, že lidé reagují na stres různě, je nepopiratelné. Šolcová ve své práci „Psychosociální stres žen: Přehled současných poznatků“ (1996) upozorňuje například na rozdíly v reakci na stres mezi muži a ženami. Uvádí, že neuroendokrinní reakce žen na psychický stresor je nižší než tato reakce u mužů. Muži mají také vyšší reakci krevního tlaku na stres, ženy vyšší reakci srdeční frekvence.

Odezva na stres však má mimo jiné i své kognitivní aspekty (Hošek, 1999). Například nezkršené vnímání, dobrá orientace v problému, efektivní myšlení, střízlivé ocenění situace pomáhá člověku vyrovnat se se situací racionálně. Kognitivní aspekty odezvy na stres jsou podle Hoška (1999) potenciálním zdrojem psychické odolnosti člověka. Problematice odolnosti a zvládání stresových situací se budeme věnovat dále.

Psychické reakce na stresor se mohou velmi lišit. Častou reakcí bývá úzkost (u lidí, kteří prošli nadhraničním stresem, se může rozvinout posttraumatická stresová porucha. Další reakcí na stresovou událost je vztek, který může vést až k agresi. Opačnou reakcí na stres může být uzavření se do sebe a apatie. Jestliže stresové podmínky trvají a jedinec je nezvládá, může apatie přerůst v depresi (teorie naučené bezmocnosti, Seligman, 1975).

Existuje několik možných přístupů k dělení stresu a to podle místa působení zátěže na fyzický a psychický stres, podle kvalitativních stránek odezvy na eustres a distres či podle délky trvání na akutní a chronický stres.

Fyzický stres bývá způsobený například chladem, horkem, hlukem, hladem, žízní, úrazem, infekcí jde tedy stresory působící z vnějšku. Do této kategorie můžeme zařadit například i tělesné přetížení (Hošek, 1999). Mezi příčiny psychického stresu bývá řazeno duševní vypětí, nedostatek spánku, starosti, narušené mezilidské vztahy, konfliktní situace v rodině, na pracovišti, pocíťovaná nebezpečí a podobně (Hošek, 1999).

Akutní stres je většinou způsobený náhlou událostí trvající jen krátkou dobu, projevuje se jak v psychice, tak i v narušení některých tělesných funkcí (ztráta paměti, zmatené jednání atd.), může jít například i o traumatickou situaci či událost. Odpověď organismu bývá prudká, neúměrná situaci (Matoušek, 2003). Výzkumy ukazují, že

akutní stres vede k imunosupresi (potlačení imunitní odpovědi) a rakovině, kdežto dlouhodobě zvládaný stres je spíše ochrana před rakovinou.

Chronický stres vzniká dlouhodobým působením jednoho nebo více stresogenních faktorů, mohou být různé intenzity, jejich intenzita také může v čase kolísat. Nepříznivě ovlivňuje fyzickou i psychickou stránku. Může se jednat například o dlouhodobé pracovní přetížení (Matoušek, 2003). Dlouhodobému působení stresorů se organismus sice přizpůsobí, ale opotřebovává se. Chronický stres vede k alostatické zátěži. McEween a Stellar uvádějí, že produkce steroidních hormonů v nadledvinkách má původně chránit mozek, ale při dlouhodobém působení steroidů paradoxně mozek poškozuje.

Působení eustresu bývá spojováno s kladně laděnými emocemi, nemusí mít pro organismus negativní důsledky. Do skupiny situací, které eustres vytvářejí, patří kladné zážitky (např. svatba, výhra, oslavy), nebo i hraniční rizikové situace, do nichž se dostávají lidé z vlastní iniciativy (např. adrenalinové sporty) (Křivohlavý, 2003). Nepřechází do fáze chronického stresu.

Opakem je distres. Ten se váže k nepříjemně laděným emocím, má většinou nepříznivé důsledky na lidský organismus. Osobní ohrožení bývá vnímáno výrazně negativně, jedinec, na nějž distres působí, hodnotí prostředky, které má ke zvládnutí situace k dispozici, jako nedostatečné (Křivohlavý, 2003).

4.3 Stres a nemoc

Stres ovlivňuje naše zdraví mnoha způsoby. Přímé ohrožení je spojeno s rozvojem psychosomatických obtíží (nejohroženější je kardiovaskulární a imunitní systém). Déle je negativní působení stresu spojeno s dědičnými faktory. Vlivem dědičnosti můžeme mít zvýšenou vulnerabilitu („zranitelnost“, náchylnost k selhání). Řada výzkumů ukazuje, že lidé ve stresu vyhledávají zdravotnická zařízení častěji, i když nejsou výrazně nemocnější. Znamená to, že stres posiluje „nemocné“ v chování a větší pozornost vůči svým somatickým obtížím.

4.3.1 Stres a RS

Roztroušená skleróza u pacientů přináší specifické druhy stresu - například stresování se stresem. Dr. LaRocca (ředitel poskytování zdravotní péče a výzkumu Národní společnosti pro roztroušenou sklerózu v USA) za tento stav považuje "stres související strachem ze stresu" (Durand, 2005). Pokud si myslíte, že vám stres může

způsobit zhoršení stavu, což nebylo nikdy s konečnou platností potvrzeno, pak se můžete stresovat tím, jak stres zvládáte (Minaříková, 2006). Lidem s RS se říká stále dokola "Snažte se vyhnout stresu". Jenže není v ničích silách se mu vyhnout, ale je v našich silách změnit svou reakci na něj (Durand, 2005).

Mohr (2004) provedl "metaanalýzu" čtrnácti výzkumů zabývajících se RS a stresem. Tato studie byla publikována v březnu 2004 v časopise British Medical Journal. Data z této analýzy prokazují spojitost mezi stresem a atakami RS. Mohr (2004) upozorňuje také na řadu dalších faktorů - léky, virové a bakteriální infekce. Čas je v mnoha ohledech také významným faktorem (Furane, 2005).

Mohr (2004) také uvádí na, že ataky mají své zárodky před vznikem stresové situace. V lidském těle probíhají procesy, které se mohou objevit kdykoli v průběhu měsíců, a tělo se s nimi stačí vyrovnat. Někdy je tento proces zastaven, jindy pokračuje a rozvine se v ataku. Stres ataku pacientů s RS nerozvíjí, ale může být jedním ze složité skupiny faktorů, které ataky způsobují.

Nyní jsme tedy popsali základní poznatky týkající se stresu, nastínili jsme historické souvislosti a vývoj koncepcí, v další kapitole se zaměříme na zvládání stresu a zátěže.

4.4 Zvládání stresu (zátěže)

Proces, kterým se člověk snaží vyrovnat se stresovými situacemi, se nazývá zvládání (angl. coping) a má dvě hlavní formy:

1. zvládání zaměřené na problém - snaha řešit problém nejrůznějšími způsoby včetně vyhledání sociální podpory a jiné pomoci,
2. zvládání zaměřené na emoci - důležité v situacích, kdy není problém neovlivnitelný (př. úmrtí blízké osoby).

Zvládání zaměřené na problém se skládá z několika kroků (vymezení problémů, stanovení alternativ řešení, rozhodování mezi alternativami z hlediska vynaložené námahy a přínosu, uskutečnění vybraného řešení). Lidé používající tuto strategii vykazují v průběhu zátěže a po jejím odeznění nižší míru deprese. Případně období deprese výrazně zkracuje.

Zvládání zaměřené na emoce používají lidé, aby potlačili negativní emoce. Současně je používají tehdy, jestliže je problém neovlivnitelný (neřešitelný). Toto zvládání zahrnuje celou řadu strategií. Někteří badatelé je dělí na behaviorální a kognitivní strategie.

Behaviorální zahrnují prostředky ke zmírnění naléhavosti problémů. Řadíme sem tělesná cvičení, pití alkoholu, brání drog, vybíjení vzteku, hledání psychické opory u přátel a jiné. Kognitivní zahrnují odsunutí naléhavosti problému z vědomí přenesením pozornosti a přehodnocení situace.

Jiná skupina dělí strategie zaměřené na emoce na strategie ruminační, rozptylující a vyhýbavé. Ruminační strategie zahrnují uzavření se do sebe, abychom mohli přemítat o události a o tom, jak se se situací vyrovnáváme, resp. nevyrovnáváme. Tato strategie je méně adaptivní nežli uvedené předchozí. Rozptylující strategie zahrnují provádění příjemných činností, které nás posilují a vedou ke zvýšení pocitu, že jsme schopni ovlivňovat průběh událostí. Základem je oddech od negativních pocitů. Řadíme sem sportovní aktivity, návštěvy kulturních zařízení, hru s dětmi. Vyhýbavé strategie zahrnují činnosti, které nás mohou vytrhnout z nepříjemné nálady, ale od předcházejících strategií se liší tím, že vyhýbavé strategie jsou potenciálně nebezpečnými aktivitami, které mohou pouze zjitřit naše smysly. Příkladem je opíjení se do bezvědomí, riskantní jízda autem, agresivní osočování druhých (Řežábek, 2007).

„Většina lidí se vyrovnává se stresovými situacemi jak pomocí zvládání zaměřeného na problém, tak zvládání zaměřeného na emoci“ (Atkinsonová *et al.*, 1995).

4.5 Obranné mechanismy, copingové strategie, adaptace

Obranné mechanismy jsou jeden z aspektů dynamiky osobnosti. Je to řada automatických nevědomých mechanismů, které mají za funkci ochranu ega. Funkci obranných mechanismů popsal S. Freud, problematiku obranných mechanismů pak rozpracovala jeho dcera A. Freudová.

Obranné mechanismy tedy fungují jako zvládací strategie ve vztahu k emocím, vztahují se k nevědomým procesům. Pomáhají nám překonávat nepříjemné situace, se kterými se nejsme schopni vyrovnat přímo. Obranné mechanismy jsou tedy nevědomé procesy nebo zčásti nevědomé, zatímco coping provádíme vědomě.

Mechanismy vyrovnávání se zátěží lze rozdělit na převážně aktivní nebo převážně pasivní (Hošek, 2003).

4.5.1 Převážně aktivní techniky vyrovnání se zátěží

Aktivní techniky jsou převážně odvozeny od útočného řešení zátěžové situace. Obvykle obsahují prvek stupňování motivace řešení problému, jsou v nich obsaženy momenty agrese a zvýšené aktivity. Mezi nejčastější řadíme:

Agrese - jde o primitivní formu reakcí, která vytváří kladný dojem nadvlády, síly a schopnosti řídit chod dění. Je nejreprezentativnějším a nejjednodušším představitelem této skupiny aktivních technik.

Upoutávání pozornosti a egocentričnost - tato technika je často používána v dětství a v dospělosti není příliš častá. „Příčinou může být mimo jiné neuvědomělá (podvědomá) snaha jedince po obdivu, který by zvedl jeho sebevědomí a tak pomohl subjektivně zvládnout působení zátěže“ (Hošek, 1994).

Identifikace neboli ztotožnění se - jedná se o ztotožnění se s autoritami a přebírání jejich sociálních norem. Může proběhnout na úrovni jednání, ale i fantazie.

Kompenzace - jde v podstatě o náhradní řešení. Člověk má tendenci kompenzovat neúspěch v jedné činnosti úspěchem v činnosti náhradní, nebo opakovanými pokusy v činnosti původní.

Sublimace - jde o k nevědomé přesunutí společensky neschvalovaných pudů do roviny společensky přijatelné.

Racionalizace - jde o rozumové vysvětlení problému či neúspěchu. Člověk sám sobě zdůvodní proč tak jedná. Racionalizace snižuje napětí, pocit viny a neúspěchu tím, že si člověk přikrášluje motivaci. Zahrnuje i kauzální interpretaci cizí viny.

4.5.2 Převážně pasivní techniky vyrovnání se zátěží

Každý z nás někdy používá uvedené obranné mechanismy. Jsou důležité pro překonávání nepříjemných situací do doby, dokud nejsme schopni se vyrovnat se zátěží přímo. Mohou člověku dopřát čas potřebný pro nalezení optimální strategie (Křivohlavý, 1994). Mezi tyto techniky řadíme:

Únik - patří k častým formám neadaptivního chování. Zacharová (2011) uvádí tyto druhy úniku:

- únik z místa ohrožení, z ordinace, odchod z nemocnice na reverz,

- verbální únik – výmluva, únik gestikulací,
- únik do nemoci,
- sebevražedné jednání,
- únik do narkotizace sebe sama – drogy, alkohol,
- únik do fantazie – bdělé snění,
- únik do literatury, filmu.

Izolace - je to únik do samoty, do nevidění, neřešení situace. Patří mezi nejjednodušší pasivní techniky.

Popření - odmítnutí nebo překroucení nepřijatelných skutečností. Jedinec se snaží objektivní skutečnost popřít nebo bagatelizovat. V těžké krizi může popření poskytnout člověku čas, aby se s krutou skutečností postupně vyrovnal, ale nevede k adaptaci.

Technik osobního vyrovnávání se zátěží je v literatuře uváděno mnoho, někdy jsou také jinak klasifikovány. Dominující techniky vystupují jako osobnostní znak.

Každý člověk, ať zdravý nebo nemocný, používá nějaké copingové strategie. U každého jedince záleží ovšem na tom, zda zvolí pozitivní, aktivní strategie či negativní, pasivní a od tohoto výběru se odvíjí další postoj a přístup k životu, životní spokojenost a v neposlední řadě výrazné ovlivnění kvality života.

4.6 Měření zvládnání stresu

Různí výzkumníci používají různé metodologické nástroje pro měření zvládnání stresu. V této práci je použit dotazník SVF-78, proto se blíže zaměřím na tento dotazník. SVF-78 předpokládá relativní stabilitu v čase a napříč situacemi, jedná se o rysový přístup hledající styly zvládnání. Tento inventář sestavili Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová (2003), vztahuje veškeré své položky k jednomu hlavnímu výroku: "Když jsem s něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry...", Počítá se schopností generalizace. Bližší popis dotazníku na straně 41 kapitola 5.3. Metody získávání dat.

5. EMPIRICKÁ ČÁST

5.1 Vymezení výzkumného problému

V České republice dosud nebyl proveden žádný výzkum, který by se hlouběji zabýval vztahem alexithymie, disociace a strategiemi zvládnání stresu u pacientů s diagnózou roztroušené sklerózy, proto se ve výzkumné části zaměřuji na tuto problematiku.

V dostupné literatuře najdeme jen studie, které částečně mapují problematiku únavy, stresu, deprese nebo zjišťující kvalitu života u těchto pacientů. Přičemž prevalence této choroby v České republice činí asi 100 – 150 nemocných na 100 000 obyvatel (Havrdová, 2008), což jí řadí mezi nejčastější demyelinizační onemocnění centrálního nervového systému v našich zeměpisných šířkách. Onemocnění bývá nejčastěji diagnostikováno v mladém produktivním věku (20 - 40 let).

Tato práce má charakter mapujícího korelačního výzkumu, který se zaměřuje na studium vztahu alexithymie, disociace a strategií zvládnání stresu u pacientů s diagnózou RS s cílem zjistit zda jsou tyto fenomény u zvolené výzkumné skupiny přítomny a zda existují statisticky významné vztahy mezi zkoumanými jevy. Výhodou mapujícího korelačního výzkumu může být získání výsledků, které lze následně testovat jako samostatné hypotézy.

5.2 Výzkumné otázky

Cílem mé bakalářské práce je popsat a analyzovat možné vztahy alexithymie, disociace a strategií zvládnání stresu u pacientů s diagnózou roztroušené sklerózy. Design práce odpovídá mapujícímu korelačnímu výzkumu, protože v odborné literatuře nenajdeme dostatek informací o zkoumaných proměnných. Místo hypotéz jsou v mé bakalářské práci výzkumné otázky.

Výzkumná otázka číslo 1: Vyskytuje se alexithymie a disociace ve větší míře u pacientů s roztroušenou sklerózou?

Výzkumná otázka číslo 2: Existují statisticky prokazatelné vztahy mezi konstrukty alexithymie a disociace které měřím pomocí dotazníků TAS-20 a DES?

Výzkumná otázka číslo 3: Existují statisticky prokazatelné vztahy alexithymie ke strategiím zvládnání stresu?

Výzkumná otázka číslo 4: Existují statisticky prokazatelné vztahy psychické disociace k strategiím zvládnání stresu?

5.3 Metody získávání dat

Míru výskytu uvedené problematiky v této bakalářské práci zjišťuji pomocí dotazníků běžně používaných pro jejich diagnostiku. Použila jsem tuto baterii dotazníků: TAS-20, DES a SVF-78.

Alexithymie (přítomnost i míra) je posuzována dle výsledků dotazníku TAS-20, disociace je zkoumána dotazníkem DES, zaměřeným na psychickou disociaci. Pro zkoumání strategií zvládnání stresu byl vybrán dotazník SVF-78.

Měření alexithymie

TAS-20 – Toronto Alexithymia Scale – tento dotazník měří přítomnost i míru alexithymie, v současnosti jde o nejpoužívanější metodu měření míry tohoto jevu. Byl vytvořen G. J. Taylorem, R. M. Bagbym a J. D. A. Parkerem v roce 1992 (Ptáček, 2006). TAS-20 celkem obsahuje 20 otázek a skládá se ze tří subškál. Proband vyplňuje dotazník samostatně na 5ti bodové Likertově škále od 1 (zcela nesouhlasím) po 5 (zcela souhlasím). Maximálně dosažitelné skóre v tomto dotazníku je 100 bodů (Tab. 4), je dáno součtem bodů jednotlivých subškál. První subškála DIF (Difficulty Identifying Feeling) je zaměřena na obtíže v identifikaci vlastních pocitů. Zahrnuje 7 položek - číslo 1, 3, 6, 11, 9, 13 a 14. Může nabývat hodnot od 7 do 35. Druhá subškála DDF (Difficulty Describing Feelings) měří potíže s vyjadřováním pocitů, neschopnost deskripce emocí. Obsahuje 5 položek, řadíme sem otázky číslo 2, 4, 7, 12 a 17. Nabývá hodnot od 5 do 25. Třetí subškála EOT (Externally-Oriented Thinking) vyjadřuje externě orientovaný styl myšlení - tendenci jedince zaměřovat svou pozornost externě. Představuje také omezení fantazijního života. Tvoří ji 8 položek - otázky číslo 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 a 20. Její hodnoty jsou od 8 – 40 bodů.

Dotazník TAS-20 obsahuje pět otázek s negativním klíčem (otázky číslo 4, 5, 10, 18 a 19). Tyto otázky mají inverzní skórování.

Tab. 4: Rozmezí bodů s hlediska přítomnosti alexithymie u TAS-20, maximální skóre 100 bodů

Celkový počet bodů	Charakteristika
≤ 51	Nejsou známky alexithymie/nepřítomnost alexithymie
52 – 60	Možná/pravděpodobná přítomnost alexithymie
≥ 61	Přítomnost alexithymie

Jak uvádí Ptáček (2006) „*tyto tři faktory i celkový skór TAS-20 doposud vykazaly uspokojivou vnitřní konzistenci, test-retestovou reliabilitu jak u neklinické, tak u klinické populace.*“ Vnitřní konzistence - Cronbachovo alfa dotazníku TAS-20 je 0.81 a test-retest reliabilita je (0,77, $p < 0,01$) (Taylor, 1994).

Měření disociace

DES – Dissociative Experiences Scale. Tento 28 položkový sebeposuzovací dotazník slouží ke kvantifikaci a zjišťování disociativních zkušeností v běžném životě u dospělé populace. Byl vytvořen v roce 1981 J. Nemiahem. Tato škála je nejpoužívanějším dotazníkem používaným k měření míry disociace pro výzkumné i klinické účely. Proband na vizuální analogové stupnici 100 mm dlouhé označuje čárkou, jak často zažívá disociativní příznaky (v procentech času).

Pro vyhodnocení se změří délky vyznačených úseček jednotlivých odpovědí (v mm), zaokrouhlím se na 5 mm. Všechny údaje se pak sečtou a vydělí celkovým počtem otázek (v tomto dotazníku 28), čímž získáme skóre disociativních zkušeností. Obecně udávaný pozitivní nález je od skóre 20 a výše. U osob, u kterých předpokládáme například alexithymii (obecně u klinické populace) je udávané, pro větší jistotu výsledků, tuto hranici posunout na hodnotu větší než 25. Pro dodržení objektivitu dotazníku je důležité, aby osoby nebyly pod vlivem alkoholu nebo drog. Vzhledem k tomu, že pracuji s výzkumnou skupinou, u které si nejsem jistá přítomností disociace, použiji v této práci kritérium nižší – tedy 20.

Tento dotazník je to zatím jediným nástrojem k měření disociace, pro který existuje standardizovaná česká verze (Bob, 2000). Vnitřní konzistenci, validitu a strukturu jednotlivých faktorů české verze dotazníku DES potvrdila studie Ptáčka *et al.* (2007) na vzorku 783 dospělých subjektů ze tří skupin (pacienti s epilepsií, s depresí a z normální populace).

Strategie zvládání stresu

Dotazník SVF-78 patří mezi vícedimenzionální sebezpozorovací inventáře zachycující individuální způsoby reagování na stres v zátěžových situacích. Je zaměřen na zjišťování postupů, které proband používá ke zvládnutí stresových situací. Tento inventář sestavili Wilhelm Janke a Gisela Erdmanová v roce 1997, další verze je z roku 2002. Do češtiny byl dotazník přeložen Josefem Švancarou. Inventář obsahuje 13 subtestů, vždy po 6ti položkách pro každý subtest. Jedná se o subtesty: podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrolu situace, kontrolu reakcí, pozitivní sebeinstrukce, potřebu sociální opory, vyhýbání se, únikové tendence, perseveraci, rezignaci a sebeobviňování. Jednotlivé strategie řadíme ke strategiím pozitivním, negativním nebo nevyhraněným. Strategie pozitivní pak můžeme ještě rozdělit na tři větší celky (Tab. 5). Pozitivní strategie (POZ) zahrnují subtesty 1-7 a negativní (NEG) subtesty 8-13.

Dotazník je určen pro dospělé osoby, v zadání se záměrně nepoužívá slovo stres, ale poškození, vnitřní rozrušení, vyvedení z míry (Janke & Erdmannová, 2003).

Pro všech 78 výroků je společný začátek tvrzení: "*Když jsem s něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry...*". Úkolem probanda je určit, na Likertově 4bodové škále od 0 (vůbec ne) do 4 (velmi pravděpodobně), do jaké míry se jeho chování shoduje s nastíněnou zátěží. Vyhodnocení zapisujeme do vyhodnocovacího listu, ze kterého zjistím hrubé skóre pro každý subtest. Skóre je třeba převést na T-skór, který se zaznamená do testového profilu. Přitom je potřeba zhodnotit pohlaví zkoumané osoby. Autoři uvádějí vysokou reliabilitu testu - kolem 0.80.

Tab. 5: Stručný popis subtestů dotazníku SVF-78 (Janke & Erdmannová, 2003, upraveno)

Číslo	Název subtestu	Sekundární hodnoty		Charakteristika subtestu
1	Podhodnocení	POZ 1	POZ	Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu
2	Odmítání viny			Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost
3	Odklon	POZ 2		Odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem
4	Náhradní uspokojení			Obrátit se k pozitivním aktivitám/situacím
5	Kontrola situace	POZ 3		Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému
6	Kontrola reakcí			Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí
7	Pozitivní sebeinstrukce			Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly
8	Potřeba sociální opory	Zřídka se vysk. strategie		Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc
9	Vyhýbání se			Předsevzetí zamezit zátěží nebo se jim vyhnout
10	Úniková tendence	NEG		Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace
11	Perseverace			Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouhou přemítat
12	Rezignace			Vzdávat se s pocitem bezmocnosti, beznaděje
13	Sebeobviňování			Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání

5.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen jedinci s diagnózou roztroušené sklerózy (G35). Celkem se výzkumu účastnilo 20 jedinců s touto diagnózou – 14 žen a 6 mužů (Tab. 6). Probandi byli osloveni na Neurologické klinice FN Olomouc v rámci Centra pro diagnostiku a léčbu demyelinizací onemocnění (CDEMO). Centrum se zabývá diagnostikou, léčbou, konziliární a superkonziliární péčí o nemocné trpící roztroušenou sklerózou. Olomoucké centrum bylo zřízeno ministerstvem zdravotnictví v roce 1996, za účelem poskytování nadregionální a prvotřídní péče o pacienty s RS. Centrum sleduje přes 2 000 pacientů s tímto závažným onemocněním centrálního nervového systému. Řadí se k předním centrům v České republice, v Evropě i ve světě.

Nejprve jsem oslovila vedoucího lékaře uvedeného centra Doc. J. Mareše, PhD., s ním jsem se dohodla na konkrétní podobě spolupráce. Samotný sběr dotazníků prováděly proškolené zdravotní sestry z uvedeného centra, administrace dotazníků probíhala individuálně. Sběr dat probíhal kontinuálně od 1. 8. 2012 do 31. 1. 2013. Každý proband podepsal informovaný souhlas (Příloha č. 1).

Doba vyplnění všech tří dotazníků byla, u jednotlivých osob, značně individuální. Některé osoby vyplňovaly dotazníky i po částech, protože jim připadalo zadání velmi dlouhé nebo se vyskytly komplikace spojené s diagnózou roztroušené sklerózy (únava, slabost HKK atd.). Faktor, který mohl ovlivnit sběr dat byl fakt, že jsem průzkum realizovala pouze v rámci jednoho centra v České republice.

Tab. 6: Základní popisná statistika výzkumného souboru, dle věku

Proměnná	Popsané statistiky						
	Průměr	Sm. Odch.	Minimum	Maximum	N	ženy	muži
věk	35,8	10,0925715	21	61	20	14	6

V další části se zaměřím na výstupy popisné statistiky jednotlivých dotazníků u výzkumného souboru. U získaných dat jsem, jako první metodu zpracování, použila test normality. Na základě výsledků těchto testů jsem pro další ověřování zvolila neparametrické statistické metody, přestože se oproti parametrickým metodám jeví statisticky slabší. Konkrétně byla zvolena Spearmanova korelace. Míru korelace pak vyjadřuje korelační koeficient, který může nabývat hodnot od -1 až po $+1$. Pro výpočty korelací byl použit program STATISTICA 7 a Microsoft Excel 2010.

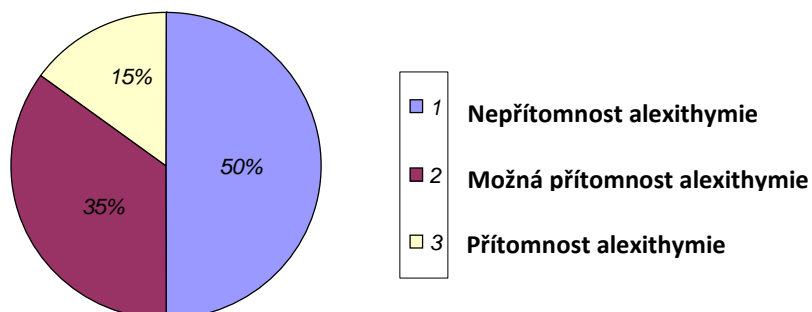
Výstupy dotazníku TAS-20 u výzkumného souboru:

Nejnižší celková hodnota dotazníku je 32 bodů, nejvyšší je 71 bodů. Průměrná hodnota (50,2 bodů) leží v pásmu nepřítomnosti alexithymie, medián (52,2 bodů) je na hranici hodnot nepřítomnost/možná přítomnost alexithymie. Z celkového počtu 20 respondentů byly u 10 (50 %) dotazovaných hodnoty v pásmu nepřítomnosti alexithymie, odpovědi 7 respondentů (35 %) leží v pásmu možné přítomnosti alexithymie a 3 respondenti (15 %) jsou v pásmu přítomnosti alexithymie (Graf 1). Hodnoty jednotlivých subškál – DDF, DIF a EOT jsou přehledně shrnuty v Tab. 7.

Tab. 7: Hodnoty subškál dotazníku TAS-20, v bodech

Subškála TAS-20	Interval od - do	Průměrná hodnota	Medián
DDF	5 až 17	11,85	11,5
DIF	12 až 42	26,4	26,5
EOT	17 až 30	23,8	23

Výsledky dotazníku TAS-20 (v procentech) ve výzkumném vzorku pacientů dg. roztroušené sklerózy



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

Výstupy dotazníku DES u výzkumného souboru:

V dotazníku hodnotícím míru disociace (DES) byl průměrný skór všech probandů 7,085. Minimální hodnota byla rovna 0,04 a maximální 70,18. Medián tohoto dotazníku má hodnotu 3,505. Psychická disociace je přítomná u 1 probanda (5%). Průměrné skóre nám poukazuje na nepřítomnost psychické disociace v výzkumném souboru.

Výstupy dotazníku SVF-78 u výzkumného souboru:

Následující tabulka (Tab. 8) znázorňuje jednotlivé průměry subtestu dotazníku SVF78 a celkového skóre pozitivních a negativních strategií.

Tab. 8: Popisná statistika dotazníku SVF-78 a jeho subtestů

Proměnná	Popisné statistiky SVF 78				
	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Podhodnocení	54,80	57,00	38,00	62,00	6,46122
Odmítání viny	55,10	54,50	41,00	70,00	6,69564
Odklon	48,90	50,00	34,00	63,00	7,10745
Náhradní uspokojení	53,40	56,00	36,00	66,00	8,39423
Kontrola situace	42,30	38,00	25,00	64,00	10,58350
Kontrola reakcí	47,15	45,00	36,00	64,00	7,21311
Pozitivní sebeinstrukce	42,20	40,00	30,00	65,00	8,29458
Potřeba sociální podpory	46,75	48,00	34,00	60,00	7,95960
Vyhýbání se	53,80	53,50	45,00	64,00	5,14628
Úniková tendence	53,40	55,00	38,00	73,00	7,61854
Perseverace	42,55	45,00	30,00	55,00	8,21087
Rezignace	52,15	51,50	35,00	67,00	8,95177
Sebeobvinování	46,10	46,00	23,00	69,00	10,80887
POZ Pozitivní strategie	50,00	51,00	38,00	69,00	8,79593
NEG negativní strategie	49,30	51,50	31,00	70,00	9,68504

U výsledků všech tří testů jsem provedla zjištění zda dané výběry pocházejí z normálního rozložení, či nikoliv. K výpočtům testu normality byl použit Saphiro-Wilks W-test, Liliefors test a Kolmogorow-Smirnow test v programu STATISTICA 7. Výsledky zjištění jsou shrnuty v následující tabulce (Tab.9)

Tab. 9: Test normality pro DES, TAS-20 a SVF-78

Proměnná	Testy normality					
	N	max D	K-S p	Lilliefors p	W	p
TAS-20	20	0,17285	p > .20	p < ,15	0,96216	p < 0,58780
DES	20	0,34026	p < ,05	p < ,01	0,42867	p < 0,00000
subtesty SVF-78:						
Podhodnocení	20	0,20073	p > .20	p < ,05	0,86715	p < 0,01047
Odmítání viny	20	0,20596	p > .20	p < ,05	0,95691	p < 0,48416
Odklon	20	0,1584	p > .20	p > .20	0,96667	p < 0,68353
Náhradní uspokojení	20	0,17849	p > .20	p < ,10	0,92044	p < 0,10103
Kontrola situace	20	0,20774	p > .20	p < ,05	0,93254	p < 0,17281
Kontrola reakcí	20	0,2083	p > .20	p < ,05	0,93645	p < 0,20526
Pozitivní sebeinstrukce	20	0,21784	p > .20	p < ,05	0,87166	p < 0,01257
Potřeba sociální opory	20	0,16239	p > .20	p < ,20	0,93406	p < 0,18476
Vyhýbání se	20	0,14386	p > .20	p > .20	0,9544	p < 0,43890
Úniková tendence	20	0,22299	p > .20	p < ,05	0,90498	p < 0,05118
Perseverace	20	0,1673	p > .20	p < ,15	0,91863	p < 0,09324
Rezignace	20	0,14328	p > .20	p > .20	0,96809	p < 0,71406
Sebeovňování	20	0,10223	p > .20	p > .20	0,98827	p < 0,99510
POZ celkem	20	0,20474	p > .20	p < ,05	0,90224	p < 0,04544
NEG celkem	20	0,12809	p > .20	p > .20	0,96107	p < 0,56536

Vzhledem k získaným výsledkům, budu v dalších analýzách používat neparametrickou statistiku.

Následující tabulka (Tab. 10) zachycuje otázku zda se mezi sebou alexithymie a disociace vzájemně překrývají a podobají či nikoliv. Z uvedené tabulky neparametrické korelace vyplývají prokazatelné korelační koeficienty mezi jednotlivými položkami. Alexithymie, celkově, nevykazuje signifikantní vztah k psychické disociaci ($r = 0,30$). Subtest DIF je ve vztahu s psychickou disociací, dosahuje korelačního koeficientu ($r = 0,43$). Subtest DDF udává malou sílu asociace s psychickou disociací ($r = 0,26$) nevykazuje tedy významný vztah mezi proměnnými. Subtest EOT je v negativním vztahu k psychické disociaci ($r = -0,26$).

Tab. 10: Korelace mezi TAS-20 a DES

Proměnná	DES	TAS	TAS-DDF	TAS-DIF	TAS-EOT
DES	1,00	0,30	0,26	0,43	-0,26
TAS	0,30	1,00	0,81	0,94	0,45
TAS-DDF	0,26	0,81	1,00	0,85	0,12
TAS-DIF	0,43	0,94	0,85	1,00	0,11
TAS-EOT	-0,26	0,45	0,12	0,11	1,00

V další části jsou znázorněny výsledky neparametrických korelačních analýz mezi nepřítomností alexithymie a strategiemi zvládnání stresu (Tab. 11). Při popisu vztahů jsem se omezila jen na významné korelační koeficienty.

Tab. 11: Korelace mezi TAS-20 a POZ SVF-78, celkový soubor, $p < ,05000$

Proměnná	TAS	TAS-DDF	TAS-DIF	TAS-EOT
Podhodnocení	-0,17	-0,14	-0,09	-0,25
Odmítání viny	-0,17	-0,18	-0,10	-0,24
Odklon	0,01	0,11	0,16	-0,40
Náhradní uspokojení	-0,03	-0,13	0,17	-0,52
Kontrola situace	-0,33	-0,27	-0,27	-0,27
Kontrola reakcí	-0,41	-0,32	-0,24	-0,57
Pozitivní sebeinstrukce	-0,31	-0,21	-0,16	-0,49
POZ Pozitivní strategie	-0,28	-0,24	-0,08	-0,59

Externě orientované myšlení negativně ovlivňuje schopnost kontrolovat vlastní reakce při zátěži ($r = -0,57$), dále je patrná negativní korelace v subtestu náhradní uspokojení ($r = -0,52$) a subtestu pozitivní sebeinstrukce ($r = -0,49$).

Tab. 12: Korelace mezi TAS-20 a NEG SVF-78, celkový soubor, $p < ,05000$

Proměnná	TAS	TAS-DDF	TAS-DIF	TAS-EOT
Potřeba sociální podpory	0,38	0,14	0,39	0,07
Vyhýbání se	-0,19	-0,37	-0,16	-0,13
Úniková tendence	0,47	0,29	0,52	-0,01
Perseverace	0,45	0,36	0,48	0,04
Rezignace	0,51	0,43	0,55	0,04
Sebeobvinování	0,68	0,54	0,65	0,25
NEG negativní strategie	0,67	0,53	0,71	0,08

Nepřítomnost alexithymie pozitivně koreluje se subttestem sebeobviňování ($r = 0,68$). Tito jedinci mají sklon k přisuzování chyb vlastnímu jednání. Patrná je i prohlubující tendence rezignovat v zátěžových situacích s pocitem bezmoci a beznaděje se vzdáváním se dalšího snažení situaci řešit ($r = 0,51$). Rezignační tendence při zvládnání zátěže jsou prohlubovány neschopností identifikovat své emoce ($r = 0,55$). Dále nalézám pozitivní korelaci s rostoucí tendencí vyhnout se zátěži ($r = 0,47$) a potížemi s identifikací vlastních pocitů vztahujících se ke stresové situaci ($r = 0,48$).

V další části jsem výzkumný soubor rozdělila na muže a ženy. Získané výsledky korelací jsou uvedeny v následujících tabulkách (Tab. 13 až Tab. 15).

Tab. 13: Korelace mezi TAS-20 a NEG SVF-78, ženy, $p < ,05000$

Proměnná	TAS	TAS-DDF	TAS-DIF	TAS-EOT
Potřeba sociální podpory	0,34	0,10	0,32	0,17
Vyhýbání se	-0,22	-0,38	-0,22	-0,07
Úniková tendence	0,45	0,34	0,49	0,03
Perseverace	0,62	0,54	0,55	0,39
Rezignace	0,57	0,54	0,54	0,24
Sebeobvinování	0,70	0,70	0,68	0,26
NEG negativní strategie	0,80	0,76	0,79	0,27

Nepřítomnost alexithymie u žen významně zvyšuje tendence k připisování příčin vzniku problému sobě samé ($r = 0,70$). Dále nalézám pozitivní korelace u nepřítomnosti alexithymie a potížemi se od problému myšlenkově odpoutat ($r = 0,62$) a tendencí ke vzdáváním se s pocitem bezmoci na působení zátěžové situace ($r = 0,57$). Obdobné pozitivní korelace nalézám v celkovém skóre dotazníku TAS-20 a jeho subttestech DDF a DIF.

Tab. 14: Korelace mezi TAS-20 a NEG SVF-78, muži, $p < ,05000$

Proměnná	TAS	TAS-DDF	TAS-DIF	TAS-EOT
Potřeba sociální podpory	0,44	0,05	0,60	-0,35
Vyhýbání se	0,42	0,38	0,44	-0,01
Úniková tendence	0,50	-0,10	0,65	-0,30
Perseverace	-0,05	-0,27	0,31	-0,84
Rezignace	0,32	-0,05	0,57	-0,56
Sebeobvinování	0,55	-0,20	0,52	0,10
NEG negativní strategie	0,42	-0,12	0,61	-0,43

Externě orientované myšlení u mužů, bez přítomnosti alexithymie, významně negativně koreluje se subtestem perseverace ($r = -0,84$) což znamená nemožnost myšlenkového odpoutání se od prožívané zátěže.

Tab. 15: Korelace mezi TAS-20 a POZ SVF-78, ženy, $p < ,05000$

Proměnná	TAS	TAS-DDF	TAS-DIF	TAS-EOT
Podhodnocení	-0,17	-0,11	-0,07	-0,34
Odmítání viny	-0,19	-0,19	-0,08	-0,35
Odklon	-0,04	0,22	0,15	-0,53
Náhradní uspokojení	-0,00	0,02	0,16	-0,42
Kontrola situace	-0,40	-0,17	-0,32	-0,33
Kontrola reakcí	-0,37	-0,06	-0,17	-0,64
Pozitivní sebeinstrukce	-0,36	-0,26	-0,22	-0,55
POZ Pozitivní strategie	-0,33	-0,09	-0,11	-0,70

U žen, bez alexithymie, externě orientované myšlení negativně ovlivňuje schopnost kontrolovat stresové reakce ($r = -0,64$) a snižuje hodnocení sebekompence a dodávání si odvahy v zátěžových situacích.

V kategorii mužů jsem žádné signifikantní údaje nezískala, proto tabulku neuvádím.

Dále měla být řešena situace zda jsou mezi jedinci s psychickou disociací a bez ní signifikantní rozdíly v užívání strategií zvládnání stresu. Vzhledem k tomu, že jsem ve svém výzkumném souboru odhalila jen jednoho jedince s psychickou disociací, tak bude v následujících dílčích tabulkách řešena situace u jedinců bez psychické disociace. V další části mé práce jsou tedy znázorněny výsledky neparametrické korelační analýzy mezi nepřítomností psychické disociace a strategiemi zvládnání stresu.

Tab. 16: Korelace mezi DES a NEG SVF-78, celkový soubor, $p < ,05000$

Proměnná	DES
Potřeba sociální podpory	0,48
Vyhýbání se	0,02
Úniková tendence	0,27
Perseverace	0,11
Rezignace	0,20
Sebeobvinování	0,18
NEG negativní strategie	0,23

Nepřítomnost psychické disociace souvisí s vyšší mírou potřeby sociální opory ($r = 0,48$). Je známo, že ženy mají silnější tendenci k řešení stresu tímto způsobem. Vzhledem k tomu, že mám ve výzkumném souboru větší procento žen, dá se tento výsledek očekávat.

Tab. 17: Korelace mezi DES a POZ SVF-78, celkový soubor, $p < ,05000$

Proměnná	DES
Podhodnocení	-0,07
Odmítání viny	0,05
Odklon	0,15
Náhradní uspokojení	0,23
Kontrola situace	-0,08
Kontrola reakcí	-0,02
Pozitivní sebeinstrukce	0,13
POZ Pozitivní strategie	0,12

V této tabulce (Tab. 17) nejsou patrné žádné statisticky významné korelační koeficienty.

Tab. 18: Korelace mezi DES a POZ SVF-78, muži, $p < ,05000$

Proměnná	DES
Podhodnocení	-0,05
Odmítání viny	-0,29
Odklon	0,85
Náhradní uspokojení	0,54
Kontrola situace	0,72
Kontrola reakcí	0,17
Pozitivní sebeinstrukce	0,30
POZ Pozitivní strategie	0,79

Nepřítomnost psychické disociace u mužů vykazuje pozitivní vazbu se subtestem odklon ($r = 0,85$) což může souviset se strategií sebeprosazování (Tab.18).

Při hodnocení v kategorii ženy, bez psychické disociace, nebyl nalezen žádný statisticky signifikantní koeficient mezi nepřítomností psychické disociace k pozitivním strategiím zvládání stresu, proto uvedenou tabulku neuvádím.

Tab. 19: Korelace mezi DES a NEG SVF-78, muži, $p < ,05000$

Proměnná	DES
Potřeba sociální podpory	0,57
Vyhýbání se	0,36
Úniková tendence	0,81
Perseverace	0,23
Rezignace	0,60
Sebeobvinování	0,98
NEG negativní strategie	0,74

Nepřítomnost psychické disociace u mužů zvyšuje, ve stresových situacích, tendence z dané situace vyváznout, vyhnout se zátěži ($r = 0,81$). Také přisuzování si vlastní zodpovědnosti za zátěž se zvyšuje ($r = 0,98$).

Tab. 20: Korelace mezi DES a NEG SVF-78, ženy, $p < ,05000$

Proměnná	DES
Potřeba sociální podpory	0,54
Vyhýbání se	-0,04
Úniková tendence	0,36
Perseverace	0,13
Rezignace	0,25
Sebeobvinování	0,16
NEG negativní strategie	0,25

Ženy bez psychické disociace mají vyšší tendence, ve stresové situaci, vyhledávat sociální oporu (Tab. 20), navazovat kontakt s druhými nebo vyhledávat podporu ve formě rozhovoru ($r = 0,54$).

6. DISKUZE

Ve své práci jsem se věnovala analýze sledovaných parametrů – alexithymie (TAS-20), psychické disociace (DES) a strategiím zvládání stresu (SVF-78) na souboru pacientů s diagnózou roztroušené sklerózy. Při analýze výskytů sledovaných proměnných jsem došla k závěru, že se v mém výzkumném souboru vyskytuje alexithymie u 3 pacientů (15 %). Psychická disociace je přítomna jen u 1 probanda (5 %).

Z uvedených výsledků ve výzkumném souboru opatrně konstatuji, že se přítomnost alexithymie a psychické disociace u pacientů s chronickým onemocněním roztroušené sklerózy vyskytuje zřídka. S opatrností můžu říct, že alexithymie a psychická disociace představují nevýznamnou součást tohoto onemocnění. Pro větší zobecnění by bylo lepší vyšetřit větší počet probandů. Design práce odpovídá mapujícímu korelačnímu výzkumu, v odborné literatuře nenajdeme dostatek informací o zkoumaných proměnných a možném srovnání výsledků. Mezi alexithymií a psychickou disociací prokazují pozitivní korelační vztah ($r = 0,30$). Dále zjišťuji, že alexithymie významně koreluje se svým substestem DIT ($r = 0,94$) a substestem DDF ($r = 0,81$). Dále nalézám negativní korelaci ($r = -0,26$) mezi psychickou disociací a substestem EOT.

Na výzkumnou otázku, zda existují statisticky prokazatelné vztahy alexithymie ke strategiím zvládání stresu u pacientů s RS, nejsem ve své práci schopna zodpovědět. Výskyt přítomnosti alexithymie byl v mém souboru malý, což znemožnilo provádět následné korelační analýzy na uvedeném souboru. Provedla jsem tedy korelační analýzu pacientů s roztroušenou sklerózou, bez přítomnosti alexithymie, ve vztahu ke strategiím zvládání stresu. V oblasti pozitivních strategií zvládání stresu u celkového souboru jsem získala negativní korelaci substestu EOT se strategiemi – náhradní uspokojení ($r = -0,52$), kontrola reakcí ($r = -0,57$), pozitivní sebeinstrukce ($r = -0,49$) a POZ celkově ($r = -0,59$). Subtest EOT souvisí s externí orientací myšlení a omezením fantazijního způsobu života. V oblasti negativních strategií zvládání stresu u celkového souboru nalézám pozitivní korelaci mezi alexithymií a těmito strategiemi: úniková tendence ($r = 0,47$), perseverace ($r = 0,45$), rezignace ($r = 0,51$) a sebeobviňování ($r = 0,68$). U pacientů stoupá míra rezignace na působení stresových faktorů. Nejvíce pozitivních korelací je u substestu DIF – neschopnost identifikace vlastních emocí. Jde o tyto strategie: úniková tendence ($r = 0,52$), perseverace ($r = 0,48$), rezignace ($r = 0,55$), sebeobviňování ($r = 0,65$) a NEG celkově ($r = 0,71$).

U žen bez přítomnosti alexithymie a POZ nalézám negativní korelaci u subtestu EOT s kontrolou reakcí ($r = -0,64$) a pozitivní sebeinstrukcí ($r = -0,55$). Přítomnost externě orientovaného myšlení u žen v tomto souboru snižuje schopnost udržet pod kontrolou své reakce.

V kategorii mužů, bez přítomnosti alexithymie, a POZ se objevila významná negativní korelace v subtestu perseverace ($r = -0,84$) což znamená nemožnost myšlenkového odpoutání se od prožívané zátěže.

U žen bez alexithymie a NEG nalézáme pozitivní korelaci subtestu DDT a DIF se zvýšenou tendencí sebeobviňování ($r = 0,70$ a $r = 0,68$). Dále nepřítomnost alexithymie pozitivně koreluje s rezignací ($r = 0,54$) a perseverací ($r = 0,55$). V kategorii mužů bez přítomnosti alexithymie a NEG jsem žádné signifikantní údaje nezískala.

Celkově vychází, že mezi uvedenými konstrukty nalézám statisticky prokazatelné vztahy. Do budoucna by mohlo být zajímavé tento výzkum zopakovat, na větším vzorku pacientů s RS.

Nyní se zaměřím na výsledky korelační analýzy u dotazníku DES a SVF-78. Vzhledem k tomu, že jsem měla ve svém výzkumném souboru jen 1 pacienta s přítomností psychické disociace, prováděla jsem následující korelace mezi nepřítomností psychické disociace u pacientů s RS a strategiemi zvládnání stresu. U celkového souboru nalézám pozitivní korelaci mezi nepřítomností psychické disociací a negativními strategiemi zvládnání stresu u potřeby sociální opory ($r = 0,48$). Mezi nepřítomností psychické disociace a potřebou sociální opory je pozitivní vztah.

U mužů bez psychické disociace nacházím významnou korelaci k pozitivním strategiím zvládnání stresu. Tento statisticky signifikantní vztah je mezi psychickou disociací a strategií odklon ($r = 0,85$). Dále ve skupině mužů, tentokrát s negativními strategiemi stresu, je statisticky prokazatelný vztah k subtestu únikové tendence ($r = 0,81$) a sebeobviňování ($r = 0,98$). U těchto mužů je patrná tendence vzdávání úkolu a přepisování působící zátěže vlastnímu jednání.

Ve skupině žen bez psychické disociace nalézám pozitivní korelaci s negativními strategiemi zvládnání stresu v subtestu potřeba sociální opory ($r = 0,54$).

Můžu tedy shrnout, že mezi psychickou disociací a strategiemi zvládnání stresu nalézám statisticky prokazatelné vztahy.

7. ZÁVĚR

Na základě údajů získaných pomocí statistických metod jsem u výzkumného souboru 20 pacientů s roztroušenou sklerózou došla k těmto výsledkům:

- Alexithymie se u nemocných s roztroušenou sklerózou v mém souboru vyskytuje u 15 % případů
- Disociace se u nemocných s roztroušenou sklerózou v mém souboru vyskytuje u 5 % případů
- Mezi pacienty s roztroušenou sklerózou, bez přítomnosti alexithymie a pacienty s roztroušenou sklerózou, bez disociace jsou prokázány korelační koeficienty
- Pacienti s roztroušenou sklerózou bez alexithymie a disociace vykazují statisticky prokazatelné vztahy s negativními strategiemi zvládnání stresu malinko více než se strategiemi pozitivními

8. SOUHRN

Tématem mé práce je roztroušená skleróza, alexithymie, disociace a strategie zvládání stresu. Roztroušená skleróza je chronické autoimunitní onemocnění, které postihuje centrální nervový systém. V dnešní době patří k nevléčitelným chorobám, které postihují zejména mladé dospělé s vyšší frekvencí u žen, může vést až k plné invaliditě. Každé nevléčitelné onemocnění je doprovázeno stresem, na které jedinec může reagovat různými obrannými mechanismy, ale také mechanismy alexithymie nebo disociace.

V úvodní části jsem se věnovala popisu roztroušené sklerózy, její historii a etiologii, následovala kapitola vyrovnání se s diagnózou nevléčitelné nemoci. Dále jsem se věnovala vysvětlení a vymezení pojmu alexithymie, snažila jsem se zachytit její příčiny v bio-psycho-sociálním pojetí. Alexithymie představuje deficit ve schopnosti identifikovat a vyjadřovat emoce, nedostatek fantazie a externě orientovaný kognitivní styl. V současnosti řada studií poukazuje na významný vztah mezi alexithymií a psychosomatickými, ale i některými somatickými onemocněními. Po alexithymii následuje kapitola, která vymezuje pojem disociace. Disociace je rozštěpení zkušenosti, identity, paměti, percepce a motorických funkcí. Může vést až k disociativním poruchám. Další kapitolu tvoří uvedení do problematiky stresových situací. Je zde nastíněna definice stresu, stresory, vliv stresu na nemoc, dále jsem uvedla kapitolu o zvládání stresu a o obranných mechanismech.

V empirické části se zabývám vztahy mezi roztroušenou sklerózou, alexithymií, disociací a strategiemi zvládání stresu. O této problematice komplexně není, v dnešní době, mnoho dostupných informací. Proto, vzhledem k povaze výzkumu, byl použit korelační mapující výzkum. Jeho přínosem je nacházení vztahů mezi proměnnými. Ze statistických metod jsem použila deskriptivní statistiku dále test normality, na jehož základě jsem se rozhodla pro neparametrickou Spearmanovu korelační analýzu.

Pro sběr dat jsem použila dotazníky, běžně používané pro diagnostiku zkoumaných parametrů. Použila jsem tuto baterii dotazníků: TAS-20, DES a SVF-78. Dotazník TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale – měří přítomnost a míru alexithymie), DES (Dissociation Experiences Scale – měří přítomnost psychické disociace) a SVF-78 (zjišťuje postupy, které proband používá ke zvládání stresových situací – strategie zvládání stresu). Výzkumný soubor tvořilo 20 pacientů s roztroušenou sklerózou, 14 žen a 6 mužů. Sběr

dotazníků proběhl na Neurologické klinice FN Olomouc, v rámci Centra pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění.

Výsledky výzkumu nepotvrdily statisticky významně vyšší výskyt alexithymie ani disociace u osob s roztroušenou sklerózou. Na základě mapujícího korelačního výzkumu jsem získala četné množství dat, které napomáhají pochopení souvislosti mezi zkoumanými jevy. Protože výzkumný vzorek obsahoval pouze 20 probandů, bylo by vhodné opakovat výzkum na větším počtu pacientů s touto diagnózou. Dotazníky byly získány v rámci jednoho centra. Oslovení pacientů z více poraden pro roztroušenou sklerózu, z celé České republiky, by také mohly sloužit k upřesnění získaných dat.

Seznam použitých zkratek

A-ADES	Adolescent Dissociative Experiences Scale (Škála disociativních zážitků pro adolescence)
ACTH	Adrenokortikotropní hormon (kortikotropin)
APRQ	The Alexithymia Provoked Response Questionnaire
BIQ	The Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire
BVAQ	Bermon-Vorst Alexithymia Questionnaire
CDC	Child Dissociative Checklist
CDEMO	Centrum pro diagnostiku a léčbu demyelinizací onemocnění
CNS	Centrální nervový systém
CT	Computed Tomography (počítačová tomografie)
DDF	Difficulty Describing Feelings (neschopnost deskripce emocí)
DDIS	Dotazník pro disociativní poruchy
DES	Dissociative Experiences Scale
DIF	Difficulty Identifying Feeling (obtíže v identifikaci pocitů)
DisQ	Dissociative questionnaire
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních chorob
EEG	Elektroencefalografie
EOT	Externally-Oriented Thinking (externě orientované myšlení)
fMRI	Funkční magnetická rezonance
FN	Fakultní nemocnice
GAS	General adaptation syndrome (obecný adaptační syndrom)
HKK	Horní končetina
LAS	Local Adaptation Syndrome
MID	Multi-Dimensional Inventory of Dissociation
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory Alexithymia Scale
MS	Multiple sclerosis (roztroušená skleróza)
NEG	Negativní strategie
PET	Pozitronová emisní tomografie
POZ	Pozitivní strategie
R/R	Relabující/remitující forma roztroušené sklerózy
RS	Roztroušená skleróza

SDID-D-R	Structured Clinical Interview Dissociative Disorders
SSPS	The Schalling-Sifneos Personality Scale
SVF-78	Strategie zvládání stresu
TAS-20	Toronto Alexithymia Scale (měří přítomnost alexithymie)
TAT	The Thematic Apperception Test (Tematického apercepčního test)

Seznam použité literatury

- Ahrens, S., Gyldenfeldt, H. V., & Runde, P. (1979). *Alexithymie, psychosomatische Krankheit und instrumentelle Orientierung*. *Psychoterapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 29: 173 – 177
- Albach, F., Moormann, P. P. & Bermon, B. (1996). *Memory recovery of childhood sexual abuse. Dissociation*. 9: 258 – 269
- Aldwinová, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: The Guilford Press
- American Psychiatric Association (1994). *DSM IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. Washington D. C.: American Psychiatric Association
- Antonovsky, A. (1985). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass
- Atkinsonová, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. (1995). *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing
- Bach, M. & Bach, D. (1996). *Independency of alexithymia and somatization*. *Psychosomatica*. 37: 451 – 458
- Balaštíková, V., & Blatný, M. (2003). *Determinanty výběru strategií zvládnání zátěže: osobnost, vnímání situace, sebepojetí*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky
- Baštecká, B. & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J., Svoboda, V. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada-Avicenum
- Baumgartner, F. (2001). *Zvládanie stresu - coping*. In J. Výrost, I. Slaměník, *Aplikovaná sociální psychologie* (pp. 191-208). Praha: Grada

- Berenbaum, H. & James, T. (1994). *Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia*. *Psychosomatic Medicine*, 56(4): 353 – 359
- Berthoz, S., Artiges, E., Van de Moortele, P-F., Poline, J. B., Rouquette, S., Consoli, S. M., Martino, J. L. (2002): *Effect of impaired recognition and expression of emotions on frontocingulate cortices: An fMRI study of men with alexithymia*. *American Journal of Psychiatry*, 159: 961 – 967
- Bob, P. (2000). *Disociativní procesy a jejich měření*. *Česká a slovenská psychiatrie*, 96(6): 301 – 309
- Bob, P. (2002). *Disociativní tendence psyché*. Nepublikovaná doktorská disertační práce. Brno: Masarykova univerzita
- Bob, P. (2003). *Dissociation and neuroscience: History and New Perspectives*. *Intern. J. Neuroscience*, 113: 903 – 914
- Bob, P., Ptáček, R., Pavlát, J., Jasová, D., Paclt, I., Zvolský, P., Páv M. (2004). *Symptoms of complex partial epilepsy in depression and possibilities of prediction for anticonvulsants*. *Homeostasis in Health and Disease*, 43: 30 – 32
- Cardena, E. (1994). *The Domain of Dissociation*. In: Lynn, R., Rhue, J. W. (Eds). *Dissociation – clinical and Theoretical Perspectives*. New York: Guilford Publications. 15-32
- Carlson, E. B., & Armstrong, J. (1994). *The diagnosis and assessment of dissociative disorders*. In SJ Lynn, & JW Rhue (Eds.). *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*, pp.159 - 174. New York: Guilford Press
- Čakrt, M. (1999). *Typologie osobnosti pro manažery: kdo jsem já, kdo jste vy?.* Praha: Management Press
- Čakrt, M. (2004). *Typologie osobnosti: přátelé, milenci, manželé, dospělí a děti*. Praha: Management Press

- DeVellis, R. F. (2003). *Scale Development: Theory and Applications*. London: Sage
- Durand, M. (2005). *MS and Stress*. Inside MS 10(11): 17-20
- Ehler, E. (2002). *Trendy soudobé neurologie a neurochirurgie*. Praha: Galén
- Elzinga, B. M., Bermon, B., van Dyck, R. (2002). *The relationship between dissociative proneness and alexithymia*. Psychotherapy and Psychosomatics. 71: 104 – 111
- Ficková, E. (2009). Reactive and proactive coping with stress in relation to personality dimensions in adolescents. *Studia Psychologica*, 51: 149 – 160
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). *Coping as a mediator of emotion*. Journal of Personality and Social Psychology. 54(3): 466 – 475
- Freudová, A. (2005). *Já a obranné mechanismy*. Portál: Praha
- Freudová, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál
- Freyberger, H. (1977). *Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia*. Psychotherapy & Psychosomatics. 28: 337 – 342
- Fukunishi, I., Sasaki, K., Chishima, Y., Anze, M., Sauno, M. (1997). *Emotional Disturbances in Trauma Patients During the Rehabilitation Phase*. *Studies of Posttraumatic Stress Disorder and Alexithymia*. General Hospital Psychiatry. 18: 121 – 127
- Grabe, H. J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gansicke, M. & Freyberger, H. J. (2000). *The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69: 128 – 131
- Grabe, H. J., Möller, B., Willert, C., Spitzer, C., Rizot, T., Freyberger, H. J. (2004). *Interhemispheric Transfer in Alexithymia: A Transcallosal Inhibition Study*. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 73: 117 – 123

Hall, C. S (1997). *Psychológia osobnosti: úvod do teórií osobnosti*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo

Haviland, M. G., & Reise, S. P. (1996). *Structure of the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale*. *Journal of Personality Assessment*. 66: 116 – 125

Havrdová, E., Synovcová, I., Tichá, V., Pavlíková, L. (1999). *Je roztroušená skleróza váš problém?* Praha: Unie Roska v ČR

Havrdová, E. (2001). *Neuroimunologie*. Praha: Maxdorf

Havrdová, E. (2002). *Roztroušená skleróza*. Praha: Triton

Havrdová, E. (2008). *Roztroušená skleróza*. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. 71/104(2): 121 – 132

Heretik, A. (2007). *Úzkostné (neurotické) poruchy*. In A. Heretik & A. Heretik, *Klinická psychológia*. (pp. 217 - 242). Nové Zámky: Psychoprof

Hilgard, E. R. (1994). *Neodissociation Theory*. In: Lynn, R., Rhue, J. W. (Eds). *Dissociation – clinical and Theoretical Perspectives*. New York: Guilford Publications. 32-52

Hopcke, R. H. (1994). *Průvodce po sebraných spisech C. G. Junga*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka

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

Hoskovec, J., Casas, E. (1998). *The Development of the Czech Version of the MBTI*. *Studia psychologova*. 40: 107 – 114

Hošek, V. (1994). *Psychologie odolnosti*. Praha: Karlova univerzita

Hošek, V. (1999). *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum

Hošek, V. (2003). *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum

Chalupníček, A. (2008). *Disociativní poruchy a paranoidní schizofrenie*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita

Irwin, H. J. (1999). *Pathological and nonpathological dissociation: the relevance of childhood trauma*. *Journal of Psychology*. 133: 157 – 164

Janke, W., & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládání stresu - SVF 78*. Přeložil Josef Švancara. Praha: Testcentrum

Jung, C.G. (1972). *On the Nature of the Psyche. The structure and dynamics of the psyche*. *Collected Works of C.G. Jung*. Princeton University Press; český překlad: Teoretické úvahy o podstatě duševna. In: Výbor z díla II. Brno, Tomáš Janeček

Karlsson, H., Näätänen, P., Stenman, H. (2008). *Cortical activation in alexithymia as a response to emotional stimuli*. *The British Journal of Psychiatry*. 192: 32 – 38

Kebza, V., Šolcová, I. (2004). *Komunikace a stres*. Praha: Státní zdravotní ústav

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia

Křivohlavý, J. (1989a). *Obranné mechanismy a strategie zvládání těžkostí*. *Československá psychologie*. 33(4): 361 – 368

Křivohlavý, J. (1989b). *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum

Křivohlavý, J. (1990). *Nezdolnost v pojetí SOC*. *Československá psychologie*. 34(6): 511 - 518

Křivohlavý, J. (1991). *Nezdolnost typu Hardiness*. *Československá psychologie*. 35(1): 59 – 65

- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada-Avicenum
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing
- Křivohlavý, J. (1999). *Moderátor zvládnutí zátěže typu sociální opory*. Československá psychologie. 43(2): 106 – 118
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál
- Lublin, F. D., Reingold, S. C. (1996). *Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey*. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. Neurology. 46(4): 907 - 11
- Lynn, S. J. & Rhue, J. W (1994). *Dissociation*. New York: Guilford Press
- Matoušek, O. (2003). *Bezpečný podnik – pracovní stres a zdraví*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce
- Minaříková, L. (2006). *Analýza změn v psychice u lidí s dg. RS a kvalita jejich života*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing
- MKN 10 (1996). *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum
- Mohapl, P. (1984). *Alexithymie*. In: Acta Universitatis Palackianae Olomouensis, Facultas Philosophica, Pedagogica-Psychologica 22. Varia psychologica III. Praha: SPN, s. 99-108

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

Mohapl, P. (1990). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého

Mohapl, P. (1992). *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého

Mokrá, T. (2009). *Alexithymie u studentů různých studijních zaměření*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita

Moormann, P. P., Bermon, B. & Albech, F. (2004). *The Reality Escape Model: the intricate relation between alexithymia, dissociation, and anesthesia in victims of child sexual abuse*. In Nyklíček, I., Vigerhoets, A., & Temoshok, L. (2004). Emotional expression and health. Hove. UK: Brunner-Routledge 82 – 89

Mueller, J. & Buehner, M. (2006). *Two facets of non-expression of emotions: Relationships between dimensions of alexithymia and the repressive coping style*. Personality and Individual Differences. 41: 1337 – 1347

Nakonečný, M. (1997). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia

Nekonečný, M. (2000). *Sociální psychologie*. Praha: Academia

Nemiah, J. C. (1977). *Alexithymia*. Psychotherapy and Psychosomatics. 28: 199 – 206

Nemiah, J. C. (1979). *Dissociative amnesia: a clinical and theoretical reconsideration*. In: Kihlstrom, J. F., Evans, F. J., Hillsade, N. J. Functional Disorders of Memory. Lawrence Erlbaum Associates

Nemiah, J.C. (1981). *Dissociative Disorders*. In: Freeman, A. M., Kaplan, H. I. (Eds.). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, Williams and Wilkins

Nemiah, J. C. (1996). *Alexithymia: Present, past – and future?* Psychosomatic medicine. 58: 217 – 218

Nerad, J. M. & Neradová, L. (2005). *Příspěvek k diskuzi o problematice disociativních stavů s přihlédnutím k dílu Pierra Janeta (1859-1947)*. Česká a Slovenská Psychiatrie. 101(2): 98 – 104

Niessen, M. A. J. (2001). *Emotionaliteit en cognitieve gevoelscontrole als invloedrijke factoren in persoonlijkheid: Het alexithymie construct nader onderzocht* [Emotionality and cognitive feeling control as influential factors in personality: Further investigation on the alexithymie construct]. Master's thesis. Amsterdam, The Netherlands: Department of Psychology, University of Amsterdam

Nyklíček, I., Temoshok, L. & Vigerhoets, A. (2004). *Emotional expression and health: advances in Theory, assesment and clinical applications*. New York: Brunner-Routledge

Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M. (1998). *Alexithymia: Relationship With Ego Defense and Coping Styles*. Comprehensive Psychiatry. 39: 91 – 98

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

Procházka, R. (2009). *Soudobé koncepce alexithymie*. E-psychologie. 3: 34 – 45

Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. Disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého

Ptáček, R. (2006). *Obecně psychologické a osobnostní souvislosti*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita

Ptáček, R., Bob, P., Paclt, I., Pavlát, J., Jašová, D., Zvolský, P., Raboch, J. (2007). *Psychobiology of dissociation and its clinical assessment*. Neuro endocrinology letters. 28(2): 191

- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford Press
- Reiterová, E. (2003). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Renaudová, J. (1993). *Stres. Co je stres a jak se mu vyhnout. Testy a antistresové programy*. Praha: Práce
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder*. New York: Wiley
- Rovaris, M., Confavreux C., Furlan R., Kappos L., Comi G., Filippi M. (2006). *Secondary progressive multiple sclerosis: current knowledge and future challenges*. *Lancet Neurology* 5(4): 343 – 54
- Řežábek, V. (2007). *Stres, jeho vliv na jedince, vhodné antistresové techniky*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita
- Sayar, K., Acar, B., Ak, I. (2003). *Alexithymia and suicidal behavior*. *Israel Journal of Psychiatry & Related Science*. 40: 165 – 173
- Sayar, K., Kose, S., Grabe, H. J., Topas, M. (2005). *Alexithymia and dissociative tendencies in an adolescent sample from Eastern Turkey*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 59(2): 127 – 34
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Sifneos, P. E. (1986). *Anhedonia and alexithymia: a potential correlation?* In Clark, D.C., & Fawcet, J. (Eds.). *Anhedonia and Affect Deficit States* (pp. 119 - 127). New York: PMA Publishing Corp
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf Jesenius

Steinberg, M. (1995). *Handbook for the Assessment of the Dissociation: a clinical guide*. American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC

Šolcová, I. (1996). *Psychosociální stres žen: Přehled současných poznatků*. Československá psychologie. 40(3): 237 – 247

Taylor, G. J., Bagby, R. M. (1988). *Measurement of Alexithymia. Recommendations for Clinical Practice and Future Research*. Psychiatric Clinics of North America. 11: 351 – 366

Taylor, G. J. (1994). *The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality*. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry. 10: 61 – 74

Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Bourke, M. P. (1996). *Relationship between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders*. Journal of Psychosomatic Research. 41: 561 – 568

Wise, T. N., Mann, L. S., Sheridan, M. J. (2000). *Relationship between Alexithymia, Dissociation and Personality in Psychiatric Outpatients*. Psychotherapy and Psychosomatics. 69: 123 – 127

Elektronické zdroje

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband E. V (2012). Získáno z <http://www.historyofms.org>

Aktivní život (2004). Získáno z <http://www.aktivnizivot.cz/roztrousena-skleroza/co-je-to-roztrousena-skleroza/u-koho-se-vyvi-ji-rs/>

Seznam tabulek a grafů

Tab. 1: Historický přehled poznatků o RS a její léčbě	7
Tab. 2: Alexithymní versus nealexithymní (podle Taylor, 1994).....	14
Tab. 3: Srovnání alexithymie typ I a II.....	17
Tab. 4: Rozmezí bodů s hlediska přítomnosti alexithymie u TAS-20.....	40
Tab. 5: Stručný popis subtestů dotazníku SVF-78 (Janke a Erdmannová, 2003, upraveno)....	42
Tab. 6: Základní popisná statistika výzkumného souboru, dle věku	43
Tab. 7: Hodnoty subškál dotazníku TAS-20, v bodech.....	43
Tab. 8: Popisná statistika dotazníku SVF-78 a jeho subtestů	45
Tab. 9: Test normality pro DES, TAS-20 a SVF-78	45
Tab. 10: Korelace mezi TAS-20 a DES.....	46
Tab. 11: Korelace mezi TAS-20 a POZ SVF-78, celkový soubor, $p < ,05000$	46
Tab. 12: Korelace mezi TAS-20 a NEG SVF-78, celkový soubor, $p < ,05000$	47
Tab. 13: Korelace mezi TAS-20 a NEG SVF-78, ženy, $p < ,05000$	47
Tab. 14: Korelace mezi TAS-20 a NEG SVF-78, muži, $p < ,05000$	48
Tab. 15: Korelace mezi TAS-20 a POZ SVF-78, ženy, $p < ,05000$	48
Tab. 16: Korelace mezi DES a NEG SVF-78, celkový soubor, $p < ,05000$	48
Tab. 17: Korelace mezi DES a POZ SVF-78, celkový soubor, $p < ,05000$	49
Tab. 18: Korelace mezi DES a POZ SVF-78, muži, $p < ,05000$	49
Tab. 19: Korelace mezi DES a NEG SVF-78, muži, $p < ,05000$	50
Tab. 20: Korelace mezi DES a NEG SVF-78, ženy, $p < ,05000$	50

Přílohy

- Příloha č. 1 Zadání bakalářské práce
- Příloha č. 2 Abstrakt bakalářské práce v českém a anglickém jazyce
- Příloha č. 3 Informovaný souhlas
- Příloha č. 4 Dotazník TAS-20
- Příloha č. 5 Dotazník DES
- Příloha č. 6 Dotazník SVF-78
- Příloha č. 7 Základní popisná statistika – histogram věk
- Příloha č. 8 Základní popisná statistika – vzdělání
- Příloha č. 9 Hodnoty dotazníku DES u výzkumného souboru

Příloha č. 1 - Zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2011/2012

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Mgr. PARTSCHOVÁ Martina	Svéšedlice 23, Svéšedlice	F110962

TÉMA ČESKY:

Alexithymie, disociace a strategie zvládání stresu u pacientů s roztroušenou sklerózou

NÁZEV ANGLICKY:

Alexithymia, dissociation and strategies of stress coping in patients with multiple sclerosis

VEDOUCÍ PRÁCE:

Mgr. Roman Procházka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury v oblasti alexithymie, disociace, strategie zvládání stresu a roztroušené sklerózy. 2. Příprava výzkumu, formulace výzkumných otázek, výběr výzkumného vzorku, stanovení metodiky výzkumu. Typ výzkumu: kvantitativní 4. Parametry práce: v souladu s metodickými pokyny katedry. 5. základní metodika: TAS 20 (Toronto alexithymia scale), DES (Dissociation experience scale), SVF-78 (Stressverarbeitungsfragebogen) 6. Pravděpodobný cíl práce: zjistit výskyt stanovených fenoménů u pacientů s RS, porovnat výsledky se zdravým souborem 7. Interpretace výsledku, vypracování závěru a souhnu práce

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Smékal, V. (2004). Pozvání do psychologie osobnosti. Brno: Barrister & Principál Lynn, S.J., Rhue, W.J. (1994). Dissociation. clinical and theoretical perspectives. New York: Guilford Press. Poněšický, J. (2004). Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychotherapie. Praha: Triton. Hoschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2002). Psychiatrie. Praha: Tigris Raboch, J., Zvolský, P. et al. (2001). Psychiatrie. Praha: Galén. Kulišťák, P. (2011). Neuropsychologie. Praha: Portál

Podpis studenta: *Partšková*

Datum: 30.4.2012

Podpis vedoucího práce: *Procházka*

Datum: 30.4.2012

Příloha č. 2 Abstrakt bakalářské práce v českém a anglickém jazyce

Anotace bakalářské práce

Jméno a příjmení: Mgr. Martina Partschová

Název katedry a Fakulty: Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého
v Olomouci

Název bakalářské práce: Alexithymie, disociace a strategie zvládání stresu u pacientů s roztroušenou sklerózou

Název bakalářské práce v anglickém jazyce: Alexithymia, dissociation and stress coping strategies in patient with sclerosis

Vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran: 78

Počet znaků: 95 749

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 111

Abstrakt:

V bakalářské práci jsem zkoumala vztahy alexithymie, disociace a strategie zvládání stresu u pacientů s roztroušenou sklerózou. Ve výzkumu jsem disponovala výzkumným vzorkem $N = 20$. Celý výzkumný soubor pocházel z Neurologické kliniky Fakultní nemocnice v Olomouci. Jako výzkumné metody jsem použila TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), DES (Dissociation Experiences Scale), SVF-78 (strategie zvládání stresu). Výsledky ukazují, že alexithymie je přítomna u pacientů s roztroušenou sklerózou v 15 %, psychická disociace v 5 %. Tyto proměnné mají u pacientů s roztroušenou sklerózou statisticky prokazatelné vztahy se strategiemi zvládání stresu.

Klíčová slova: Roztroušená skleróza, Alexithymie, Disociace, strategie zvládání stresu

Abstract: In the Bachelor's Thesis I investigated the relationship of alexithymia, dissociation and Stress coping strategies of in patient with sclerosis multiplex. In my

research I had the research sample $N = 20$. Whole research group originated from Department of Neurology at University College Hospital in Olomouc. As research methods I used the TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), DES (Dissociation Experiences Scale) and SVF-78 (Coping strategies of Stress). The results have shown that alexithymia is present in patient with sclerosis multiplex in 15 %, psychological dissociation in 5 %. These variables are statistically proven relationships with coping strategies in in patient with sclerosis multiplex.

Keywords: Sclerosis multiplex, Alexithymia, dissociation, Coping strategies of stress.

Příloha č. 3 - Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Tímto potvrzuji, že souhlasím s účastí na výzkumu uskutečněném v rámci bakalářské práce Martiny Partschové, také souhlasím se sdělením své diagnózy v rozsahu nutném pro použití v uvedeném výzkumu a souhlasím s použitím výsledků v uvedené výzkumné práci. Dále prohlašuji, že jsem byl/byla pravdivě, jasně a srozumitelně informován/informována o všech právech, povinnostech a důsledcích vyplývajících z mé spolupráce na uvedeném výzkumu.

V Olomouci dne:

Podpis:

Martina Partschová se zavazuje, že bude dodržovat povinnou mlčenlivost a dodrží anonymitu účastníků výzkumu a věcně, srozumitelně a pravdivě informuje všechny účastníky o právech, povinnostech a důsledcích vyplývajících z účasti na uvedeném výzkumu. Dále bude dodržovat etické normy a zásadu dobrého chování.

V Olomouci dne 1. 8. 2012

Martina Partschová

Příloha č. 4 – Dotazník TAS-20

„Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi bakalářské práce“

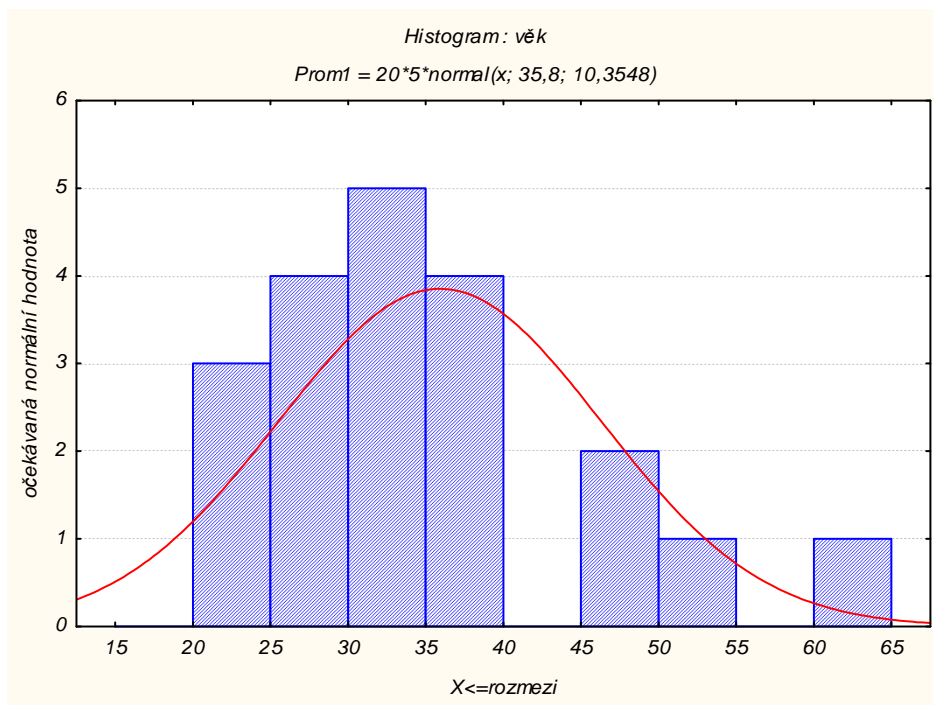
Příloha č. 5 – Dotazník DES

„Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi bakalářské práce“

Příloha č. 6 – Dotazník SVF-78

„Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi bakalářské práce“

Příloha č. 7 - Základní popisná statistika – histogram věk



Příloha č. 8 - Základní popisná statistika - vzdělání

Číslo probanda	Pohlaví	Věk	Vzdělání
1	Ž	21	SOU
2	M	25	
3	Ž	33	SŠ
4	Ž	40	SŠ
5	Ž	50	VŠ
6	M	35	SŠ
7	Ž	27	VŠ
8	Ž	36	SOU
9	Ž	38	SOU
10	M	35	SOU
11	Ž	25	VŠ
12	Ž	61	SŠ
13	M	33	VŠ
14	M	32	VŠ
15	Ž	39	SŠ
16	Ž	29	VŠ
17	Ž	49	SOU
18	M	29	VŠ
19	Ž	52	VŠ
20	Ž	27	SŠ

Příloha č. 9 – Hodnoty dotazníku DES u výzkumného souboru

Číslo probanda	Hodnota DES	Přítomnost disociace
1	3,93	ne
2	3,39	ne
3	0,57	ne
4	0,63	ne
5	0,04	ne
6	5,31	ne
7	2,72	ne
8	12,23	ne
9	70,18	ano
10	12,23	ne
11	5,49	ne
12	3,62	ne
13	1,03	ne
14	0,5	ne
15	3,79	ne
16	0,54	ne
17	5,54	ne
18	7,86	ne
19	0,67	ne
20	1,43	ne