

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**ALEXITHYMIE, SMYSLUPLNOST EXISTENCE A ČASOVÁ PERSPEKTIVA U ŽEN
S KARCINOMEM PRSU**

**ALEXITHYMIA, THE MEANINGFULNESS OF EXISTENCE AND TIME PERSPECTIVE
IN WOMEN WITH BREAST CANCER**



Magisterská diplomová práce

Autor: Lucie Kociánová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Olomouc

2013

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Alexithymie, smysluplnost existence a časová perspektiva u žen s karcinomem prsu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

Děkuji doc. PhDr. Zdeňku Vtípilovi CSc. za cenné rady a odborné vedení této práce.

Mé poděkování patří též nemocničním zařízením, patientským sdružením, univerzitám třetího věku a v neposlední řadě jednotlivým respondentkám za jejich ochotu, vstřícnost a trpělivost.

OBSAH

ÚVOD

1. PSYCHOSOMATIKA	8
1.1. Psychosociální faktory u orgánových poruch.....	9
1.1.1. Sociální proměnné.....	9
1.1.2. Osobnostní charakteristiky.....	10
1.1.3. Obranné mechanismy a copingové strategie.....	10
1.2. Proměna jedince v pacienta s onkologickým onemocněním.....	11
2. ALEXITHYMIE	15
2.1. Vymezení pojmu.....	15
2.2. Etiologie.....	16
2.2.1. Psychodynamický koncept	17
2.2.2. Neurofyzilogický koncept	17
2.2.3. Sociokulturní koncept	18
2.3. Typologie	18
2.4. Alexithymická osobnost – projevy a rysy	20
2.5. Alexithymie jako jeden z faktorů vzniku nemoci.....	22
2.5.1. Alexithymie a deprese.....	23
2.5.2. Alexithymie a psychosomatická onemocnění	25
2.6. Alexithymie a onkologické onemocnění	27
3. SMYSL ŽIVOTA	30
3.1. Definice smyslu života	30
3.2. Charakteristika smyslu života.....	31
3.2.1. Uspořádání smyslu dle úrovně vnímání jeho významu.....	31
3.2.2. Šíře smyslu.....	32
3.2.3. Hloubka smyslu	32

3.3.	Modely smyslu života.....	33
3.4.	Potřeba smyslu a její naplnění	33
3.4.1.	Psychoanalytický směr	34
3.4.2.	Humanisticko – existenciální přístup	36
3.5.	Smysl života a onkologické onemocnění.....	38
4.	ČASOVÁ PERSPEKTIVA.....	41
4.1.	Čas	41
4.1.1.	Druhy času	41
4.1.2.	Funkce času	42
4.2.	Časová perspektiva a časová orientace.....	43
4.3.	Dimenze časové perspektivy	44
4.3.1.	Orientace na minulost.....	45
4.3.2.	Orientace na přítomnost.....	45
4.3.3.	Orientace na budoucnost.....	46
4.4.	Pozitivní vliv časové orientace na průběh onkologického onemocnění	47
5.	METODOLOGICKÝ RÁMEC STUDIE	50
5.1.	Formulace problému	50
5.1.1.	Cíle studie	51
5.1.2.	Stanovené hypotézy... ..	51
5.2.	Aplikovaná metodika.....	52
5.2.1.	Dotazníky.....	52
5.2.2.	Statistika ve studii	56
5.3.	Zkoumaný soubor.....	57
5.4.	Organizace a průběh šetření	58
5.5.	Symbolika výsledkové části	60
6.	VÝSLEDKY STUDIE	61
6.1.	Základní výstupy dotazníku ESK	61

6.2.	Základní výstupy dotazníku ZTPI	62
6.3.	Základní výstupy dotazníku TAS – 20	62
6.4.	Základní výstupy dotazníku ZSDS	63
6.5.	Koreláty dotazníků ESK a ZTPI	64
6.5.1.	Koreláty dotazníků ESK a ZTPI u žen s karcinomem prsu	64
6.5.2.	Koreláty dotazníků ESK a ZTPI u relativně zdravých žen	65
6.6.	Koreláty dotazníků ESK a TAS – 20	66
6.6.1.	Koreláty dotazníků ESK a TAS – 20 u souboru žen s karcinomem prsu.....	66
6.6.2.	Koreláty dotazníků ESK a TAS – 20 u relativně zdravých žen	67
6.7.	Koreláty dotazníků ZTPI a TAS – 20	68
6.7.1.	Koreláty dotazníků ZTPI a TAS – 20 u žen s karcinomem prsu.....	68
6.7.2.	Koreláty dotazníku ZTPI a TAS – 20 u relativně zdravých žen	68
6.8.	Koreláty dotazníků ZSDS a ESK, TAS – 20, ZTPI	69
6.9.	Vybrané koreláty věku a ESK, TAS – 20, ZTPI, ZSDS	70
6.9.1.	Vybrané koreláty věku a ESK, TAS – 20, ZTPI, ZSDS u žen s karcinomem prsu	70
6.9.2.	Vybrané koreláty věku a ESK, TAS – 20, ZTPI, ZSDS u relativně zdravých žen	71
6.10.	K platnosti hypotéz.....	71
7.	DISKUZE	74
8.	ZÁVĚR	83

SOUHRN

LITERATURA

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Formulář zadání MgrDP

Příloha č. 2: Abstrakt DP v českém a anglickém jazyce

Příloha č. 3: Matice dat

I. TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

Již ve své písemné práci jsem se zabývala mírou pocitu smysluplnosti u žen s karcinomem prsu. Výstupem bylo utvrzení v názoru, že přítomnost smyslu života může být považována za salutoprotektivní faktor. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla zaměřit na možné vztahy smyslu života s dalšími faktory, které by pro ženy s nádorovým onemocněním mohly být specifické.

Vzhledem k náročnosti léčby (po stránce psychické i tělesné), častým návštěvám zdravotnických zařízení a celkově změnám spojeným s rolí pacienta (depresivní ladění, potlačování emocí...) se do středu mého zájmu dostal konstrukt alexithymie. Při kontaktu s pacienty bylo patrné, že mají vytvořenou určitou tendenci k většímu pozorování svých tělesných projevů a i banální změnu označují za příznak něčeho vážnějšího. Jakékoli techniky založené na emočním prožitku pro ně byly obtížné. Největší námahou pro ně bylo jasně pojmenovat své emoce a změny v prožívání, raději se uchylovali k argumentům odvozeným od somatických pocitů. Proto se mi jevilo jako příznačné zjistit, zda tyto charakteristiky mohou být označeny za alexithymické, či se jedná jen o pouhou „symptomatickou shodu“.

Jedinou komplikací při užití TAS – 20 jsem viděla v poněkud nevyhraněném pojetí tohoto pojmu, které se v mnoha ohledech překrývá s příznaky typickými pro depresi. Tento fakt byl důvodem pro přidání škály orientované na posouzení intenzity deprese.

Stále mi však scházelo něco, co by mohlo pomoci nalézt určité individuální rozdíly mezi respondentkami, a tak jsem se rozhodla přidat k výše zmíněným proměnným ještě časovou perspektivu. Dotazník ZTPI pokládám především za nástroj k nalezení určitých osobnostních specifik, se kterými poté může být dále pracováno v terapeutické práci.

1. PSYCHOSOMATIKA

Psychosomatický přístup je založen na holistickém pojetí člověka. Vychází z tzv. monistického psychofyzického paralelismu, který vymezuje dva světy – svět mysli a svět těla, v nichž probíhají jednotlivé děje paralelně a nezávisle na sobě. Dřívějším cílem psychosomatiky bylo zaměření se na psychické důsledky tělesných pochodů, tedy na tzv. somatopsychická onemocnění. V současnosti je ohnisko zájmu přeneseno na možné dopady změn v psychice na lidský organismus.

V užším slova smyslu bývá psychosomatika chápána spíše patologicky. V tomto pojetí jsou psychosociální faktory považovány za jedny ze zdrojů rozvoje duševních chorob, jsou spojovány s různými chronickými a funkčními onemocněními. Hlavními tématy při výzkumu negativního vlivu psychiky na organismus jsou stres, disharmonický životní styl, traumata a především vlastní obranné mechanismy a jejich působení na neuroimunoendokrinní regulaci. Nejčastěji se v této souvislosti objevují pojmy vztahující se k poruchám integrity vědomí a k poruchám prožívání a vyjadřování emocí – disociace a alexithymie.

V pohledu na psychosomatická onemocnění můžeme rozlišit dva základní myšlenkové proudy, tzv. specifické a nespecifické koncepce. Příkladem prvního přístupu je Franz Alexander se svou Chicagskou sedmou, v nespecifickém pojetí se můžeme opřít o kortikoviscerální teorii I. P. Pavlova.

Specifické koncepce psychosomatiky jsou úzce spojeny s psychodynamickými teoriemi. Jejich styčným bodem je určitý nevědomý intrapsychický konflikt z dětství, jenž se v důsledku nedostatečného zpracování může projevit na tělesné rovině ve formě různých symptomů, které postupně vytvářejí základ pro rozvoj somatického onemocnění.

Nespecifické koncepce vidí hlavní patogen především v chronickém stresu, jenž využívá místo tzv. nejmenšího odporu (např. geneticky oslabený orgán). Dlouhodobě působící negativní emoce vedou k narušení rovnováhy imunoneuroendokrinního systému, a dopad tohoto narušení následně můžeme nalézt v organismu v podobě snížené funkčnosti již predisponovaného tělesného orgánu.

Vzhledem k neustále se rozšiřujícím faktorům, které mohou být zodpovědné za vznik a rozvoj somatických onemocnění, je v psychosomaticke preferována multifaktoriální kauzalita spolu s pojetím jedince jako bio-psycho-sociálně-spirituální jednoty.

1.1. Psychosociální faktory u orgánových poruch

Psychosociální faktory nejsou pouhými doprovodnými determinantami nemoci, ale v pohledu psychosomatické medicíny jsou považovány také za primární spouštěče somatických dysfunkcí. Obecně se dá říci, že toto sousloví skrývá patologický vliv chronické zátěže, zhroucení obranných mechanismů a malaadaptivní snahy vyrovnání se se ztrátami. K nejdiskutovanějším tématům v oblasti psychosociálních faktorů řadíme: rodinu, osobnostní charakteristiky, obranné mechanismy a copingové strategie, koncepci životních událostí a stres, popř. reaktivní syndromy např. giving up, hopelessness – helplessness atp. Úplný seznam všech psychosociálních patogenů uvedl Fox (1998). Ze všech vyjmenovaných činitelů se nejvíce odborníci shodují na negativním dopadu stresu (životních událostech), určitých osobnostních rysech a přítomnosti depresivního naladění (např. Johansen, 2010).

1.1.1. Sociální proměnné

Centrem zájmů výzkumu zabývajících se rolí sociálních faktorů při vzniku nádorového onemocnění se stala oblast primární rodiny. Na základě výstupů z těchto odborných studií lze vysledovat jistý „rodinný profil“ (Grassi, Molinary, 1986; Dostálová, 1996; Tschuschke, 2004; Mitschke, 2008; Vodermaier, Stanton, 2012). Rodiče jedince s onkologickým onemocněním jsou často popisováni jako chladní, racionální, zaměřeni na výkon. Znaky rodinného prostředí jsou rigidita, dodržování norem, minimální emoční pouto mezi rodiči a potomkem a sklon k uzavřenosti mezi členy navzájem. Anamnézy nemocných měly jeden faktor společný, tím byla zkušenost se ztrátou blízkého člověka (Horneho a Pickarda, 1979; Le Shan, 1960). V tomto případě se nejednalo o ztrátu v nejužším slova smyslu, tedy ztrátu úmrtím, ale také zde byly zahrnuta ztráta např. v důsledku rozvodového řízení, či obecněji jakýkoli prožitek nedostatečných emočních projevů ze strany rodičů.

V širším pojetí sociálně proměnných byly jako rizikové faktory nádorových onemocnění uvedeny (Tschuschke, 2004): vyšší vzdělání, vyšší věk, chybění plánů do budoucna, stabilní zaměstnání, nižší socioekonomická úroveň, která sekundárně negativně

ovlivňuje životní styl jedince (avitaminóza, vysoký obsah tuků a nízký obsah vlákniny ve stravě, nestálý denní režim, návykové látky, nulová fyzická aktivita).

1.1.2. Osobnostní charakteristiky

Ani v této oblasti dosavadní výzkumné aktivity nepřinesly jasné a jednoznačné výsledky. Můžeme se setkat se studii zaměřenými na spojitost různých osobnostních rysů (LOC, osobnost typu D, dispoziční optimismus....) a rakovinou.

Téměř jediným ucelenějším konstruktem osobnostních rysů predisponujících vznik onkologického onemocnění je tzv. osobnost typu C (v zahraniční literatuře známá pod pojmem *cancer-prone personality*). Osobnost typu C (Greer et al., 1979; Temoshok, Fox, 1984) je popisována jako pokorná, sebe obětující se, nekonfliktní, trpělivá, pro své okolí působí vyrovnaně a přátelsky. Na emocionální rovině ale narážíme na tendence potlačit negativní emoce, zvláště vztek, agresi (Garssen, Remie, 2004). Tito lidé mají sklon k depresivnímu ladění (Wood, Della-Monica, 2011) jsou pro ně charakteristické prožitky bezmoci a beznaděje (Grossarth-Matiček et al., 1984), při vyšší zátěži jsou spíše odevzdaní. S nadsázkou lze říci, že sami sebe potlačují, jako by popírali vlastní existenci. Je pro ně typické přehlížení vlastních somatických stesků a snaha o jakési upozadění sebe sama.

1.1.3. Obranné mechanismy a copingové strategie

Již při úvodu jsme si uvedli jako jednu z výchozích koncepcí psychosomatického přístupu tzv. specifickou koncepci, která vidí původ somatických onemocnění v existenci intrapsychického konfliktu. Pokud se tedy budeme opírat o tuto teorii, je nutné vzít do úvahy také zapojení nevědomých obranných mechanismů, což je první a především automaticky spuštěná reakce s cílem ochránit jedincovo ego před zahlcením emocemi. Každá fáze onemocnění má své specifické obrany, nicméně všeobecně jsou pro jedince s nádorovým onemocněním příznačné tyto čtyři: popření, vytěsnění, racionalizace a izolace (Angenendt et al., 2010; Perry, Copper, 1989).

Copingové strategie by se daly označit jako tzv. vyšší způsoby zvládnání zátěže, neboť probíhají při plném vědomí a jsou podmíněny vlastní aktivitou jedince. Využití adaptivní či maladaptivní strategie zvládnání sekundárně ovlivňuje kvalitu života pacienta (např. Alcaral et al., 2012). Dle autorů Ulmského manuálu (Angenendt et al., 2010) si můžeme všimnout

pacientovy snahy rozptýlit se od nemoci, budovat další sociální sítě, prohlubovat své znalosti ohledně příčin a průběhu nemoci, spolupracovat se zdravotnickým personálem, popř. hledat vlastní způsob participace na léčebném procesu. Z negativních strategií se nejčastěji můžeme setkat s pasivní akceptací onemocnění, která může přecházet od vyhýbání se konfrontaci s problémem až po samotnou rezignaci (např. Nakatani et al., 2012). Uvést, jaký styl zvládnutí je nejefektivnější, je takřka nemožné, neboť při zátěži jedinec často využívá více stylů zvládnutí současně. Prostor pro výzkum ale poskytuje tzv. „ulpívavost“, která je charakteristická pro copingové strategie. Např. Heim et al. (1991), či Weis et al. (1988) prokázali, že zvolené strategie jsou v čase poměrně stabilní. Jako nejvytrvalejší byly označeny styly zaměřené na hledání smyslu, popř. s religiozním podkladem (např. Thuné – Boyle et al., 2006; Rashid et al., 2012).

1.2. Proměna jedince v pacienta s onkologickým onemocněním

S diagnózou nádorového onemocnění není jedinec vystaven pouze strachu ze smrti, popř. tělesných deformit, ale také se musí vypořádávat s psychosociální zátěží. Přechod do role pacienta sebou nese opuštění dosavadního zaměstnání, zanechání aktivit, omezení kontaktu s okolím, strach ze stigmatizace, ztrátu nezávislosti, pocitu kontroly a zvládnutelnosti překážek. Jediným jasně prokázaným pozitivem pro zvládnutí vyrovnání se s tolika změnami je přítomnost sociální opory (např. Falagas et al., 2007; Nausheen et al., 2009).

Vývoj reakcí na vznik a rozvoj onkologického onemocnění s důrazem na prožívané emoce nejlépe popsala Elizabeth Kübler – Rossová (1992), která tento proces rozdělila do 5 fází: negace (šok, popření, izolace), agrese, smlouvání, deprese a smíření. Každá fáze byla obohacena o poznatky získané z vlastní práce s onkologickými pacienty a jejich rodinami.

První fází je fáze šoku. Šok je charakteristický pocitu derealizace, jedinec diagnózu považuje za nereálnou, věří v záměnu výsledků vyšetření, vše označuje za hloupý vtíp. Strach se může projevit plačtivostí, hysterií, apatií, popř. může být skrýván pod maskou humoru a cynismu. Po šoku přichází stádium popírání a izolace, kdy pacient neguje jakékoli ukazatele nemoci, může být veselý, plánovat budoucnost, svůj stav označuje za velice dobrý. Pak přichází prudký zlom ve formě stažení se do ústraní. Právě v první fázi, ačkoli se může jevit, že pacient má tendence unikat do samoty, se nejvíce uplatňuje sociální opora v tzv. pasivním

doprovázení, jejímž úkolem by mělo být především vytvoření důvěrné a bezpečné atmosféry spolu se snížením výskytu nových podnětů, které by pacienta zbytečně unavovaly a vystavovaly dalšímu stresu.

Po izolaci pacient přechází do stádia agrese. Pátrá po příčinách své nemoci, zažívá pocity křivdy a bezmoci. Zoufalství vrcholí otevřenými zlobnými reakcemi nejen na stranu zdravotního personálu, ale výtky směřují i k pacientovým blízkým. Na toto chování navazují pocity viny spolu s úzkostí z dalšího rozvoje nemoci. Vzhledem k silným emocím spojeným s touto etapou je důležité pacienta motivovat k pojmenovávání a vyjadřování vlastních prožitků. Sociální opora tedy přechází z funkce tiché podpory do funkce tolerantního a chápajícího společníka.

Explozivní projevy postupně ustávají a pacient začíná hledat způsob, jak se uzdravit, zkouší alternativní preparáty, cvičení. Získává naději prostřednictvím vyjednávání, slibuje změnu ve svém chování výměnou za odklad smrti. K této fázi, tj. fáze smlouvání, náleží také rozvahy o smyslu života, stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů. V tomto stádiu je pacient velice aktivní, s nadsázkou se dá říci, že pociťuje „hlad po informacích“, doufá v nalezení cesty k uspokojení tzv. potřeby otevřené budoucnosti. Sociální oporu nyní využívá jako zdroj informací, popř. k vykreslení svých tužeb a plánů.

Když je víra v „lepší zítřky“ překonaná jasnými důkazy o nezvratitelnosti nemoci v podobě pooperačních následků, bolesti, nežádoucích účinků léků, objevují se u pacienta známky reaktivní deprese. Konfrontace s realitou v jedinci probouzí nepotlačitelný strach z blížícího se konce, z bolesti, přemýšlí nad tím, jak bude pokračovat život dál po jeho smrti. Tyto myšlenky mají obsesivní charakter, čímž jen umocňují tendence poddat se. Fáze deprese je náročná nejen pro pacienta, který nevidí možnost smysluplné životní náplně, považuje se za bezcenného, ale také pro jeho okolí, jež by mu mělo zprostředkovat nový směr a smysl, ukázat, že je stále potřebný.

Poslední fáze již patří zcela do oblasti paliativní péče. V této etapě mohou nastat dvě situace: buď pacient přijímá svou diagnózu a konstruktivně řeší svůj budoucí odchod, pak mluvíme o tzv. smíření, či naopak zvolí cestu rezignace a doslova se „utopí“ v sebelítosti a

beznaději. Poslední stádium vyžaduje na blízku, aby dokázal akceptovat rozhodnutí nemocného a byl vstřícný k jeho požadavkům.

Na závěr této kapitoly jsou pro větší přehled v následující tabulce shrnuty změny, které sebou přináší přechod do role pacienta (Howland, Rowland, 1994; Vorlíček, Adam, 1998; Boleloucký, 1998).

Tabulka č. 1: Změny spojené s rozvojem nádorového onemocnění

Tělesná rovina	Psychická rovina	Interpersonální rovina	Spirituální rovina
Somatické projevy nemoci	Narušení sebepojetí	Změna rolí v rodině, zaměstnání	Ztráta naděje
Nežádoucí účinky léčby	Deprese, Anxieta, Hněv	Omezení vztahů jen na zdravotníky a rodinu	Ztráta smyslu
Změny vzhledu	Frustrace	Stigmatizace	Strach z budoucnosti
Vyrovnaní se s bolestí	Pocit neúspěchu	Sexuální dysfunkce	Strach z umírání
	Sebelítost	Omezená sebeobsluha - závislost na druhých	Snaha o odpuštění
	Pocity ztráty	Pevný denní režim	Restrukturace hodnot
	Pocity křivdy		
	Závist zdravým		

Popsali jsme si jednotlivá stádia adaptace na onemocnění, kterými si pacient prochází, včetně změn spojených s rolí pacienta. S přijetím této role nastává ale také jistý posun v potřebách jedince, zvláště v jejich naléhavosti a intenzitě. I tak můžeme nalézt dvě potřeby, které jsou shodné u všech jedinců s onkologickým onemocněním, jsou jimi: potřeba sociální opory a informovanosti (Dore et al., 2013). V období léčby onemocnění více než kdy jindy člověk vyžaduje především od svého okolí povzbuzení, oporu, toleranci k emoční labilitě a afektivním reakcím. Základem pro komunikaci s pacientem je vždy respekt (k němu samotnému, jeho chování, tělesným změnám, režimu), přirozenost a empatie. Doprovázet jedince při překonávání onkologického onemocnění by mělo být důstojným soucítěním,

nikoli planým soucitem. Lítost, bagatelizace, zesměšňování či naopak tabuizování pacientovy nemoci, jsou jen ukazateli toho, že rozdělujeme MY na JÁ - zdravá a TY – nemocný, jiný. Podpořit jedince při vyrovnání se s dopady onkologického onemocnění lze jen cestou, na které jsme schopni vidět daného člověka nejen jako nemocného, protože tím, že dokážeme odhlédnout od jeho choroby, mu dáváme najevo, že stále existuje naděje, že je více zdravý, než nemocný.

2. ALEXITHYMIE

V předchozí kapitole jsme se zabývali dvěma tématy: psychosomatika a onkologické onemocnění. V obou těchto teoretických celcích byl zmíněn pojem alexithymie jako možné predispozice k rozvoji somatického onemocnění. Nicméně toto pojetí je značně zjednodušující, proto si v následujícím textu pokusíme ukázat alexithymii v poněkud širší perspektivě.

2.1. Vymezení pojmu

Vymezení pojmu alexithymie je dosti individuální. Někteří autoři alexithymii označují za určitý rys osobnosti (Taylor et al, 1991; Tolmunen, 2011), jiní ji považují za jeden z obranných mechanismů (např. Vymětal, 1994), pro některé je způsobem somatického vyjádření konfliktů (Alexander, 1950). Široké spektrum zařazení alexithymie je dáno její nízkou specifičností a také, při spojení s duševními onemocněními, takřka všudypřítomným výskytem.

Poprvé byl pojem alexithymie užit psychiatrem P. E. Sifneosem v roce 1972. Sifneos k němu přiřadil anglické synonymum *lack of affects* (Sifneos, 1972), tedy v překladu beze slova pro pocity. Alexithymie v jeho podání zahrnovala neschopnost verbálního vyjádření emocí, překrytí emočních prožitků tělesnými pocity a ztrátu schopnosti jakékoli diferenciaci mezi jednotlivými kvalitami emocí. Z tohoto důvodu často nazýval alexithymické jedince jako jedince trpící emoční afázií (Sifneos, 1996). Nemiah (1996) označil jako největší deficit alexithymické osobnosti neschopnost prožívání, popisu a rozlišení emocí a značně ochuzené fantazijní představy. Taylor a jeho spolupracovníci (1997) hlavní charakteristiky alexithymie dále rozšířili. Zdůraznili především stírání tělesných a psychických pocitů. Poukázali na chybějící dovednost modulace a řízení emocí, jejich propojení se vzpomínkami. Pro alexithymiky je charakteristický externě orientovaný kognitivní styl. V rámci sociální skupiny jsou spíše konformní. Nejsou schopni introspekce a jejich sebevědomí je velice nestabilní. Následkem těchto faktorů lidé s alexithymii často podléhají stresu a je u nich patrnější vyšší výskyt impulzivního a nutkavého chování.

S pojmem alexithymie bývá často dáván do souvislosti též termín *pensée opératoire*. Tento pojem byl vytvořen francouzskou psychosomatickou školou. Dle Martyho a de M'Uzana (1963) byl pod tímto souslovím znám utilitářský kognitivní styl, který jako by byl ochuzen o lidskost. Jedinci s operačním myšlením přistupovali k realitě strojeným způsobem, kdy soubor prožitků byly schopni popsat pouze jako určitou sekvenci objektivních událostí bez obohacení o vlastní názor či postoj.

Německá škola (von Rad, Rüppel, 1975) přidala pro alexithymické rysy k francouzskému pojmu *pensée opératoire* nový název – tzv. pinocchiův syndrom. Toto označení vycházelo z připodobnění alexithymického jedince k Pinocchiovi, který vykazoval příznaky podobné alexithymii (např. neschopnost emočního prožitku, externí orientaci, nulovou fantazii).

Vymezit pojem alexithymie je nejen náročné z pohledu vyjmenování možných klinických rysů, které se k němu vážou, ale také stále není zřejmé, kam by měla být alexithymie zařazena. Může pro nás představovat určitý trs příznaků, pak bychom ji mohli nazvat jako alexithymický syndrom. Nicméně stále je vedena diskuze, zda by neměla být považována za duševní poruchu, jenže ani zařazení v rámci psychopatologie by nebylo příliš jednoduché – jedná se o afektivní poruchu, či o somatoformní poruchu, popř. je pouze přehnanou reakcí na stres a prožité trauma? Nebo by snad bylo vhodnější vytvořit nový typ osobnosti alexithymik s pevně danými rysy? Alexithymie by měla být považována pouze za syndrom určitého kognitivně - afektivního deficitu s narušením v oblasti vnímání sebe sama, struktury emocí, fantazie, stereotypního myšlení a také sociálních dovedností jedince. Měli bychom zavrhnout možnost zavedení alexithymie jako určité nozologické jednotky a raději dát přednost pojetí alexithymie jako vysoce komorbidního souboru symptomů.

2.2. Etiologie

Jak bylo popsáno v předchozí podkapitole, jednou z příčin nejasností při definování pojmu alexithymie je též různorodost teorií jejího vzniku. V současnosti jsou využívány tři modely vzniku alexithymie: psychodynamický, neurofyziologický, sociokulturní.

2.2.1. Psychodynamický koncept

Tento koncept hledá příčinu rozvoje alexithymie především ve vztahu matka - dítě, v jehož důsledku se dítě musí vyrovnávat s intrapsychickými konflikty a určitými deficitem ega.

De M'Uzan (1963) viděl problém v nedostatečném rozvoji fantazie. McDougallová (1982) považuje alexithymii za obranný mechanismus, který je využíván jedincem při vystavení masivní úzkosti (narušení integrity ega, nestabilita narcistického obrazu...). Společně s Rueschem (1948) zastávali teorii tzv. infantilní osobnosti, kdy u jedinců s alexithymií došlo k jakémusi zastavení vývoje symbolických funkcí, což ve výsledku znamená, že tento jedinec i v dospělosti používá stále stejné nezralé, tedy „infantilní“, obrany, a z tohoto důvodu má potřebu vytvářet velmi těsné symbiotické vztahy, v rámci nichž zastává extrémně submisivní roli.

V podstatě by se dalo říct, že dle psychodynamického přístupu jako by těmto jedincům chyběla emočně zabarvená slova a fantazie, jako by neměli utvořenou vlastní identitu, spíše jen „načrtnuté kontury“ vlastní osobnosti. Při větším tlaku, frustraci, úzkosti jsou tedy nuceni vyjádřit svůj stav primitivním - somatickým jazykem, který je pro ně svou realitou nejsrozumitelnější.

2.2.2. Neurofyziologický koncept

Tento pohled by se dal v současnosti označit jako nejpreferovanější. Jedná se o soubor teorií, které umísťují zdroj alexithymických rysů do konkrétních mozkových oblastí.

Průkopníkem tohoto přístupu byl McLean (1949) se svou hypotézou o narušení spoje mezi limbickým systémem (centrum emocí) a neokortexem (instrumentální centrum), na základě čehož pak můžeme mluvit o tzv. jazyku orgánů, který využívá autonomního nervového systému. Hoppe a Bogen (1977) dali vznik alexithymie do souvislosti s agenezí či přerušením struktury corpus callosa. U jedinců s takovýmto narušením komunikace mezi hemisférami, kdy emoce nemohou být přeneseny do jazyka, dochází k upřednostňování operativního myšlení na úkor emocí s postupným ústupem fantazie. Na tento poznatek navázali Karlsson a jeho spolupracovníci (2008). Při svém výzkumu s komisurovanými pacienty přišli s možností souvislosti rozvoje alexithymie spolu s nižší aktivitou předního cingulárního kortexu, jehož funkcí je diferenciací a modulace emocí, a naopak s vyšší

aktivitou motorické, senzomotorické kůry a levé inzulární oblasti. Jiné studie se zaměřovaly na vazbu alexithymie s preferencí levé hemisféry, popř. výskytem lézí na pravé hemisféře (Jessimer, Markham, 1997; Cicero et al., 1999).

2.2.3. Sociokulturní koncept

Rozvoj alexithymických rysů bývá též odvozován od kultury a společnosti, ve které jedinec žije. Některé studie (např. Dinsmore a Mallinckrodt, 1996) ukazují na zvýšené riziko rozvoje alexithymie především ve vyspělých zemích. Tento výsledek je pravděpodobně zapříčiněn nižší schopností diferenciací emocí, než je tomu u obyvatel rozvojových zemí. Svou daň si také vybírá rychlá industrializace, technologizace a zvýšený tlak na výkon, kdy je potřeba upozadit vlastní emoční prožitky před racionálním jednáním.

Výzkumy zabývající se vlivem sociodemografických činitelů jsou prozatím rozporuplné. Shoda panuje pouze v oblasti úrovně vzdělání a socioekonomického statusu (např. Borens et al, 1977), kde bylo prokázáno, že nižší úroveň vzdělání a nižší status ve společnosti může být považován za predispozici k rozvoji psychosomatických onemocnění, včetně alexithymie.

Prozatím je náročné určit dosah moci sociokulturního konceptu na rozvoj alexithymie. Výsledek bychom se ale mohli dozvědět poměrně brzy. Pokud by opravdu byl vliv kultury a vyspělosti společnosti tak markantní, je pravděpodobné, že by se v budoucnu trend „alexithymického pracovníka“ měl šířit. Možná i na základě tohoto vývoje Sifneos (1996) nazývá alexithymického jedince osobností naší doby.

Z našeho úhlu pohledu alexithymie není vrozenou dysfunkcí. Spíše bychom ji mohli označit za jeden z obranných mechanismů, který je u jedince spouštěn reaktivně, tedy jako odezva na určitou konfliktní zkušenost, nejen z období dětství, a má v první řadě ochrannou funkci.

2.3. Typologie

Jak již bylo uvedeno výše, alexithymie zahrnuje nejen emoční deficity, ale také deficity kognitivní. Taylor s ohledem na tento aspekt definoval čtyři dimenze alexithymie, z nichž první dvě odpovídají emočnímu narušení a poslední dvě jsou vázány na kognitivní komponenty.

Čtyři osy alexithymie (Taylor, 1997):

- narušení ve schopnosti vyjádřit své emoce a navazování vztahů (hlavní kritérium pro diagnostikování alexithymie)
- neschopnost identifikovat pocity, odlišit emoční a tělesné prožitky
- omezená fantazie (navazují poruchy v oblasti paměti, snění, vypravování...)
- pragmaticky externě orientované myšlení (odráží faktická řeč, s mechanickým vyjmenováváním detailů situace, bez využití symboliky či fantazie)

Většina výzkumů zaměřených na alexithymii využila Taylorovo rozdělení pro snazší lokalizaci vlastních cílů.

Bermond (Vintgerhoets et al., 2008) také vycházel při své práci z předpokladu existence dvou faktorů alexithymie. Propojením tohoto faktu s neurofyzilogickými poznatky došel k závěru, že je potřeba vymezit „pět plus jeden typ“ alexithymie:

- typ I – u tohoto typu je narušena především emoční složka. Toto narušení se projevuje zejména v celkovém oslabení emočního prožívání, v jejich neschopnosti identifikovat vlastní pocity, navazovat vztahy s okolím a v chudém fantazijním životě.
- typ II – tito jedinci dosáhli poměrně vysoké úrovně emocionality a bohatosti fantazijního života, ale to na úkor kognitivní komponenty. Jedná se tedy o jedince emočně velice nestabilní.
- typ III – tento typ je oponentním k typu II. Můžeme u něj tedy nalézt oslabení v oblasti emocionality, ale kognitivní komponenta zůstává na velmi dobré úrovni, což se odráží především v jejich rozvinutých sociálních dovednostech.
- modals typ – u těchto lidí jsou komponenty vyvážené. V obou oblastech dosahují průměru.
- mixed typ – zde jsou zařazeni jedinci, kteří neodpovídají výše popsaným kritériím.

Naproti tomuto dělení alexithymie dle úrovně vývinu emoční a kognitivní složky přednesl Freyberg (1977) poněkud jednodušší rozdělení na primární a sekundární alexithymii.

Primární alexithymie představuje určitou vrozenou predispozici, která se rozvíjí v důsledku neurofyziologické poruchy (Sifneos, 1996). V tomto případě je alexithymie chápána jako stabilní rys osobnosti vzniklý následkem ustrnutí na nízkém stupni emočního vývoje.

Sekundární alexithymii Freyberg (1977) popsal jako způsob adaptace na stresovou situaci. Převzetí alexithymických rysů je považováno za nezralý obranný mechanismus, který nemusí být ireverzibilní. Přechodný výskyt alexithymických charakteristik je spojován s tzv. akutní sekundární alexithymií (Freyberg, 1985), kdy jedinec reaguje na situaci ohrožující život – krátkodobé onemocnění. Nevylučoval však možnost trvalého rozvoje alexithymie, zvláště u dlouhodobě nemocných – tzv. chronická sekundární alexithymie. Dle výsledků navazujících výzkumů (např. Lumley et al., 2010) byla příčina diagnózy sekundární alexithymie zobecněna na veškeré emocionálně náročné situace – např. znásilnění, válečná traumata atp.

Obě tato dělení na určité subtypy alexithymie jsou stále aktuální a využívaná. Bermondovo dělení se jeví spíše vhodné pro výzkumnou práci, pro kterou je důležité zohlednit i ty nejjemnější rozdíly mezi alexithymickými jedinci. První dělení nám dává možnost specifikace jedinců s alexithymií a navržení individuálního přístupu. Oproti deskriptivnímu pojetí Bermondova je druhé dělení zobrazením dynamiky rozvoje alexithymie. Freybergovo dělení alexithymických rysů je vhodné pro praktické využití, zejména v rámci klinické práce, kdy je kladen důraz na podrobnou diferenciální diagnostiku, možnou komorbiditu s dalšími duševními onemocněními, a především na vytvoření plánu terapeutické práce.

2.4. Alexithymická osobnost – projevy a rysy

V předchozích kapitolách jsme si vymezili pojem alexithymie, popsali jsme základní deficity v emoční a kognitivní oblasti, definovali možná rozdělení a příčiny vzniku. Dříve, než se zaměříme na jednotlivá onemocnění, která jsou dávana do souvislosti s alexithymií, měli

bychom podrobněji rozebrat, jak se alexithymické deficity projevují v reálné situaci, zda je tento člověk schopen navázat vztah se svým okolím, popř. zvládat zátěž.

Analýzou projevů alexithymických rysů se zabývali např. Taylor (1994); Baštecký (1993), Frawley a Smith (2001). Shrnutím jejich výstupů dostáváme poměrně komplexní obraz „alexithymické osobnosti“. Pro větší přehled jsou jednotlivé charakteristiky umístěny do tabulky.

Tab. č. 2: Souhrn alexithymických znaků (Taylor, 1994; Baštecký, 1993; Fawley a Smith, 2001)

Psychické znaky	
Emoční komponenta	Neschopnost identifikovat a vyjádřit emoce; dysforie; nulová empatie; emoční labilita; intolerance vůči stresu
Fantazijní komponenta	Narušení imaginace a fantazie; deficit ve výbavnosti a bohatosti snů
Myšlení	Pragmatické; neanalytické; externě orientované; omezení symbolického myšlení; stereotypní; kompulzivní
Vnímání	Části na úkor celku; orientace na fakta
Pozornost	Rozptýlená; oslabená schopnost koncentrace
Paměť	Výbavnost pouze pro věcná fakta
Somatické znaky	
Tělesná strnulost; minimální zapojení mimických svalů; tělo odrazem emočního stavu	

Pokud bychom propojili jednotlivé znaky „alexithymické osobnosti“ měli bychom v extrémním případě před sebou rigidní osobu s neustálou potřebou úniku či vyhnutí se jakékoli konfrontaci a zátěži. Jedince, který není schopen vnímat své okolí, pochopit jejich prožitky, natožpak své vlastní. Je zde vůbec možnost, aby člověk bez vlastní identity, s difúzním sebepojetím a bez zájmů mohl navázat nějaký blízký vztah? Současné výzkumy ukazují, že alexithymičtí jedinci jsou schopni mít pouze jeden vztah, v němž zastávají značně submisivní roli. Dalo by se říci, že se v tomto případě ani nedá hovořit o partnerství či

přátelství, neboť se jedná spíše o nějakou až patologickou fixaci naplňující potřebu být veden a mít podporu pro své jednání. Jejich interpersonální chování vystihl Moriguchi (2007), když je popsal jako chladné a sociálně vyhýbavé. Již při seznamování alexithymičtí lidé působí na druhé jako hloupí a nudní a své „skóre“ si nevylepší ani svou neschopností vyjádřit druhým vřelost, popř. snahou být nějakým způsobem nápomocni. Z našeho pohledu jsou to lidé skromní, žijící o samotě, kteří se často ztrácejí v řeči a chování ostatních. Je logické, že s ohledem na pocit neustálého „nepochopení“ se jedná o jedince podrážděné, frustrované a podléhající afektu. Jejich snaha být konformní často naráží na celkově chybný výklad situace, která často vyvrcholí, dle okolí, iracionální reakcí. Možná právě proto jsou tito lidé spíše pasivní, závislí na faktech a vlastních stereotypech, jež jim mohou zajistit alespoň minimální stabilitu pro ně až v příliš dynamickém světě.

2.5. Alexithymie jako jeden z faktorů vzniku nemoci

Alexithymii jsme si popsali jako jakýsi kognitivně – emoční deficit, který způsobuje odchýlení se od běžného životního stylu v oblasti psychické, somatické a sociální. Z tohoto pojetí vyplývá, že alexithymii lze považovat nejen za následek nezpracovaného traumatu či působení chronického stresu, ale také za určitou predispozici k rozvoji duševních či somatických poruch. Další argumenty hovořící pro uznání alexithymie jako negativního faktoru vzniku nemoci tkví především v nezralosti obranných mechanismů a celkově nestabilním komplexu alexithymické osobnosti. Tato nezralost se odráží v neschopnosti čelit stresu a potřebě být řízen. Z tohoto úhlu pohledu můžeme alexithymické osobnosti označit jako rezignující, pasivně agresivní a závislé, což dává poměrně široký prostor pro rozvoj psychopatických symptomů.

S ohledem na dvě základní charakteristiky alexithymie - emoční nestabilitu a určité deviační prvky v chování bývá dáována do souvislosti s neurotickými poruchami, poruchami příjmu potravy a závislostním chováním.

V rámci neurotických poruch byly zaměřeny výzkumy na vztah alexithymie a panické poruchy (Parker, 1993), sociální fobie (Cox et al, 1995), obsedantně kompulzivní poruchy (Bankier, 2001), disociativních poruch (Mason, 2005) a posttraumatických poruch (Shipko, Alvarez, 1983). Nicméně ve všech těchto případech se přiláníme spíše k sekundárnímu výskytu alexithymie jako jednoho z obranných mechanismů. Zvláště bychom mohli

vyzdvihnout její funkci potlačení emoční složky ke snížení napětí. Vzhledem k nepřesvědčivým výsledkům výzkumných studií (výskyt alexithymie prokázán většinou u 30 % účastníků s neurotickými poruchami) považujeme alexithymii pouze za reakční mechanismus usnadňující adaptaci na stresující události, nikoli za predispozici pro rozvoj těchto poruch.

V případě poruch příjmu potravy (např. Meroño, 1998) a závislostního chování (Finn et al., 1987; Pinard et al., 1996; Procházka, 2011) je možnost alexithymie jako spouštěče reálnější. Jako důvod pro souhlas s tímto přístupem můžeme uvést jeden z alexithymických rysů a to, snahu uniknout, vyhnout se jakémukoli napětí. Pokud navíc připojíme neschopnost řídit své emoce, sociální neukotvenost a snahu být součástí skupiny a celé to umocníme mírným dysforickým laděním a sklonem k fixaci, pak již pro nás provázanost alexithymie a poruch příjmů potravy, závislostního chování není ničím překvapivým. Zvláště zneužití psychoaktivních látek může sloužit jako prostředek k uvolnění od napětí a ke zvýšení vlastního sebevědomí, které je usnadněním k aktivitě v interpersonální sféře.

V poslední době je také v centru pozornosti vztah alexithymie a poruch autistického spektra (např. Hill et al., 2004). Tato souvislost vznikla na základě podobnosti v etiologii (neuroanatomické pojetí) a příznacích (narušení v oblasti sociálních dovedností, komunikace). V tomto případě je vhodnější oprostít se od označení primární, sekundární onemocnění a upřednostnit pojetí alexithymický rysů jako syndromu, který v určitých oblastech doprovází poruchu autistického spektra.

V následujícím textu se budeme podrobněji věnovat vztahu alexithymie s depresivními symptomy a psychosomatickými onemocněními.

2.5.1. Alexithymie a deprese

Vztah alexithymie a deprese patří k jedněm z nejožehavějších témat výzkumu zabývající se komorbiditou duševních poruch. Stále nebylo jasně stanoveno, zda alexithymii lze považovat za prediktor vulnerability vůči depresi, popř. je pouze doprovodným symptomem poruch nálady, nebo naopak je deprese primárním onemocněním, které stimuluje rozvoj alexithymie. Tyto rozporuplné závěry nejsou dány pouze neuceleným

náhledem na projevy alexithymie, ale spíše se jedná o důsledek překrývání se symptomů obou onemocnění.

Jako základní projevy alexithymie jsme si vymezili deficity ve vyjadřování a identifikaci emocí, s nimiž často souvisí stresová intolerance, vyhýbavý styl a celková neschopnost jakéhokoli řízení emocí. Podobné příznaky najdeme též u deprese. Např. dle Höschla(2004) je deprese stavem naplněným smutkem, pocity viny, nedostačivosti a bezmoci, který je podbarven hypochondrickými tendencemi s doprovodnými somatickými a vegetativními obtížemi. Obě tato onemocnění mají společnou ztrátu kontaktu s vlastním emočním prožíváním, pocity sebeodcizení a poměrně nestabilní sebepojetí. Nalezením společných charakteristik se zabývaly též různé odborné studie. Tyto výzkumy (např. Haviland et al., 1991) objevily vysoké korelační hodnoty ve vztahu deprese - alexithymie u dvou faktorů v dotazníku TAS – 20 vztahujících se k potížím při identifikaci a popisu emocí. Paralelně s těmito výsledky byla vyloučena spojitost u faktorů externě orientované myšlení a omezení fantazijního života. Otázkou tedy zůstává, zda se pod alexithymií skrývá pouze jeden ze symptomů deprese, který by se dal nazvat jako tzv. ideoverbální inhibice, nebo naopak se deprese rozvíjí na základě alexithymické neschopnosti identifikovat a řídit jednotlivé emoce.

Studii zaměřených na prokázání alexithymie jako jednoho z faktorů pro vznik deprese je podstatně méně, především v důsledku časových nároků. Tyto studie vycházejí z předpokladu, že alexithymie je určitým stabilním rysem, který zvyšuje možnost rozvoje dalších duševních poruch (Taylor, Bagby, 2004; Tolmunen et al., 2011). Jako „nejaktivnější“ jsou v tomto ohledu vyzdvihovány afektivní zvláštnosti alexithymické osobnosti: negativní emoční ladění, labilita, stresová intolerance, minimální schopnost práce s vlastními emocemi.

Důkazy pro obrácenou dynamiku vztahu alexithymie a deprese jsou poněkud častější. Tyto výzkumy se opírají o myšlenku, že alexithymie je jedním z obranných mechanismů (např. Wise et al, 1990). Taylor et al. (1997) tento typ alexithymie označil za sekundární. Považuje ji za nezralou reakci s možnou návazností na již přítomné depresivní ladění. Při vymizení zátěže (nemoc, stres...) by mělo dojít též ke snížení alexithymických projevů.

Třetí přístup na obě patologie pohlíží jako na samostatné jednotky, jež se pouze v jistých charakteristikách překrývají a výsledkem je jejich společná vysoká korelace (např. Parker et al, 1991).

Jak bylo popsáno, vztah mezi depresí a alexithymií je velice těsný. Abychom mohli rozhodnout, která z nich má ústřední roli a která je pouze následkem, musíme přemýšlet nad tím, zda je pro nás alexithymie stabilním komplexem rysů či jen jakýmsi způsobem reagování. Můžeme zde upozornit na názor Cohena (1989), jenž navrhuje, aby byla alexithymie přijata jako jeden trs symptomů deprese. Ačkoli Müllerův výzkumný tým (Müller et al., 2003) by patrně oponoval, že v případě alexithymie a deprese se nejedná o totožné konstrukce a že podobnost obou onemocnění je zakotvena pouze v jejich projevech. Tato stanoviska ale nemusí být protichůdná. Názor, že se nejedná o stejné konstrukce, je našemu pojetí blízký, neboť alexithymie je pro nás pouze soubor reaktivně se rozvíjejících projevů, nikoli onemocněním jakým je deprese. Proto by bylo příhodné označení alexithymických faktorů týkajících se afektivních indispozic za depresivní a faktor externě orientovaného myšlení ze vzájemného vztahu alexithymie – deprese jako kognitivní a stabilní rys úplně vyloučit a přesunout z oblasti klinické psychologie do oboru psychologie osobnosti.

2.5.2. Alexithymie a psychosomatická onemocnění

Tendence alexithymických jedinců využívat tělo pro vyjádření svého stavu sebou přinesla myšlenku vzájemné provázanosti alexithymie a psychosomatických onemocnění, illness behavior. Argumenty pro existenci tohoto vztahu nejsou vázány pouze na somatický jazyk alexithymiků, u kterého se nemůžeme dopátrat organického původu, ale také zde bývá zahrnována regrese emočních funkcí doprovázená trvale přítomným napětím a neschopností uvolnit se. Alexithymický životní styl se pak odráží ve specifickém omezení funkčnosti neuroimunoendokrinního systému. Ke vztahu alexithymie a psychosomatických onemocnění tedy můžeme přistupovat ze tří stran:

- alexithymie jako spouštěč psychosomatických onemocnění
- alexithymie jako udržující faktor psychosomatických onemocnění
- alexithymie jako jedno z psychosomatických onemocnění

Při pojetí alexithymie jako spouštěče se opíráme o psychodynamickou koncepci (např. Taylor, 1991), která poukazuje na existenci určitého intrapsychického konfliktu, v jehož důsledku jedinec není schopen odolat zátěži a nahrazuje emoční prožitek somatickým projevem. Lumley et al. (2010) jmenuje jako hlavního spouštěče psychosomatických onemocnění u alexithymických jedinců především intoleranci ke stresu. Následkem působení stresových faktorů dochází k narušení rovnováhy neuroimunoendokrinního systému, které umožní rozvoj somatického onemocnění. Hlavním patogenem je zde kortizol, jehož vyšší hladina je odrazem neschopnosti alexithymického jedince zvládat stres adaptivním způsobem. Guilbauld et al. (2009) tvrdí, že psychobiologická reakce na chronický stres je takřka totožná s prožíváním alexithymických jedinců. Podobný směr uvažování můžeme vidět též v pracích Boba, Ptáčka a Uhra (2010).

Alexithymie bývá dávána do souvislostí s Crohnovou chorobou, dyspepsií, hypertenzí, astmatem, alergií, fibromyalgií, migrénou, nauzeou a dalšími onemocněními (např. Verissimo et al., 1998; Sifenos, 1972; Jula et al., 1999).

V druhém pojetí vztahu alexithymie a psychosomatických onemocnění se dostávají do středu zájmu pojmy somatoformní poruchy a illness behavior. Alexithymičtí jedinci stejně jako jedinci trpící somatoformní poruchou mají tendenci zvýšeně pozorovat své tělesné projevy. Kooiman et al. (2000) upozornil, že zvýšené zaujetí tělesnými pocity umožňuje označit je za somatické symptomy onemocnění. Tuto záměnu tělesných vjemů za emoční prožitky Lumley et al. (1996) definoval jako tzv. kognitivní deficit alexithymických jedinců. Sekundárně se nezralost obranných mechanismů projevuje sklonem k impulzivnímu, kompulzivnímu či závislostnímu chování, a toto patologické chování zpětně negativně ovlivňuje organismus.

Stoupenci posledního přístupu zastávají názor, že alexithymie by měla být vyčleněna vzhledem ke svým specifikům jako samostatné psychosomatické onemocnění. Např. Montreuil et al. (1991) uvádí jako stěžejní pro toto pojetí narušení nejen afektivních, ale také kognitivních a symbolických procesů.

V této práci nenahlížíme na alexithymii jako na predispozici ke vzniku somatických onemocnění, ani jako na elementární psychosomatické onemocnění či jinou poruchu, spíše ji

řadíme k psychickým mechanismům, které mohou stimulovat rozvoj tzv. nespecifických somatických symptomů. Při zkoumání vlivu alexithymie na tělesné procesy povzrujeme za reálné dva možné dopady alexithymických rysů. Prvním je narušení neuroimunoendokrinní rovnováhy jako důsledek neschopnosti adaptace na stres, což je aspekt blízký všem psychosomatickým onemocněním. Ve druhém případě hraje roli především alexithymický faktor spojený s obtížnou identifikací emocí a možnou záměnou tělesných a emočních pocitů, u kterého je předpoklad, že umocňuje množství a hloubku somatických stesků, nikoli jejich prevalenci (pozitivní korelace mezi faktorem I a množstvím vyjádřených tělesných symptomů byla prokázána např. ve studii Chena et al., 2009).

2.6. Alexithymie a onkologické onemocnění

Nárůst zájmu o zkoumání vztahu onkologického onemocnění a alexithymie je jen důsledkem výstupů studií zaměřených na rozbor vzájemných podobností mezi alexithymií, anxiétou a depresí. Rakovina, jakožto onemocnění často s letální prognózou a pro pacienta náročnou léčbou, je ve většině případů doprovázena příznaky úzkosti či deprese. Pokud se navíc rozpomeneme na osobnost typu C, především její rysy, je logické, že se do popředí výzkumu dostal právě vztah onkologického onemocnění a alexithymie. S přijetím role pacienta dochází u jedince k určitým změnám v osobnosti a jeho chování (např. Edelman, 2005; Tjihuis et al., 2000; Watson et al., 2005). Stoupá u něj snaha potlačit své emoce, jsou pro něj příznačné afektivní projevy, které často nejsou adekvátní situaci, nachází se pod permanentní zátěží, zažívá pocity ztráty kontroly a jistot v životě. Může vnímat odklon ostatních od něho samotného, může se cítit stigmatizován. V průběhu léčby se u něj mnohdy rozvíjí tendence ke zvýšenému sebezpozorování, přeceňování somatických symptomů a také je patrný nárůst fixace na nejbližší okolí, nejčastěji zdravotnický personál. V neposlední řadě pacienti udávají psychický diskomfort v důsledku výskytu negativních emocí, např. podrážděnosti, frustrace, neklidu, prázdnoty, smutku, nervozity.

Když tento popis srovnáme s alexithymickými charakteristikami, zjistíme, že se ve většině překrývají. Tento fakt potvrzují i výstupy odborných studií, jenž se shodují ve zvýšených hodnotách v dotazníku TAS – 20 u pacientů s diagnózou rakoviny (Eskellinen, Ollonen, 2011; Lauriola et al., 2011). Stejně jako ve vztahu alexithymie a deprese jsou i zde

vedeny diskuze, zda je alexithymie faktorem vulnerability k onkologickému onemocnění, či naopak se v případě rakoviny jedná o tzv. sekundární alexithymii.

Příznivci prvního pojetí patří k zastáncům vymezení alexithymie jako stabilního rysu, který je jednou z determinant maladaptivních projevů jedince při vyrovnávání se s onemocněním. Především poukazují na negativní důsledky deficitu v afektivní oblasti, který považují za příčinu zvýšeného výskytu anxiózních a depresivních symptomů (např. Fantini – Hauwel et al., 2011; Boinon et al., 2012). Stanovisko alexithymie jako primárního patogenu obhajují důkazy o stabilitě její míry i navzdory vyléčení paralelních onemocnění, včetně onkologického (Porcelli et al., 2011.; Luminet et al., 2007; Carta et al., 2000). Autoři tohoto pojetí zdůrazňují nutnost individuálního přístupu k pacientům s alexithymickými rysy, zejména k jejich emočním deficitům a specifickému využívání sociální opory. Proto navrhuji, aby byla možnost přítomnosti alexithymie ověřena již při příjmu pacienta, a na základě vyhodnocení dotazníku TAS – 20 by měl být upraven způsob práce s pacientem s cílem minimalizovat nároky a zatížení tohoto jedince.

Druhý pohled na vztah alexithymie a rakoviny vychází z pojetí alexithymie jako obranného mechanismu, který má v prvé řadě ochránit jedince před zahlcením intenzivními emocemi. Tento přístup je zakotven především díky studiím dokazujícím přímo úměrnou souvislost mezi mírou stresu u onkologických pacientů a výskytem alexithymických rysů (např. Messina et al., 2011). V tomto případě se opíráme o pojem sekundární alexithymie, jejíž projev je pouze nezralým pokusem jedince o adaptaci na zatěžující situaci, jako např. na trauma, chronický stres, život ohrožující situace (Gross, Thompson, 2007; Conrad et al., 2001). Rozvoj tzv. situační alexithymie jako obrany popsal např. Krystal (1988) u jedinců v koncentračních táborech, nicméně nesmíme opomenout ani výzkum potvrzující souvislost vzniku alexithymie spolu s dlouhodobými somatickými onemocněními (Freybergh, 1977).

Oba přístupy ke vztahu alexithymie a onkologického onemocnění mají poměrně pevné zázemí. Patrně existují určité vrozené rysy, které by mohly být označeny za alexithymické (např. externě orientované myšlení, omezená schopnost diferenciacce mezi jednotlivými emočními kvalitami) a mohou tedy narušovat a zhoršovat průběh léčby jedince s onkologickým onemocněním. Přesto se přikláníme spíše k pojetí onkologického onemocnění jako spouštěče alexithymie. Již výše jsem alexithymii označili za specifický

projev reaktivní deprese, jež se rozvíjí jako důsledek bezmoci a beznaděje jedince v ohrožení života. Za akcelerátor projevu alexithymie považujeme roli pacienta, která umocňuje zaměření se jedince na tělesné příznaky, podporuje jej v užití tzv. somatického jazyka a narušuje jeho autonomii.

3. SMYSL ŽIVOTA

Otázky týkající se smyslu života, ačkoli se otázkami smyslu života zabývá každý, stále nedosáhly jasně strukturovaných odpovědí. Existuje několik teorií zabývajících se definováním pojmu smyslu života a nalezením cesty k jeho dosažení. Tavel (2004) došel ve své knize k počtu až 170 definic tohoto pojmu.

3.1. Definice smyslu života

Křivohlavý (2006) navrhuje začít rozlišením smyslu jako významu a smyslu jako vyjádření určitého záměru. Smysl jako význam náleží spíše do oboru sémantiky, kde se zabýváme konotacemi slov či vět. U smyslu jako vyjádření určitého záměru, účelu, popř. činnosti se přesouváme do oblasti motivace, snah a vůle. Toto pojetí se liší od předchozího zejména svou nutností hlubšího pochopení a zainteresovanosti.

Pokud se budeme soustředit na smysl jako vyjádření určitého záměru, pak by bylo vhodné ještě doplnit možné subkategorie tohoto pojetí – smysl jako idea a smysl jako cíl (Dittman, 2000). Smysl jako idea je charakteristický svou silnou vazbou na kontext (událost, zkušenost, a tím nám pomáhá při interpretaci určitých situací v životě. Naproti tomu druhý pohled závisí na cílech a motivech jedince, zdůrazňuje nalézání hodnot a směřování, což nám umožňuje lehčí orientaci v životě.

Poněkud jiný náhled na smysl života uvádí ve své knize Reker (2000). Ten poukazuje na existenci dvou významů smyslu života:

- implicitní
- existenciální

V prvním případě, jde o jakýsi obecně srozumitelný, všemi chápáný význam smyslu života. Při tomto pojetí předpokládáme, že každý objekt, situace mají svůj vnitřní smysl a na nás je, jej objevit. Zatímco existenciální smysl řídí naše bytí. Nejde tedy pouze o nalezení smyslu objektu či situace, jako spíš o propojení jednotlivých smyslů, čili pochopení kontextu života. Takovéto vymezení smyslu života, až na drobné odchylky, nacházíme také v práci Halamy.

Halama (2007) rozlišuje dva základní typy přístupu ke smyslu života. Prvním z nich je elementární přístup, v rámci kterého je smysl života chápán jako vyjádření strukturovaného elementu poznání a činností vázaných na určitý objekt, situaci, kontext. Druhé pojetí je

nazváno ontologickým. Zde je smysl života považován za nejvyšší integrační činitel lidského chování a prožívání – propojuje vnější a vnitřní realitu člověka a vytváří určitý rámeček, který umožňuje lepší orientaci ve světě, což odpovídá Rekerově existenciálnímu smyslu.

Dle výše uvedených možných pohledů na smysl života se ukázalo, že jde o velice individuální záležitost, kterou nemůžeme vymezit jasnými termíny. Jednu podobnost bychom ale našli a to, že ať už si zvolíme jakékoli pojetí smyslu života, vždy by v něm měla být zmíněna slova jako cíl, směr, hodnota, popř. interpretační rámeček.

3.2. Charakteristika smyslu života

V případě smyslu života se nezajímáme jen o samotné sousloví, ale také o jeho vlastnosti, které nám jej přibližují. Počet možných přístupů při snaze o charakterizování smyslu je takřka roven množství náhledů na smysl života. Já se však v následující části budu věnovat pouze čtyřem – hierarchii, šířce, hloubce a následně popisu složek smyslu života.

3.2.1. Uspořádání smyslu dle úrovně vnímání jeho významu

Každý člověk má vlastní představu, co je to smysl života. Pro někoho je smyslem života, pokud něco vytváří, někomu pomáhá, pro jiného jde o pojem méně konkrétní, kdy jej popisuje jako určitou sílu, která dává jasný cíl jeho životu. Všechny tyto odpovědi jsou správné, všechny vyjadřují smysl života, rozdíl je pouze na základě odlišných úrovní chápání.

Z tohoto důvodu je možné říct, že pojem smysl života jako celek zahrnuje víceúrovňový systém individuálních pojetí smyslu uspořádaných dle stupně obecnosti – např. dle Halamy (2007) se na vrcholu nachází celkový smysl života (celoživotní a plně integrující), na nižší úrovni se nachází smysl konkrétních cílů, situací a aktivit a dalším snížením se dostáváme až ke smyslu jednotlivých slov či pocitů.

Centrem zájmu odborníků se více než úrovně staly pohyby mezi nimi. Např. Baumeister (1991) uvádí, že tyto pohyby odrážejí proces utváření a hledání smyslu života. V jeho podání pohyb směrem nahoru vyjadřuje snahu po nalezení vyššího smyslu určité aktivity, cíle (ptáme se, proč to děláme). Naopak při pohybu seshora dolů hledáme spíše možnost

uplatnění našeho abstraktního smyslu. Směr pohybu je tedy základem pro interpretaci vnímání významu smyslu.

3.2.2. Šíře smyslu

Tato charakteristika je podle Reker (2000), stejně jako zdroj, hloubka a struktura, považována za dimenzi smyslu. Jádrem této dimenze je množství různorodých hodnot a cílů v životě člověka, které můžeme označit jako zdroje smyslu. Lukasová (1997) upozorňuje na to, že množství zdrojů jedince pozitivně koreluje s mírou prožívané smysluplnosti. Průměrný počet zdrojů smyslu je v současnosti stanoven na šest (viz. studie O'Connor, Chamberlain, 1996, Reker, 2000).

3.2.3. Hloubka smyslu

V případě této charakteristiky se objevují dva možné úhly pohledu.

První nabízí Ebersole (1998), který ji vnímá jako intenzitu a komplexnost prožívání smysluplnosti. Jeho pojetí pracuje spíše s kvantitativním rozměrem.

Druhou možností je pojetí Reker a Wonga (1988), jež jí ztotožňují s kvalitou zážitku smyslu v souvislosti se stupněm sebetranscendence. Popisují čtyři úrovně hloubky:

- zaujetí sebou – jedinec zaujímá hédonistický postoj, cílem je vlastní rozkoš a pohodlí
- individualismus – jedinec se zaměřil na rozvoj a realizaci svého potenciálu
- kolektivismus – jedinec slouží jiným, udržuje politicky – sociální směr
- sebetranscendence – jedinec svými hodnotami směřuje k přesažení smyslu celého světa

Podobné rozdělení, avšak s rozdílnými názvy, popsal také Halama (2001). V jeho práci se objevují tyto stupně hloubky: uspokojení sebe sama, hledání sociální opory, seberealizace a sebetranscendence.

Bez ohledu na slovní rozdíly, výzkumné studie Reker i Halamy aj. potvrdily přímo úměrnou souvislost mezi stupněm hloubky smyslu a mírou prožívané smysluplnosti.

3.3. Modely smyslu života

Smysl života není označením jednoho jevu, je komplexem jednotlivých složek. Na základě této teze byly vytvořeny různé modely snažící se zachytit komponenty tohoto celku. V odborné literatuře nacházíme dva typy modelů – dvojdimenzionální a vícedimenzionální.

Příkladem dvojdimenzionálního modelu je model vytvořený Shapirem (1988), který je založen na dvou faktorech – signifikance a porozumění. Signifikance je souborem cílů, záměrů a hodnot v životě. Porozumění vyjadřuje nutnost soudržnosti a interpretačního rámce.

Z více dimenzionálních modelů jsou řazeny mezi nejznámější dva – Popielskieho čtyřsložkový a trojfaktorový model Reker a Wonga.

Popielskieho (1987) model propojuje intelekt, emoce, vůli a existencionální složku. V centru kognitivní složky je patrná snaha po poznání vnějšího i vnitřního prostředí a zlepšení schopnosti orientace. Emocionální komponenta funguje jako zpětnovazebný a zároveň hodnotící systém. Motivační část je odpovědná za výběr cílů a stanovení jistých postojů. Existence poslední složky se odráží ve schopnosti uvědomění si smyslu života a ve snaze o jeho objevení.

Trojfaktorový model Reker a Wonga (1988) je velice podobný Popielskeho modelu, alespoň, co se týče jednotlivých složek. Jedinou změnou je vypuštění existencionální komponenty, jejíž obsah je autory přesunut do náplně kognitivní složky, která tímto získává lehce řídicí pozici oproti dvěma výše zmíněným. Nicméně, tato nadřazenost je relativní, neboť model je založen na principu vzájemného ovlivňování.

3.4. Potřeba smyslu a její naplnění

Tato potřeba představuje touhu jedince nalézt a naplnit smysl svého života. Stejně jako i jiné nepřesně definované konstrukty patří k velmi ožehavým tématům, které se staly zdrojem konfliktů mezi jednotlivými psychologickými směry. Tentokrát byl největší zájem vzbuzen především ve dvou směrech – psychoanalytickém a humanisticko – existencionálním.

3.4.1. Psychoanalytický směr

První přístup staví na myšlenkách Freuda, Fromma, Adlera, Junga a Yaloma. U všech jmenovaných jsou původcem potřeby smyslu určité negativní prožitky.

U Freuda je smysl účinný pouze při snižování neuróz a jako pomocník při snaze o zvládnutí konfliktů. V jeho podání je jedinec pouhým nástrojem pudu bez vlastní možnosti se svobodně rozhodnout – hodnoty jsou totiž určovány pudem. Snaha o dosažení smyslu jako nesexuálního cíle je tedy považována spíše za jakousi kompenzaci napjatého libida, proto Freud nabádá, aby každý jedinec dospěl a byl schopen přechodu od abstraktních představ k vlastnímu konkrétnímu názoru.

Podle Fromma (2001) se potřeba smyslu skládá z potřeby orientačního rámce a potřeby předmětu uctívání, jež zahrnují, jednak touhu být součástí nějakého vyššího systému a také jsou označeny nutností mít cíl, ke kterému člověk celou svou existencí směřuje. Tímto pohledem na potřebu smyslu by měl být spíše řazen do humanisticko – existenciálního proudu, pokud by ale nedoplňoval teorii popisující vznik potřeby. Z té vyplývá, že původ potřeby úzce souvisí se snahou o redukci pocitu izolovanosti, který se zrodil při narušení primární vazby s matkou. Člověk tedy usiluje o objevení smyslu života jen z toho důvodu, aby našel své místo ve světě, a tím snížil nejistotu a strach ze svobody.

Pro Adlera potřeba smyslu představuje důsledek lidství, neboť říká, že být člověkem, znamená cítit se méněcenný (Adler, 1995). Navrhuje jediný možný způsob, jak překonat tento pocit a to snahu o dosažení dokonalosti vytvořením jakési ideální společnosti. Popisuje dva druhy smyslu – individuální a celkový „pravý“ smysl. Individuální smysl je dílčím smyslem individua, je jedním z milníků na cestě za pravým smyslem života. Zatímco náplň pravého smyslu je pouze jediná – vytvoření harmonické společnosti. Adler sám to označuje za nereálný cíl, existenci pravého smyslu nazývá vůdčí fikcí, symbolem, který funguje jako „hnací motor“ při rozvoji sebe sama a při stanovování si individuálních cílů. Na rozdíl např. od Frankla zdůrazňuje, že smysl života se dá nalézt pouze ve vnějším světě. Jedinec se nepokouší o sebetranscendenci, ale spíše se zaměřuje na pomoc druhým, což pramení z touhy po sounáležitosti. Tato teorie navzdory svým šlechtným hodnotám ztratila popularitu především kvůli utopickému pojetí a vysokým nárokům na jedince.

Analytická psychologie v čele s Jungem zastává názor, že duše potřebuje smysl svého bytí. Jung uvádí, že duše touží po vedení, pokud se jí tohoto nedostává, propadá strachu, dezorientaci a neschopnosti prožívat vlastní bytí. Krize smyslu znamená pro jedince roztříštěnost, která jej oddaluje od vysněného cíle celistvosti a podporuje jeho náchylnost k závislostem. Proces individuace je v podstatě cestou k objevení smyslu uskutečněním bytostného Já. Jde o nalezení místa v rámci systému založeného na celkovém smyslu, tedy začlenění vlastního Já do smyslu vyššího řádu. V dílech Junga nacházíme také podobnost s Franklem, zvláště pak při chápání života jako výzvy – „*Smysl mé existence záleží v tom, že mi život klade otázku. Nebo naopak: jsem sám otázkou, která je určena světu, a musím připojit odpověď, jinak bych zůstal odkázán pouze na odpověď světa.*“ (Jung, 1994, s. 272). Tato výzva se projevuje především při nároku na jedince, aby přijal zodpovědnost za své dobré i špatné stránky a dokázal si je představit jako dvě strany jedné mince. Jungův smysl je naplněn v konečném důsledku při přístupu jedince ke smrti, kdy je smrt považována za přirozenou součást života.

Posledním zástupcem psychoanalytického proudu je Yalom. Ten potřebu smyslu ztotožňuje s jedním z obranných mechanismů, jež se aktivuje při konfrontaci s existenciálními skutečnostmi vyvolávajícími v jedinci úzkost. Mezi existenciální skutečnosti řadí smrt, svobodu, osamělost a bezsmyslnost (Yalom, 2006). Yalom popisuje smysl života jako jedinečný konstrukt vytvořený jedincem s cílem porozumění těmto existenciálním skutečnostem, který můžeme nalézt, jak uvnitř, tak vně člověka. Yalom doporučuje nepřímý přístup ke smyslu, kdy se ponoříme do určité činnosti, nejlépe sebepřesahující, a doufáme, že jedná o pravý smysl. Za pravý smysl považuje tzv. kosmický smysl, který odpovídá celkovému smyslu u Junga. Dle Yaloma existuje jediný způsob, jak prožít pocit dosažení kosmického smyslu, a tím je nalezení světského smyslu, jenž by byl v harmonii s kosmickým smyslem. Jako možnou realizaci světského smyslu uvádí altruismus, závazky vůči něčemu, kreativitu, hédonismus a sebeaktualizaci. Zdůrazňuje, že nezáleží na typu uskutečňování nějaké hodnoty, jako spíše na intenzitě jejího prožívání, která pak zpětně posiluje či utlumuje pocit smysluplnosti.

3.4.2. Humanisticko – existenciální přístup

Tento přístup charakterizuje potřebu smyslu jako touhu po rozvoji a vlastním růstu. Jako hlavní zástupce můžeme uvést Frankla, Maslowa, Baumeistra či Längleho.

Frankl nazval potřebu smyslu termínem vůle po smyslu (Frankl, 1994), která člověka neustále žene k plnění požadavků jednotlivých hodnot a cílů a je součástí tzv. duchovního rozměru osobnosti člověka. Jedinec je zde tím, kdo slouží smyslu, kdo v každé situaci vidí jedinečnou výzvu, konkrétní úkol, který je potřeba splnit. Tento systém jedinečných požadavků Frankl nazývá jako tzv. osobní povolání. Pokud by člověk zůstal pouze u udržování stavu homeostázy, ignoroval by pobídky života, pocítil by hlubokou vnitřní prázdnotu tzv. existenciální vakuem pramenící z dlouhodobě nenaplněvané potřeby smyslu, tedy vznikající jako následek existenciální frustrace. Utváření a naplňování smyslu považoval za proces objevování individuálních hodnot v rámci specifických situací v životě, nikoli uvnitř jedince. Tím, že se jedinec zapojí do hledání smyslu života, přijímá zodpovědnost za svůj život a za rozhodnutí, které udělá na základě svého svědomí, orgánu smyslu. Frankl nepovažuje žádnou situaci za bezvýchodnou. V každé je skryta možnost volby, a tím i povinnost převzetí odpovědnosti. Člověk je uzpůsoben k vypořádání se i se situacemi přinášejícími utrpení možnostmi změny vlastního postoje. Tato možnost spočívá ve schopnosti sebetranscendence, čili opomenutí vlastních potřeb a zaměření se na hodnoty skryté v prostředí. Tyto hodnoty nabývají třech kvalit: tvořivé, zážitkové a postojové, z nichž právě ty poslední jsou ty nejcennější.

Pokračovatelem Franklovy teorie byl Alfred Längle, který se zaměřil na smysluplné jednání lidí v určitých životních situacích. Podle něj potřeba smyslu života pramení ze svobody, možnosti volby mezi hodnotami a dynamiky situace. Stejně jako u Frankla i Längle tvrdí, že smysl je obsažen v každé situaci, rozdíl spočívá v tom, že smysl není pevně dán, mění se spolu s vývojem situace. Na nás je pouze, abychom se rozhodli pro tu nejlepší možnou v daném okamžiku. Smysluplně žít tedy znamená v jeho podání tzv. odevzdání se hodnotě, plná zainteresovanost ve všem, co život člověku nabízí (Längle, 2002). Člověk zde není jen tím, kdo odpovídá životu, ale naopak funguje jako aktivní činitel, který obohacuje svět svými výtvoři. Avšak míra smysluplnosti nezávisí na výsledném produktu, ale na stupni angažovanosti v dané činnosti.

Maslow získal svou pozici v humanisticko – existenciálním proudu především kvůli zařazení potřeby smyslu mezi tzv. hodnoty bytí, vyšší potřeby, které nevyjadřují nedostatek něčeho, ale spíše touhu po rozvoji, sebeaktualizaci. V Maslowově pojetí tedy potřeba smyslu odpovídá sebeaktualizační tendenci, jež se objevuje při uspokojení nižších potřeb (Maslow, 2000). Naproti tomu Frankl říká, že k naplnění smyslu mohou přistoupit i jedinci, kteří vykazují deficit v jedné či více nižších potřeb, ale jsou schopni od něj odhlédnout. V případě Maslowovy teorie jedinec odhlédnout nemůže, neboť smysl života není ukryt v prostředí, ale pouze v člověku samotném. Shoda s Franklem je ve společném odmítnutí, že by cílem jedince bylo dosažení homeostázy. Maslowova hierarchie potřeb je totiž založena na lineárním principu, což znamená, že uspokojením potřeby, vznikne potřeba vyššího řádu.

Vnímaní potřeby smyslu jako odlišné potřeby od nižších, biologických potřeb je součástí také práce Baumeistera. Ve své knize (Baumeister, 1991) uvádí, že navzdory tomu, že biologické potřeby jsou zodpovědné za přežití jedince, větší negativní dopad na psychickou stránku člověka je přičítán nenaplněné potřebě smyslu. Baumeister popisuje čtyři pilíře potřeby smyslu:

- potřeba cílů
- potřeba vědomí kontroly a účinnosti
- potřeba vlastní hodnoty
- potřeba oprávnění

První potřeba je potřebou zaměření se na dosažení objektivních hodnot a s nimi spojeného subjektivního pocitu naplnění. Potřeba vědomí a kontroly zahrnuje, jednak schopnost predikce budoucích výsledků našeho jednání a jednak vyjadřuje snahu o smysluplné směřování k jasnému cíli. Potřeba vlastní hodnoty odpovídá touze po sebeocenění a nalezení vlastní významnosti a výjimečnosti. Poslední potřeba vypovídá o pokusu přesunout vlastní zodpovědnost na „vyšší moc“, od které žádáme schválení a ocenění našich činností. Míra spokojenosti a pocitu smysluplnosti je příměrná míře naplnění těchto potřeb.

Na Baumeisterovo rozdělení potřeby smyslu navazuje Halama (2007), který ho redukuje pouze na dvě potřeby – potřebou cílů a potřebou kognitivního rámce.

3.5. Smysl života a onkologické onemocnění

Diagnóza nádorového onemocnění konfrontuje jedince s realitou, je závažnou životní událostí, která jej nutí pocítit konečnost vlastního života. I přes poměrně dynamický program léčebných procedur pacient uniká do samoty a věnuje se bilancování. Hodnotí, zda naplnil cíle, které si předsevzal, přemýšlí nad svým směřováním v minulosti, rozvažuje plány do budoucnosti. Uvědoměním si možnosti blízké smrti může být konečně autentickým ve svých postojích a hodnotách a stejně tak může ozkoušet ryze vztahů a funkčnost sociální opory.

Pojetí souvislosti smyslu života a nádorového onemocnění se štěpí do dvou směrů. První pohled se opírá o teorii, že onemocnění je šancí k restrukturační hodnot a celkové změně životního stylu. Druhý přístup zahrnuje výzkumy vyzdvihující smysl života jako jednoho z možných zdrojů pro vyrovnání se s onemocněním.

Příkladem stoupence prvního pojetí může být Dostálová (1986), která považuje nemoc za cestu k vynucené změně životního stylu. Tvrdí, že životní styl je dán hodnotovou orientací člověka a právě na tyto hodnoty pak navazuje smysl života. Pokud člověk doposud jen pasivně přežíval, zapomněl klást důraz na hodnoty typu zdraví, štěstí, láska a nechal se pohltit stereotypním během života, „nakazil“ svůj organismus negativismem, který vytvořil podklad pro rozvoj nemoci. Vyrovnání se s onemocněním tedy lze jen znovunalezením opravdových hodnot. Taktéž Weber (1996) při svém výzkumu označil ztrátu smyslu spolu s pocitem prázdnoty za hlavní faktor vzniku a nepříznivého průběhu maligního onemocnění. V psychosomatické literatuře (např. Dahlke, Dethlefsen, 2003) se rovněž nádorové onemocnění rozvíjí, aby destabilizovalo dosavadní životní hodnoty vztahované pouze k jedinci samotnému a podpořilo jejich nahrazení autentickými prosociálně zaměřenými hodnotami. Toto onemocnění má člověka upozornit na přílišné ego – směřování a na jeho snahu vše pohltit. Léčba by pro něj měla být výzvou ke zmírnění zaujetí sebou samým a podporou pro umírněnější životní styl. Křivohlavý (2006) navrhuje, aby pacient přistupoval ke své nemoci jako k šanci k bilancování předchozího směřování a analýze vlastní hodnotové hierarchie. Pohled na nádorové onemocnění jako na možnost k hlubšímu porozumění duchovním hodnotám a k modifikaci osobnosti jedince zastává též Lukasová. Utrpení spojené s nemocí rozvíjí u jedince senzitivitu, zodpovědnost, nabízí mu čas pro kontemplaci.

Způsob, jakým se člověk vyrovná s traumatickou událostí, je onou specifickou možností, jak prokázat svou jedinečnost, je zkušeností, jež člověku navždy zůstane (Lukasová, 1998).

Výzkumy zabývající se pozitivním dopadem pocitu smysluplnosti na průběh onemocnění jsou oproti prvnímu přístupu početnější. Důvody jsou především v možnosti vyhnout se retrospektivnímu zkoumání, jasněji zvolená metodika a specifičnost respondentů. V zahraničních studiích orientovaných na smysl života se můžeme nejčastěji setkat s pojmem *meaning in life*, který zahrnuje nejen směřování jedince, ale také schopnost rozhodování se, plánování, porozumění, pocity integrace a vztahovosti. Člověk s vysokou hodnotou *meaning in life* se snadněji vyrovnává s negativními jevy, považuje je za incentivu k osobnímu růstu, je schopen je začlenit do kontextu svého života a pochopit jejich příčiny (Vickberg et al., 2001; Weisskopf – Joelson, 1968; Emmons, 1999). V tomto případě se nabízí přirovnání k Franklově vzdorné moci ducha (2006), jež nám umožňuje povznést se nad jakékoli somatické, psychické či sociální problémy tím, že ačkoli pociťujeme omezení v realizaci tvůrčích či zážitkových hodnot, stále můžeme modifikovat hodnoty postoje, které jsou reflexí naší osobnosti. Laicky řečeno, pokud pacient bude pojmát svou nemoc jako nepřemožitelnou a traumatickou událost, rozvine se u něj rezignující postoj, bude negovat jakékoli léčebné prostředky a procedury, a tím podpoří progresi onemocnění.

Důležitost přítomnosti smyslu života u pacientů v průběhu onemocnění je dána především v důsledku prokázání vztahu mezi pocitem smysluplnosti a uplatňovanými copingovými strategiemi (např. LeShan, 1960; Thompson et al., 1993; Svatošová, 1998; Křivohlavý, 2006). V rámci těchto výzkumů se existence smyslu života u onkologických pacientů jevila jako predispozice pro vlastní aktivitu, optimismus a důvěru v účinek léčby. Při ztrátě smyslu se u těchto jedinců projevil tendence k regresi, rezignaci, pasivitě a nerozhodnosti. Navíc tito lidé prožívali častěji pocity beznaděje, izolace a došlo u nich k prohloubení depresivního či anxiózního ladění.

Z výše popsaného nám vyplývá, že otázka po smyslu života je u pacientů s nádorovým onemocněním jednou z nejožehavějších. Rozvaha nad tím, zda ztráta smyslu či potlačování emocí může být příčinou vzniku a progresu maligního onemocnění je pro nás stále spíše konspirační teorií a prozatím nevidíme možnost s ohledem na množství působících faktorů, jak by tato kauzalita mohla být někdy prokázána/vyvrácena. Druhé pojetí smyslu života jako

„salutoprotektivního činitele“ je našemu postoji bližší. Už z Maslowovy hierarchie potřeb vyplývá, že každý člověk potřebuje následovat určitý cíl ve svém životě a navíc, pokud je danou hodnotou plně zaujat, je často schopen překonat nejednu překážku a zapomenout na aktuální útrapy. Nejen z výsledků studií, ale také z vlastní zkušenosti víme, že pokud člověk zná důvody svého jednání a dokáže predikovat důsledky s tímto jednáním spojené, pak u něj subjektivně roste pocit kontroly a jistoty, což se projeví také ve zvýšení prožitku „psychického komfortu“, který je považován za jednu z hlavních determinant možných úzdavy.

4. ČASOVÁ PERSPEKTIVA

4.1. Čas

Čas s prostorem tvoří dvě základní veličiny, které vytvářejí hranice lidského bytí, umožňují ukotvení jedince ve světě, jenž se pak jeví přehlednějším a srozumitelnějším. Spojení času a prostoru zaručuje existenci pohybu, který je ve své konkrétnější podobě funkcí vývoje, jakožto symbolu jedinečnosti okamžiku, nositele hodnot utvářejících smysl našeho směřování. Čas tedy může být určitým okamžikem - bodem, k němuž se vztahujeme. Můžeme jej také vnímat jako jakýsi proud vymezující vzdálenost mezi jednotlivými událostmi. Prostřednictvím paměti a vědomí není jen mezníkem událostí, ale také jejich spojovatelem.

Už z užívané terminologie vyplývá provázanost času a jednotlivých psychických procesů. V literatuře najdeme nejčastěji sousloví vědomí času, vnímání času, prožívání času. Z tohoto důvodu někteří autoři (např. Kulka, 2008) upřednostňují jakýsi komplex prvků vytvářejících tzv. smysl pro čas. Základem pro tento smysl je tedy propojení poznávacích procesů (paměť, vědomí, vnímání, pozornost...), fyziologických procesů a emocí. Zrání smyslu pro čas bývá dáváno do souvislosti s intelektem, čili jeho vývoj probíhá mezi čtyřmi a čtrnácti lety, kdy by již měl dosáhnout kvalit dospělého člověka. Avšak individuální způsoby funkce časového smyslu se transformují vlivem interních (fyziologické, duševní změny....) i externích (kultura, společnost...) faktorů během celého života. Kladení událostí vedle sebe, kauzalita, vědomí okamžiku svou subjektivitou modifikuje filozofii a přístup k životu každého jedince.

4.1.1. Druhy času

Základní dělení času je na čas objektivní a subjektivní.

Objektivní čas lze přesně změřit a definovat. Je vymezen např. kalendářem, hodinkami atp. Častěji je tento druh znám pod pojmem fyzikální čas, jako základní veličina soustavy jednotek SI, popř. racionální čas.

Naproti tomu subjektivní čas je vždy spjat s prožíváním jedince, jeho hodnocením. V tomto případě využíváme pojmu tzv. psychologický čas. Individuálnost se zde objevuje ve všech funkcích času a je dána především odlišností průběhu poznávacích procesů a emotivity. Konkrétními psychologickými determinantami jsou např. intenzita a atraktivita

prožitku, očekávání konce, vlastní iniciativa, míra pozornosti. Gorman a Wessman (1977) pro tento vlastní specifický způsob prožívání času použili pojem „žitý čas“. Pro tento druh času je typická neexistence (či nemožnost predikce?) kauzality jednotlivých dějů, která je predispozicí pro celoživotní proces utváření a přeměny jedinečné osobní identity. V rámci vymezení psychologického času nesmíme opomenout ani jeho změny v tempu a sledu událostí v důsledku vlivu prostředí (zde bývá také řazen tzv. M. Csikszentmihalyiho flow fenomén, kdy je jedinec natolik pohlcen svou činností, že čas pro něj přestává existovat). Pojetí psychologického času dalo vznik koncepcím zabývajícím se časovou orientací, časovou perspektivou.

Poddruhem subjektivního času je též čas biologický, který je odrazem denních, sezónních rytmů biologických procesů. Často bývá označován pojmem biologické hodiny, jež můžeme lokalizovat v suprachiasmatickém jádru. Jeho základem jsou fyziologické změny v organismu probíhající v návaznosti na děje v přírodě, např. změny tělesné teploty, tlaku krve, frekvence pulsů, obsahu železa v krevní plazmě, ale také celkové změny v CNS v čele s řízením cyklu spánek – bdění (Hancock, 1986). Od objektivního času se liší především v tempu prožitků a také v jejich délce trvání, např. dětství se z hlediska biologického času zdá dlouhé a rychlé, z pohledu objektivního času je to přesně obráceně (např. Šmajš, Krob, 1994).

4.1.2. Funkce času

První funkcí je vytváření pořadí, sledu událostí, které podporuje vnímání času jako lineární proměnné. Jedná se o proces subjektivní, tedy plně závislý na pohledu jedince. Tím, že rozlišíme před a po, sekundárně vydělíme v našem životě okamžik přítomnosti. Bergson (1947) uvádí, že vnímání přítomnosti se vždy odvíjí od existence vzpomínek na minulost a vytváří tak možnost posunu našeho vědomí v čase. Nadneseně by se dalo říci, že touto kontinuitou času zaručujeme své identitě budoucnost a získáváme schopnost porozumění významům, kontextu událostí, čímž zpevňujeme konstrukci smyslu a míry naplněnosti našeho života.

Druhou funkcí je trvání času, jenž nás informuje o tom, jak dlouhá doba uplynula. Oproti funkci řazení událostí vázané spíše na proces vnímání, je funkce trvání času spojena s emocemi, proto hovoříme o tzv. prožívání času. Jako vše, co je závislé na emocích i prožívání času je proces ryze subjektivní. Jedním z hlavních faktorů ovlivňující délku časové

prodlevy je věk jedince. Účinek tohoto činitele popisuje Janetův zákon, který říká, že vnímaná délka trvání je nepřímo úměrná délce prožitého života. Ve zkratce to tedy znamená, že čím jsme starší, tím kratší se nám zdají jednotlivé okamžiky. Dále se délka časového intervalu odvíjí od míry naplněnosti okamžiku, kvality a intenzity prožívaných emocí. Větší bohatost a monotónnost činností a výskyt nelibých intenzivních emocí zaručuje prodloužení časové prodlevy. Individuální hodnocení časové prodlevy není omezeno pouze na výše popsané determinanty, je možné se též zaměřit i na vliv ze stran průběhu jednotlivých poznávacích procesů, ale pro ilustraci role subjektivity v určování délky trvání času se mi jeví uvedené faktory jako dostačující.

Mareš (2010) připojuje ještě třetí funkci času – časovou perspektivu. Časová perspektiva vyjadřuje specifický vztah jedince k základním třem časovým úsekům (minulosti, přítomnosti a budoucnosti), který udává strukturu zkušeností a motivaci v jeho životě. V následující kapitole se tomuto tématu budeme věnovat podrobněji.

4.2. Časová perspektiva a časová orientace

Při pátrání po kořenech tohoto pojmu bychom se mohli střetnout s takovými jmény jako např. Frank, Lewin, Fraisser, Nuttin, kteří se zamýšleli nad individuálním zacházením s časem a také nad vztahovostí jednotlivých časových úseků, a tím odstartovali proces tzv. psychologizace času. V současnost jsou ale hlavními vůdci výzkumů zaměřených na toto téma dva lidé – Zimbardo a Boyd. Zimbardo a Boyd vytvořili ucelenou koncepci založenou na propojení času, emocí, kognice a především motivace. Pojem časové perspektivy definovali jako nevědomý proces kategorizace zkušenosti jedince do určitých časových rámců – minulost, přítomnost, budoucnost, z nichž pak vznikají základy pro smysluplnost a koherenci životních událostí (Zimbardo, Boyd, 1999). Síla vlivu těchto kognitivních rámců není pouze v jejich propojení s funkcemi paměti, ale především tkví v uplatnění v rámci anticipace budoucnosti. Konkrétněji má časová perspektiva svou působnost v oblasti cílů, rozhodnutí a způsobu jednání jedince. Holman a Zimbardo (2009) přistupovali k časové perspektivě jako k multidimenzionálnímu osobnostnímu konstrukt, jenž je v průběhu celého života rozvíjen a proměňován působením sociokulturních faktorů.

Teorie časové perspektivy měla své předchůdce také v Česku, např. pojmy otevřená budoucnost (Matějček, Langmaier, 2011), horizont šancí (Helus, 2004) a v neposlední řadě

perspektivní orientace (Pavelková, 1990) jsou s pojetím času ve velice úzkém vztahu. Pro tyto výzkumy je charakteristické zdůraznění jedné z funkcí časové perspektivy – anticipace budoucnosti. Ústředním tématem tedy pro ně byl spíše výsledný motivační charakter, než provádění jakési osobnostní analýzy a vytváření osobnostních profilů.

V souvislosti s pojmem časová perspektiva se můžeme v zahraniční literatuře setkat ještě s pojmy *time structure*, *temporal attitude* a *temporal extension*. *Time structure* zahrnuje dvě schopnosti – vnímání tempa času a integraci všech tří časových zón (Brown, 1990). *Temporal attitude* vyjadřuje, jak jedinec čas prožívá, např. pozitivní postoj k času se pojí s pocitem kontinuity, stability a soudržnosti (Yonge, 1973). Poslední termín *temporal extension* úzce souvisí s cíli a motivací, je proměnnou udávající „vzdálenost“ volených cílů (Nuttin, Lens, 1985).

Z komplexu časové perspektivy můžeme vydělit specifický způsob konstruování času, tzv. časovou orientaci jedince. Lennings (1996) upozorňuje na to, že časová orientace je tvořena dvěma aspekty: jedincovým emočním prožíváním představ o jednotlivých časových úsecích a preferovaným obdobím pro umístění cílů. Dá se říci, že časová orientace udává směr našeho života. To, jakým způsobem přistupujeme k časovým rámcům, se následně projevuje v našem rozhodování, plánování, prožívání, tedy celkově ovlivňuje náš životní styl. Lenningsův přístup odpovídá pojetí Zimbarda a Boyda (2008), kteří při definování časové perspektivy kladli důraz zvláště na individuální postoj jedince k jednotlivým časovým úsekům. Tento postoj však ve většině případů není vždy úplně rovnocenný, stává se, že jeden z rámců časové perspektivy bude upřednostňován nad ostatními, a tím získá určitý dominantní vliv na rozhodování a jednání jedince jako důsledek zkreslené percepce reality. Výsledkem tohoto procesu je specifický osobnostní profil, který byl vytvořen na základě preferované časové orientace. Charakteristikami jednotlivých profilů vycházejících z dotazníku ZTPI se budeme zabývat v následujícím textu.

4.3. Dimenze časové perspektivy

Jak jsme popsali výše, Zimbardo s Boydem (1999) vytyčili tři kognitivní rámce časové perspektivy – minulost, přítomnost, budoucnost, které mají i své podtypy (s výjimkou orientace na budoucnost - podtyp transcendentální budoucnosti byl přidán později): minulost může být pozitivní, negativní; přítomnost můžeme rozlišit na hédonistickou a

fatalistickou. Při tvorbě této koncepce vycházeli z Lewinovy teorie životního prostoru, jež se jako jedna z prvních věnovala propojením mezi jedincovým chováním v přítomnosti s minulými zážitky a budoucími cíli. V následujícím popisu pěti osobnostních profilů si pojmenujeme základní charakteristiky odvozené od specifické časové orientace. Vzorem pro tento souhrn rysů mi byly studie Zimbarda a Boyda (1999, 2008), Daughertyho a Braseho (2010), Shella a Husmana (2001), Boniwella a Zimbarda (2004).

4.3.1. Orientace na minulost

Synonyma pro dominanci minulosti by mohly být např. důležitost rituálů, tradic, rodiny a také stabilita a kontinuita. Tento typ lidí je spíše konzervativní, vyrovnaný. Jeho jednání vždy podléhá dřívějším zkušenostem. Při řešení problémů tíhnou k využití analogií na místo vlastní invence. Více než obvykle prožívají konflikty mezi svým jednáním v přítomnosti a hodnotami danými minulostí. Dle typu našeho vztahu k prožité minulosti ještě dále tuto kategorii rozdělujeme na minulost pozitivní a minulost negativní.

Minulost pozitivní, jak už je naznačeno v samotném názvu, je oproštěna od „slabých“ stránek (např. rigidity, izolace, unylosti) jedince orientovaného na minulost. Naopak se často jedná o kreativní, emočně stabilní, energické osoby s pevným rodinným zázemím a širokou sociální sítí. Jedním ze záporů je jejich nostalgie a smutek za prožitými událostmi, které je utvrzují ve výjimečnosti minulého, a tak znehodnocují přítomné i budoucí.

Orientace na negativní minulost vyvstává z traumatických či nepříjemných vzpomínek udávajících celkově ambivalentní postoj nejen k okolí, ale také k vlastní rodině. Tito lidé mají často tendenci vyhýbat se překážkám, unikat do samoty. Jsou spíše labilní, popudliví, se sklonem k úzkostem, neurózám a depresím. Pocit bezpečí zažívají pouze, pokud jim situace dovoluje zůstat u svých ověřených strategií a navyklých způsobů jednání.

4.3.2. Orientace na přítomnost

Hlavní rysem jedinců orientovaných na přítomnost je, oproti orientaci na minulost, nestabilita, která je dána především jejich predispozicí podléhat aktuálně působícím podnětům bez ohledu na to, zda se jedná o podněty z vnějšího či vnitřního prostředí. Opomíjejí následování dlouhodobých cílů, nepřemýšlejí nad důsledky svého jednání, stejně jako nad dřívějšími zkušenostmi. Při rozhodování je pro ně směrodatná pouze kvalita a

intenzita daného podnětu a možnost okamžitého uspokojení potřeb. Opět dle dotazníku ZTPI můžeme tuto orientaci dále členit.

Prvním specifickým typem je hédonistická přítomnost, pro niž je nejtypičtější vlastností snaha o okamžité uspokojení potřeb příjemnou a nenáročnou cestou. Jakékoli plánování, vytrvalá práce či myšlenkové rozvahy a bilancování jsou pro ně naprosto neznámými činnostmi. V důsledku katalymního myšlení je jejich jednání impulzivní až výbušné zaměřené na vyhledávání vzrušení, rizika a zábavy. Jejich pozitivem je, že se výborně adaptují na situace vyžadující rychlá a kreativní rozhodnutí. Okolí si získávají svou spontaneitou, přátelstvem a vitalitou.

Fatalistická přítomnost je druhým pólem přítomné orientace. Už z adjektiva vyplývá jejich emoční naladění a směr myšlení. Tito lidé se plně poddávají vlivu vnějšího světa, nechávají řízení svých životů na osudu, Bohu. Beznaděj, bezmoc, rezignace, přeceňování neúspěchu a pocity viny jsou ústředními charakteristikami fatalistického přístupu. Celkové negativně laděné prožívání predikuje u těchto jedinců vyšší výskyt depresivních a úzkostných stavů.

4.3.3. Orientace na budoucnost

V současné společnosti je trendem být orientován na budoucnost, tedy klást si dlouhodobé cíle a soustředěně pracovat na jejich dosažení. Tato orientace je provázená uvědomělostí, touhou po seberealizaci a sebezdokonalování. Dalo by se říci, že tento typ lidí je po všech stránkách dokonalý – dodržuje zdravý životní styl a pravidelný režim, riskování a spontaneita jsou nahrazeny plánováním a sebekontrolou. Jsou vynalézaví, pragmatičtí, zodpovědní a odolní vůči okolním vlivům. Přítomné překážky považují za výzvu, k jejich překonání jim pomáhají vlastní představy o ideální budoucnosti a v neposlední řadě také vysoké sebevědomí. Jejich omezení můžeme nalézt především v neschopnosti odpočívat a ve sklonu přehlížet okolí.

Jak jsme si mohli všimnout, přeceňování pouze jednoho časového rámce sebou vždy přináší nejen silné, ale také slabé stránky. Těsná vazba na minulost může být základem pro stabilitu, ale v dnešním světě plném změn, kdy je zapotřebí flexibilita, tvoří spíše predispozici k úzkosti, depresi a neurotickému chování. Žití pouze pro hédonistickou přítomnost může umocňovat pocit radosti a chuti prožít okamžiky v plné hloubce, ale chybějící „racionální

brzdy“ spolu s emoční nestabilitou takového jedince mohou přiblížit k hraničním poruchám osobnosti, popř. závislostnímu chování. Naopak fatalistická přítomnost může chránit před vlastním selháním podporou alibismu a přenášením zodpovědnosti na své okolí, nicméně za tento přístup člověk platí daň v podobě všudypřítomného depresivního ladění a pocitů zmaru. Jako nejvýhodnější se jeví orientace na budoucnost. Když ale odhlédneme od snahy po neustálém postupu vpřed, zůstane nám plně se kontrolující jedinec s tendencí upřednostnit sebe před ostatními. Být pracovitý a zaměřený na odměnu je jistě vhodnou strategií, jak se adaptovat na současné poměry, co ale dělat, když bude jedinec opakovaně zklamáván a cesta práce mu bude uzavřena např. nemocí, postižením atp. Nakolik je nevyčerpatelný jeho optimismus a schopnost brát překážky za výzvy? Opravdu je dostačujícím zdrojem pro toto jednání pouze pocit vlastní sebeúčinnosti a naděje v lepší budoucnost? Zdá se, že i tento profil má své slabiny.

Jakkoli se tedy může jevit, že jeden kognitivní rámeček přináší více pozitiv než jiný, ukázali jsme si, že adaptivní strategií je spíše než stabilní vyhraněnost schopnost „přepínat“ mezi jednotlivými časovými orientacemi dle povahy situace, v nichž se nacházíme. Pokud schopnost „přepínání“, označovanou též pojmem mentální cestování (Suddendorf, Busby, 2005) propojíme s kombinací vyšších hodnot u orientací na pozitivní minulost, hédonistickou přítomnost a budoucnost, získáme tak ideální profil osobnosti (Boniwell, Zimbardo, 2004), který určuje optimální míru pro fyzické i duševní zdraví jedince schopného vyrovnat se s jakoukoli překážkou. Pro uzavření popisu jednotlivých rysů spojených s danou orientací je důležité říci, že je jen vzácností nalézt člověka, který by vykazoval projevy spjaté pouze s jedním časovým rámcem. Ve většině případů se setkáváme s kombinací různých časových orientací, kde jedna může mírně dominovat.

4.4. Pozitivní vliv časové orientace na průběh onkologického onemocnění

Diagnóza onkologického onemocnění sebou přináší radikální změny ve všech oblastech bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Dle Wainstocka (1991) dochází k narušení somatického obrazu, kdy se pacientky často musejí smířit s dopady léčebných zákroků, v návaznosti na potlačování emocí, stres, pocity méněcennosti a ztráty kontroly nad situací, se objevují také psychické potíže. Pro přizpůsobení se léčebnému procesu je potřeba, aby

jedinec opustil své „místo ve společnosti“ a přijal novou roli pacienta, díky níž dochází k ochuzení interpersonálních kontaktů a celkově ke snížení možností, jak uspokojit své potřeby. Při sdělení diagnózy onkologického onemocnění je otřesena především dimenze spirituální, konkrétně je destabilizován žebříček hodnot jedince a spolu s ním přichází též pocity rezignace, bezmoci spojené se ztrátou smyslu a možnosti být užitečný. Coan (1977) uvedl pět podmínek, které mohou minimalizovat negativní důsledky onkologického onemocnění – efektivnost, pospolitost, tvořivost, vnitřní soulad a transcendence. Spiegel a Kato (1996) navíc zdůrazňují, že kromě psychické pohody hraje při úzdavě taktéž roli compliance pacienta a postoj k režimovým povinnostem. Dle nich by predispozicemi k dodržování role „dobrého pacienta“ měly být cílevědomost, pocit smysluplnosti, anticipace budoucnosti a v neposlední řadě rodinné zázemí. Na základě výše popsaných charakteristik bychom mohli předpokládat, že pro úzdavu se jako nejvhodnější jeví kombinace orientace na budoucnost spolu s orientací na pozitivní minulost, jež u jedince podporuje stabilitu, pocit smysluplnosti a motivaci k léčbě.

Již v předchozích kapitolách jsme si naznačili pojetí časové perspektivy Zimbarda a Holmana (2009) jako určitého multidimenzionálního konstruktů, který je neustále v průběhu celého života jedince pozměňován. Faktory stimulujícími změnu mohou být věk, vzdělání, socioekonomický status, životní události, celkově styl výchovy, způsob socializace a tedy i předané hodnoty, postoje a vzorce chování.

Pro podporu léčby onkologického onemocnění jsme si stanovili jako přínosnou kombinaci orientace na pozitivní minulost a budoucnost, jejichž společný výskyt byl v mnoha výzkumech prokázán vzájemnou pozitivní korelací. Tento vztah jen potvrzuje důležitou roli zázemí a výchovy při rozvoji tvořivosti, sebejistoty, optimismu a cílevědomosti (Laghi et al., 2008). Co dále má vliv na přiblížení jedince k „prospěšnému“ časovému nastavení?

Zimbardo a Boyd (2008) popsali cestu orientace na budoucnost prostřednictvím vyššího vzdělání, socioekonomické úrovně a také ve zkušenosti s překonáním vážného onemocnění, která umocňuje potřebu zodpovědně zacházet s časem, konat smysluplná rozhodnutí a být v životě aktivní. Při definování posledního faktoru vycházel Zimbardo ze vzpomínek na dobu, kdy se zotavoval po těžkém úrazu. Změny v osobnosti člověka, jeho copingových strategií a způsobu života v důsledku onemocnění a hospitalizace rovněž ve svých pracích zmiňuje

Trachtová (2005). Jaká jsou pozitiva orientace na budoucnost pro onkologické pacienty? Pokud opomeneme studie dokládající motivační charakter orientace na budoucnost, schopnost konstruktivně řešit problémy a tendenci k uvážlivým rozhodnutím (např. Phan, 2009), můžeme poukázat také na její spojitost se zdravým životním stylem (např. Keough et al., 1999). Bylo prokázáno, že jedinci orientovaní na budoucnost více inklinují ke sportovnímu vyžití a zdravému stravování a častěji docházejí na preventivní prohlídky (Daugherty, Brase, 2010, D'Alessio et al., 2003, Weinman et al., 2009).

Orientace na pozitivní minulost se rozvíjí sama v důsledku procesu stárnutí. Nostalgie za minulostí se objevuje zejména po přelomu 50. roku věku (Boniwell, Zimbardo, 2004), pravděpodobně souvisí s bilancováním a postupným poklesem aktivit a iniciativy. Toto prokazuje také socio – emocionální teorie Cartensena (Cartensen et al., 1999), která upozorňuje na to, že jakákoli zlomová období v životě člověka jsou vždy doprovázena změnou kognitivního rámce času. Padesátý rok je charakteristický, po uplynutí období určeného pro rozvahu, jež jedince nutí k prozkoumání svých aktuálních potřeb, kdy převažuje zaměření se na přítomnost, přechodem od orientace na budoucnost k orientaci na minulost. Orientace na pozitivní minulost umožňuje jedinci stanovit si smysluplné a reálné cíle, dále podporuje jeho emoční stabilitu a rozpomenutí si na svou rodinu, a tím mu zpřístupňuje, v nemoci tak důležité, zdroje sociální opory (Goldberg, Maslach, 1996, in Zimbardo, Boyd, 2008). Takto orientovaní jedinci mají ještě další zdroj, ze kterého mohou čerpat radost a energii, a tím je naděje a optimismus (Boniwell et al., 2010).

Shrnuli jsme, jaký podpůrný potenciál může mít orientace na určitý časový výsek v rámci léčebného procesu. Pokud navíc vezmeme do úvahy možnou intervenci ke změně časové perspektivy, pak bychom ji mohli považovat za vhodný terapeutický nástroj k modelaci chování s cílem usnadnění smíření se s nepříjemnou diagnózou. Z toho vyplývá, již řečené, že časová perspektiva je důležitým prediktorem toho, jak se dotyčný bude chovat, jaké budou jeho hodnoty a na co bude brát zřetel. Tato teze platí u zdravého jedince, stejně jako u nemocného. Nejdříve je pro nás zásadní zjistit, zda a jak se časová orientace mění při přijetí role pacienta a také důvod tohoto přechodu.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5. METODOLOGICKÝ RÁMEC STUDIE

5.1. Formulace problému

V předchozích kapitolách teoretické části byl rozebírán vztah alexithymie, časové perspektivy a smyslu života s onkologickým onemocněním. Souvislost alexithymie a tohoto onemocnění již byla prokázána v dřívějších výzkumech (Eskellinen, Ollonen, 2011; Lauriola et al., 2011). Za zvláště zajímavý závěr můžeme označit myšlenku spojitosti většího množství somatických stesků s vyššími skóry v dotazníku TAS – 20 (např. Chen et al., 2009). Vzhledem k výsledkům těchto výzkumů by bylo přínosem zaměřit se na zjištění, zda onkologické onemocnění sebou přináší zvýšení pravděpodobnosti rozvoje alexithymických rysů a zda celkově lze redukovat alexithymické deficity v důsledku prožívání naplněného života, popř. jestli lze nalézt vztah mezi alexithymickými projevy a preferováním specifické časové orientace.

Otázka propojení mezi onkologickým onemocněním a časovou perspektivou je polem poměrně neprobádaným. Nicméně, jak již bylo popsáno, Holman a Zimbardo (2009) definovali časovou perspektivu jako multidimenzionální konstrukt osobnosti, který je modifikován v průběhu celého života vlivem sociokulturních faktorů a individuálních zkušeností, kam též můžeme zařadit vznik a léčbu onkologického onemocnění. Sám Zimbardo (2008) viděl v překonání dlouhodobého onemocnění faktor podporující inklinaci k orientaci na budoucnost. Orientace na fatalistickou přítomnost, negativní minulost zase bývá dávána do souvislosti s intolerancí ke stresu, úzkostmi a depresivním laděním. Orientace na pozitivní minulost může být považována za „skrytý zdroj“ sociální opory a jakési stability v životě. Hédonistická přítomnost naopak vytváří základ pro zvědavost, aktivitu a touhu poznávat. Všechny tyto popsané charakteristiky, které jsou specifické pro dané časové orientace, modifikují postoje, hodnoty a celkově životní styl jedince. Odhalení individuální strukturace času nám může pomoci porozumět příčinám chování člověka, a tím pak můžeme zmírnit některé z negativních důsledků preferované časové orientace, které mohou způsobovat značné komplikace při léčbě.

Posledním styčným tématem této práce je smysluplnost v životě jedince. Je obecně známo, že každý člověk potřebuje někam směřovat, vztahovat se k určitým bodům napříč

časem, aby mohl mít větší náhled na svůj vývoj. Tyto body, jakožto hodnoty jedince, jsou pro něj jistotou, činí svět srozumitelnějším a strukturovaným. S rozvojem onkologického onemocnění dochází k jejich destabilizaci, ale z hlediska lidské přirozenosti je nezbytné, aby byly znovu rekonstruovány do podoby, která umožní jejich uplatnění i v situaci nemoci. Vyšší míra naplněnosti umocňuje u jedince vlastní aktivitu, optimismus a důvěru v účinek léčby, je „ochranným štítem“ proti sklonům k rezignaci, regresi, depresi a úzkosti. Spolu se sociální oporou tvoří smysl života jeden z hlavních faktorů, jež jsou základními kameny dobrého psychického stavu nemocného. Postavení smyslu života u onkologicky nemocných je již zřejmé, ale jeho vztah ke dvěma předchozím tématům – alexithymie a časová orientace, je prozatím založen jen na hypotézách.

5.1.1. Cíle studie

Hlavním cílem studie je prozkoumat míru alexithymie, smysluplnosti, deprese a preferovanou časovou orientaci žen s karcinomem prsu ve srovnání s relativně zdravými ženami a v návaznosti na toto zjištění objasnit společnou dynamiku možných souvislostí mezi těmito čtyřmi charakteristikami.

Jednotlivé konkrétní cíle:

- profily dimenzí ESK škály, dotazníku ZTPI, ZSDS a TAS – 20
- koreláty dimenzí ESK a ZTPI
- vybrané koreláty dimenzí ESK a TAS – 20
- koreláty škál ZTPI a TAS – 20
- vybrané koreláty dimenzí ESK škály, dotazníků ZTPI a TAS – 20 s CS ZSDS
- vybrané koreláty věku a škál ESK, ZTPI, TAS – 20 a ZSDS

5.1.2. Stanovené hypotézy...

Dle výše uvedených cílů byly formulovány tyto hypotézy:

H1: Vyšší výskyt depresivních symptomů je signifikantně spjatý s rozvojem alexithymických rysů u obou souborů žen.

H2: Se vzrůstající mírou prožívané smysluplnosti u obou vzorků statisticky významně klesá intenzita deprese.

H3: Vyšší míra prožívané smysluplnosti statisticky významně souvisí s nižším výskytem alexithymických projevů u obou skupin respondentek.

H4: Se vzrůstající mírou prožívané smysluplnosti je patrný u žen s karcinomem prsu signifikantní odklon od orientace na fatalistickou přítomnost.

H5: Vyšší míra alexithymie u žen s karcinomem prsu je statisticky významná v souvislosti s preferencí orientace na negativní minulost.

H6: Se zvýšením hodnoty na škále existencialita u relativně zdravých žen signifikantně roste též výsledný skóre v dimenzi časové orientace na budoucnost.

H7: Ženy s karcinomem prsu vykazují signifikantně více depresivních symptomů než relativně zdravé ženy.

Platnost stanovených hypotéz H1, H2 a H3 bude u každého souboru posuzována samostatně.

5.2. Aplikovaná metodika

5.2.1. Dotazníky

Vzhledem ke stanoveným cílům práce zaměřené na míru prožívané smysluplnosti ve vztahu s výskytem alexithymických rysů, depresivní symptomatiky a časové orientace u žen s karcinomem prsu jsem zvolila baterii čtyř dotazníků: ESK škála, TAS – 20, ZSDS a ZTPI.

ZTPI – The Zimbardo's Time Perspective Inventory

Tento dotazník je řazen mezi první metody, které mají za cíl diagnostikovat komplex všech kognitivních rámců času, a i přes toto poněkud nejasně definované zaměření, vykazuje dobré psychometrické vlastnosti (vysoká validita, reliabilita a vnitřní konzistence). Originální verze byla vytvořena v roce 1997 Zimbardem a jeho týmem (Zimbardo, Boyd, 1999). V této práci je využita již oficiální česká verze dotazníku ověřená Lukavskou (Lukavská et al., 2011).

ZTPI je složen z 56 položek – oznamovacích vět, na které respondent odpovídá pomocí pětistupňové Likertovy škály s póly od rozhodného nesouhlasu po rozhodný souhlas. Při vyhodnocování dotazníku skórujeme každou odpověď jedním až pěti body (rozhodný nesouhlas = 1, rozhodný souhlas = 5, pokud se nejedná o obrácené skórování). Výstupem dotazníku ZTPI je pět škál: Negativní minulost, Pozitivní minulost, Hédonistická přítomnost, Fatalistická přítomnost a Budoucnost.

Významy jednotlivých škál již byly popsány v teoretické části v kapitole Dimenze časové perspektivy, následující popis bude pouze doplněním předchozího textu.

Negativní minulost je sycena deseti položkami (č. 4, 5, 16, 22, 27, 33, 34, 36, 50, 54, jejich součet pak vydělíme deseti). Tato škála je ukazatelem subjektivní averze k minulosti, nikoli objektivně nepříznivých dřívějších zkušeností. Vyšší hodnoty v této škále mohou být považovány za prediktory depresivních a úzkostných sklonů.

Pozitivní minulost je tvořena devíti položkami (č. 2, 7, 11, 15, 20, 29, 49 s klasickým bodováním a položky č. 25 a 41 s obráceným skórováním, po součtu vydělíme devíti). Tato dimenze zahrnuje projevy sentimentu a nostalgie za minulými událostmi.

Hédonistická přítomnost je založena na součtu patnácti položek (č. 1, 8, 12, 17, 19, 23, 26, 28, 31, 32, 42, 44, 46, 48, 55) vyděleném číslem patnáct. Základním projevem typickým pro tuto škálu je bezohlednost k následkům vlastního jednání s cílem okamžitého uspokojení potřeb. Bývá sem řazena motivace k hledání nových podnětů, tzv. stimulation seeking.

Fatalistická přítomnost je dána součtem devíti položek (č. 3, 14, 35, 37, 38, 39, 47, 52, 53) děleného devíti. Vysoký výsledný skór v této škále ukazuje na rezignovaný postoj a přenášení zodpovědnosti na druhé. Míra orientace na fatalistickou přítomnost je dávána do souvislosti s výskytem agrese, úzkosti či deprese.

Orientace na budoucnost se odvíjí od součtu třinácti položek (č. 6, 10, 13, 18, 21, 30, 40, 43, 45, 51. č. 9, 24, 56 opět s obráceným skórováním) s třináctkou jako dělitelem. Tato dimenze určuje míru podřízenosti současného chování budoucím cílům.

TAS – 20 – The twenty item Toronto alexithymia scale

TAS – 20 je druhou revizí dotazníku TAS. Jeho autory byli Taylor, Bagby a Parker (Taylor et al., 1997), oficiální a standardizovaná česká verze prozatím neexistuje.

Jedná se o sebesposuzovací škálu dvaceti položek s odpověďmi ve formě pětistupňové Likertovy škály (1= rozhodně nesouhlasím, 5 = rozhodně souhlasím). Při zpracování dotazníku, skórujeme každou odpověď analogicky k Likertově škále (s výjimkou položek č. 4, 5, 10, 18, 19 – zde dochází k inverzi).

TAS – 20 je sycen třemi faktory: obtížností identifikovat pocity (zahrnuje položky č. 2, 4, 7, 12, 17), popsat pocity (tvořena otázkami č. 1, 3, 6, 9, 11, 13, 14) a externě orientovaným myšlením (je dán součtem bodů odpovědí č. 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20).

Součástí TAS – 20 je také celkový součet skóre ukazující na přítomnost či nepřítomnost alexithymie. Hodnota celkového skóre se pohybuje v rozmezí od dvaceti do sta, nižšího skóre dosahují nealexithymičtí jedinci. Hraniční pásmo pro diagnostiku alexithymie se nachází mezi 61 – 51 body.

ZSDS – Zung Self-rating depression scale

Zungova sebesposuzovací škála deprese byla vytvořena v roce 1965 (Zung, 1965). Skládá se z dvaceti oznamovacích vět, jež zastupují jednotlivé symptomy deprese. Respondent volí odpovědi dle častosti výskytu daného příznaku (1= málokdy, 4 = většinu času). Vyhodnocení opět odpovídá Likertově škále, tzn. každé položce přidělujeme 1 – 4 body (inverzní skórování je pouze u položek č.: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20).

Výstupem této škály je celkový skór (možnost převedení na SDS index v %), který vypovídá o přítomnosti, popř. závažnosti onemocnění. Výsledný součet může dosahovat maximálně 80 bodů. 50 a více bodů odpovídá narůstajícímu množství depresivní symptomatiky.

V klinické praxi bývá před určením intenzity deprese dáována přednost rozdělení položek dotazníku do čtyř kategorií: přímé poruchy afektivity, fyziologické poruchy, psychomotorické poruchy a psychologické projevy.

ESK škála - Existenciální škála

Tento dotazník vznikl v roce 2000 jako výsledek spolupráce A. Längleho, Ch. Orglerové a M. Kundiho. Českou verzi vytvořenou K. Balcarem vydalo Testcentrum Praha v roce 2001. Tento test zjišťuje míru smysluplnosti života jedince, jeho rozvoj a využití vlastních schopností k dosažení naplněného způsobu žití.

Dotazník je tvořen 46 tvrzeními, v rámci nichž jedinec vyznačuje odpověď na šestistupňové škále (možnosti – naprosto platí, s výjimkami platí, spíše platí, spíše neplatí, s výjimkami neplatí a naprosto neplatí). Pro přehlednější hodnocení jsou jednotlivé položky seřazeny do čtyř základních podskupin, které odpovídají čtyřem způsobům popsaných Länglem jak nalézt smysl života (umění odstupu - nezkresleného vnímání, nalezení hodnot, schopnost volby mezi nimi a realizace rozhodnutí spojená s odpovědností za následky).

Základní podskupiny:

- Sebeodstup
- Sebeopřesah
- Svoboda
- Odpovědnost

Sebeodstup popisuje jedincovo vnímání vnější reality, zda je schopen odhlédnutí od vlastních přesvědčení, emocí a cílů a nezkreslenému otevření se světu. Nízké skóre (pod 26 bodů) ukazuje na zaměření se člověka na sebe samého, doslova na „vlastní spoutání“ a ztrátu orientace v prostředí i v sobě samém. Naproti tomu vyšší skóre (nad 40) je charakteristický spíše pro lidi soustředěné na výkon a dokonalost, kteří jsou při extrémních situacích schopni až vlastního sebezapření.

Sebeopřesah je vztahován k identifikaci hodnot ve vnějším světě. Jedná se o možnost jedince navázání vztahu k určitému objektu či subjektu. V podstatě odráží míru citové angažovanosti, popř. nezávislosti člověka. Nízká výsledná hodnota (pod 58) je považována za citovou oploštělost, vztahovou chudost. Naopak vyšší výsledek (kolem 75 a výš) značí citovou angažovanost, přístupnost a empatii v rámci sociálních aktivit.

Svoboda je pojímána jako schopnost volby dle vlastního uvážení. Nižších hodnot (pod 37) dosahují lidé s fatalistickým, pasivním či úzkostným přístupem k životu. Stoupající skóre (nad 50) je přímo úměrný pevnosti a jistotě při rozhodování.

Odpovědnost je závislá na stabilním sebehodnocení a aktivním jednání jedince, který je schopen také nést následky za své činy. Nižší výsledek (pod 41) reflektuje pasivní, zdrženlivý postoj, odpovídající větě: „Kdo nic nedělá, nic nezkazí“. Při vyšších hodnotách (nad 63) si

člověk více uvědomuje své povinnosti a nutnou práci na „životních úkolech“. Každá překážka je pro něj výzvou.

Sečtením skóru sebeodstupu a sebezpřesahu získáme hodnotu dimenze označované jako personalita (též osobní faktor). Tento faktor úzce souvisí s neskresleným vnímáním sebe a světa a otevřeností vůči okolí. Nízké skóre (pod 86) může být ukazatelem uzavřenosti, sebezkoumáním a také sklonem k psychosomatickým reakcím. Se stoupajícím skórem roste i jakási smyslová dráždivost a emocionalita jedince.

Výsledkem součtu svobody a odpovědnosti je hodnota dimenze existencialita (tzv. existenciální faktor), kterou je možné ztotožnit s mírou aktivního rozhodování se a následné realizace volby. Nižší výsledek (pod 81) vypovídá o nejistotě, útlumu, nižší odolnosti vůči zátěži a naopak vyššímu sklonu ke konformitě. Jedinec s vyšším skórem již našel své místo ve světě a akceptoval povinnosti s ním spojené. Vystupuje odhodlaně a autenticky.

Souhrnným výstupem ESK škály je tzv. Celkový skór udávající míru prožívané smysluplnosti. Zahrnuje jedincovo pojetí světa, postoj k sobě samému, způsobilost k překonávání překážek a aktivní nalézání a dosahování hodnot a cílů zvolených dle vlastního uvážení. Z nižší výsledné hodnoty (pod 169) vyplývá potlačení individuality, snaha o splynutí s většinou a podrobení se autoritě. Naproti tomu jedinec s vyšším skórem (nad 230) vede život založený na systému a přesně stanovených hodnotách bez jakýchkoli impulzivních zkratů. Tito jedinci jsou otevření, rozhodní, aktivní a zodpovědní.

5.2.2. Statistika ve studii

Data získaná z dotazníku ZSDS, ZTPI, ESK a TAS – 20 byla zpracována a vyhodnocena pomocí programu Microsoft Excel s využitím funkcí popisné statistiky, Fisherova F - testu, Studentova t – testu (s ne/rovností rozptylů) při hladině významnosti 0, 05% a korelace Pearsonova koeficientu (při 5% hl. v., N=60, rkrit = 0,25). Interpretace hodnoty korelačního koeficientu odpovídá pásmům uvedeným v tabulce.

Tabulka č. 3 : Interpretace hodnoty korelačního koeficientu (Mareš, Rabušic, 2000)

Hodnota korelačního koeficientu	Míra souvislosti
0,00 – 0,19	velmi nízká
0,20 – 0,39	nízká
0,40 – 0,69	střední
0,70 – 0,89	vysoká
0,90 – 1,00	velmi vysoká

5.3. Zkoumaný soubor

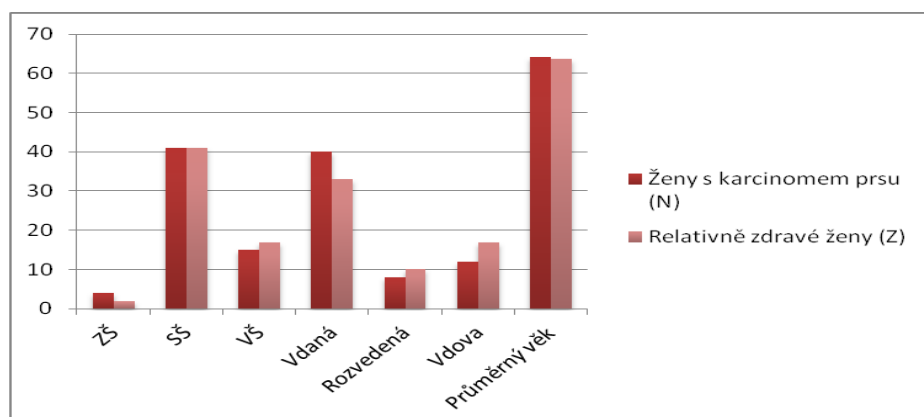
Výzkumné studie se zúčastnilo 120 žen nad 50 let. Respondentky byly rozděleny do dvou šedesátičlenných souborů dle ne/přítomnosti nádorového onemocnění. Věkový průměr celého souboru dosahoval 64 let. Ani v jedné ze dvou skupin se neobjevila svobodná žena.

Skupina žen s karcinomem prsu byla tvořena 13 hospitalizovanými pacientkami a 47 ženami z občanských sdružení. Průměrný věk tohoto vzorku činil 64,1 let, nejstarší účastníci bylo 82 let. V tomto souboru převažovaly středoškolsky vzdělané ženy (41) nad ženami s VŠ (15) a se ZŠ vzděláním (4). S ohledem na rodinný stav dominovaly vdané ženy (40), za nimi se umístily téměř rovnocenně vdovy (12) a ženy rozvedené (8).

V souboru relativně zdravých žen byl stanoven průměrný věk 63,8 let, s horní věkovou hranicí 74 let. I zde se do popředí dostaly středoškolsky vzdělané ženy (41) před ženami s VŠ (17) a ZŠ vzděláním (2). V rodinném uspořádání i tentokrát převládaly ženy vdané (33). Početněji byly zastoupeny ženy rozvedené (10) a ovdovělé (17).

Pro větší přehlednost a možnost srovnání obou skupin jsou veškeré údaje zobrazeny v grafu.

Graf č. 1: Charakteristiky zkoumaného souboru



5.4. Organizace a průběh šetření

Šetření probíhalo v období srpen až prosinec 2012. Byly osloveny tři nemocnice a šestnáct spolků sdružujících ženy s karcinomem prsu. Při náboru relativně zdravých žen byly osloveny studentky univerzit třetího věku a klientky domovů pro seniory.

Spolupráce byla navázána se dvěma zdravotnickými zařízeními – Fakultní nemocnicí Ostrava a Masarykovým onkologickým ústavem Brno. Sběru dat v těchto zařízeních předcházelo udělení souhlasu etickou komisí s provedením šetření. Jednání s třetí nemocnicí (Krajská nemocnice Tomáše Bati) bylo kvůli prodlevám zrušeno.

Ze sdružení souhlasily s administrací dotazníků téměř dvě třetiny, tj. 11 spolků. K nejaktivnějším z nich patřily Onko klub Slunečnice Olomouc a Onko Amazonky Ostrava.

Z oslovených univerzit třetího věku kladně odpověděly jen tři – Jihlava, Plzeň a Olomouc. Sběr dat probíhal vždy ve vymezeném čase v úvodu přednášky. Klientky domovů pro seniory musely být nakonec vyloučeny kvůli svému zdravotnímu stavu, který byl neslučitelný s náročností dotazníků.

Nábor i administrace dotazníků probíhaly vždy na základě osobního individuálního kontaktu. V úvodu byl kladen důraz především na anonymitu a dobrovolnost při spolupráci. Všechny participantky byly seznámeny s účelem, cíli a průběhem šetření. Hospitalizované

pacientky byly navíc požádány o podepsání informovaného souhlasu. Čas administrace byl v průměru 50 minut.

Z celkového počtu 348 dotazníků musela být více než polovina vyřazena především z důvodu nedostatečného vyplnění, které bylo dáno nejen náročností testové baterie, ale také „konfliktní položkou“ č. 6 („*Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení*“) v dotazníku ZSDS, jež se ženám zdála příliš osobní.

5.5. Symbolika výsledkové části

<u>ESK</u>	Existenciální škála
SO	Sebeodstup
SP	Sebepřesah
SV	Svoboda
OD	Odpovědnost
P	Personalita
E	Existencialita
CS	Celkový skór
<u>ZTPI</u>	Zimbardův dotazník časové perspektivy
P	Orientace na pozitivní minulost
N	Orientace na negativní minulost
H	Orientace na hédonistickou přítomnost
F	Orientace na fatalistickou přítomnost
O	Orientace na budoucnost
<u>ZSDS</u>	Zungova sebesuzovací škála deprese
ZCS	Celkový skór
<u>TAS – 20</u>	Sebesuzovací škála alexithymie
tO	Faktor 1 – obtížnost identifikovat pocity
tP	Faktor 2 – obtížnost popsat pocity
tE	Faktor 3 – externě orientované myšlení
tCS	Celkový skór
SmOd	Směrodatná odchylka
N	Respondentky s karcinomem prsu
Z	Relativně zdravé ženy

6. VÝSLEDKY STUDIE

Výsledky byly zpracovány na základě výstupních dat z dotazníků ESK, ZTPI, TAS – 20 a ZSDS vyplněných 120 ženami.

6.1. Základní výstupy dotazníku ESK

V následující tabulce jsou uvedeny hodnoty jednotlivých škál dotazníku ESK. První skupinu tvoří respondentky s karcinomem prsu, druhou jsou relativně zdravé ženy a v posledním sloupci nalezneme výsledné skóry normy (Orglerová, 1990, in Längle et al., 2001).

Tabulka č. 4: Srovnání středních hodnot ESK škály u obou souborů a normy

ESK	N		Z		Norma	
	Průměr	SmOd	Průměr	SmOd	Průměr	SmOd
SO	35,3	7,48	36,92	6,24	35,02	8,035
SP	67,2	10,05	69,12	7,15	68,45	12,84
SV	49,93	8,22	51,53	7,42	50,85	11,98
OD	54,66	9,92	57,87	7,91	59,49	13,34
P	102,5	16,24	106,03	10,95	103,48	19,24
E	104,6	15,99	109,4	13,76	110,34	24,35
CS	207,1	30,98	215,43	22,68	213,83	41,64

V celkovém přehledu hodnot jednotlivých škál si můžeme povšimnout, že rozdíly mezi soubory nejsou nikterak markantní. Sníženého skóru dosáhly pacientky s karcinomem prsu pouze v dimenzi Odpovědnost, což mělo za následek pokles hodnoty v „nadkategorii“ Existencialita.

Pomocí F – testu a t – testu s nerovností rozptylu nebyl mezi oběma soubory na 5% hladině významnosti zjištěn signifikantní rozdíl v celkových skórech škály ESK ($t_{stat} = 1,68 < t_{krit} = 1,98$).

6.2. Základní výstupy dotazníku ZTPI

V této části nalezneme souhrn výsledných hodnot škál dotazníku ZTPI u žen s karcinomem prsu, relativně zdravých žen ve srovnání s výstupy získanými v roce 2008 na české populaci (Homolová, 2011).

Tabulka č. 5: Srovnání průměrů škál ZTPI obou vzorků s daty z roku 2008

ZTPI	N	Z	CZ 2008
Průměr	3,31	3,29	3,2
P	3,63	3,67	3,53
N	3,09	2,89	2,94
H	3,21	3,22	3,02
F	3,02	2,66	3
O	3,61	3,65	3,61

Z předcházející tabulky můžeme upozornit na zvýšené hodnoty u souboru žen s karcinomem prsu, zvláště v dimenzi negativní minulost. Oproti tomu relativně zdravé ženy zaostávají ve škále fatalistické přítomnosti. Jedinou oblastí, kde dominují relativně zdravé ženy, se stala dimenze budoucnosti. V porovnání s daty získanými v roce 2008 dosáhly obě skupiny respondentek téměř shodných výsledků s výjimkou zvýšené inklinace k orientaci na pozitivní minulost a hédonistickou přítomnost.

6.3. Základní výstupy dotazníku TAS – 20

Výsledné hodnoty škál dotazníku TAS – 20 jsou zobrazeny v následující tabulce, která umožňuje srovnání dosažených skóre u žen s karcinomem prsu a u relativně zdravých žen.

Tabulka č. 6: Výsledné hodnoty dotazníku TAS – 20 u obou souborů

TAS – 20	N		Z	
	Průměr	SmOd	Průměr	SmOd
tO	11,9	3,97	10,4	2,85
tP	14,05	5,09	11,8	4,32
tE	24,7	3,78	22,75	4,382
tCS	50,65	9,74	44,95	8,68

Z výsledků je zřejmé, že oba soubory se nacházejí stále pod hraničním pásmem 51 – 60 bodů, diagnóza alexithymie je tedy nepravděpodobná. Nicméně ženy s karcinomem prsu vykazovaly celkově zvýšené hodnoty, největšího rozdílu dosáhly ve škále obtíží při popisu pocitů.

Pro porovnání celkových skóre dotazníku TAS – 20 mezi relativně zdravými ženami a ženami s karcinomem prsu byly využity F – test a t – test s rovností rozptylu. S ohledem na výsledky testů můžeme konstatovat, že mezi oběma soubory existuje statisticky významný rozdíl ($t_{stat} = 3,38 > t_{krit} = 1,98$). Ženy s karcinomem prsu dosáhly v dotazníku TAS – 20 signifikantně vyšších hodnot.

6.4. Základní výstupy dotazníku ZSDS

Z dat získaných z dotazníku ZSDS a převedených na SDS index vyplývá, že oba soubory se nacházejí v pásmu normality – nejeví známky deprese. Při srovnání středních hodnot ženy s karcinomem prsu (Nprůměr = 40,28; SmOd = 7,6) oproti relativně zdravým ženám (Zprůměr = 36,67; SmOd = 5,19) je patrný mírný nárůst výsledného skóru.

I v tomto případě s využitím F- testu a t – testu s nerovností rozptylu byl nalezen statisticky významný rozdíl v celkových skórech dotazníku ZSDS u obou souborů žen ($t_{stat} = 2,96 > t_{krit} = 1,98$). U respondentek s karcinomem prsu byly naměřeny signifikantně vyšší hodnoty v tomto dotazníku.

6.5. Koreláty dotazníků ESK a ZTPI

Jedním z cílů bylo zjistit, zda existuje statisticky významný vztah mezi dimenzemi ESK škály a dotazníku ZTPI.

6.5.1. Koreláty dotazníků ESK a ZTPI u žen s karcinomem prsu

Takřka všechny hodnoty souboru žen s karcinomem prsu vykazovaly na 5% hladině významnosti nízkou až střední míru těsnosti (viz. tab. č. 7).

„Nejvýznamnější“ vztah se škálami ESK se jevil s dimenzemi dotazníku ZTPI - fatální přítomností ($r = -0,49$) a negativní minulost ($r = -0,55$). V obou případech se jednalo o negativní korelaci, což znamená, že vyšší míra prožívané smysluplnosti u žen s karcinomem prsu potlačuje averzi k minulosti, sklony k rezignaci a zároveň podporuje vlastní aktivitu a rozhodnost.

Negativní korelace s dimenzemi ESK škály byla nalezena též se škálou orientace na hédonistickou přítomnost ($r = -0,35$). Čím více tedy ženy s nádorovým onemocněním pociťují naplnění v životě, tím méně se zaměřují pouze na uspokojení vlastních potřeb a jsou lépe schopny promyslet své jednání do důsledků.

Pozitivní vztah s mírou prožívané smysluplnosti byl prokázán s dimenzemi orientace na pozitivní minulost ($r = 0,2$) a orientace na budoucnost ($r = 0,25$). Laicky řečeno, s větším pocitem naplnění v životě u žen s karcinomem prsu roste tendence k nostalgii, stabilitě, ale také snaha o definování vlastních cílů.

Tabulka č.7: Koreláty dimenzí ESK a ZTPI u žen s karcinomem prsu

ESK/ZTPI	P	N	H	F	O
SO	0,16	-0,46	-0,43	-0,47	0,28
SP	0,21	-0,43	-0,34	-0,46	0,24
SV	0,28	-0,52	-0,13	-0,46	0,33
OD	0,07	-0,34	-0,34	-0,53	-0,02
P	0,20	-0,48	-0,41	-0,49	0,28
E	0,18	-0,48	-0,27	-0,56	0,16
CS	0,20	-0,49	-0,35	-0,55	0,25

6.5.2. Koreláty dotazníků ESK a ZTPI u relativně zdravých žen

U souboru relativně zdravých žen vzájemná souvislost poněkud poklesla. Na 5% hladině významnosti byla objevena nízká a střední míra těsnosti s ESK u dimenzí pozitivní a negativní minulost, fatalistická přítomnost a orientace na budoucnost.

Pozitivní korelace s dimenzí pozitivní minulost byla sycena všemi škálami ESK ($r = 0,43$). U relativně zdravých žen se vyšší míra prožívané smysluplnosti odráží zvláště ve stabilních postojích, v celkovém pocitu integrity a v pevné sociální síti. V případě vztahu ESK s orientací na budoucnost ($r = 0,26$) se na výši korelačního koeficientu podílely zejména dimenze svobody a odpovědnosti, tedy i existenciality. Rozhodnost, aktivita, zodpovědný přístup k životu a motivovanost podporují u relativně zdravých žen plánování a stanovování jasných cílů.

U relativně zdravých žen byla stejně jako u souboru žen s karcinomem prsu prokázána negativní souvislost ESK a škálami negativní minulost ($r = -0,28$) a fatalistická přítomnost ($r = -0,35$). I v tomto případě vyšší míra naplnění v životě ubírá relativně zdravým ženám na sklonu k pasivitě, submisi a negativnímu naladění.

Tabulka č. 8: Koreláty dotazníků ESK a ZTPI u relativně zdravých žen

ESK/ZTPI	P	N	H	F	O
SO	0,28	-0,25	-0,11	-0,26	0,08
SP	0,55	-0,17	0,2	-0,26	0,09
SV	0,20	-0,33	-0,08	-0,47	0,29
OD	0,31	-0,15	0,21	-0,13	0,35
P	0,52	-0,25	0,07	-0,32	0,1
E	0,29	-0,26	0,08	-0,33	0,35
CS	0,43	-0,28	0,08	-0,35	0,26

6.6. Koreláty dotazníků ESK a TAS – 20

Tato podkapitola je věnována prezentaci výsledných korelačních hodnot mezi dimenzemi ESK škály a dotazníku TAS – 20. Výstupy korelací jsou uvedeny v tabulkách č. 9 a č. 10.

6.6.1. Koreláty dotazníků ESK a TAS – 20 u souboru žen s karcinomem prsu

Vzájemný vztah jednotlivých dimenzí dotazníků TAS – 20 a ESK u žen s karcinomem prsu se na 5% hladině významnosti pohyboval v rozmezí nízké a střední negativní míry těsnosti.

Negativní korelace celkových skóre ESK a TAS – 20 dosáhla hodnoty na 5% hladině významnosti $r = - 0, 55$. Výskyt alexithymických projevů je u žen s karcinomem prsu v protikladu s prožíváním vyšší míry smysluplnosti.

Tabulka č. 9: Koreláty dotazníků ESK a TAS – 20 u souboru žen s karcinomem prsu

ESK/TAS	tO	tP	tE	tCS
SO	-0,45	-0,42	-0,29	-0,52
SP	-0,41	-0,35	-0,35	-0,49
SV	-0,52	-0,47	-0,33	-0,59
OD	-0,27	-0,29	-0,2	-0,34
P	-0,46	-0,41	-0,35	-0,54
E	-0,43	-0,43	-0,29	-0,51
CS	-0,46	-0,44	-0,34	-0,55

6.6.2. Koreláty dotazníků ESK a TAS – 20 u relativně zdravých žen

I u souboru relativně zdravých žen se téměř všechny výsledné hodnoty korelací na 5% hladině významnosti nacházely v pásmech nízké a střední míry těsnosti.

Vztah celkových skóru obou dotazníků je opět nepřímě úměrný ($r = -0,59$). Na základě tohoto výsledku můžeme říci, že relativně zdravé ženy, které označují svůj život za smysluplný, vykazují méně alexithymických rysů.

Tabulka č. 10: Koreláty dotazníků ESK a TAS – 20 u souboru relativně zdravých žen

ESK/TAS	tO	tP	tE	tCS
SO	-0,31	-0,57	-0,03	-0,4
SP	-0,32	-0,33	-0,29	-0,42
SV	-0,44	-0,48	-0,24	-0,5
OD	-0,37	-0,41	-0,4	-0,53
P	-0,38	-0,54	-0,21	-0,5
E	-0,45	-0,5	-0,36	-0,58
CS	-0,46	-0,56	-0,32	-0,59

6.7. Koreláty dotazníků ZTPI a TAS – 20

V následujících částech jsou znázorněny výstupy korelací dotazníků ZTPI a TAS – 20.

6.7.1. Koreláty dotazníků ZTPI a TAS – 20 u žen s karcinomem prsu

Na 5% hladině významnosti u žen s karcinomem prsu byla zjištěna střední míra těsnosti u škál dotazníku TAS – 20 s dimenzemi negativní minulost ($r = 0,49$) a fatalistická přítomnost ($r = 0,43$).

Výše zmíněné vzájemné propojení dimenzí obou dotazníků je pozitivní. Alexithymické ženy s karcinomem prsu jsou spíše pasivní, neukotvené, s inklinací k depresivnímu a úzkostnému ladění.

Tabulka č. 11: Koreláty dotazníků TAS – 20 a ZTPI u souboru žen s karcinomem prsu

TAS/ZTPI	P	N	H	F	O
tO	-0,07	0,42	0,21	0,33	-0,2
tP	-0,01	0,44	0,3	0,42	-0,1
tE	-0,23	0,22	-0,05	0,21	-0,17
tCS	-0,13	0,49	0,22	0,43	-0,2

6.7.2. Koreláty dotazníku ZTPI a TAS – 20 u relativně zdravých žen

V případě souboru relativně zdravých žen na 5% hladině významnosti vystoupala na hranici statisticky významného vztahu TAS – 20 a ZTPI pouze hodnota dimenze fatalistické přítomnosti ($r = 0,25$).

Nízká míra těsnosti mezi dimenzí fatalistické přítomnosti a celkovým skórem dotazníku TAS – 20 byla i u relativně zdravých žen dána přímo úměrně, což v praxi znamená, že relativně zdravé ženy s alexithymickými projevy taktéž dávají přednost konformitě, nevyrovnanosti a přesunu odpovědnosti na druhé.

Tabulka č. 12: Koreláty dotazníků ZTPI a TAS – 20 u relativně zdravých žen

TAS/ZTPI	P	N	H	F	O
tO	-0,01	-0,1	0,08	0,09	-0,17
tP	0,01	0,09	0,18	0,22	0,02
tE	-0,21	-0,01	0,003	0,23	-0,17
tCS	-0,10	0,01	0,12	0,25	-0,13

6.8. Koreláty dotazníků ZSDS a ESK, TAS – 20, ZTPI

V této podkapitole jsou uvedeny koreláty celkového skóru ZSDS a jednotlivých dimenzí dotazníků ESK, TAS – 20 a ZTPI.

Tabulka č. 13: Koreláty dotazníků ZSDS a ESK, TAS – 20, ZTPI u obou souborů

Soubory žen		N	Z
ESK,TAS,ZTPI/ZSDS	Dimenze	ZCS	ZCS
ESK	SO	-0,46	-0,29
	SP	-0,64	-0,5
	SV	-0,53	-0,61
	OD	-0,59	-0,62
	CS	-0,65	-0,65
TAS – 20	tO	0,5	0,35
	tP	0,49	0,36
	tE	0,31	0,31
	tCS	0,58	0,45
ZTPI	P	0,02	-0,2
	N	0,44	0,14
	H	0,17	0,07
	F	0,52	0,32
	O	-0,16	-0,3

Na 5% hladině významnosti byla stanovena nízká a střední míra těsnosti mezi celkovým skórem ZSDS a dimenzemi ESK ($r_N = -0,65$; $r_Z = -0,65$) a TAS – 20 ($r_N = 0,58$; $r_Z = 0,45$) u obou souborů žen. Vztah ESK a ZSDS je dán nepřímo úměrně, naproti tomu s dotazníkem TAS – 20 koreluje ZSDS pozitivně. Na základě tohoto zjištění můžeme vyvodit závěr, že u žen s karcinomem prsu, stejně jako u relativně zdravých žen, vyšší míra depresivního ladění úzce souvisí s nižší prožívanou smysluplností a existencí alexithymických projevů.

Výstupy korelací ZSDS a ZTPI u souborů nebyly až tak jednoznačné.

U žen s karcinomem prsu byla nalezena pozitivní střední míra těsnosti s dimenzemi negativní minulost ($r = 0,44$) a fatalistická přítomnost ($r = 0,52$), což znamená, že ženy orientované na negativní minulé zkušenosti či s fatalistickým postojem častěji vykazují depresivní symptomy.

Výsledné hodnoty korelací dotazníku ZSDS a ZTPI u relativně zdravých žen se jevíly statisticky významné pouze s dimenzemi fatalistická přítomnost ($r = 0,32$) a budoucnost ($r = -0,3$). Shodně jako u žen s karcinomem prsu první pozitivní korelace je ukazatelem propojení vyššího výskytu depresivních příznaků s tendencemi uniknout před zodpovědností, rezignovat. Druhý vztah, negativní závislost, naopak poukazuje na minimalizaci depresivního ladění v návaznosti na zaměření se na budoucnost, plného využívání vlastních schopností a sklonem k perfekcionismu.

6.9. Vybrané koreláty věku a ESK, TAS – 20, ZTPI, ZSDS

6.9.1. Vybrané koreláty věku a ESK, TAS – 20, ZTPI, ZSDS u žen s karcinomem prsu

Souvislost věku, alexithymie ($r = 0,17$) a míry smysluplnosti ($r = 0,03$) se ukázala na 5% hladině významnosti u žen s karcinomem prsu jako statisticky nevýznamná.

U dotazníku ZTPI bylo dosaženo na 5% hladině významnosti vyšších korelačních hodnot ve třech dimenzích: orientace na pozitivní ($r = 0,29$) a negativní minulost ($r = 0,35$) a budoucnost ($r = 0,26$). Výstupy všech třech škál se nacházely v pásmu pozitivní nízké míře těsnosti.

Vztah věku a míry deprese se projevil jako signifikantní ($r = 0,33$), rovněž se jednalo o přímo úměrnou závislost.

Z výše popsaného vyplývá, že s léty se ženy s karcinomem prsu častěji obracejí do minulosti, probírají své vzpomínky, ale zároveň neopomíjejí své povinnosti a snaží se i nadále být v životě užitečné, i přesto, že se musejí vyrovnávat s přibývajících rozladami.

6.9.2. Vybrané koreláty věku a ESK, TAS – 20, ZTPI, ZSDS u relativně zdravých žen

U relativně zdravých žen na 5% hladině významnosti ani jedna z výsledných hodnot nepřesáhla hranici statistické významnosti ($r_{ESK} = 0,07$; $r_{TAS} = 0,11$; $r_{ZSDS} = -0,04$; ZTPI: $r_P = 0,16$; $r_N = 0,01$; $r_H = 0,13$; $r_F = -0,04$; $r_O = 0,01$).

Míra smysluplnosti, alexithymie, preferovaná časová orientace a množství depresivních symptomů u relativně zdravých žen, i navzdory procesu stárnutí, zůstávají nezměněny.

6.10. K platnosti hypotéz

Bylo definováno osm hypotéz H1 – H8 (platnost hypotéz H1, H2, H3 je posuzována pro každý soubor zvlášť):

H1: Vyšší výskyt depresivních symptomů je signifikantně spjatý s rozvojem alexithymických rysů u obou souborů žen.

U žen s karcinomem prsu dosáhla korelace hodnoty $r = 0,58$. Na 5% hladině významnosti byla zjištěna signifikantní pozitivní korelace se střední těsností vztahu.

Hypotéza u žen s karcinomem prsu je potvrzena.

U relativně zdravých žen byla míra souvislosti $r = 0,45$. Na 5% hladině významnosti byla identifikována rovněž statisticky významná pozitivní korelace se střední těsností vztahu.

Hypotéza u relativně zdravých žen je potvrzena.

H2: Se vzrůstající mírou prožívané smysluplnosti u obou vzorků statisticky významně klesá intenzita deprese.

Výsledná korelace míry smysluplnosti a intenzity deprese u žen s karcinomem prsu činila $r = -0,65$. Jedná se tedy o signifikantní negativní korelaci ve středním pásmu těsnosti.

Hypotéza u žen s karcinomem prsu je potvrzena.

Korelační koeficient vztahu pocitu naplnění a depresivního naladění u relativně zdravých žen byl stanoven na $r = -0,65$. Tato hodnota vypovídá o statisticky významné negativní korelaci, opět se střední mírou těsnosti vztahu.

Hypotéza u relativně zdravých žen je potvrzena.

H3: Vyšší míra prožívané smysluplnosti statisticky významně souvisí s nižším výskytem alexithymických projevů u obou skupin respondentek.

U žen s karcinomem prsu byl výstup korelace míry smysluplnosti a alexithymie $r = -0,55$. Tento výsledek je ukazatelem statisticky významné negativní závislosti proměnných. Dle interpretace míry těsnosti vztahu opět tuto hodnotu řadíme do středního pásma.

Hypotéza u žen s karcinomem prsu je potvrzena.

Míra souvislosti pocitu smysluplnosti a alexithymie u relativně zdravých žen vystoupala na $r = -0,59$. I v tomto případě můžeme tuto korelaci označit za signifikantní a negativní, se střední mírou těsnosti vztahu.

Hypotéza u relativně zdravých žen je potvrzena.

H4: Se vzrůstající mírou prožívané smysluplnosti je patrný u žen s karcinomem prsu signifikantní odklon od orientace na fatalistickou přítomnost.

Výsledná hodnota vztahu smysluplnosti a preference fatalistické přítomnosti u žen s karcinomem prsu se rovnala $r = -0,55$. Jedná se tedy o signifikantní negativní souvislost se střední mírou těsností vztahu.

Hypotéza je u žen s karcinomem prsu potvrzena.

H5: Vyšší míra alexithymie u žen s karcinomem prsu je statisticky významná v souvislosti s preferencí orientace na negativní minulost.

Korelační koeficient míry alexithymie a dominantní orientací na negativní minulost u žen s karcinomem prsu byl vymezen hodnotou $r = 0,49$. Tento výsledek odpovídá statisticky významné pozitivní korelaci se střední mírou těsnosti vztahu.

Hypotéza je u žen s karcinomem prsu potvrzena.

H6: Se zvýšením hodnoty na škále existencialita u relativně zdravých žen signifikantně roste též výsledný skór v dimenzi časové orientace na budoucnost.

Výsledkem korelace dimenzí existencialita a orientace na budoucnost u relativně zdravých bylo $r = 0,35$. Tento vztah můžeme označit za signifikantní a pozitivní, s nízkou mírou těsnosti.

Hypotéza je u relativně zdravých žen potvrzena.

H7: Ženy s karcinomem prsu vykazují signifikantně více depresivních symptomů než relativně zdravé ženy.

Při ověření tohoto předpokladu Studentovým t – testem s nerovností rozptylu jsme zjistili, že na 5% hladině souvislosti je $t_{\text{Stat}} = -56,72 < t_{\text{krit}} = 1,99$. Závěrem tedy je, že mezi relativně zdravými ženami a ženami s karcinomem prsu není statisticky významný rozdíl.

Hypotéza není potvrzena.

7. DISKUZE

V první části předchozí kapitoly věnované prezentaci výsledků výzkumu jsme srovnávali jednotlivé profily dimenzí dotazníků ESK, ZTPI, TAS – 20 a ZSDS mezi dvěma soubory respondentek – ženy s karcinomem prsu a relativně zdravé ženy.

Výsledné hodnoty škály ESK byly takřka shodné, nejen mezi soubory, ale také v porovnání s normou. Jediné drobné odchýlení se projevilo u žen s karcinomem prsu, které mírně zaostávaly v dimenzi Odpovědnost, a tedy i v „nadkategorii“ Existencialita. Vyšší skóre v dimenzi Odpovědnost je spjat se stabilním sebepojetím a též s jistou dávkou aktivity a odhodlání. S ohledem na tuto interpretaci je pokles u žen s karcinomem prsu vcelku pochopitelný, neboť jedním z negativních důsledků tohoto onemocnění je, že útočí na aspekt ženství, a tím destabilizuje jejich postoj k sobě samé. V neposlední řadě, i po vyléčení, jsou ženy s karcinomem prsu provázeny nejistotou a obavami z budoucna, jež jsou reflektovány jejich zdrženlivým postojem, což je v protikladu s vlastnostmi typickými pro dimenzi Odpovědnost (např. Tschuschke, 2004).

Základní výstupy z dotazníku ZTPI se již lišily o poznání více. Za „nejvlivnější“ faktory při formování výsledků můžeme považovat věk, pohlaví a vzdělání.

U obou souborů se ukázala silnější vazba na pozitivní minulost. Ženy s karcinomem prsu navíc dosáhly vyššího skóre také v orientaci na negativní minulost. Dle dosavadních výzkumů (např. D'Alessio et al., 2003; Sircova et al., 2007) je preference minulosti umocněna procesem stárnutí a příslušností k ženskému pohlaví, což jsou charakteristiky odpovídající našemu vzorku. Specificky orientace na negativní minulost často vypovídá o traumatu, zkušenosti s ohrožením na životě. Vzhledem k povaze a dynamice nádorového onemocnění je logické, že dimenze negativní minulosti je u žen s karcinomem prsu na předních místech.

Za očekávaný výsledek u tohoto souboru můžeme označit též menší zaměření na budoucnost oproti relativně zdravým ženám, neboť budoucnost pro ženy s karcinomem prsu má spíše negativní konotaci danou obavami z možné progresy onemocnění, proto mají tendenci myšlenky na budoucnost spíše potlačit (např. Bush et al., 1995, Alter et al. 1996; Larbig et al., 2000).

Navzdory dosavadním zjištěním (např. Homolová, 2011) oba soubory byly silněji orientovány na hédonistickou přítomnost. Možnou příčinu bychom mohli hledat v současné ekonomické situaci a věkem ovlivněném spektru potřeb. Jak uvádí Chloubová (1995), starší lidé mají na předních místech fyziologické potřeby, jejichž uspokojení je neodkladné, dlouhodobé plány zde tedy nemají své místo. Když toto propojíme s nejistou ekonomickou situací, která tím, že neumožňuje optimistický pohled do budoucna, rozvíjí u lidí tendence zaměřit se na přítomnost bez ohledu na následky současných rozhodnutí (Zimbardo, Boyd, 2008), pak se orientace na přítomnost zdá být přirozená. Argumentem pro tento výsledek bychom též mohli uvést práci Charlese a Cartensena (2010), kteří přišli s poznatkem, že lidé, jež si uvědomují svou smrtelnost (což s věkem narůstá), se soustředí spíše na své potřeby a cíle v přítomnosti, nežli by zvažovali budoucnost.

Jako poslední zajímavý údaj bych vyzdvihla snížený skór dimenze fatalistická přítomnost u relativně zdravých žen. S ohledem na věk a pohlaví by se dal předpokládat přesně obrácený trend, nicméně v tomto případě se patrně do čela dostala jiná proměnná – vzdělání. Pokud si připomeneme původ relativně zdravých žen (respondentky byly studentkami U3V) a zohledníme skladbu vzorku (58 žen z 60 dosáhlo min. středoškolského vzdělání zakončeného maturitou), pak pro nás odklon od orientace na fatalistickou přítomnost není ničím překvapivým. Lidé zaměřeni na fatalistickou přítomnost mají sklon fixovat se na své okolí, často dávají přednost pasivnímu vyčkávání, volí rezignaci místo konstruktivních řešení. Proto tato dimenze bývá propojována spíše s neúplným či základním vzděláním (D'Alessio et al., 2003; Homolová, 2011).

Výsledné hodnoty dotazníků TAS – 20 a ZSDS nepřinesly žádná překvapení, jen potvrdily závěry dřívějších výzkumů, kde vždy dominovaly ženy s karcinomem prsu (Johansen, 2010; Eskellinen, Ollonen, 2011; Lauriola et al., 2011; Wood, Della-Monica, 2011).

Druhá část kapitoly č. 6 byla zaměřena na nalezení existence a míry těsnosti vztahů mezi jednotlivými dimenzemi dotazníků ESK, TAS – 20, ZSDS a ZTPI. Dynamika těchto vztahů byla posuzována vždy u každého souboru zvlášť.

Úvodní „zkoumanou dvojicí“ byla ESK škála a ZTPI. Průkaznějších vztahů dosáhl soubor žen s karcinomem prsu, kde jsme došli k závěru, že vyšší míra smysluplnosti zmírňuje

orientaci na negativní minulost a přítomnost (hédonistickou i fatalistickou) a naopak souvisí s pevnějším vztahem k pozitivní minulosti a budoucnosti. Vazby mezi dimenzemi u relativně zdravých žen byly poněkud slabší, ale polarita zůstala nezměněna. Výjimku tvořila dimenze hédonistické přítomnosti, u níž se existence vztahu s mírou prožívané smysluplnosti neprokázala.

Jak bylo popsáno výše, u obou souborů byla nalezena nepřímo úměrná závislost mezi vyšší mírou naplnění a orientací na fatalistickou přítomnost a negativní minulost. Pro lepší porozumění je opět potřeba vrátit se k interpretacím jednotlivých dimenzí. Fatalistická přítomnost je symbolizována submisivním rezignovaným postojem, kdy jedinec pouze vyčkává na „šťastnou“ náhodu, než by se aktivně zapojil do řešení problému (Jackson, 2006). Na místo odhodlání a rozhodnosti jsou u něj v popředí slabá vůle a pesimismus. Nestabilita, uzavřenost světu a nízké sebevědomí jsou naopak základními vlastnostmi člověka orientovaného na minulost. K těmto faktům zbývá dodat, že obě tyto dimenze jsou úzce spjaty s úzkostným a depresivním naladěním (Zimbardo, Boyd, 1999, 2008). Pokud vezmeme do úvahy, že vyšší skóre v ESK škále vypovídá o schopnosti člověka odhlédnout od sebe samého, aktivně nacházet nové možnosti, samostatně se rozhodovat a realizovat své cíle, pak je pro nás negativní korelace se zmíněnými dimenzemi zcela pochopitelná. Důkazem pro toto tvrzení by mohla být zjištěná nejtěsnější korelace u škály Svobody, která je svou čínorodostí v přímém protikladu s pasivitou, vlastností typickou pro fatalistickou přítomnost i negativní minulost.

Na podobné bázi je možné vysvětlit taktéž provázanost dominance pozitivní minulosti a budoucnosti u jedinců s vyšší mírou smyslu. Preference pozitivní minulosti je považována za predispozici k větší spokojenosti a naplněnosti v životě (např. Goldberg, Maslach, 1996, in Zimbardo, Boyd, 2008; Boniwell et al., 2010). Tento jev je dán pravděpodobně tím, že jedinci s kladným vztahem k minulosti jsou pevně ukotveni v rodině, emoční stabilita jim umožňuje lépe analyzovat a třídit jednotlivé životní události. Rodina předurčuje také jasnost a reálnost budoucích cílů, z čehož vyplývá, že zaměření na pozitivní minulost podporuje také inklinaci k budoucnosti (Zimbardo, Boyd, 2008). Shodnost v polaritě závislosti obou dimenzí ZPTI s mírou smysluplnosti je pravděpodobně dána jejich vzájemnou pozitivní korelací prokázanou již v několika výzkumech (např. Lukavská, 2011). Mohli bychom tedy říci, že

orientace na pozitivní minulost otevírá člověku sociální a duchovní zdroje, určuje význam našich zkušeností, a tím se podílí na tvorbě smyslu a prohloubení pocitu naplnění. Pokud se znovu obrátíme na závěry z odborných studií (Orglerová, 1990; Strucklová – Vogljägerová, 1977, in Längle et al., 2001), které uvádí, že vyšší celkový skóre ve škále ESK podporuje nárůst sebevědomí a usnadňuje překonávání překážek, zjistíme, že tyto „důsledky smysluplnosti“ jsou totožné s postoji vlastními lidem orientovaným na budoucnost.

Poněkud neobvyklá situace nastala u dimenze hédonistické přítomnosti, kdy byla prokázána existence vztahu mezi touto orientací a mírou smyslu, nicméně vzájemné korelace obou souborů byly v protikladu (u relativně zdravých žen můžeme hovořit o pozitivní souvislosti hédonistické přítomnosti s dimenzí Odpovědnost, kdežto u žen s karcinodem prsu znamenala preference hédonistické přítomnosti nižší hodnotu v dimenzi Odpovědnost). Abychom mohli určit příčinu tohoto rozdílu, je nutné zapojit do naší rozvahy i ostatní výsledné hodnoty. U žen s karcinodem prsu hédonistická přítomnost negativně korelovala se všemi dimenzemi ESK škály, naproti tomu relativně zdravé ženy dosáhly signifikantního vztahu pouze u dimenze Odpovědnost. Již z názvu této dimenze vyplývá, že by měla být reprezentována jedincem, který je schopen převzít odpovědnost za své činy. Toto tvrzení se příliš neslučuje s pojetím hédonistické přítomnosti, jež je předpokladem pro chování zaměřené jen na uspokojení vlastních potřeb bez ohledu na jeho následky. Přesto je tady stále možnost nalezení určitého společného prvku pro obě proměnné. Dimenze odpovědnost obsahuje kromě výše popsaného ještě další aspekty, které by mohly být příznačné i pro směřování k hédonistické přítomnosti, a to aktivitu a „nepoddajnost“ při řešení problémů. Odpovědnost by mohla být pojímána ve dvou směrech s ohledem na časovou lokalizaci cílů. V případě relativně zdravých žen, kdy byl prokázán signifikantní vztah pouze u Odpovědnosti, by tento výsledek mohl být interpretován tak, že tyto ženy se soustředí spíše na krátkodobé cíle a aktuální individuální potřeby a jsou nezdolné a plné elánu při jejich naplňování. Ve zkratce řečeno, splňují „podmínky“ pro inklinaci k hédonistické přítomnosti ve formě zájmu pouze o vlastní přítomné potřeby a zároveň u nich můžeme najít též vlastnosti patřící dimenzi Odpovědnosti, tedy činorodost, jistou nezadržitelnost a odhodlání. Tento pohled je možné aplikovat také na soubor žen s karcinodem prsu, kde můžeme objevit onu druhou „stranu“ odpovědnosti. Ženy s karcinodem prsu jsou rovněž aktivní a energické, avšak toto chování se projevuje spíše ve

vztahu k „vyšším“ cílům, které nepřinášejí pouze individuálním uspokojení, jaké nabízí hédonistická přítomnost (tento poznatek je podpořen především negativními vazbami s dimenzemi sebeodstup a sebezpřesah, jejichž vyšší skóry poukazují na schopnost odhlédnout od sebe samého, stanovovat cíle v širším měřítku). Tyto ženy směřují více k dlouhodobějším cílům a naplňování vyšších potřeb, neboť si jsou vědomy „větších životních úkolů“ korespondujících se stabilními autentickými hodnotami a altruistickým postojem (např. Lukasová, 1997; Křivohlavý, 2006). Z jejich úhlu pohledu jednání zaměřené pouze na splnění krátkodobých cílů nemůže být považováno za zodpovědné, což vytváří prostor pro rozpor mezi orientací na hédonistickou přítomnost a vyšší výslednou hodnotou v dimenzi Odpovědnost.

Dále se do centra naší pozornosti dostala vzájemná korelace dimenzí dotazníku TAS – 20 a ESK škály. Tentokrát byl závěr u obou souborů shodný a s ohledem na jednotlivé faktory též jednoznačný, tedy, že prožitek smysluplnosti je v protikladu s výskytem alexithymických rysů. Otázkou zůstává, co z nich je spouštěčem a co pouze důsledkem.

Ztráta smyslu pro jedince vždy představuje stav dezorientace, ztrátu kontroly, roztržičtění a úzkosti (Jung, 1994; Frankl, 1994, Yalom, 2006). Není pochyb, že tato situace jedince dostává pod tlak, který může stimulovat rozvoj alexithymie jakožto jednoho z nezralých obranných mechanismů. V tomto případě bychom rozhodovali pouze o tom, zda jde o akutní sekundární alexithymii či chronickou sekundární alexithymii (Freyberg, 1985; Lumley et al., 2010).

Druhá příčina neslučitelnosti alexithymie a smysluplnosti by mohla mít zdroj v povaze alexithymické osobnosti. Jak jsme si uvedli v teoretické části, alexithymičtí jedinci se vyznačují labilitou, odtržením od svých emocí, rigiditou, neschopností být samostatní a porozumět kontextu (Taylor, 1994; Baštecký, 1993; Frawley a Smith, 2001). Smysluplnost je naopak popisována jako schopnost odevzdat se určité hodnotě, být v životě emočně zaangažován, aktivně se podílet na přeměně světa, což se odvíjí od utvořené stabilní vlastní identity (např. Frankl, 1994; Längle, 2002). Všechny tyto charakteristiky prakticky znemožňují, aby alexithymičtí jedinci měli vůbec potřebu po smyslu pátrat, aby dokázali odhalit ve svých zkušenostech hlubší význam. Pokud by již projevíli snahu po objevení smyslu, s největší pravděpodobností by byli stejně odsouzeni k neúspěchu, neboť afektivní

deficit jim ani neumožní rozpoznat, zda prožívají vyšší míru smysluplnosti, či pouze vydedukovali dle nepřítomnosti deficitu, že jejich život je naplněný.

Při mapování závislostí dimenzí dotazníků ZTPI a TAS – 20 byla u obou souborů zjištěna přímá úměra mezi množstvím alexithymických projevů, preferencí fatalistické přítomnosti a negativní minulosti. Jednou z teorií podobnosti orientace na negativní minulost a alexithymie může být jejich společný původ (psychodynamický koncept alexithymie), který bývá dáván do souvislosti s existencí nepříjemných vzpomínek a traumatických zážitků, nejčastěji vázaných na konflikty v rodinném prostředí. Negativní minulost spolu s fatalistickou přítomností byly označeny Zoharem a Johnatanem (2010) za ukazatele posttraumatické stresové poruchy, jež je také považována za jeden ze spouštěčů tzv. situační alexithymie (Krystal, 1988; Gross, Thompson, 2007). Jako nejvýraznější alexithymické projevy u posttraumatické poruchy bývají uváděny vyhýbavé tendence, izolace od okolí, neadekvátní reakce a oproštění se od vlastních emocí.

Dalším prvkem podporujícím kladně založený vztah mezi těmito dimenzemi ZTPI a alexithymií by mohla být podobnost náplní škál. Orientace na fatalistickou přítomnost je podmíněna submisivním postojem, jedinec nechává řízení svého života na osudu, Bohu. Stejný přístup můžeme vysledovat i u alexithymika, který upřednostňuje pasivní vyčkávání či vyhynutí se konfliktu před samostatným rozhodováním. Naproti tomu s negativní minulostí alexithymie sdílí neukotvenost ve vztazích, emoční labilitu a averzi k jakýmkoli změnám. Všechny tři proměnné jsou navíc podbarveny negativním naladěním.

Pokud vezmeme v úvahu předchozí text, pak pozitivní korelaci negativní minulosti a fatalistické přítomnosti s alexithymickými rysy můžeme pojmout jako nevyhnutelnou reflexi blízkosti původu a interpretačního obsahu škál.

Poslední proměnnou, která byla zkoumána ve vztahu s dimenzemi dotazníků ESK, ZTPI a TAS – 20, je míra deprese. Oba soubory dosáhly téměř shodných výsledných korelačních hodnot. Jako nejvýznamnější se ve vztahu s depresí jevila spojení s mírou smysluplnosti, alexithymie, fatalistické přítomnosti a negativní minulost.

První vztah (CS u ESK škály a skór ZSDS) vykazoval negativní závislost, což znamená, že vyšší míra smysluplnosti redukuje výskyt depresivních pocitů. Tento trend potvrdila ve svém

výzkumu již Orglerová (1990, in Längle et al., 2001). Jejím argumentem pro tento závěr bylo, že lidé dosahující vyššího skóru v ESK škále lépe využívají duchovních zdrojů, a tak se u nich i při velmi náročných situacích objevují depresivní symptomy pouze minimálně. Vyšší hodnota celkového skóru ESK přináší člověku schopnost vytvářet přehledné struktury, které sekundárně umocňují pocity kontroly a sebeúčinnosti, čímž znemožňují vznik a prohlubování depresivního naladění.

Pozitivní korelace alexithymie a deprese nás nikterak nepřekvapila. Již v kapitole 2.5.1. byl jejich vztah rozebírán poměrně podrobně. Takřka všechny studie ukázaly těsnost vazby alexithymických projevů s depresivním laděním (např. Haviland et al., 1991; Parker et al., 1991), která je založena především na vzájemném překrývání se jednotlivých symptomů (ztráta kontaktu s vlastním emočním prožíváním, pocity sebeodcizení, nestabilní sebepojetí, neschopnost verbalizovat emoce).

Obdobně jako u alexithymie, je vcelku prokázána pozitivní souvislost vyššího výskytu depresivních příznaků a preferencí dimenzí fatalistické přítomnosti a negativní minulosti (Zimbardo, Boyd, 1999, 2008; Shell, Husman, 2001; Boniwell, Zimbardo, 2004; Daugherty, Brase, 2010). Fatalistická přítomnost vytváří zdroj pro depresi v tendenci přeceňování neúspěchu, pocitech bezmoci a beznaděje. Naproti tomu depresivní ladění u dimenze negativní minulost tkví v neschopnosti vyrovnat se s nepříjemnými a traumatickými zkušenostmi, které zintenzivňují sebelítost a ambivalenci v postojích jedince.

V dotazníku ZTPI korelovala negativně s mírou deprese ještě dimenze budoucnosti. Tento výsledek opět odpovídal dosavadním zjištěním (Zimbardo, Boyd, 1999, 2008; Boniwell, Zimbardo, 2004...). Jedinec zaměřený do budoucnosti oplývá sebevědomím a elánem, netráví čas přemýšlením nad tím, co se nepodařilo, spíše se zaměřuje na stanovování cílů a prostředků k nim vedoucích. Na rozdíl od člověka „zlomeného“ depresí jsou pro něj překážky výzvou, ideály považuje za dosažitelné.

S ohledem na množství odlišných charakteristik specifických pro depresi a zaměření se na budoucnost nelze očekávat jinou než negativní závislost.

V závěru výsledkové části jsme se ještě zabývali možným dopadem věku na vybrané hodnoty dotazníků ESK, TAS – 20, ZTPI a ZSDS u obou souborů žen. U relativně zdravých žen

nebyla nalezena žádná signifikantní souvislost hodnot zmíněných dotazníků s věkem. U žen s karcinomem prsu věk rovněž nebyl příliš významným faktorem. Vyšší korelační hodnoty se objevily pouze u dimenzí dotazníku ZTPI (budoucnost, pozitivní a negativní minulost) a míry deprese.

Silnější vazbu na budoucnost, pozitivní a negativní minulost ve spojitosti s přibývajícím věkem ukázaly již předchozí výzkumy (např. D'Alessio et al., 2003; Sircova et al., 2007; Homolová, 2011), proto se raději zaměříme na pátrání po příčině rozdílnosti mezi soubory.

Jak bylo uvedeno výše, relativně zdravé ženy nevykazovaly v důsledku stárnutí žádné změny v časové orientaci, naproti tomu tři korelační hodnoty u žen s karcinomem byly poměrně výrazné. Čím se tyto soubory liší? Patrný je pouze rozdíl ve zkušenosti s nemocí a její léčbou. Tyto tři dimenze ZTPI je „vcelku snadné“ označit za následek boje s onemocněním. Rakovina je považována za život ohrožující nemoc, jedinec je traumatizován zejména konfrontací s vlastní slabostí a konečností života (tzv. pocit vlastní výlučnosti – Yalom, 2006). Z tohoto pohledu část života s nádorovým onemocněním vytváří pevný základ pro jistou averzi k minulým prožitkům (v žebříčku stresujících životních událostí vypracovaných Holmesem a Raheem zastává nemoc přední místa), a tím je sycena orientace na negativní minulost.

Preference zbylých dvou dimenzí (pozitivní minulost a budoucnost) by mohla být ovlivněna psychologickou péčí, jež byla poskytnuta všem respondentkám s karcinomem prsu. Psycholog při práci s onkologicky nemocným se totiž zaměřuje nejen na podporu zpracování oné diagnózy, ale zvláště klade důraz na odhalení a zpřístupnění zdrojů sociální opory napříč časem (tzn. nejen aktuální, ale též vztahy minulé) a motivuje pacienta, aby si stanovoval, jak dálčí, tak dlouhodobé cíle, stabilizuje jeho sebepojetí (např. Nezu et al., 2004; Angenendt, 2010). Směr psychologické péče by se tedy dal shrnout jako upevňování dominantního postavení pozitivní minulosti a budoucnosti v rámci subjektivního vnímání času.

Vliv věku u žen s karcinomem prsu byl pozorován též v souvislosti s depresí. Všeobecně lze říci, že věk nad 60 let je považován za jeden z rizikových faktorů pro rozvoj depresivních příznaků (např. Pidrman, 2003). V našem výzkumu však byl signifikantní vztah těchto dvou proměnných nalezen jen u souboru žen s karcinomem prsu. Opět zde můžeme pouze

naznačit, co by mohlo být možnou příčinou. Diagnóza onkologického onemocnění vystavuje člověka velké zátěži, jež přetrvává i ve stavu remise. Několik výzkumů (např. Bush et al., 1995, Alter et al. 1996; Larbig et al., 2000) poukázalo na to, že zdrojem deprese a úzkosti u pacientů v remisi je především možnost recidivy nádorového onemocnění, jejíž pravděpodobnost stoupá přímo úměrně s přibývajícím věkem. Proces stárnutí sebou také přináší více zdravotních komplikací, které vyléčený jedinec může považovat za projevy skrytého onkologického onemocnění, a tím se jen prohlubují pocity úzkosti a deprese. Na základě odborných studií se uvádí, že zmírnění depresivního ladění jedince v remisi na úroveň srovnatelnou s relativně zdravou populací nastává v rozmezí 4 – 7 let (Tschuschke, 2004; Angenendt, 2010). Náš soubor žen s karcinomem prsu se tedy stále nachází v období „depresivní nadvlády“ a obav z budoucnosti, čímž by mohl být zvýrazněn i dopad přibývajících let.

8. ZÁVĚR

Tato kapitola nabízí shrnutí výsledků čtyř dotazníků – ZTPI, ESK, ZSDS a TAS – 20, jejichž základem byla data získaná od 120 respondentek. Podrobnější rozbor dosažených hodnot již byl uveden v kapitole č. 6.

Nejdříve jsme porovnávali zpracovaná data z dotazníků v rámci souborů, popř. s normou.

Výsledné hodnoty ESK škály byly takřka shodné, nejen mezi soubory, ale i při srovnání s normou. Výrazněji nižšího skóru dosáhly ženy s karcinomem prsu v dimenzi Odpovědnost, což se následně projevilo i poklesem hodnoty „naddimenze“ Existencialita.

V dotazníku ZTPI byly hodnoty žen s karcinomem prsu téměř ve všech dimenzích bodově nadprůměrné. Výjimku tvořila dimenze budoucnosti, která byla více ohodnocena souborem relativně zdravých žen. Tento soubor také vykazoval snížený skór v dimenzi fatalistické přítomnosti. Oproti normě se oba soubory více vztahovaly k dimenzi pozitivní minulosti.

Ve výstupu dotazníku TAS – 20 se projevila u žen s karcinomem prsu zvýšená tendence k rozvoji alexithymických rysů. Nejmarkantnější rozdíl byl nalezen u faktoru č. 2 – obtížnost při popisu pocitů. Ani jeden ze souborů žen nepřesáhl hraniční pásmo pro diagnostiku alexithymie.

Při porovnání středních hodnot dotazníku ZSDS se ukázaly ženy s karcinomem prsu jako depresivnější.

V závěru popisné statistiky jsme využili pro komparaci dat z dotazníků TAS – 20, ZSDS, ESK F – test a t- test s ne/rovností rozptylu. Pouze u dvou z nich (TAS – 20, ZSDS) byl nalezen statisticky významný rozdíl ve výsledných hodnotách.

Dalšími cíli práce bylo rozpoznat vzájemné souvislosti mezi dimenzemi dotazníků ESK, ZTPI, TAS - 20 a ZSDS u obou souborů zvlášť.

V první podkapitole jsme se zaměřili na vztah preferované časové orientace s mírou prožívané smysluplnosti.

U souboru žen s karcinomem prsu jsme zjistili tyto závislosti:

- negativní korelace celkového skóru ESK a dimenzí negativní minulost ($r = -0,55$), fatální ($r = -0,49$) a hédonistická ($r = -0,35$) přítomnost
- pozitivní korelace celkového skóru ESK a dimenzí pozitivní minulost ($r = 0,2$) a orientace na budoucnost ($r = 0,25$)

U souboru relativně zdravých žen byly prokázány tyto vazby:

- negativní korelace celkového skóru ESK s dimenzemi negativní minulost ($r = -0,28$) a fatalistická přítomnost ($r = -0,35$)
- pozitivní korelace celkového skóru ESK a dimenzí pozitivní minulost ($r = 0,43$) a budoucnost ($r = 0,26$)

Dále byla hledána souvislost míry naplnění v životě s množstvím alexithymických rysů.

U obou souborů se jednalo o negativní souvislost celkových skóre ESK a TAS – 20 ($r_N = -0,55$; $r_Z = -0,59$).

Podobných výsledků jsme se dopátrali také ve vztahu celkového skóre TAS – 20 a dimenzí ZTPI. Dle korelačních hodnot byla u obou souborů žen stanovena jasná pozitivní vazba mezi mírou alexithymických projevů a inklinace k fatalistické přítomnosti ($r_N = 0,43$; $r_Z = 0,25$). Další pozitivní korelace s celkovým skórem TAS – 20 byla nalezena u dimenze negativní minulost ($r = 0,49$) a to pouze u žen s karcinomem prsu.

Předposlední kapitola výsledkové části byla věnována souvislosti intenzity deprese s celkovými skóry škály ESK, dotazníku TAS – 20, spolu se specifickou časovou orientací. V případě ESK škály a dotazníku TAS – 20 byly výstupem obou souborů shodné míry těsnosti vztahu. Míra prožívané smysluplnosti korelovala negativně s intenzitou deprese ($r_N = -0,65$; $r_Z = -0,65$). Naproti tomu u dotazníku TAS – 20 byla určena pozitivní závislost s množstvím depresivních symptomů ($r_N = 0,58$; $r_Z = 0,45$).

Výsledné korelační hodnoty u dotazníků ZTPI a ZSDS byly v rámci souborů odlišné.

Ženy s karcinomem prsu se s prohloubením depresivního naladění více orientují na negativní minulost ($r = 0,44$) a fatalistickou přítomnost ($r = 0,52$).

U relativně zdravých žen byla rovněž zjištěna pozitivní vazba mezi mírou deprese a upřednostňováním fatalistické přítomnosti ($r = 0,32$). Navíc se zde projevila negativní korelace výsledného skóru ZSDS a dimenzí budoucnost ($r = 0,3$).

Možné ovlivnění skóru u dotazníků ESK, TAS – 20, ZTPI a ZSDS věkem respondentek se u relativně zdravých žen neprokázalo.

U žen s karcinomem prsu se jevil jako signifikantní vztah věku pouze u dotazníků ZTPI a ZSDS. U ZTPI bylo dosaženo vyšších korelačních hodnot v dimenzích budoucnost ($r = 0,26$), negativní ($r = 0,35$) a pozitivní minulost ($r = 0,29$). Věk též pozitivně koreloval s mírou deprese u ZSDS ($r = 0,33$).

SOUHRN

Diplomová práce je tvořena dvěma částmi – teoretickou a praktickou. Teoretická část je dále rozdělena na čtyři tematické celky: psychosomatika a role pacienta, alexithymie, smysl života a časová perspektiva.

Úvodní kapitola je zaměřena na mapování determinant vzniku a rozvoje psychosomatických onemocnění. Zvláštní důraz je kladen na vliv jednotlivých psychosociálních faktorů (osobnostní predispozice, sociální proměnné, zvládání zátěže....). Závěr je věnován dynamice zpracování diagnózy onkologického onemocnění a souhrnu změn, které sebou přináší role pacienta.

V dalším oddíle je podrobně rozebrán pojem alexithymie. Zde je poukázáno především na různorodost pojetí alexithymie, nejen s ohledem na její původ a zařazení, ale též v typologii. Opět je uveden stručný přehled alexithymických rysů a projevů. Celou kapitolu uzavírá nastínění možných propojení alexithymie s depresí, psychosomatickými onemocněními a rakovinou.

V tématu smysl života můžeme najít fakta o tom, co si představit pod souslovím smysl života, jaký je jeho profil, popř. modely. Cílem je upozornit na existenci odlišných úrovní, hloubky a šíře smyslu, vystihnout rozdíly dvou přístupů (psychoanalytický a humanisticko – existenciální) v pohledu na potřebu smyslu, abychom mohli následně definovat dopady smysluplnosti na jedince v léčebném procesu.

V posledním „teoretickém celku“ Časová perspektiva se dozvídáme, jak je definován čas, jaké jsou jeho funkce a jaké druhy času můžeme rozlišovat. Avšak jádrem tohoto oddílu je vymezení termínů časová orientace a časová perspektiva, s popisem jejich jednotlivých dimenzí přejatých z dotazníku ZTPI. Téma Časová perspektiva je zakončené poukázáním na pozitivní důsledky preference určitých časových orientací na průběh vyrovnávání se s nádorovým onemocněním.

Praktickou část otevírá popis vzorku, organizace, průběhu a výsledků šetření, které probíhalo v nemocničních zařízeních (FN Ostrava, MOÚ Brno), 11 patientských sdruženích a na univerzitách třetího věku (Jihlava, Plzeň, Olomouc). Pro možnost účasti na výzkumu byla nastavena pouze dvě kritéria – věk nad 50 let a pro jeden ze souborů diagnostikovaný

karcinom prsu. Hospitalizované respondentky byly také požádány o podepsání informovaného souhlasu.

Dále následuje podrobný rozbor použité metodiky (dotazníků ESK, TAS – 20, ZTPI a ZSDS), zpracování a vyhodnocení dat.

Hlavním cílem studie je prozkoumat míru alexithymie, smysluplnosti, deprese a preferovanou časovou orientaci žen s karcinomem prsu ve srovnání s relativně zdravými ženami a v návaznosti na toto zjištění objasnit společnou dynamiku možných souvislostí mezi těmito čtyřmi charakteristikami.

V rámci deskriptivní statistiky se projeví jen dva signifikantní rozdíly výsledných hodnot – ženy s karcinomem prsu dominovaly v dotaznících ZSDS a TAS -20. Co se týká provázanosti dimenzí všech čtyř dotazníků, byly na základě odpovědí 120 žen (60 žen s karcinomem prsu, 60 relativně zdravých žen) potvrzeny statisticky významné souvislosti míry prožívané smysluplnosti s alexithymií, výskytem depresivních příznaků a orientací na minulost (pozitivní i negativní). Alexithymie dále korelovala s mírou deprese, preferencí fatalistické přítomnosti a negativní minulosti. Rovněž byl zjištěn vztah mezi mírou deprese a orientací na fatalistickou přítomnost, budoucnost a negativní minulost. Vliv věku na výsledné hodnoty v dotaznících nebyl nikterak významný, pouze u žen s karcinomem prsu byl nalezen vztah s mírou deprese a dimenzemi minulost (pozitivní i negativní) a budoucnost.

Směrodatným výstupem této práce by pro nás měla být především specifika souboru žen s karcinomem prsu (nižší smysluplnost, vyšší míra alexithymie, větší sklon k depresivnímu naladění, silnější vztah k minulosti a fatalistické přítomnosti), která bychom měli považovat za ukazatele nutnosti vytvoření určitého speciálního přístupu k jedincům s nádorovým onemocněním. Důraz by měl být kladen především na zajištění kvalitní výplně volného času, podporu sebeúčinnosti a autonomie. V rámci psychologické práce by bylo vhodné zohlednit při léčbě také míru alexithymie a postoj k jednotlivým časovým úsekům, popř. zaměřit se na změnu preferované časové orientace ku prospěchu pacienta.

V případě opakování této studie by mohlo být přínosem obohacení baterie dotazníků o kvalitativní metody, které by zpřesnily interpretaci dat a zredukovaly by možná zkreslení, jenž je např. u ESK škály, příznačné vysokým stupněm abstrakce, téměř nevyhnutelné. Také

by bylo potřeba být ostražitější při náboru účastníků výzkumu a vyvarovat se vytvoření jednostranně zaměřeného souboru, neboť nežádoucí homogenita podstatně snižuje kvalitu výsledků.

LITERATURA

Adler, A. (1995). *Smysl života*. Havlíčkův Brod: PRÁH.

Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. NY: W.W.Norton.

Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U., Tschuschke, V. (2010). *Psychoonkologie v praxi*. Praha: Portál.

Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J., Svoboda, V. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.

Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.

Bergson, Henri.(1947). *Čas a svoboda. O bezprostředních datech vědomí*. Praha: Jaroslav Samec.

Boleloucký Z. (1998). *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*. Brno: Masarykův Ústav.

Coan, R. W. (1977). *Hero, artist, sage or saint?* New york: Columbia university press.

Cohen K.- R. (1989). *A psychometric study of the concept alexithymia*, Ontario: University of Windsor.

Dethlefsen, T., Dahlke, R. (2003). *Nemoc jako cesta*. Praha: Knižní klub.

Dittman – Kohli, F., Westerhof, G. J. (2000). The personal meaning system in a life – span perspectives. In Reker, G. T., Chamberlain, K. (Eds.), *Exploring existential meaning*(107 – 122). London: Sage.

Dostálová, O. (1986). *Psychoterapeutické přístupy k onkologicky nemocným*. Praha: Avicenum.

Dostálová, O. a kol. *Léčba pokročilých stádií zhoubných nádorů*. Praha : Dům medicíny, 1996.

Ebersole, P. (1998). Types and depth of written life meaning. In: Wong, P. T. P., Fry, P. M. (Eds.), *The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical application* (179–192). Mahwah: Lawrence Erlbaum associates.

Emmons, R. A. (1999). *The Psychology of Ultimate Concerns: Motivation and Spirituality in Personality*. New York: Guilford; 1999.

Fox, B. H. (1998). Psychosocial factors in cancer incidence and prognosis. In Holland, J. C. (ed.), *Psycho-oncology* (110–124). Oxford University Press: New York.

Frankl, V. E. (1994). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.

- Frankl, V. E. (2006). *A přesto říci životu ano*. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Fromm, E. (2001). *Mít nebo být*. Praha: Aurora.
- Garssen, B., Remie, M. (2004) Different concepts or different words? Concepts related to non-expression of negative emotions. In: Nyclicek, I., Temoshok, L., Vingerhoets, A. (eds), *Emotional Expression and Health* (117 – 136). New York: Brunner-Routledge.
- Gorman, B. S., Wessman, A. E. (1977). Images, Values, and Concepts of Time in Psychological Research. In Gorman, B. S., Wessman, A. E. (Eds.), *The Personal Experience of Time* (218–264). New York: Plenum Press.
- Gross, J. J., Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In Gross, J. J. (Eds.), *Handbook of Emotion Regulation* (3–24). New York: Guilford.
- Grossarth-Maticek, R., Schnidt, P., Vetter, H., et al. (1984). Psychotherapy research in oncology. In Steptoe, A., Matthews, A. (ed.), *Health Care and Human behavior* (325-341). London: Academic.
- Halama, P. (2007). *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: Slovak academic press.
- Halama, P. (2001). Profil zmyslu života – pokus o grafickú reprezentáciu hodnotovej štruktúry osobnosti. In: Popielski, K., Naništová, E., Stempelová, J. (Eds.), *K psychológii osobného subjektu – II. poľskoslovenské sympóziu* (93–106). Trnava: Inštitút existenciálnej psychológie a noologoterapie.
- Heim E., Augustiny K. F., Blaser A., Schaffner, L. (1991). *Berner Bewältigungsformen* (BEFO) Handbuch. Bern: Huber.
- Helus, Z. (2004). *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál
- Holland, J., Rowland, J. (1994). *Handbook of psychooncology, chapter Development Stage and Adaptation: Adult Model*. N.Y: Oxford University Press.
- Höschl, C. (2004). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- Johansen, C. (2010). Psychosocial factors. In Holland, J.C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J., McCorkle (Eds.), *Psycho – oncology* (57 – 61). NY: Oxford University Press.
- Jung, C. G. (1994). *Duše moderního člověka*. Brno: Atlantis.
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada.
- Kulka, J. *Psychologie umění*. Praha: Grada, 2008.
- Kübler – Rossová, E. (1992). *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum unitatis.

- Längle, A. (2002). *Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.
- Längle, A., Orglerová, Ch., Kundi, M. (2001). *ESK – existenciální škála*. Praha: Testcentrum.
- Larbig, W., Tschuschke, V. (2000). *Psychologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse*. Mnichov: Reinhardt.
- Lukas, E. (1998). The meaning of life and goals in life for chronically ill people. In Wong, P. P., Fry, P. S. (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychosocial research and clinical applications* (307 – 316). Mahwah: LEA publishers.
- Lukasová, E. (1997). *Logoterapie ve výchově*. Praha: Portál.
- Mareš, P., Rabušic, L. (2000). *Statistická analýza dat*. Brno: FSS MU.
- Maslow, A. (2000). *Ku psychologii bytia*. Modra: Persona.
- Matějček, Z., Langmaier, J. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.
- Moormann, P., Bermond, B., Vorst, H. M., Bloemendaal, A. T., Teijn, S. M., Rood, L. (2008). New avenues in alexithymia research: The creation of alexithymia types. In A. Vingerhoets, I. Nyklíček, J. Denollet (Eds.), *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues* (27-42). New York: Springer Science + Business Media.
- Nezu et al. (2004). *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. Brno: SPOL.
- Nuttin, J., Lens, W. (1985). *Future time perspective and motivation: Theory and research method*. NJ: Leuven University Press & Erlbaum.
- Pavelková, I. (1990). *Perspektivní orientace jako činitel rozvoje osobnosti*. Praha: Academia
- Pidrman V. (2003). *Deprese u seniorů*. Praha: Maxdorf.
- Popielski, K. (1987). Sens i wartość Śycia jako kategorie antropologiczno-psychologiczne. In: Popielski, K. (Ed.), *Człowiek – pytanie otwarte* (107–179). Lublin: KUL.
- Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. Olomouc: UP.
- Reker, G. T. (2000). Theoretical perspective, dimensions and measurement of existential meaning. In Reker, G. T., Chamberlain, K. (Eds.), *Exploring existential meaning* (39 – 58). London: Sage.
- Reker, G. T., Wong, P. T. P. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In: Birren, J. E., Bengston, V. L. (Eds.), *Emergent theories of Aging* (214–246). New York: Springer.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge: Harvard University Press.

- Šmajš, J. Krob, J. (1994). *Úvod do ontologie*. Brno: Masarykova univerzita.
- Tavel, P. (2004). *Zmysel života podľa V. E. Frankla*. Bratislava: Iris.
- Taylor, G., Bagby, R., Parker, J. (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Trachtová, E. a kol. (2005). *Potřeby nemocného v ošetrovateľskom procese*, Brno: NCO NZO.
- Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie: psychoonkologické aspekty vzniku a zvládání rakoviny*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (1994). *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Vorlíček J., Adam Z. (1998). *Paliativní medicína*. Praha: Grada, Avicenum.
- Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
- Weber, W. (1996). *Umění žít s rakovinou*. Plzeň: Mustang.
- Weisskopf-Joelson, E. (1999). Meaning as an integrating factor. In: Bühler, C., Massarik, F. (eds.), *The Course of Human Life: A Study of Goals in the Humanistic Perspective (359 - 363)*. NY: Springer.
- Zimbardo, P.G., Boyd, J.N. (2008). *The Time Paradox: The New Psychology of Time that will change your Life*. New York: Free Press.
- Jonathan, N. D., Zohar, J. D. (2000). *Post-traumatic stress disorder : diagnosis, management and treatment*. London: Martin Dunitz.

Časopisecká literatura a elektronické zdroje:

- Alcalar, N., Ozkan, S., Kucucuk, S., Aslay, I., Ozkan, M. (2010). Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer. *Jpn J Clin Oncol.*, 42(10), 940-7.
- Alter, C. L., Pelcovitz, D., Axelrod, A. et al. (1996). The identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, 137 – 143.
- Bankier, B., Aigner, M., & Bach, M. (2001) Alexithymia in DSM-IV Disorder Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression. *Psychosomatics*, 42, 235-240.
- Boinon, D., Sultan, S., Charles, C., Rosberger, Z., Delalogue, S., Dauchy, S. (2012). How social sharing and social support explain distress in breast cancer after surgery: the role of alexithymia. *J Psychosoc Oncol.*, 30(5), 573-92.
- Boniwell, I., & Zimbardo, P. (2004). Balancing Time Perspective in Pursuit of Optimal Functioning. *Positive psychology in practice*, 165-178.

- Boniwell, I., Osin, E., Linley, P. A., Ivanchenko, G. V. (2010). A question of balance: Time perspective and well-being in British and Russian samples. *The Journal of Positive Psychology*, 5 (1), 24-40.
- Borens, R., Grosse - Schulte, E., Jaensch, W., Korteme, K.H. (1977). Is alexithymia buta social phenomenon?. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 28, 193-198.
- Brown, J. W. (1990). Psychology of time awareness. *Brain and Cognition*, 14 (2), 144–164.
- Bush, N. E., Haberman, M., Donaldson, G., Sullivan, K. M. (1995). Quality of life of 125 Adults surviving 6-18 years after bone marrow transplantation. *Soc Sci Med*, 40, 479 – 490.
- Carta, M. G., Orrù, W., Hardoy, M. C., Carpiniello, B. (2000). Alexithymia and early diagnosis of uterine carcinoma: Results of a case-control study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69 (6), 339-340.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165–181.
- Cicero, B. A., Borod, J. C., Santschi, C., Erhan, H. M., Obler, L. K., Agosti, R. M., Welkowitz, J., Grunwald, I. S. (1999). Emotional versus nonemotional lexical perception in patients with right and left brain damage. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol.*, 12, 255 – 64.
- Conrad, R., Schilling, G., Langenbuch, M., Haidl, G., & Liedtke, R. (2001). Alexithymia in male infertility. *Human Reproduction*, 16, 587-592.
- Cox, B. J., Swinson, R. P., Shulman, I. D., Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 36 (3), 195–8.
- Crockett, R. A., Weinman, J., Hankins, M., Marteau, T. (2009). Time orientation and health-related behaviour: Measurement in general population samples. *Psychol Health*, 24(3), 333–350.
- D'Alessio, M., Guarino, A., De Pascalis, V., Zimbardo, P.G. (2003). Testing Zimbardo's Stanford Time Perspective Inventory (ZPTI): Short form. *Time & Society*, 12(2–3), 333–347.
- Daugherty, J. R., Brase, G. L. (2010). Taking time to be healthy: Predicting health behaviors with delay discounting and time perspective. *Personality and Individual Differences*, 48, p. 202–207.
- Dinsmore, B.D., Mallinckdrodt, B. (1996). Emotional self awareness, eating disorders, and racial identity attitudes in African American women. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24 (4), 267-277.
- Doré, C., Gallagher, F., Saintonge, L., Hébert, M. (2013). Breast cancer screening program: experiences of Canadian women and their unmet needs. *Health Care Women Int.*, 34(1), 34-49.
- Edelman, S. (2005). Relationship between psychological factors and cancer: An update of the evidence. *Clinical Psychologist*, 2(9), 45–53.

- Eskelinen, M., Ollonen, P. (2011). Sifneos alexithymia questionnaire in assessment of general alexithymia in patients with breast disease and breastcancer: a prospective case-control study in Finland. *Anticancer Res.*, 31 (9), 3101-6.
- Falagas, M. E., Zarkadoulia, E. A., Ioannidou, E. N., Peppas, G., Christodoulou C., Rafailidis, P. I. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Res.*, 9(4), 44.
- Fantini-Hauwel, C., Dauvier, B., Arciszewski, T., Antoine, P., Manouvrier, S. (2011). Genetic testing for hereditary cancer: effects of alexithymia and coping strategies on variations in anxiety before and after result disclosure. *Psychol Health*, 26(7), 855-73.
- Fareé Meroño, C., Font, M., Pérez-Salamero, M. D., Toro, J. (1998). Alexithymia ratings in anorexia nervosa. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4, 225-230.
- Finn, P. R.; Martin, J.; Pihl, R. O. (1987). Alexithymia in males at high risk for alcoholism. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 18 – 21.
- Frawley, W., Smith, R. (2001)- A processing theory of alexithymia. *Journal of Cognitive Systems Research*, 2, 189–206.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 180 – 190.
- Freyberger, H. et al. (1985). Psychotherapeutic interventions in alexithymic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 72 – 81.
- Grassi, L., & Molinari, S. (1986). Family affective climate during the childhood of adult cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 4(3), 53-62.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to cancer: effect on outcome. *Lancet*, 2 (8146), 785-787.
- Guilbaud, O., Curt, F., Perrin, C., Chaouat, G., Berthoz, S., Dugré-Le Bigre, C., Wallier, J., Strelber, M., Touitou, C., Jeammet, P., Corcos, M. (2009). Decreased immune response in alexithymic women: A cross-sectional study. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 63, 297-304.
- Hancock, P. A. (1986). Sustained Attention Under Thermal Stress. *Psychological Bulletin*, 99 (2), 263-281.
- Hendryx, M.S., Haviland, M.G., Shaw, D.G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationship to anxiety and depression. *J Pers Assess*, 56, 227–237.
- Hill, E., Berthoz, S., Frith, U.(2004). Brief report: cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34 (2), 229–235.
- Holman, E. A., Zimbardo, P. G. (2009). The Social Language of Time: The Time Perspective - Social Network Connection. *Basic and applied social psychology*, 31, 136-147.

- Homolová, P. (2011). Časové perspektivy v České republice. *Naše společnost*, 9 (2), 33 – 44.
- Hoppe, K. D., Bogen. (1977). Split brains and psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 46, 220–244.
- Horne R. L., Picard R. S. (1979). Psychosocial risk factors for lung cancer. *Psychosom Med.* 41, 503-513.
- Charles, S. T., Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383– 409.
- Chloubová, H. (1995). Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče. *Sestra*, 5 (2), 18-20.
- Jackson, W. H. (2006). Time perspective and motivation. [online]. [cit 2013-1-2]. Dostupné z: <http://internet.cybermesa.com/~bjackson/Papers/Jackson2006TimePerspectiveMotivation.pdf>
- Jessimer, M., Markham, R. (1997). Alexithymia: a right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expressions? *Brain Cogn*, 34, 246– 58.
- Jiang, Ch., Tang, Q., Guan, B. (2009). The relationship between somatic symptoms and alexithymia in counseling clients. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 17 (2), 234-236.
- Jula, A., Salminen, J. K., Saarijärvi, S. (1999). Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension*, 33 (4), 1057–61.
- 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.
- Kooiman, C. G., Bolk, J. H., Brand, R., Trejsburg, R. W., Rooijmans, H. G. M. (2000). Is Alexithymia a Risk Factor for Unexplained Physical Symptoms in General Medical Outpatients? *Psychosomatic Medicine*, 62, 768-778.
- Keough, K. A., Zimbardo, P. G., Boyd, J. N. (1999). Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21 (2), 149–164.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33 (1), 17-31.
- Laghi, F., Baiocco, R., D'Alessio, M., Pallini, S. (2008). Attachment Representations and Time Perspective in Adolescence. *Social Indicators Research*, 90 (2), 181-194.
- Lauriola, M., Panno, A., Tomai, M., Ricciardi, V., Potenza, A. E. (2011). Is alexithymia related to colon cancer? A survey of patients undergoing a screening colonoscopy examination. *J Clin Psychol Med Settings*, 18(4), 410-5.

- Lehto, U. S., Ojanen, M. M., Dyba, T. T., Aromaa, A. A., ellokumpu – Lehtinen, P. P. (2006). Baseline psychosocial predictors of survival in localised breast cancer. *British Journal of Cancer*, 94 (9), 1245 – 1252.
- Lennings, C. J. (1996). Self-Efficacy and Temporal Orientation as Predictors of Treatment Outcomes in Severely Dependent Alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14 (4), 71–79.
- Leshan, L. (1960). Some methodological problems in the study of the psychosomatic aspects of cancer. *The journal of general psychology*, 63, 309 – 317.
- Lukavská, K., Klicperová – Baker, M., Lukavský, J. Zimbardo, P. G. (2011). ZTPI – Zimbardův dotazník časové perspektivy. *Československá psychologie*, 4, 356 – 373.
- Lumley, M. A., Neely, L. C., Burger, A. J. (2010): The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *Journal of Personality Assessment*, 89 (3), 230–246.
- Lumley, M. A., Stettner, L., Wehmer, F. (1996): How Are Alexithymia And Physical Illness Linked? A Review And Critique Of Pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 505-518.
- Luminet, O., Rokbani, L., Ogez, D., Jadoulle, V. (2007). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (6), 641–648.
- Mareš, J. Člověk a subjektivní čas. (2010). *Studia Paedagogica*, 15 (1), 9 – 28.
- Marty, P., de M'Uzan, M. (1963). La Pensee Operatoire. *Revue Francaise De Psychanalyse*, 27.
- Mason, O., Tyson, M., Jones, C., Potts, S. (2005). Alexithymia: Its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychology and Psychotherapy*, 78, 113-125.
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 81-90.
- McLean, P. D. (1949). Psychosomatic disease and the visceral brain. *Psychosomatic Medicine*, 11(6), 338 – 353.
- Messina, A., Fogliani, A. M., Paradiso, S. (2011). Alexithymia in oncologic disease: association with cancer invasion and hemoglobin levels. *Ann Clin Psychiatry*, 23(2), 125-30.
- Michèle, M., Jouvent, R., Solange C., Bungener, C. (1991). Parallel Visual Information Processing Test: An experimental assessment of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56 (4), 212-219.
- Mitschke, D. B. (2008). Cancer in the family: Review of the psychosocial perspectives of patients and family members. *Journal of family social work*, 11 (2), 166 – 184.

- Moriguchi, Y., Decety, J., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., Komaki, G. (2007). Empathy and Judging Other's Pain: An fMRI Study of Alexithymia. *Cerebral Cortex*, 17, 2223-2234.
- Müller, J., Bühner, M., Ellgring, H. (2003). Relationship and differential validity of alexithymia and depression: A comparison of the Toronto Alexithymia and Self-Rating Depression scales. *Psychopathology*, 36, 71–77.
- Nakatani, Y., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Yamamoto, K., Watanabe, M., Miyaoka, H. (2012). Emotional suppression and psychological responses to a diagnosis of breast cancer. *Shinrigaku Kenkyu*, 83(2), 126-34.
- Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R., Moss – Morris, R. (2009). Social support and cancer progression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67 (5), 403 – 415.
- Nemiah, J. C. (1996). Alexithymia: present, past and future?. *Psychosomatic Medicine*, 58 (3), 217-218.
- Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 28, 199-206.
- O'Connor, K., Chamberlain, K. (1996). Dimensions of life meaning: A qualitative investigation at mid-life. *British Journal of Psychology*. 87, 3, 461–476.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Taylor, G. J. (1991). Alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?. *Compr Psychiatry*, 32, 387–394.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Taylor, G. J (1993). Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 150 (7), 1105 -1107.
- Perry J. Ch., Cooper S. H. (1989). An Empirical Study of Defence Mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*. 46, 444-452.
- Phan, H. P. (2009). Amalgamation of future time orientation, epistemological beliefs, achievement goals and study strategies: Empirical evidence established. *British Journal of Educational Psychology*, 79, 155–173.
- Pinard, L., Negrete, J. C., Annable, L., Audet, N. (1996). Alexithymia in substance abusers: persistence and correlates of variance. *American Journal on Addictions*, 5 (1), 32 – 39.
- Porcelli, P., Tulipani, C., Di Micco, C., Spedicato, M. R., Maiello, E. (2011). Temporal stability of alexithymia in cancer patients following a psychological intervention. *J Clin Psychol*, 67 (12), 1177-87.
- Rad, M., Rupel, V, A. (1975). Combined inpatient and outpatient group psychotherapy: A therapeutic model for psychosomatics. *Psychother. Psychosom.*, 26, 237-243.
- Rashid, Y. A., Ghafoor, Z. A., Masood, N., Mehmood, T., Awan, S., Ansar, T., Mirza, M., Rashid, U. A. (2012). Psychosocial impact of cancer on adult patients. *J Pak Med Assoc*, 62(9), 905-9.

- Ruesch, J. (1948). The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134 – 144.
- Salminen, J. K., Saarija S., Rela, E. A., Toikka, T., Kauhanen, J. (1999): Prevalence Of Alexithymia And Its Association With Sociodemographic Variables In The General Population Of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (1), 75–82.
- Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R., Frankel, F. H. (1996). The phenomenon of alexithymia : Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychotherapy psychosomatics*, 28,47-57.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: past and present. *Am. J. Psychiatry*, 153 (7),137-142.
- Sircova, A. et al. (2007). The phenomenon of time perspective across different cultures: Review of research using ZTPI scale. *Journal of Cultural-Historical Psychology*, 4, 19-31.
- Shapiro, S. B. (1988). Purpose and meaning: A two-factor theory of existence. *Psychological Reports*, 63, 287–293.
- Shell, D. F., Husman, J. (2001). The multivariate dimensionality of personal control and future time perspective beliefs in achievement and selfregulatio. *Contemporary Educational Psychology*, 26, 481-506.
- Shipko, S., Alvarez, W. A., Noviello, N. (1983). Towards a teleological model of alexithymia: alexithymia and post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 39 (2), 122–6.
- Spiegel, D., Kato, P. M. (1996). Psychosocial influences on cancer incidence and progression. *Harv Rev Psychiatry*, 4 (1), 10–26.
- Suddendorf, T., Busby, J. (2005). Making decisions with the future in mind: Developmental and comparative identification of mental time travel. *Learning and Motivation*, 36, 110–125.
- Svatošová, M. (1998). Postřehy ze školy, kde vyučují umírající. *Praktický lékař*, 78 (4), 196–199.
- Taylor, G. J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1991): The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153–164.
- Tolmunen, T., Heliste, M., Lehto, S. M., Hintikka, J., Honlakampi, K., Kauhanen, J. (2011): Stability Of Alexithymia In The General Population: An 11 – Year Follow-Up. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 536–541.
- 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., Bagby, R.M.(2004). New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom*, 73, 68–77.
- Temoshok L., Fox B. H. (1984). Coping styles and other psychological factors related to medical status and to prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. In: Fox B. H. and Newberry B. H. *Impact of Psychoendocrine Systems on Cancer and Immunity*. 258-287.
- Tijhuis, M. A. R, Elshout, J. R. A. F., Feskens, E. J. M., Janssen, M., Kromhout, D. (2000). Prospective investigation of emotional control and cancer risk in men. *Cancer causes and control*, 11, 589–595.
- Thompson, S. C., Jennifer, S. (1993). Factors relating to a person's ability to find meaning after a diagnosis of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11(3), 1-21.
- Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 63(1), 151-164.
- Uher, T., Bob, P., Ptáček, R. (2010). Alexithymie a psychosomatická onemocnění. *Československá psychologie*, 54 (5), 496-504.
- Verissimo, R., Mota-Cardoso, R., Taylor, G. (1998). Relationships between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and psychosomatics*, 67 (2), 75–80.
- Vickberg, S. M. J., Duhamel, K. N., Smith, M. Y., et al. (2001). Global meaning and psychological adjustment among survivors of bone marrow transplant. *Psycho-Oncology*, 101, 29–39.
- Vodermaier, A., Stanton, A. L. (2012). Familial breast cancer: less emotional distress in adult daughters if they provide emotional support to their affected mother. *Fam Cancer.*, 11(4), 645-52.
- Wainstock, J. (1991). Breast cancer: Psychosocial consequences for the patient. *Seminars in oncology nursing*, 17, 207-215.
- Watson, M., Homewood, J., Haviland, J., Bilss, J. M. (2005). Influence of psychological response on breast cancer survival: 10 year follow-up of a population-based cohort. *Eur J Cancer*, 41, 1710–1714.
- Weis J., Koch U., Heckl U., Stump S., Kepplinger J. (1988). Stabilität versus Variabilität der Krankheitsverarbeitung im prospektiven Längsschnittverlauf. In *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*, 60-75.
- Wise, T.N., Mann, L.S., Mitchell, J.D., Hryvniak, M., Hill, B. (1990). Secondary alexithymia an empirical validation. *Compr Psychiatry*, 31, 284–288.

Wood, R. Y., Della – Monica, N. R. (2011). Psychosocial factors influencing breast cancer risk appraisal among older women. *Qualitative Health Research*, 21 (6), 783 – 795.

Yonge, G. D. (1973). Time experiences as measures of personality. *Measurement & Evaluation in Guidance*, 5(4), 475-482.

Zimbardo, B. J., Boyd, J. N. (1999). Putting Time in Perspective: A Valid, Reliable Individual-Differences Metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (6), 1271–1288.

Zung, W.W.K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Formulář zadání MgrDP

Univerzita Palackého v Olomouci

Studijní program: Psychologie

Filozofická fakulta

Obor: M7701 Psychol.

Akademický rok: 2011/2012

PODKLAD PRO ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA:	OSOBNÍ ČÍSLO:
Lucie KOCIÁNOVÁ	Trojanovice 359, Frenštát p.R., 744 01	F08 169

NÁZEV TÉMATU ČESKY: Alexithymie, smysluplnost existence a časová perspektiva u žen s karcinomem prsu

NÁZEV TÉMATU ANGLICKY: Alexithymia, the meaningfulness of existence and time perspective in women with breast cancer

VEDOUcí PRÁCE:

doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Zvl. zaměření: Psychosociální faktory u orgánových poruch a onemocnění, Z psychoonkologických poznatků, Psychosomatické koncepce, Alexithymie: etiologie, klasifikace, charakteristiky

Psychika žen s rakovinou prsu, osobnostní koreláty: Osobnost typu C, emoční projev a potřeby pacienta s onkologickým onemocněním, Časová perspektiva: teoretická východiska, měření, klasifikace.

Cíle: a) Profil souborů z hlediska TAS, b) Profil souborů z hlediska ESK, c) Profil souborů z hlediska ZTPI, d) Vybrané koreláty e) Komparace souborů ve vybraných proměnných. Metodika: TAS, ESK, ZTPI, (Zung?). Zkoumané soubory: A Soubor pacientek (cca 60 resp.), B Soubor relativně zdravých žen (cca 60 resp). Soubory ve věku nad 50 let. Statistika: Pears. korel. koeficient, Studentův T-test. Formální parametry práce: Viz Bendová K. et al.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Adam, Z., Krejčí, M., Vorlíček, J. et al. (2011). Obecná onkologie. Praha: Galén.

Adam, Z., Krejčí, M., Vorlíček, J. et al. (2010). Speciální onkologie. Praha: Galén.

Růžička, J. (2011). Psychosomatický přístup k člověku. Praha: TRITON.

Cibula, D., Petruželka, L. (2012). Onkogynekologie. Praha: Grada.

Tschuschke, V. (2012). Psychoonkologie. Praha: Portál.

Baštecký, J., Šavlík, J. Šimek, J.& Svoboda, V. (1993). Psychosomatická medicína. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2006). Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života. Praha: Grada.

Faleide, A. O., Faleide, E. K., Lian, L. B. (2010). Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika. Praha: Grada.

Práce Křivohlavého, Halamy, Boniwella a dalších.

Časopisy: Čs. psychologie, Practicus, UPDATE, Medicína pro praxi, Medinews, JAMA atp. Elektronické zdroje.

PODPIS STUDENTA: _____ DATUM: _____

PODPIS VEDOUCÍHO

PRÁCE: _____ DATUM: _____

Příloha č. 2: Abstrakt DP v českém a anglickém jazyce

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta: Filozofická

Katedra: Psychologie

Školní rok: 2012/2013

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Alexithymie, smysluplnost existence a časová perspektiva u žen s karcinomem prsu

Autor práce: Lucie Kociánová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Počet stran: 77

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: cca 170

Abstrakt:

Diplomová práce je zaměřena na vzájemný vztah alexithymie, smyslu života a specifické časové perspektivy. Je tvořena dvěma částmi – teoretickou a praktickou. Teoretická část se věnuje vymezení termínů vázaných na přístupy k alexithymii, smyslu života, postoje k časovým celkům. Obsahuje základy psychosomatiky, s důrazem na psychosociální faktory vzniku onemocnění, popis emoční dynamiky jedince při vyrovnávání se s diagnózou nádorového onemocnění. Jádrem teoretické práce je především charakteristika alexithymických rysů, dimenzí časové perspektivy a souhrn pohledů na potřebu smyslu dle směrů v psychologii. Praktická část je sestavena z výsledných dat dotazníků ZSDS, TAS – 20, ZTPI a ESK škály. Cílem bylo nalézt vzájemné rozdíly ve výsledných hodnotách mezi souborem relativně zdravých žen a žen s karcinomem prsu a koreláty dimenzí těchto dotazníků spolu s proměnnou věku respondentek.

Klíčová slova: alexithymie, smysl života, onkologické onemocnění, časová orientace

University: Univerzity Palacky in Olomouc

Faculty: Philosophical

Department: Psychology

Academical Year: 2012/2013

ABSTRACT OF THE THESIS

Title: Alexithymia, the meaningfulness of existence and time perspective in women with breast cancer

Author: Lucie Kociánová

Supervisor: doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Number of pages: 77

Number of appendicies: 3

Number of references: cca 170

Abstract:

The thesis is focused on the relationship between alexithymia, meaning of life, and specific time perspective. It consists of two parts - theoretical and practical. The theoretical part is defined terms alexithymia, meaning of life, attitudes to time structure. Includes basics of psychosomatic medicine, with an emphasis on psychosocial factors of the disease and a description of the emotional dynamics of the individual's coping with the diagnosis of cancer. The core of the theoretical work is especially characteristic alexithymic features, dimensions of time perspective and a summary of views on the need for meaning according to directions in psychology. The practical part is made up of the resulting data questionnaires ZSDS, TAS - 20, and ESK ZTPI scale. The aim was to find differences between the resulting values between relatively healthy women and women with breast cancer and correlates of the dimensions of the questionnaires together with a variable age.

Keywords: alexithymie, meaning of life, oncological disease, time orientation

Příloha č. 3: Matice dat

				ZSDS	ZTPI					tas				ESK					ESK	
	RS	VZ	věk	ZCSn	P	N	H	F	O	tO	tP	tE	tCSn	SO	SP	SV	OD	CS ESK	P	E
1	1	1	54	42	2,4	3	3	3	3	25	23	25	73	22	56	38	48	164	78	86
2	1	2	56	39	4,6	2	3	4	3	11	11	22	44	38	74	66	73	251	112	139
3	1	1	57	41	3,7	3	4	3	3	14	21	30	65	26	56	42	47	171	82	89
4	1	3	57	45	3,4	4	2	3	2	16	19	28	63	35	66	42	53	196	101	95
5	1	3	61	25	3,3	2	3	2	4	7	13	20	40	43	80	57	67	247	123	124
6	1	1	55	41	3	3	3	3	3	15	16	24	55	26	50	33	49	158	76	82
7	1	2	74	50	3,7	4	3	4	3	13	14	24	51	21	47	37	37	142	68	74
8	1	2	65	26	4,2	2	3	1	4	6	7	25	38	48	81	66	66	261	129	132
9	2	2	67	54	3,4	3	3	4	4	11	16	22	49	38	54	55	32	179	92	87
10	1	2	52	38	3,6	2	3	3	3	5	7	21	33	39	68	53	60	220	107	113
11	3	2	73	44	4,4	4	4	4	4	13	20	27	60	32	73	44	46	195	105	90
12	1	2	64	34	3,6	3	3	3	4	13	12	19	44	38	76	45	49	208	114	94
13	2	2	64	41	4,1	3	4	3	4	13	11	25	49	37	68	49	60	214	105	109
14	1	2	68	45	3,7	4	4	4	4	11	16	22	49	34	60	49	48	191	94	97
15	1	2	58	34	3,8	3	3	3	4	9	18	21	48	37	72	54	56	219	109	110
16	3	2	71	43	5	3	4	2	4	15	13	19	47	48	79	64	58	249	127	122
17	1	2	73	44	3,3	4	3	4	4	9	13	29	51	36	62	40	47	185	98	87
18	1	2	67	41	3,1	3	3	3	4	11	7	24	42	42	80	58	58	238	122	116
19	3	3	69	48	3,3	4	3	4	4	13	18	26	57	32	59	45	55	191	91	100
20	1	2	57	37	3,1	3	4	4	3	16	19	22	57	32	75	46	64	217	107	110
21	2	3	58	39	2	3	3	3	4	11	15	23	49	34	69	44	60	207	103	104
22	1	2	70	60	4,3	3	4	3	3	16	20	29	65	21	44	38	39	142	65	77
23	3	3	71	45	4,9	5	4	2	4	12	24	21	57	24	60	41	63	188	84	104
24	1	2	71	34	4,4	3	3	2	4	7	10	17	34	41	76	49	61	227	117	110
25	1	1	67	33	4	4	4	4	3	5	7	23	35	26	62	47	46	181	88	93
26	1	2	63	45	3,8	3	3	3	3	14	7	31	52	28	52	40	47	167	80	87
27	1	2	57	45	4,3	3	4	3	3	17	23	26	66	22	73	48	42	185	95	90
28	3	3	50	36	2,7	4	4	4	4	16	16	29	61	27	55	49	52	183	82	101
29	2	3	52	23	4	2	3	3	4	5	7	20	32	37	81	64	55	237	118	119
30	1	2	63	42	3,1	3	3	3	3	6	16	27	49	43	71	53	57	224	114	110
31	1	2	75	34	3,9	3	3	3	3	16	18	27	61	48	78	54	75	255	126	129
32	3	2	74	49	3	3	3	3	3	9	11	26	46	32	75	52	56	215	107	108
33	1	2	57	43	3,7	3	3	3	3	11	7	26	44	28	57	42	47	174	85	89
34	1	2	65	53	3,7	4	4	4	4	18	24	24	66	22	42	34	33	131	64	67
35	1	3	50	36	3,4	2	3	2	3	7	8	17	32	40	74	54	64	232	114	118
36	1	3	71	32	3,3	2	2	2	4	11	10	26	47	36	70	48	58	212	106	106
37	3	3	82	41	3,4	4	3	3	4	16	15	28	59	37	65	50	61	213	102	111

38	1	2	74	32	3,2	3	3	3	3	10	8	34	52	37	76	51	59	223	113	110
39	1	3	72	39	5	5	2	2	4	10	9	26	45	41	77	58	71	247	118	129
40	1	2	66	25	4,1	2	3	1	4	5	6	25	36	49	80	69	67	265	129	136
41	2	2	66	55	3,6	3	3	4	4	11	17	25	53	40	56	53	34	183	96	87
42	1	2	53	38	3,4	2	3	3	3	6	6	23	35	38	65	56	59	218	103	115
43	3	2	72	44	4,3	4	4	4	4	14	20	28	62	35	71	45	47	198	106	92
44	1	2	65	36	3,4	3	3	3	3	13	13	20	46	37	73	44	48	202	110	92
45	2	2	64	40	4,2	3	4	3	4	16	13	21	50	39	69	48	62	218	108	110
46	1	2	70	46	3,6	4	4	4	4	12	16	23	51	35	62	51	49	197	97	100
47	1	2	59	36	3,7	3	3	3	4	10	19	22	51	38	69	55	54	216	107	109
48	3	2	71	41	5	3	4	3	4	16	14	19	49	47	75	62	60	244	122	122
49	1	2	72	43	3,4	4	3	4	4	11	14	30	55	37	62	41	49	189	99	90
50	1	2	66	41	3,1	3	3	3	4	14	8	25	47	43	78	58	59	238	121	117
51	3	3	69	49	3,3	4	3	4	4	15	18	27	60	34	60	47	57	198	94	104
52	1	2	57	36	3,1	3	4	4	3	13	19	23	55	36	74	49	66	225	110	115
53	2	3	59	39	2	3	3	3	4	12	14	24	50	32	67	48	61	208	99	109
54	1	2	64	46	3,7	3	3	3	3	16	9	31	56	28	53	42	46	169	81	88
55	1	2	57	47	4,4	3	4	3	3	15	21	27	63	24	72	50	43	189	96	93
56	3	3	53	34	2,7	4	4	4	4	14	13	31	58	29	56	51	53	189	85	104
57	2	3	51	22	4	2	3	2	4	5	7	19	31	41	81	66	58	246	122	124
58	1	2	63	40	3,1	3	3	3	3	8	16	28	52	44	68	53	59	224	112	112
59	1	2	74	39	3,8	3	3	3	3	13	17	27	57	49	74	56	77	256	123	133
60	3	2	73	47	3,1	3	3	3	3	12	14	29	55	35	74	53	53	215	109	106
				ZSDS	ZTPI					tas					ESK					ESK
	RS	VZ	věk	Z CS	P	N	H	F	O	tO	tP	tE	tCS	SO	SP	SV	OD	CS ESK	P	E
1	1	3	68	29	3,6	2	3	3	3	9	7	22	38	39	77	62	72	250	116	134
2	1	3	63	31	3,9	3	3	2	4	10	12	23	45	37	73	53	62	225	110	115
3	2	2	60	44	3,8	2	4	4	3	7	7	30	44	44	67	56	57	224	111	113
4	1	2	69	30	4,2	4	3	2	3	7	7	15	29	41	80	58	65	244	121	123
5	2	2	60	38	4,6	3	3	3	4	14	15	32	61	56	72	49	57	234	128	106
6	1	2	71	39	5	4	5	4	4	5	7	24	36	41	71	38	63	213	112	101
7	2	3	70	39	3,2	4	3	3	4	9	16	26	51	30	69	49	55	203	99	104
8	3	2	60	35	3,4	2	3	1	3	9	7	32	48	43	76	58	44	221	119	102
9	1	2	67	29	3,6	3	3	3	4	9	11	31	51	39	78	61	66	244	117	127
10	1	2	50	44	3,4	3	3	3	4	7	12	23	42	35	65	49	59	208	100	108
11	1	2	58	33	3,9	2	2	1	4	6	7	20	33	45	77	62	60	244	122	122
12	3	2	67	38	3,6	3	3	2	4	10	12	22	44	34	74	52	64	224	108	116
13	3	2	64	36	3,9	3	3	2	4	11	12	26	49	39	65	57	61	222	104	118
14	2	2	73	37	4,7	2	4	3	4	11	7	25	43	44	78	57	70	249	122	127
15	3	2	73	37	3,9	3	3	3	3	12	12	22	46	39	64	57	53	213	103	110

16	3	2	64	43	4	3	4	3	3	11	11	27	49	29	79	49	51	208	108	100
17	3	2	61	31	3,4	3	3	3	4	8	10	20	38	30	67	57	63	217	97	120
18	1	2	55	35	3,6	4	4	3	3	6	7	19	32	33	72	50	64	219	105	114
19	1	3	63	41	4	3	3	2	4	7	8	14	29	44	78	56	58	236	122	114
20	1	2	65	42	4	3	4	3	4	15	23	23	61	23	67	53	53	196	90	106
21	1	2	64	42	2,6	3	2	3	4	9	9	31	49	36	49	41	44	170	85	85
22	1	3	63	31	3,7	3	3	3	4	11	16	25	52	38	67	56	60	221	105	116
23	1	3	65	31	4,2	3	4	3	4	15	16	23	54	39	69	47	66	221	108	113
24	2	2	63	46	2,9	3	3	3	3	14	16	27	57	31	57	37	47	172	88	84
25	3	3	65	28	3,3	3	3	3	3	6	7	22	35	37	73	57	65	232	110	122
26	1	2	64	37	2,9	4	2	2	4	10	9	18	37	36	66	53	57	212	102	110
27	1	2	67	29	3,9	2	3	2	4	12	14	20	46	36	82	56	67	241	118	123
28	1	2	64	35	3,3	3	3	4	4	8	11	25	44	44	75	54	66	239	119	120
29	1	2	60	38	3,6	2	3	3	3	13	15	21	49	32	68	44	50	194	100	94
30	1	1	64	40	3,4	3	3	3	4	13	18	24	55	22	63	33	52	170	85	85
31	1	3	61	30	3,6	2	3	2	3	11	8	17	36	44	77	59	69	249	121	128
32	1	2	60	37	3,8	3	4	3	3	10	15	25	50	30	58	40	44	172	88	84
33	3	3	64	41	3,9	3	3	2	4	15	20	19	54	35	71	39	47	192	106	86
34	3	3	63	42	3,4	3	3	3	4	13	16	16	45	33	62	46	62	203	95	108
35	3	2	72	41	2,8	3	3	2	3	12	10	27	49	40	68	48	49	205	108	97
36	2	2	69	41	4	2	3	3	3	14	14	16	44	44	58	37	43	182	102	80
37	2	3	62	41	4,1	3	3	2	3	8	7	18	33	42	76	51	64	233	118	115
38	1	2	59	36	3,4	2	4	3	4	11	14	19	44	38	70	56	64	228	108	120
39	1	2	64	36	3,1	4	3	3	3	10	7	22	39	43	66	51	56	216	109	107
40	1	3	62	24	4,4	2	3	2	4	9	9	19	37	44	80	61	68	253	124	129
41	2	1	64	49	3,6	4	3	3	3	16	22	28	66	28	63	43	42	176	91	85
42	3	2	63	41	3,3	3	3	3	4	12	11	26	49	32	63	45	51	191	95	96
43	1	3	61	32	4,4	4	4	3	4	8	14	21	43	29	71	52	47	199	100	99
44	1	2	61	34	3,4	3	3	3	4	11	17	23	51	34	69	50	53	206	103	103
45	1	2	58	35	3,9	2	2	1	4	7	7	20	34	45	68	69	61	243	113	130
46	3	2	66	38	3,4	3	3	2	4	10	12	21	43	36	69	51	67	223	105	118
47	3	2	64	35	3,8	3	4	2	4	12	11	23	46	39	66	58	59	222	105	117
48	2	2	74	36	4,4	2	4	3	4	11	8	24	43	43	76	59	70	248	119	129
49	3	2	71	38	3,8	3	3	3	3	11	10	22	43	40	63	56	55	214	103	111
50	3	2	62	42	4,1	3	4	3	3	13	11	27	51	31	77	48	50	206	108	98
51	3	2	61	33	3,3	3	3	3	4	8	9	17	34	29	65	57	61	212	94	118
52	1	2	56	35	3,6	4	4	3	3	7	8	18	33	36	71	51	66	224	107	117
53	1	3	63	41	4	3	4	2	4	6	10	19	35	42	75	57	57	231	117	114
54	1	2	65	42	4,1	3	4	3	4	16	24	23	63	24	68	52	56	200	92	108
55	1	2	66	42	2,6	3	2	3	4	10	11	33	54	36	50	41	45	172	86	86

56	1	3	62	32	3,6	3	4	3	4	11	14	22	47	37	68	57	60	222	105	117
57	1	3	65	33	4,3	3	4	3	4	15	15	20	50	39	69	48	64	220	108	112
58	2	2	62	45	2,9	3	3	3	3	15	17	27	59	32	54	39	49	174	86	88
59	3	3	67	29	3,3	3	3	3	3	7	8	21	36	39	71	56	64	230	110	120
60	1	2	63	37	2,9	4	2	3	4	11	8	20	39	35	67	54	58	214	102	112