

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

VZTAH ALEXITHYMIE A DISOCIACE

U DĚTÍ STARŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

THE RELATIONSHIP BETWEEN ALEXITHYMIA AND DISSOCIATION

IN YOUNGER ADOLESCENTS



Bakalářská diplomová práce

Autor: Veronika Tvrdá

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

Olomouc

2016

Čestné prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma *Alexithymie a disociace u dětí staršího školního věku* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V..... dne

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala každému, kdo mi při psaní této bakalářské práce jakýmkoliv způsobem pomohl, ať už všem probandům a jejich rodičům, vedení a zaměstnancům jednotlivých škol, tak všem, kdo se podíleli na překladu dotazníku či jakkoli jinak přiložili ruku k dílu při realizaci celého výzkumu.

Jmenovitě bych chtěla poděkovat skvělému vedoucímu práce PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, ale především za jeho lidský přístup.

Děkuji rovněž své rodině a partnerovi za jejich pomoc, bezmeznou trpělivost a nesmírnou podporu po celou dobu vzniku této práce.

Obsah:

Úvod	7
I. Teoretická část bakalářské diplomové práce	
1. Alexithymie	8
1.1 Pojem alexithymie, jeho historie a vývoj	8
1.2 Definice a charakteristiky alexithymie.....	9
1.3 Typy alexithymie	10
1.3.1 Alexithymie I. typu.....	11
1.3.2 Alexithymie II. typu	12
1.3.3 Alexithymie III. typu.....	12
1.3.4 Lexithymie.....	13
1.3.5 Modals typ.....	14
1.4 Teoretické modely vzniku alexithymie.....	14
1.4.1 Psychodynamický a psychoanalytický výkladový model	14
1.4.2 Sociologický výkladový model	15
1.4.3 Neurofyziologický výkladový model	15
1.5 Metody měření alexithymie	16
2. Disociace.....	17
2.1 Pojem disociace.....	17
2.2 Prameny teorie disociace.....	17
2.3 Definice a charakteristiky	18
2.3.1 Cardenovy pohledy na disociaci.....	20
2.4 Disociativní poruchy	20
2.5 Metody měření disociace	22
2.5.1 Metoda A-DES	23
2.5.2 Jiné standardní metody měření disociace.....	24
3. Alexithymie a disociace.....	25
4. Alexithymie a disociace u dětí a adolescentů	27
4.1 Specifika disociace v dětství a adolescenci.....	27
4.1.1 Diagnostika disociace u dětí a adolescentů	29
4.2 Specifika alexithymie v dětství a adolescenci.....	29
4.2.1 Výzkumy zaměřené na alexithymii u dětí a adolescentů	30
4.3 Vztah alexithymie a disociace u dětí a adolescentů	31

II. Výzkumná část bakalářské diplomové práce

5. Předmět výzkumu, metodologický rámec	32
5.1 Výzkumný problém.....	32
5.2 Cíle výzkumu	32
5.3 Hypotéza a výzkumné problém.....	33
6. Aplikovaná metodika	34
6.1 Zvolený typ výzkumu, metodologický design	34
6.2 Metody získávání dat	34
6.2.1 Alexithymia questionnaire for children.....	34
6.2.2 A-DES	35
6.3 Výzkumný soubor	36
6.4 Průběh výzkumu, administrace dotazníků	37
6.5 Zpracování a analýza dat.....	39
6.6 Etická úskalí výzkumu	40
7. Výsledky dotazníkového šetření	41
7.1 Reliabilita jako vnitřní konzistence.....	41
7.2 Výskyt disociace	42
7.2.1 Výskyt disociace podle pohlaví.....	43
7.3 Výskyt alexithymie	44
7.3.1 Výskyt alexithymie podle pohlaví.....	45
7.4 Souvislosti, korelace	45
7.4.1 Vztah mezi alexithymií a disociací	46
7.5 Ověření platnosti hypotézy	50
8. Diskuze	51
9. Závěr	54
Souhrn.....	55
Seznam použitých zdrojů a literatury	57
Abstrakt	
Přílohy diplomové práce	

*„Tím, co je uvnitř našich hlav, se navzájem lišíme,
stejně jako se lišíme tím, co máme zvenčí.“*

Robert Fulghum

Úvod

Pro mnohé z nás je vyjadřování emocí včetně jejich tělesného doprovodu každodenní samozřejmostí, stejně tak vybavování si našich minulých zážitků. Existují však lidé, kteří ani jedné z těchto věcí schopni nejsou. Dvěma fenomény, které se s těmito tématy vážou, jsou alexithymie a disociace.

Především zájem o dětskou klinickou psychologii a psychosomatiku byl hlavním motivačním činitelem při vzniku této bakalářské práce, zároveň ale také nejasnosti a nedostatky v etiologii i diagnostice obou zmíněných psychologických konstruktů. Jejich vztah byl již v několika předchozích výzkumech prokázán, v České republice však pouze na vzorcích dospělých lidí. Tato problematika tedy u českých dětí byla doteď zcela neprobádanou oblastí. Je mým záměrem přispět k rozšíření současného stavu a povědomí o psychosomatice, a to zejména u dětí, na které je v této oblasti brán zřetel v o něco menší míře, než na dospělé – a přitom mnohé teorie poukazují na možný vznik obou zkoumaných jevů právě v dětství.

Cílem této bakalářské práce s názvem *Vztah alexithymie a disociace u dětí staršího školního věku* je především zmapovat výskyt obou zmíněných jevů u adolescentů a objasnit jejich vztah. V následujících kapitolách tedy bude nejprve pozornost zaměřena na obecná fakta o alexithymii, disociaci, dále na jejich vzájemné vztahy a nakonec specifika obou zkoumaných jevů u dětí a adolescentů, se zaměřením na výzkumy již realizované v této či podobné problematice. Praktická část je zaměřena na výskyt alexithymie a disociace ve zkoumané populaci a jejich vzájemný vztah. Pro probádání obou jevů byl pro začátek vybrán kvantitativní výzkum jakožto nejvhodnější nástroj pro plošné zkoumání, jak se ale ukáže v následujících řádcích, připravil dobrou půdu do budoucna pro bližší zkoumání například rozhovorem.

1. Alexithymie

Koncepce alexithymie je i přes počáteční naději na vysvětlení některých obtížně uchopitelných psychosomatických fenoménů již od jejího vzniku nejasná, velmi široce a často podrobována ostré kritice, diskutovaná a odmítaná, na poli psychosomatiky však bezpochyby významná. Tento konstrukt propojující psychologii a medicínu, bývá různě řazen jak k rysům osobnosti, tak například k obranným mechanismům či strategiím zvládnání stresu. Kvůli nejasnosti její etiologie je pak celá koncepce alexithymie řazena mezi hraniční oblasti psychosomatiky. I když byla totiž alexithymie nejprve dávána pouze do souvislosti se somatoformními poruchami, ukázalo se, že nejenže může souviset s řadou dalších tělesných i duševních stavů (posttraumatická stresová porucha, poruchy příjmu potravy, zneužívání psychoaktivních látek apod.), bývá přítomna i u zcela zdravých jedinců (Baštecký, Šavlík a Šimek, 1993; Chromý, Honzák a kol., 2005; Mohapl, 1992, Procházka 2011).

1.1 Pojem alexithymie, jeho historie a vývoj

Termín alexithymie (A = ne, LEXI = čist, THYMOS = emoce) se ve světě psychologie poprvé objevil v 70. letech 20. století díky bostonskému profesorovi s řeckým původem jménem Peter Emanuel Sifneos. Ačkoliv tento uznávaný psychiatr ve svém díle *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis* jako první popsal pojem alexithymie synonymem „*lack of affects*“, tedy jakýsi nedostatek afektu a prožívání emocí, či také neschopnost spojit své vyjádření s vlastními pocity (Sifneos, 1972, Chromý, Honzák, 2005), dle dostupných zdrojů však nebyl úplně první, kdo se danou problematikou zabýval. Baštecký, Šavlík a Šimek (1993) například uvádějí, že již v roce 1948 Jurgen Ruesch, americký psychiatr, specializující se na psychosomatiku, popsal nspecifickou, tzv. infantilní osobnost, čímž se postavil proti specifickým teoriím psychoanalytiků. Právě při popisu tohoto typu osobnosti uvedl i různé potíže pacientů slovně či symbolicky vyjádřit emoce. Freedman a Sweetová pak v roce 1954 nazvali své pacienty, kteří při psychoterapii málo hovořili o svých pocitech „citově negramotní“. V 60. letech touto koncepcí zabývali i zástupci francouzské psychosomatické školy - Marty, de M'Uzan a Fain, kteří jev, resp. celou skupinu jevů, vyzorovaných při psychodynamických rozhovorech, nazvali *penseé operateire*, neboli mechanizované/operativní myšlení (Baštecká, Mach, 2015; Heretik, 2007).

Jak již bylo výše zmíněno, nejen celý koncept alexithymie, ale i onen samotný termín je již od jeho prvopočátku velmi kritizován. Zejména řecký psychiatr George Spyros Philippopoulos hned v roce 1977 poukázal na chybný tvar slova *alexithymie*, jež označuje za jakési pseudořecké slovo. Místo něj nabízí jinou, lépe odpovídající variantu – *a-thymo-alexia* (Baštecká, Mach, 2015). I přesto, že se hned zpočátku vedly spory ohledně ne zcela ideální podoby slova, se tento podivný řecký novotvar, jak alexithymii nazval sám Philippopoulos, ujal natolik, že se běžně používá a nadále se vedou spory již jen o významu celé koncepce.

1.2 Definice a charakteristiky alexithymie

Alexithymie je ve své podstatě složena ze tří slov, tj. A = ne, LEXI = číst, THYMOS = emoce a nejčastěji bývá definována jako „*neschopnost číst emoce*“ či „*beze slova pro pocity*“ (Baštecká, Mach, 2015; Chromý, Honzák, 2005). Stejně tak, jako existují rozličné názory na etiologii alexithymie, liší se také samotné definice. Velký psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2010) definuje alexithymii jako „*neschopnost rozpoznat, vyjádřit či popsat emoce*“, Heretik (2007) pak uvádí, že Sifneos, společně se svým blízkým přítelem a dlouholetým spolupracovníkem doktorem Nemiahem charakterizují alexithymii jako neschopnost vnímat nejen své pocity, ale i pocity ostatních, neschopnost učit se novým formám emocionálního počínání, také jako chudost fantazijního světa či neschopnost vhledu. Lidé s touto poruchou nedokáží číst své pocity a promítají je do tělesných symptomů. Taylorovo pojetí se shoduje s ostatními v neschopnosti popsat a identifikovat citové zážitky, neschopnosti rozlišovat mezi emocemi a tělesnými pocity, přidává ale i přítomnost externě orientovaného myšlení (Taylor et al., 1997).

Protože, jak bylo již dříve zmíněno, se s alexithymií nesetkáváme pouze u psychosomatických pacientů, ale například i u lidí s posttraumatickou stresovou poruchou, je možné říci, že se v tomto případě osoba s alexithymií určitým způsobem nevědomě brání prožívání bolestivých emocí (Chromý, Honzák a kol., 2005). Šavlík a Šimek (1993) shrnují charakteristiky alexithymických pacientů do 11 bodů dle originálního znění na konferenci v Heidelbergu v roce 1976:

- nekonečně popisují své tělesné příznaky, které se nikdy nevztahují k základnímu onemocnění,
- stěžují si na napětí, nudu, podrážděnost, frustraci apod.,
- nápadně jim chybí fantazie, pečlivě popisují nevýznamné detaily prostředí,

- mají zřetelné obtíže při hledání vhodných slov pro vyjádření emocí,
- pláčou málo, někdy hodně – ale pláč se nezdá být vztažen k odpovídajícím pocitům (smutek/zlost),
- vzácně si pamatují sny,
- jejich afekty bývají nepřiměřené,
- činnost se pro ně zdá být hlavním způsobem života,
- jejich interpersonální vztahy jsou obvykle špatné (s tendencí k výrazné závislosti nebo dávají přednost samotě, odmítání lidí,
- mívají narcistické osobnosti, vdávající se, pasivně agresivní/ pasivně závislé, psychopatické,
- lékař/ terapeut je jimi obvykle znuděn, zdají se mu velmi hloupí (Sifneos a spol. 1977, in Baštecký, Šimek, Šavlík, 1993, 48).

Stephanos (in Mohapl, 1992) se ve své definici tzv. alexithymického syndromu v mnoha bodech shoduje s výše uvedenými charakteristikami a určuje jej jako redukovanou introspektivní kapacitu, ochuzenou fantazii, neschopnost učit se novému emočnímu chování, omezenou afektivní zkušenost a schizoidní interpersonální vztahy. Procházka (2011, 39) potvrzuje typické projevy alexithymie u psychosomatických pacientů *„komunikací v podobě stereotypního popisování tělesných změn bez vyjádření emoční odezvy, chudostí fantazijního života a myšlenkami svázanými se zevními událostmi“*.

1.3 Typy alexithymie

Dle způsobu jejího vzniku je možné alexithymii rozčlenit na dva typy: primární a sekundární. Primární alexithymii vnímáme jako určitý, velmi významný dispoziční faktor, který vede k poruše, popřípadě toto psychosomatické onemocnění udržuje. Pokud alexithymie nasedá na již vzniklé somatické onemocnění (kupříkladu podle Baštecké a Macha, 2015 - dialyzovaní pacienti, či pacienti ohrožení na životě rakovinou), považujeme to za alexithymii sekundární. Podle Procházky (2011) je tedy možné říci, že jde o jakýsi obranný mechanismus či protektivní faktor, který si daný pacient vytvořil v návaznosti na své tělesné onemocnění.

Jiný způsob dělení a jistý postup převážně v měření alexithymie (viz 1.5 – Metody měření alexithymie) nabídl dotazník TAS, tj. Toronto alexithymia scale. Toto škálové měření rozčlenilo alexithymii na tři faktory:

- faktor 1 (= faktor DIF, v anglickém znění *difficulty identifying feelings*) znamená poruchu identifikace vlastních emocí, jedinec prožívá nediferenciované emoční vzrušení,
- faktor 2 (= faktor DDF, v anglickém znění *difficulty describing feelings*) zahrnuje neschopnost deskripce emocí,
- faktor 3 (= faktor EOT, v anglickém znění *externally oriented cognitive style of thinking*) představuje omezení fantazijního života, přičemž vyplývá z externě orientovaného myšlení.

Podle Chromého a Honzáka (2005) se ukázalo, že alexithymie jako taková je mnohdy způsobena pouze jedním z těchto tří faktorů, z čehož vyplývá, že se tyto dimenze ukazují jako relativně nezávislé.

Jako další, neméně zajímavý přístup k dělení alexithymie se ukázal Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire, známý jako BVAQ. Podle jeho autorů znamená alexithymie sníženou schopnost rozlišovat mezi emocionálními pocity, sníženou schopnost fantazie a verbalizování emočních zkušeností či sníženou tendenci přemýšlet nad vlastními emocemi/se zabývat jejich examinací. Dotazník BVAQ rozdělil alexithymii na základní subtypy, jimiž se budeme věnovat v následném pořadí:

- alexithymie I. typu,
- alexithymie II. typu,
- alexithymie III. typu,
- lexithymie,
- modals typ.

Pro lepší přehlednost je nasnadě uvést také vztahy či souvislosti mezi jednotlivými, výše uvedenými typy, tzn. I. typ alexithymie je v opozici lexithymie a II. typ alexithymie se nachází v opozici alexithymie III. typu. Samostatně se vyskytuje modals typ.

1.3.1 Alexithymie I. typu

První typ alexithymie reprezentuje snížená schopnost emocionálního a identifikace pocitů spolu s oslabenou schopností fantazie. Tento typ provází také nedostatečná kognice související s emočními pochody. Mezi základní charakteristiky tohoto typu alexithymie patří

oddělené sociální vztahy a omezený rozsah vyjadřování emocí ve vztazích s ostatními lidmi. Člověk s alexithymií I. typu se projevuje jako nedostatečně empatický a družný, sociálně i citově chladný. Vyznačuje se tedy jakousi spokojeností se sebou samým s nezájmem o ostatní lidi a jejich problémy. V případě, že se dostane do stresové situace, reaguje obranným mechanismem projekce – viní ostatní kolem sebe a připisuje jim své nezdary. Ve stresové situaci rovněž nevyhledává sociální oporu. Často racionalizuje, a to bez podílu emočního doprovodu. Právě kvůli tomuto typickému emočně nemotornému až chladnému jednání mohou lidé s tímto typem alexithymie mít problémy v mezilidských vztazích, jak v přátelské, tak intimní rovině. Potíže mohou nastat i ve volbě povolání, jelikož alexithymický jedinec pravděpodobně nebude vhodný pro zaměstnání vyžadující expresivitu či kreativitu, což ho může určitým způsobem stigmatizovat (Vingerhoets, Nyklíček, Denollet, 2008).

1.3.2 Alexithymie II. typu

Druhý typ alexithymie je tvořen především dobrou schopností emocionálního prožívání a rozeznávání pocitů i fantazií, přičemž ji ale opět doprovází omezená kognice, stejně jako u I. typu. Člověk s alexithymií II. typu bývá velmi emocionálně nestabilní. Stěžuje si na somatické obtíže i potíže se spánkem. Často se cítí napjatý, pociťuje úzkost či trpí panickými záchvaty a depresemi, stěžuje si jak na psychiatrické, tak na psychosomatické obtíže. V sociální interakci může být plachý až utlumený, s nedostatkem energie. Někteří z alexithymických pacientů bývají obtížně manipulovatelní díky svým paranoidním postojům, mívají nutkavé sklony k přehnané přesnosti, mají velmi malé sebevědomí, bojí se dělat chyby (Vingerhoets, Nyklíček, Denollet, 2008). Titíž autoři rovněž uvádí, že člověk s alexithymií druhého typu řeší zátěžové situace pomocí disociace. Vzhledem k tomu, že takovému pacientovi veškerou jeho energii spolyká řešení jeho vlastních problémů, pocitů a fantazií, nezbyde už mu žádná další pro ostatní lidi. Takový jedinec se také vyznačuje špatnými copingovými strategiemi, přičemž je prokazatelné, že dokáže velmi málo kontrolovat či zvládat stresovou nebo jinak zátěžovou situaci – je tedy možné říci, že právě tento typ alexithymie, resp. jedinci jím zasažení, jsou nejméně rezistentní vůči stresu.

1.3.3 Alexithymie III. typu

Třetí typ alexithymie je charakterizován nízkou úrovní emocionalitou a fantazie, avšak dobrou úrovní kognice. Podstatou této charakteristiky jsou především velmi dobré sociální dovednosti člověka s tímto typem poruchy. Jedinec je schopen i přes své nedostatky

v emocionální rovině reagovat jistým způsobem společensky přijatelně. Díky této dovednosti dokáže takový člověk velmi dobře vyjít s lidmi okolo sebe. Na rozdíl od alexithymiků II. typu mají tito lidé často vysoké sebevědomí i sebehodnocení, přičemž se cítí spojeni s druhými lidmi a kompetentní v jednání s nimi i v řešení problémů. Ačkoliv se může zdát, že jsou takoví jedinci v podstatě zdraví, objevuje se u nich prokazatelně jistá disharmonie. Co se týká reakce na stresovou situaci či nemoc, se jedinci s touto poruchou dají označit za represory. Kromě toho výzkumy Niessena z roku 2001 (in Vingerhoets, Nyklíček, Denollet, 2008) poukázaly na skutečnost, že lidé s alexithymíí třetího typu mají sklony k manipulacím, a to jak emocionálním, tak sociálním. Podle výše zmíněného kolektivu autorů (2008) tedy celkově můžeme říci, že tento typ alexithymie vykazuje podobné znaky jako narcistická porucha osobnosti.

1.3.4 Lexithymie

Čtvrtou odrážkou v dělení alexithymie je tzv. lexithymie. Ta je charakterizována vysokou emocionalitou, dobrou fantazií i dobře vyvinutou kognicí doprovázející emoce. Lexithymie pramení převážně z vřelého vztahu matka – dítě, který takoví jedinci v raném období dětství zažívali a podle Moormanna, Bermonda a Albacha (2004, in Nyklíček, Temoshok, Vingerhoets, 2004) to také upevňuje názor, že veškeré zážitky z dětství formují a určují osobnost jedince po celý jeho život. Podobné myšlenky jsou také všeobecně známy již z učení Sigmunda Freuda či Ericha Ericsona, kteří také velmi zdůrazňovali vztah mezi matkou a dítětem, a to převážně v raném stádiu dětství. Pokud je totiž dostatečně vřelý, dochází následně k optimálnímu rozvoji zdravé osobnosti (Plháková, 2006). Lexithymní jedinec je emočně inteligentní, otevřený a dokáže aktivně pracovat na řešení problémů místo toho, aby se jim vyhýbal nebo je popíral. Dokáže se dobře přenést přes náročné životní situace, vyhledává podporu v uklidňujících myšlenkách či sociální opoře. Může se také vyznačovat vysokým sebevědomím, mívá tvůrčí a expresivní potenciál i dobré vztahy s ostatními lidmi.

Dále lze vyčlenit dva různé subtypy lexithymie, a to dramatický/teatrální styl (*dramatic style*) a tzv. styl odchozí (*outgoing style*). Oldham a Morris (1990) popisují první zmíněný subtyp jako styl zdůrazňující emoce. Takový člověk vychází s okolím velmi snadno a otevřeně, má vysoce vyvinutou intuici a empatii. Druhým subtypem lexithymie je výše zmiňovaný odchozí styl. Millon et al. (1994) tvrdí, že tento typ lidí se více než na teatrálnost nebo vystupování zaměřují na přátelskost a sdružování. Vzhledem ke své vysoké sebedůvěře

mívají sklony k manipulaci ostatními ve svůj prospěch. Obvykle jsou vnímáni jako vřelí, temperamentní a energičtí lidé, mnohdy až provokativní se sklony k exhibicionismu.

Právě díky takovým vlastnostem stojí lidé s lexithymií v naprosté opozici vůči alexithymikům I. typu. Bývají oblíbení, na jevišti okouzující až svůdní, což nahrává moderním schématům západní kultury. Jak tvrdí Vingerhoets, Nyklíček a Denollet (2008), tito jedinci se často a rádi objevují v zábavním průmyslu, konkrétně v dnešní době v tolik oblíbených talk show, jako například Jerry Springer show či Oprah Winfrey show.

1.3.5 Modals typ

Jako poslední typ alexithymii se často uvádí tzv. modals typ, v překladu způsobový/typický typ. Je možné jej řadit jak zvlášť, tak přímo k lexithymii, pro větší přehlednost je však v této práci vyčleněn samostatně. Jak už z jeho názvu vyplývá, modals typ je charakterizován jistou průměrností ve skórování na škálách alexithymie. Souvisí s průměrnou emocionalitou i fantazií, stejně tak jej doprovází průměrná kognice emocí. Obecně jedinec modals typu není příliš nápadný, přestože je u něj možné zpozorovat pesimistický pohled na budoucnost (Vingerhoets, Nyklíček, Denollet, 2008).

1.4 Teoretické modely vzniku alexithymie

Stejně jako u každé jiné nově vzniklé koncepce se také u alexithymie objevilo množství úvah o jejím vzniku a příčině. Právě kvůli její nejasné etiologii je velmi těžké alexithymii přesně definovat a zařadit mezi koncepce specifické či nespecifické. V této kapitole budou uvedeny tři různé výkladové modely vzniku alexithymie, které jsou v současné době nejčastěji využívány, a to: psychodynamický a psychoanalytický, sociologický a neurofyziologický model.

1.4.1 Psychodynamický a psychoanalytický výkladový model

Ačkoliv se tento koncept většinou dělí na francouzskou, britskou a německou školu, všechny mají v zásadě několik společných znaků. Hlavním z nich je předpoklad, že porucha vzniká již v raném období dětství, a to v prostředí vztahu matka – dítě. V tomto případě hovoříme jak o narušeném vztahu, tak o přehnané závislosti nebo naopak nedostačující interakci mezi matkou a dítětem. Podle Mohapla (1992) v tomto období dochází také k tzv. reduplikaci, tj. že alexithymický pacient vnímá druhé osoby stereotypně, bez zřetelně definovaných kontur a individuálního profilu. Vzhledem k tomu, že pacient sám sebe vnímá

velmi průměrně a bez jakékoliv individuálnosti, nazírá i okolní osoby podle tohoto vzoru, tedy nestrukturovaně.

V souvislosti s těmito výkladovými modely vzniku alexithymie je nutné zmínit také Rada a Rupela (1975), kteří tvrdí, že alexithymie je dána narcistickými konflikty matky, která je přímo přenáší na dítě. Manipuluje také s tělesnými projevy dítěte, na dítě reaguje hyperprotektivně/rejektivně, ono si pak jako obranu proti zátěžové situaci vytvoří fixaci na vnější podněty.

1.4.2 Sociologický výkladový model

Jak již vyplývá ze samotného názvu této koncepce, vznik alexithymie či obecně psychosomatické chování jsou zde chápány jako důsledek potlačování vlastních emocí pod tlakem společenských norem, včetně jejich internalizace. V současné době hektického pracovního i osobního života často není považováno za vhodné vyjadřovat celý obsah vlastních emocí, což může vést k alexithymii jako instrumentální orientaci. Dle Procházky (2011) pak v důsledku společenské adaptace a konformity člověk internalizuje své potřeby (včetně afektů) do vnitřní oblasti prožívání, čímž se vzdává své osobitosti. Tímto způsobem se pak dostáváme zpět k procesu reduplikace – viz 1.4.1.

1.4.3 Neurofyziologický výkladový model

Neurofyziologické teorie vzniku alexithymie předpokládají poškození spojení mezi limbickým systémem (jakožto fylogeneticky starší oblastí mozku) a neokortexem. Následkem tohoto poškození pak pocity vzniklé v oblasti hipokampu nemohou být dále předány neokortexu, kde běžně dochází k jejich intelektuálnímu zpracování. Místo toho jsou přímo vyjádřeny pomocí autonomního aparátu. Alexithymický pacient pak místo řeči pocitů a symbolů komunikuje prostřednictvím tzv. řeči orgánů. K těmto teoriím se ve svém učení přiklání například již zmiňovaní Nemiah a Sifneos se svým výkladem poukazujícím na opozici alexithymie a schizofrenie, nebo Hoppe se svou teorií funkční komisurotomie, kterou vytvořil na základě pozorování komisurotomových pacientů při chirurgickém léčení epilepsie (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993, Mohapl 1992).

1.5 Metody měření alexithymie

Již více než třicet let prochází všemožné postupy k měření alexithymie obrovským vývojem. Tyto doposud známé způsoby měření je možné rozdělit na 3 skupiny:

- dotazníky administrované pozorovatelem (BIQ, APRQ),
- stupnice vyplňované probandem (SSPS, TAS-20),
- projektivní metody (Rorschachův test, TAT) (Taylor, Bagby, 1988).

Stejně jako u měření disociace (viz 2.5) je ale testování alexithymie koncipováno především na dospělé populaci, proto pro tuto skupinu existuje prokazatelně více standardizovaných metod a dotazníků, nežli pro děti. Tento fakt má podle mého hned několik důvodů: dospělý člověk se z hlediska své vyzrálosti a všech schopností dokáže lépe posoudit, než dítě (které to do jistého věku nedokáže vůbec) či adolescent. „Období dítěte“ je také mnohem kratší doba, nežli „období dospělého“, z čehož je možné soudit, že dospělý člověk má nejen mnohem více vlastních zájmů a obecně činností, o kterých sám rozhoduje, ale také mnohem více zážitků, resp. životních zkušeností. Existuje tedy mnohem více věcí, které je možno zkoumat.

Vůbec prvním spolehlivým nástrojem k měření alexithymie byl původně 17ti položkový dotazník samotného autora teorie alexithymie - Sifnea (1972). Nakonec 12ti položkový **BIQ** (Beth Israel hospital questionnaire) se věnoval především zhodnocení emočního uvědomění a operacionálního myšlení. Dalšími standardizovanými metodami jsou například **OAS** (Observer alexithymia scale) nebo **BVAQ** (Bermond-Vorst alexithymia scale).

Pravděpodobně nejznámější sebesuzovací metodou k měření alexithymie je ale dotazník **TAS-20** (Toronto alexithymia scale, původně pouze TAS, viz 1.3), jehož realibilita, validita i vnitřní konzistence je velmi dobrá (Bach, Bach, 1966), ale především je nejen podle Taylora a Bagbyho (2004) kulturně přenositelnou metodou, na čemž výsledky mnohých jiných diagnostických metod ztroskotaly. Přepřacovaných 20 položek tohoto dotazníku je rozděleno na tři subškály (neschopnost rozpoznávat emoce, obtížnost popisovat emoce, externě orientované myšlení). Právě alternativa dotazníku TAS-20 pro děti a adolescenty – česká verze **Alexithymia questionnaire for children** (autorky Carolien Rieffe) - je použita i blíže popsána ve výzkumné části této bakalářské práce.

2. Disociace

Zaměříme se nyní na další důležitý pojem této bakalářské práce, kterým je disociace. V porovnání s prvním zmíněným termínem – alexithymie, je konstrukt disociace mnohem známější a také odbornou veřejností přijímanější. Jak se blíže dozvíme v následující kapitole, pojem disociace je diskutován už více než celé století, s čímž také souvisí větší rozvinutí této koncepce, nežli je tomu u alexithymie. Lze ale také prohlásit, že i přes velkou pozornost odborné veřejnosti směřovanou k tomuto tématu v dnešní době tento koncept stále není zcela objasněn, respektive nejsou známy veškeré vztahy a souvislosti týkající se této problematiky. Následující kapitoly blíže specifikují samotný pojem disociace, různé pohledy na něj i jeho vývoj a v neposlední řadě také dělení jednotlivých poruch s disociací souvisejících.

2.1 Pojem disociace

S termínem disociace jakožto psychologickým konceptem se poprvé setkáváme v roce 1889 v souvislosti se jménem Pierre Janet, kterému bude věnována celá další kapitola. Z historického pohledu se tímto tématem zabývali například Moreau De Tours nebo Jackson Hughlings, kteří využívali pojem „*psychologický rozklad*“, druhý zmíněný autor přidal také pojem „*snivý stav*“, jenž znamenal rozštěpení vědomí vedoucí k amnézii a jiným symptomům, jako například derealizace, depersonalizace, halucinace a poruchy vnímání (Bob, 2005). Nerad a Neradová (2005) uvádějí, že při vývoji pojmu disociace byl pro Janeta největší inspirací výše zmíněný Jacques – Joseph Moreau, který pro jeden a tentýž fenomén používal tři různé názvy, a to: *disoluce*, *dekompozice* a *desagregace*. Právě poslední z těchto tří pojmů začal Janet dále využívat a v pozdější době bylo jeho znění pozměněno na termín *disociace*, který používáme dodnes.

2.2 Prameny teorie disociace

Jak jsem již zmiňovala v předchozí kapitole, ústřední postavou tohoto úseku bude francouzský psycholog a filozof, zabývající se nejen známými tématy jako je paměť, ale také problematikou traumatu, hypnózy a hysterie – Pierre Janet. Nerad a Neradová (2005) předkládají, že právě Janet je zodpovědný jak za vznik a vývoj disociativní teorie, tak rovněž za položení základů k terapii disociativních i posttraumatických poruch. Spolupráce s francouzským lékařem a průkopníkem psychiatrie, profesorem J. M. Charcotem, jehož byl Janet žákem, ho v tomto směru velmi významně ovlivnila. Janet popsal koncept disociace

ve své publikaci *Psychologický automatismus* z roku 1889. Často si všímal, že tato koncepce úzce souvisí s hysterií, hypnózou, stavem sugesce či posedlosti (Howell, 2005). Janetova práce v tomto směru výrazně ovlivnila také dvě z nejvýraznějších postav celé psychologie – tj. C. G. Junga a S. Freuda.

Janet pracoval na koncepci disociace přibližně ve stejné době, jako Freud vyvíjel svou teorii represe, tj. vytěsnění. Ptáček (2006) uvádí, že jsou tyto dva termíny i odbornou veřejností v knihách i diskuzích často zaměňovány, někdy dokonce ztotožňovány. Podle Ptáčka se to děje nejen díky historickým souvislostem, tedy podobnou dobou vzniku, ale také korelacemi těchto dvou pojmů, jejich podobností.

Na několik zásadních rozdílů mezi těmito pojmy poukazuje Steinberg (in Ptáček and Bob, 2009). Prvním rozdílem je podle něj odlišnost místa vzniku potíží, zjednodušeně řečeno – disociace vzniká v závislosti na vnějším prostředí, událostech odehrávajících se v okolí člověka, oproti tomu represe je důsledkem intrapsychoického konfliktu, resp. reakcí na něj. Tento argument dokládá souvislost s posttraumatickou stresovou poruchou.

Další rozdíl Steinberg vidí v aktivitě psyché v kontextu obranné strategie. Disociace je zde vnímána jako spíše pasivní mechanismus, zatímco represe je podle Steinberga aktivní postup k odstranění určitých nevhodných obsahů z vědomí.

V publikaci Ptáčka a Boba (2009) se v neposlední řadě dozvídáme také o třetím rozdílu mezi těmito pojmy, který představuje asi nejdůležitější poznatek pro klinickou praxi. Na rozdíl od represe, kde dochází k odsunutí/potlačení určitých konkrétních obsahů z vědomé oblasti, přičemž ale jiné složky psyché nejsou nijak narušeny ani ohroženy, u disociace dochází často pod vlivem traumatických zážitků k rozštěpení self, tedy k úplnému oddělení určitého množství disociovaného materiálu. Toto množství není přesně definováno, tudíž může jít jak o malou, jednotlivou část psyché, tak o větší, komplexnější a komplikovanější obsahy.

2.3 Definice a charakteristiky

Pavel Hartl (2004, 49) definuje disociace jako „*rozštěp, oddělení, rozpojování sdružených představ působením nových vjemů, též termín pro rozštěp osobnosti nebo rozpad duševní činnosti při schizofrenii*“. Důležité je ale především jasně formulovat rozdíl mezi normální a patologickou disociací. Podle Procházky (2011) je tato diference jasně viditelná ve spektru disociativních poruch z hlediska stupně složitosti, tedy od jednoduchých po ty komplexní v následujícím pořadí: *normální disociace – disociativní amnézie – disociativní*

fuga – částečně disociativní porucha nespecifikovaná – disociativní porucha identity. Toto tradiční rozdělení lze v podstatě rozčlenit na pouhé dvě části: na jedné straně normální disociace (denní snění, automaticky vykonávané činnosti apod.), na straně druhé vše, co stojí v řadě za normální disociací = patologická disociace. Procházka ale také tvrdí, že porozumění normální a patologické disociaci ale v praxi závisí převážně na subjektivní zkušenosti a mezi výzkumníky je tato problematika stále předmětem diskuzí.

Stejně jakou každého jiného psychologického konstruktů, i v souvislosti s touto koncepcí se objevuje mnoho dalších názorů a definic, pro příklad zde uvedu pouze některé z nich. Jakožto zakladatele disociativní teorie je nutné uvést již zmiňovaného Pierra Janeta, který definoval disociaci jako stav, při kterém jsou dva mentální obsahy či procesy nejsou integrovány, popřípadě asociovány (Hilgard, 1994). Hort a kol. (2008, 235) uvádí, že „základním procesem disociace je rozštěpení psychické jednoty, poruchy syntetické integrace dynamických intrapsychických funkcí, interpsychická ataxie, dislokace pocitu já a jeho složek, jejich odcizení.“ Další autorkou, která formulovala jednoduchou definici disociace, je Elizabeth F. Howellová. V její knize *The dissociative mind* (Howell, 2005) se dozvídáme, že disociace v obecném slova smyslu se vztahuje k separaci duševních a prožitkových obsahů, které by za normálních okolností měly být propojeny. Slovo disociace má podle ní také více významů, přičemž odkazuje na mnoho různých jevů, procesů i stavů a může mít jak adaptivní, tak maladaptivní charakter. Často bývá psychicky defenzivní, tedy chrání člověka proti bolestivým či traumatickým zážitkům či vzpomínkám, stejně tak ale může být disociace pouze reakcí na bezprostřední nebezpečí.

V souvislosti se zátěžovými situacemi je také nutné zmínit fakt, že mnohé disociace jsou pouze dočasné a v běžném životě se s nimi setkává každý z nás. Když je pro nás určitá situace emocionálně nadměrně obtížná, své pocity mnohdy i nevědomě redukuje, popřípadě se z nich snažíme jistým způsobem vnitřně vystoupit. Jakmile zátěžová situace pomine a nastane stav příjemný, je možné vytěsněné pocity znovu uvolnit. Jako každodenní příklad je možné uvést hrůzy vysílané v televizních novinách. Abychom denně neupadávali v zoufalství a smutek, musíme zmírnit náš soucit. Stejně tak lidé nejen v pomáhajících profesích musí často odsunout své vlastní pocity stranou nebo je přímo potlačit. Příslušníci policie musí dokázat udržet na uzdě své pocity soucitu s obětí, ale také spontánní emoce vzteku a zloby vůči pachateli tak, aby byli schopni kvalitně odvádět svou práci a vykonávat policejní službu. Když se hasičům nebo lékařům nepodaří někoho zachránit, nesmí si to dávat osobně za vinu. Čím delší dobu však zátěžové situace či emocionální stres trvají, tím větší je riziko, že bude těžší a těžší opět pociťovat to, co jsme na čas potlačili. Někdy je

potřeba delší časový odstup od situace, která stres/emocionální napětí vyvolala, aby se člověk mohl znovu cítit duševně integrovaný (Ruppert, 2014). Podle Rupperta (2014) je také užitečné u problematiky disociace diferencovat rozdíl mezi zátěžovou, stresovou a traumatickou situací. Podle jeho zkušeností totiž první zmiňovaná situace způsobí spíše krátkodobější oddělení pocitů od vědomí, druhá zmiňovaná vede k déletrvajícím pocitové disociaci (která může ale po uklidnění stresové situace postupně ustoupit), kdežto pod vlivem traumatické události dochází k hlubokému, dlouhotrvajícímu až trvalému rozštěpení těla, pocitů i ducha.

2.3.1 Cardenovy pohledy na disociaci

Specifické pojetí, resp. specifickou klasifikaci disociace přinesl v roce 1994 také Cardena. Jeho dělení je ve své podstatě shrnutím některých hlavních pojetí tohoto psychologického konstruktů, která disociaci vnímají jako:

- obecný psychický mechanismus,
- neintegrováný mentální systém,
- koexistenci samostatných mentálních systémů,
- alteraci vědomí,
- obranný mechanismus (in Lynn, Rhue, 2004).

Pojem disociace se tedy dle dosavadních poznatků odráží do mnohých směrů psychologického myšlení, chápání a uvažování. Z toho důvodu je proto náročné definovat disociaci takovým způsobem, aby byly zohledněny všechny její aspekty.

2.4 Disociativní poruchy

Téma disociace je převážně v posledních desetiletích díky studiu posttraumatických reakcí (zejména válečné události, přírodní katastrofy, lidská krutost a agresivita, dětský abúzus) již natolik známé a odbornou veřejností užívané (Hort, 2008), že jeho kategorizaci můžeme najít jak v DSM-V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition), tak v české verzi, tj. MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) pod označením F44 – Disociativní (konverzní) poruchy. *„Základem této skupiny poruch je úplná či částečná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládním pohybů těla“* (Procházka, 2011, 21). Etiologie těchto poruch je dle odborníků zatím poněkud nejasná, předpokládá se však, že je založena na psychogenním původu bez přítomnosti somatického podkladu. Heretik (2007) předkládá

fakt, že disociační poruchy trvají řádově ve dnech až týdnech a jejich hlavní léčbou je psychoterapie, přičemž ale mohou ustoupit i spontánně. Co se epidemiologie týče, výskyt těchto poruch se může mnohonásobně zvýšit během tragických událostí hromadného charakteru, jako jsou války nebo přírodní katastrofy, což potvrzují i informace v předchozích kapitolách.

Diagnostická kritéria pro určení konečné diagnózy disociační poruchy podle MKN – 10 vyžadují:

1. klinické rysy specifikované pro jednotlivé poruchy v F44,
2. nesmí být prokázána žádná somatická porucha, která by mohla symptomy vysvětlit,
3. existuje přesvědčivý časový vztah ke stresovým událostem, problémům nebo narušeným vztahům (Vymětal, 2007).

Klasifikace disociačních poruch nabízí toto dělení:

1. **Disociativní amnézie** (F44.0) představující ztrátu paměti týkající se obvykle důležitých událostí a v souvislosti s traumatickým zážitkem, stresem, nehodou apod. Bývá částečná nebo selektivní a vyskytuje se častěji u mladších věkových kategorií.
2. **Disociativní fuga** (F44.1) nese všechny rysy disociativní amnézie a navíc epizody zdánlivě účelného cestování z domova či pracoviště, přičemž jedinec nezanedbává péči o sebe, chová se nenápadně a přiměřeně, v některých případech ale dokonce přijme novou identitu. Může se objevit několikadenní, ale i dlouhodobější cestování na místa např. známá z dřívějšího nebo nějak emocionálně významná.
3. **Disociativní stupor** (F44.2) je chování, při kterém pacient splňuje všechna kritéria pro stupor, ale žádné lékařské vyšetření nepotvrzuje tělesnou příčinu, přičemž existuje jasný důkaz psychogenního působení. Je typický jak snížením volných pohybů, tak řeči (téměř nebo zcela chybí) a reaktivity na okolní podněty. Vědomí ve většině případů není vůbec narušeno, jedinec nespí, a přesto setrvává v nehybné pozici.
4. **Trans a stavy posedlosti** (F44.3) jsou mimovolní a nechtěné, avšak velmi zatěžující stavy. Trans se projevuje ztrátou obvyklého pocitu osobní identity včetně neúplného uvědomování si svého okolí, popřípadě velmi selektivním a úzkým soustředěním na jeden či dva podněty související s bezprostředním okolím. Často se u něj vyskytují jednoduché, omezené, ale opakované pohyby či prvky chování (postoje, projevy). Osoba ve stavu posedlosti má pocit (a může tak také jednat), jakoby se jí zmocnila jiná osobnost, např. duchovní bytost, božstvo, mocnost či určitá nespecifikovaná síla.

5. **Disociativní porucha motoriky (F44.4)** se vyznačuje narušením volní hybnosti, případně její částečnou nebo úplnou ztrátou. Pacient se jeví jako tělesně nemocný, avšak jeho potíže nejsou objasnitelné žádným somatickým nálezem vysvětlujícím jeho symptomy (ty vychází z pacientovy představy o poruše, ne z anatomických ani fyziologických pravidel). Při bližším zkoumání pacienta je možné nalézt souvislosti s konkrétní situací, ze které pacient tímto způsobem uniká. Nejčastěji se tato porucha projevuje ztrátou hybnosti částí jedné končetiny až končetinou celou.
6. **Disociativní křeče (F44.5)** neboli pseudozáchvaty jsou náhlé a neočekávané křečovité pohyby velmi podobné epileptickým záchvatům (nedoprovází je však pokousání jazyka, pomůčení či poranění následkem pádu, také ztráta vědomí není přítomna).
7. **Disociativní porucha citlivosti a poruchy senzoričné (F44.6)** částečně (ztráta zrakové ostrosti, tunelové vidění) či úplně (ztráta zraku) narušují senzoričné vnímání. Týkají se všech smyslů, psychogenní hluchota či anosmie jsou však méně časté, než například ztráta senzitivity nebo již zmiňovaná ztráta zraku.
8. **Smíšené disociativní/konverzní poruchy (F44.7)** jsou kombinacemi některých výše uvedených poruch u jednoho člověka.
9. **Jiné disociativní poruchy (F44.8)** představují samostatnou skupinu, jelikož není možné přiřadit ani k jedné z předchozích kategorií. Patří zde **Ganserův syndrom (F44.80)**, doprovázený „nepřesnými a přibližnými“ odpověďmi společně s dalšími disociativními příznaky, s předpokladem psychogenní etiologie, **Mnohočetná porucha osobnosti (F44.81)**, při které jedinec funguje jako dvě nebo více samostatných osobností, vždy se ale projevuje pouze jedna a jedince si neuvědomuje existenci osob ostatních (každá z nich má své vlastní způsoby chování, zvyky, vzpomínky), dále **Přechodné disociativní/konverzní poruchy vyskytující se v dětství a adolescenci (F44.82)**, které jsou svázány s konkrétním věkem, a jako poslední velmi vzácné **Jiné specifikované konverzní poruchy (F44.83)**, kde patří například psychogenní zmatenost (Orel a kol. 2012, Vymětal 2007, Procházka 2011).

2.5 Metody měření disociace

Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, v posledním století neustále roste zájem kvalitně poznat a určit poruchy spojené s disociací. V závislosti na zaměřování pozornosti tímto směrem již vznikly a stále vznikají nové diagnostické nástroje k měření těchto

disociativních poruch, oproti testování jiných psychologických konstruktů ale diagnostika disociace stále lehce pokulhává.

Autoři Carlson a Armstrongová (1994) definovali 4 skupiny metod, které je možno použít při diagnostikování disociace:

- určité speciální postupy, které jsou zahrnuty do celkového hodnocení pacientů s disociativní poruchou,
- sebevypovídající/sebeuposuzovací škály měření disociace,
- strukturovaný klinický rozhovor,
- standardní psychologické testy + metody sloužící k hodnocení a diagnostice disociace.

Většina psychodiagnostických metod zaměřených na disociaci však slouží k testování dospělých jedinců a ne dětí, což je logicky snazší z hlediska jejich schopností, stupně vyzrálosti a způsobilosti nejen rozhodovat sám za sebe, ale i sám sebe posoudit, jakožto i splnit výše zmíněná kritéria či metody diagnostiky disociačních poruch. Existuje tedy celá řada různých metod, dotazníků a testů k měření disociace u dospělých, jako jsou například SSD (Scale of dissociation), DIS-Q (Dissociation questionnaire) nebo MID (Multidimensional inventory of dissociation). Na přední příčce využívanosti však stojí dotazník DES (Dissociative experiences scale), jehož alternativa A-DES, určená pro adolescenty, je použita ve výzkumné části této bakalářské práce.

2.5.1 Metoda A-DES

Dotazník A-DES vznikl a byl publikován v roce 1997 při snaze moci použít škálu disociativních zážitků u adolescentů (Armstrong et al., 1997). Zjistilo se totiž, že v tomto věku již nejsou dobře použitelné dotazníky pro pozorovatele, kteří již o svých dětech od věku přibližně dvanácti let nemají tolik informací, jako v předchozích letech. A-DES se tedy nejčastěji využívá u jedinců od 12 do 20 let především pro screeningová šetření normální a patologické disociace. Bezpochyby je ale jasné, že nelze určit definitivní diagnózu disociace pouze s použitím tohoto dotazníku, je tedy nutné k němu připojit i strukturovaný (klinický) rozhovor (Soukup, 2005).

A-DES je 30ti položková sebeuposuzovací škála. Probandi odpovídají na tvrzení pomocí 11ti bodové stupnice (0 - 10), kde 0 = nikdy a 10 = stále zakroužkováním čísla, které nejvíce vystihuje, jak častá je pro něj zkušenost popsaná v daném tvrzení. Všechna tvrzení se vztahují pouze na prožitky jedince ve stavu, kdy není pod vlivem alkoholu ani jiných drog.

Každá položka je neutrálně formulována, v přítomném čase a týká se přítomnosti či nedávné minulosti. Vyplnit dotazník zabere probandovi přibližně 10 minut (Soukup a kol., 2009, Soukup, 2005). V empirické části této práce je metoda A-DES rozebrána a popsána podrobněji, viz kapitola 6.2.2.

Podle studie samotné autorky dotazníku Armstrongové et al. (1997) má ale i tato metoda své nedostatky. Jak již bylo zmíněno, dotazník A-DES nelze použít jako jedinou diagnostickou metodu či nástroj ke stanovení definitivní diagnózy. Bylo také zjištěno, že A-DES u adolescentních pacientů špatně rozlišuje mezi disociativními a psychotickými poruchami, avšak není dosud jasné, zdali je to kvůli tomu, že symptomy obou těchto poruch se částečně překrývají, je to pouze důsledek nepřesnosti v diagnóze nebo kombinací obou možností. Soukup (2005) také uvádí fakt, že A-DES je sestaven podle dnes již předchozí verze amerického DSM-IV (nyní v platnosti DSM-V) a není v něm zahrnuta kategorie *Jiné specifikované konverzní poruchy* (konverzní symptomy), resp. otázky na ně.

2.5.2 Jiné standardní metody měření disociace

Dalšími možnými postupy k měření disociace u dětí a adolescentů jsou například: dvacetipoložkový dotazník **CDC** (Child dissociative checklist) autora Franka Putnama, v české verzi **DDD** (Dotazník disociace v dětství), který ale vzhledem k věku dítěte vyplňuje jeho pozorovatel (rodič, pěstoun, učitel apod.), který musí být velmi dobře obeznámen s chováním a jednáním dítěte v rozličných situacích. Tento dospělý člověk pak odpovídá na různé otázky na škále 0, 1 a 2, kde 0 znamená, že položka chování dítěte vůbec nevystihuje, 1 odpovídá chování pouze někdy nebo do určité míry a 2 vyjadřuje, že položka velmi přesně odpovídá chování dítěte (Soukup, Papežová, 2008). Již zmiňovaný 63 položkový dotazník **Dis-Q** je také velmi dobře použitelný u adolescentů vzhledem k jeho zaměření na disociaci u poruch příjmu potravy. U starších adolescentů je už také možno uvažovat o použití dotazníku DES, u somatických projevů disociace dotazníky **SDQ-20** nebo **SDQ-5** (Soukup, 2005).

3. Alexithymie a disociace

Dle poznatků z předchozích kapitol lze říci, že co se týče definic alexithymie a disociace, jsou to jevy velmi podobné. Podobnosti lze nalézt také v metodách i konkrétních dotaznících, které byly pro měření obou těchto psychologických konstruktů dosud vytvořeny. V souvislosti zkoumání rozdílů mezi alexithymií a disociací je možné rozdělit názory odborné veřejnosti do tří směrů:

- alexithymie a disociace jsou dva oddělené psychologické konstrukty,
- alexithymie a disociace jsou ve skutečnosti jeden a tentýž konstrukt,
- alexithymie a disociace jsou dva oddělené psychologické konstrukty ve vzájemném vztahu.

Různé studie však v tomto případě stále ukazují různé výsledky, z čehož vyplývá, že prozatím není možné přesně určit, v jakém vztahu se oba tyto konstrukty nacházejí. Rovněž nejasná etiologie obou těchto teoretických modulů může způsobovat nezřetelnost jejich vztahu, kvůli kterému může docházet k tomu, že u různých poruch se vztah alexithymie a disociace liší. Pro lepší orientaci a větší přehlednost v této oblasti jsou v následujících odstavcích uvedeny některé názory na tuto problematiku.

Podle Ptáčka (2006) spočívá hlavní rozdíl mezi oběma těmito jevy v jejich historii. Disociace je mnohem starší konstrukt s hlubšími kořeny a tedy i větší dávkou pozornosti odborníků, odborných textů a zdrojů k jejímu studiu. To ale podle tohoto autora disertační práce *Obecně psychologické a osobnostní souvislosti disociace* zdaleka neznamena, že je proto disociace více konceptuálně jasná nežli alexithymie. Jako hlavní podobnost alexithymie a disociace pak Ptáček (2006, 72) uvádí, že: „*oba konstrukty mohou být popsány jako nedostatek v integraci percepce, paměti nebo emocí do proudu vědomé zkušenosti*“.

Mnoho autorů se shoduje na tom, že alexithymie a disociace spolu korelují i přesto, že se jedná o odlišné teoretické koncepty. Stejně tak často korelují s depresí a somatizací (Lipsanen, Saajarvi, Lauerma, 2004). Často se ve výzkumech nalézáme také fakt, že subškála dotazníku TAS-20 s názvem „obtíže v identifikaci pocitů“ je významným prediktorem disociativních tendencí. Tuto souvislost poprvé objevili Irwin a Melbing-Helberg (1997) a následující studie ji pouze potvrzovaly.

Wise, Mann a Sheridan (2000) z předchozích i vlastních výzkumů usoudili, že patologická i nepatologická disociace jsou spojeny s alexithymií, první zmiňovaná má však tuto vazbu mnohem silnější, což prokázaly signifikantně vyšší korelace se subškálami „potíže s identifikací pocitů“ a „potíže s vyjadřováním pocitů“. Je ale také potřeba

poznamenat, že většina studií se obecně zabírala vztahem psychické disociace a alexithymie, namísto disociace somatoformní, která nejen podle Sifnea (1972) má k alexithymii mnohem blíže.

Při studiu mnohých výzkumů na téma vztah alexithymie a disociace však zjišťujeme, že se často zabývají pouze popisem vztahu mezi těmito dvěma konstrukty, ne však jeho analýzou, strukturou, funkcí či dynamikou. Je tak možné učinit závěr, že tyto studie založené na korelacích či regresní analýze neposkytují žádné zcela nové či převratné informace v této problematice, což ovšem neznamená, že by pro budoucí studium těchto dvou jevů nebyly přínosné.

4. Alexithymie a disociace u dětí

Z předešlých poznatků vyplývá, že zkoumání ani jednoho z dvojice konstruktů (alexithymie a disociace) u dětí či adolescentů v minulosti nebylo příliš rozšířené ani populární. Důvody, proč tomu tak bylo a v současné době stále je, jsou rovněž popsány v předešlých kapitolách, především v *Metodách měření* obou modulů (viz 1.5 a 2.5). Pokusím se přesto v této části mé bakalářské práce trochu více přiblížit specifika alexithymie i disociace v období dětství a adolescence, případně jejich vztahy.

4.1 Specifika disociace v dětství a adolescenci

Nyní je znovu nutné navázat na poznatky již uvedené v mé práci, a to především na fakt, že disociace sice není o mnoho více či lépe definována než alexithymie, stojí za ní ale mnohem více výzkumů a teoretických i praktických odborných textů a pramenů. Tato skutečnost platí jak o dospělé, tak dětské či adolescentní populaci. Výskytu disociace v tomto období je tedy nejen věnováno mnohem více publikací, ale své místo si disociace u dětí a adolescentů našla i v MKN-10 (F44.82 - Přechodné disociativní/konverzní poruchy vyskytující se v dětství a adolescenci).

Právě svou přechodností se podle Svobody, Krejčířové a Vágnerové (2009) liší disociace u dětí od disociace u dospělých. Porucha v tomto období souvisí spíše s tendencí dětí reagovat „celostně“ a osobnost dítěte proto v těchto případech často nebývá vůbec narušena. U dětí v této skupině poruch dochází k narušení normální integrace psychických funkcí, při které je narušena schopnost vůlí ovládat nejen funkce psychické, tak i funkce tělesné. Oproti dospělým je příchod i odchod disociativních i tělesných symptomů (psychogenní bolest, porucha smyslového vnímání – narušení zraku, hmatu apod.) častěji více náhlý, což indikuje i kratší dobu jejich trvání. V opačném případě – pozvolném nástupu symptomů – může dojít k chronifikaci. Stejně jako u dospělých symptomy disociace vyjadřují určitý nevědomý psychický konflikt. Vztah mezi tímto konfliktem a daným disociativním symptomem bývá často velmi zřejmý, dítě má ale sklony tuto souvislost nevidět/popírat. Vzhledem k tomu, že rodiče stejně jako psycholog tento vztah vidí zcela jasně, mívají tendence obviňovat dítě ze simulování a naopak oni sami nejsou schopni vidět/pochopit účelový, avšak zcela nevědomý charakter této poruchy. U menších dětí bývají disociativní symptomy viděny velmi zřídka, v předškolním a mladším školním věku naopak mnohem častěji, ne ale jako přímý projev disociace jako poruchy, nýbrž jako normální reakci na stres, na který není dítě zcela připraveno (např. se lékař rozhodne při preventivní návštěvě dítě očkovat). „V období

dospívání mívají již zcela charakteristický obraz a jako přechodné jsou pravděpodobně častější než v dospělosti.“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009, 596).

Jako nejvhodnější nástroj pro zmapování disociace v období dětství a adolescence se jeví rozdělení Franka Putnama (1997), jenž kategorizuje chování dětí s patologickou disociací a zejména jejich symptomy do 3 skupin:

- **primární symptomy** zrcadlící přímý vliv disociace na kognitivní procesy, které se dále dělí na tzv. symptomy přidružené, jimiž jsou:
 - a) **amnézie a paměťové symptomy,**
 - b) **symptomy disociativních procesů,**
- **sekundární symptomy** jsou reakcí na primární a přidružené symptomy, přičemž pokud není věnována pozornost danému primárnímu symptomu, je léčba sekundárního pouze paliativní
- a **terciární symptomy**, reflektující poruchu v základních vývojových procesech, jako je například pocit vlastní identity. Stejně jako u sekundárních symptomů samostatná léčba není efektivní a je nutné zaměřit se především na předchozí dvě skupiny.

Mezi amnézie a paměťové symptomy řadí Soukup (2005) například paměťová okénka, epizody fugy, podivnou zapomětivost některých základních informací, jako jsou jména rodinných příslušníků či přátel, vlastnictví osobních věcí či proměnlivé schopnosti a dovednosti (ve škole, sportu apod.). Příkladem symptomů disociativních procesů jsou transy připomínající stavy nepřítomnosti (tzv. vypnutí) nebo sluchové halucinace. Za sekundární projevy je možné označit úzkosti, deprese, nízkou sebeúctu či afektivní labilitu. Terciárními symptomy jsou myšleny především suicidální chování (myšlenky i pokusy), sebepoškozování, problémy s chováním obecně, problémy ve škole a problémy s chováním sexuálním.

Časté výzkumy disociace (nejen) u dětí proběhly také na téma vztahu disociace a traumatu. Podle Fiedlera (2001) je totiž v případě prožití a hlavně nevyrovnání se s traumatickou událostí disociace výborným a účinným řešením. Ačkoliv byla nalezena souvislost mezi nezpracovaným traumatem a disociací, není tak docela jednoznačná. Někteří traumatizovaní pacienti totiž následné disociativní příznaky vůbec nemají a naopak, někteří pacienti s prokázanou disociací v minulosti trauma neprožili. Určitá souvislost mezi disociací a traumatem tedy prokazatelně díky mnohým výzkumům existuje, nemusí být však u všech pacientů podmínkou. Co se týče dětské populace, disociace se u ní může projevit i následkem některých méně závažných forem týrání/zanedbávání (Irwin, 1995,

Soukup, 2005). K disociaci spojené s traumatem může dojít jak přímo během traumatické události, tak i po ní. Při jednorázovém traumatu většinou dochází ke spontánnímu návratu vzpomínek po určitém čase, naopak u opakovaného traumatu (dlouhodobé týrání) nastává chronifikace obran založených na disociaci a následnému vzniku disociativní či posttraumatické poruchy (Terr, 1991).

4.1.1 Diagnostika disociace u dětí a adolescentů

Diagnostika disociace u dětí a adolescentů má rovněž svá specifika a omezení. Kvůli jejich věku a nemožnosti do 18 let plně rozhodovat sám za sebe je nutné, aby celý diagnostický postup zahrnoval nejen psychologické vyšetření jeho samotného jako takové (vždy se souhlasem zákonného zástupce a často i s jeho přítomností), ale i rozhovor s rodiči (kteří u menších dětí musí sami některé dotazníky vyplnit, viz 2.5.2) a dalšími blízkými rodinnými příslušníky, učiteli, lékaři. Ideální diagnostická práce s dítětem by v tomto případě měla zahrnovat i sběr dat z dostupných materiálů o dítěti (z lékařských či školních záznamů, popř. materiálů od sociálních pracovníků). Všechny tyto kroky by v nejlepším případě měly proběhnout ještě před samotným vyšetřením dítěte (Soukup, 2005). Podle ISSD (2004) jsou nezbytnými složkami při diagnostice disociace v dětství a adolescenci: klinické interview, zjištění komorbidní poruch (často OCD, PTSD, ADHD apod.) a lékařské vyšetření. V ideálním případě by celek vyšetření měl také zahrnovat screeningové testy, strukturované klinické interview, psychologické testování, farmakologickou a hypnotickou intervenci a průběžné hodnocení během léčby.

Omezení takové diagnostiky spočívá nejen v náročnosti jejího provedení, ale také ve faktu, že rodiče často soustředí svou pozornost pouze na potíže dítěte, nikoliv však na vlastní chování či fungování rodiny jako celku (Soukup, 2005). Z psychotherapeutické a diagnostické práce s jedincem se tedy stává psychotherapeutická práce s celou rodinou. Rozhovory s dítětem jsou rovněž obtížné z hlediska přizpůsobování různému věku jednotlivých dětských pacientů, při kterých musí psycholog postupovat vždy jiným způsobem.

4.2 Specifika alexithymie v dětství a adolescenci

Koncept alexithymie (jak u dětí, tak u dospělých) je v dnešní době stále velmi nejasný a diskutovaný, není proto možné uvést pouze jediné vysvětlení jejího vzniku, příčin, přesných projevů či diagnostiky. Mnozí zástupci odborné veřejnosti se ke všem těmto

aspektům tohoto obtížně uchopitelnému fenoménu vyjadřují různě, avšak díky dostupným zdrojům je možné poukázat na výhody aplikování bio-psycho-sociálně-spirituálního přístupu, jenž právě k tématům psychosomatiky neodmyslitelně patří. Zvláště u dětí je v případě diagnostiky a terapie alexithymie nutné zabrouzdat do oblastí jeho rodiny a blízkého okolí, protože právě zde lékaři či psychologové narazí na jádro daného problému. Z výzkumu z roku 2010 (Parker, Eastbrook, Keefer, Wood) vyplynulo, že ačkoliv je zkoumání adolescentní populace stále poněkud limitováno (a to nejen problematice alexithymie), objevují se a rostou jasné důkazy o tom, že alexithymie v době dětství a adolescence může mít naprosto stejné škodlivé následky jak pro zdraví, tak obecně pro dobré životní podmínky, jako alexithymie v dospělosti.

4.2.1 Výzkumy zaměřené na alexithymii u dětí a adolescentů

Dle nedávných studií alexithymie v mládí bývá spojena s častějšími tělesnými obtížemi či poruchami příjmu potravy (Ebeling, Moilane, Linna, Räsänen, 2001; Rieffe et al., 2007; Rieffe, Oosterveld, Meerum Terwogt, 2006). Zimmermann (2006) zkoumal také vztah mezi alexithymií a delikventním chováním adolescentů, přičemž prokázal, že mladiství delikventi vykazují výrazně větší problémy na škále *identifikace emocí/pocitů* než jeho kontrolní skupina. Tito pachatelé také mnohdy pocházeli z různě narušených rodin, což se společně s alexithymií později ukázalo jako významný prediktor kriminality mladistvých. Prokazatelné vazby mezi alexithymií a poruchami chování u adolescentů prokázaly i předchozí a pozdější výzkumy, které rovněž objevily mnohé další sklony alexithymních jedinců k rizikovému chování, jako je riskování (Brejard, Bonnet, & Pardinielli, 2005), zneužívání návykových látek (Dorard et al., 2008) či násilí (Marohn, 1992). Stávající zdroje ale bohužel dokazují, že měření alexityhmie pro dětskou a adolescentní populaci bylo mnohdy založeno na metodách pro dospělé, z čehož vyplývá, že výsledky takových výzkumů nemusely být vždy zcela psychometricky ideální (Parker, Eastbrook, Keefer, Wood, 2010).

Pravděpodobně nejširší zkoumání alexithymie u dětí provedli autoři Rieffe, Oosterveld a Terwogt (2006) v Nizozemsku. Pomocí jimi vytvořené vlastní alternativy dotazníku TAS-20 *Alexithymia questionnaire for children*, dále dotazníků *Somatic complaints list* a *Mood list for children* zkoumali vzorek 740 dětí od 12 do 15 let. Výsledkům této studie i prvnímu zmiňovanému dotazníku bude věnována pozornost ve výzkumné části této práce.

4.3 Vztah alexithymie a disociace u dětí a adolescentů

Patrně jediný výzkum zaměřený pouze na vztah alexithymie a disociace u dětí a adolescentů proběhl v roce 2004 pod vedením čtyř autorů z Turecka (Sayar, Kose, Grabe, Topbas, 2005), k jehož metodám i výsledkům se rovněž dostaneme v empirické části této práce. Nejnovější poznatky v podobné problematice, i když ne s primárním účelem poukázat na vztah alexithymie a disociace u adolescentů a pouze na populaci dívek, přinesl švýcarsko-německý výzkum publikovaný v letošním roce (2016, Lüdtke, In-Albon, Michel, Schmid). Jeho autoři prokázali, že alexithymie je velmi významným prediktorem adolescentního sebepoškozování bez sebevražedných úmyslů (NSSI – non-suicidal self-injury). Také poukázali na výraznou souvislost alexithymie s mateřským týráním a zanedbáváním. Dalšími jevy, které autoři v souvislosti s NSSI zkoumali, jsou disociativní příznaky týraní v dětství. Překvapením však bylo, že ani jeden z těchto fenoménů se jako prediktor NSSI neukázal.

Ze získaných poznatků je tedy možné soudit, že na rozdíl od zkoumání disociace a alexithymie jako jednotlivých fenoménů, jejich souvislostí s jinými psychologickými nebo somatickými obtížemi, či zjišťování specifík těchto dvou konceptů u dospělých, zůstává průzkum alexithymie a disociace u dětí stále poněkud neprobádanou oblastí, a to zejména v České republice. Tento fakt pak ovšem připravuje mnohem lepší půdu pro výzkumnou část této bakalářské práce.

5. Předmět výzkumu, metodologický rámec

V první kapitole empirické části této bakalářské práce je pozornost zaměřena na výzkumný problém, cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy, tedy kategorie nezbytně nutné pro realizaci každého výzkumu.

5.1 Výzkumný problém

Při definování výzkumného problému mé práce je nezbytné navázat její teoretickou část, která se zabývá jak obecnou rovinou alexithymie a disociace, tak jejich vztahy a specifiky u dětí. Uvedené výzkumy ukázaly, že vztah mezi alexithymií i a disociací u různého typu populace je prokazatelný, není však zcela jasné, jak je tomu právě u dětí a adolescentů. Míru výskytu alexithymie a jejich jednotlivých faktorů zjišťuji pomocí dotazníku Alexithymia questionnaire for children, míru výskytu disociace a jejich subtypů pomocí dotazníku A-DES. Oba zmíněné dotazníky jsou alternativami běžně používaných dotazníků k zjišťování alexithymie a disociace u dospělých – TAS-20 a DES, uzpůsobenými pro děti a adolescenty.

V současné literatuře, studiích a dalších odborných zdrojích lze najít mnohé výzkumy problematiky alexithymie a disociace zvláště, v souvislosti s jinými poruchami či pouze na dospělé populaci, výsledek pátrání po výzkumech alexithymie a disociace u dětí je však mizivý. V zahraničí se jisté výsledky týkající se obou těchto konceptů již objevují, v České republice ale zatím pouze okrajově. Právě spojení všech těchto faktorů dává za vznik výzkumnému problému s cíli uvedenými v kapitole 5.2 (pro lepší přehlednost lze pak konkrétnější formulace výzkumných problémů nalézt v kapitole 5.3).

5.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem této práce je především zmapování a explorace dané problematiky společně s nalezením případného vztahu mezi dvěma zkoumanými jevy – tedy alexithymií a disociací. Výzkum cílí především na popis vzájemného vztahu mezi mírou alexithymie a disociace konkrétně u dětí staršího školního věku, tedy adolescentů. Dalším cílem je zjištění počtu jedinců trpících alexithymií, disociací nebo jejich kombinací v poměru k počtu všech jedinců ve sledovaném vzorku – tedy míru výskytu obou zkoumaných jevů. Prevalence jednotlivých faktorů/subtypů alexithymie i disociace vycházejících z teorie obou konstruktů je rovněž jedním z cílů, stejně jako prozkoumání, zdali se od sebe jakýmkoliv způsobem výsledky liší z hlediska pohlaví či tříd.

5.3 Hypotéza a výzkumné problémy

Vzhledem k zaměření celé této bakalářské práce bylo po konzultaci se zkušenějšími odborníky rozhodnuto, že na základě teoretické části i určených cílů výzkumu bude formulována pouze jedna jednostranná hypotéza o souvislosti, jejíž rozsah však dále doplní několik blíže definovaných výzkumných problémů, jak již bylo nastíněno v kapitole 5.1.

Hlavní a zároveň jedinou hypotézou této studie tedy je:

H1: Existuje pozitivní korelace mezi alexithymií a disociací u dětí staršího školního věku.

V návaznosti na klíčovou hypotézu tohoto výzkumu je nyní možné formulovat několik výzkumných problémů:

- V jaké míře se ve zkoumaném vzorku vyskytuje alexithymie?
- V jaké míře se ve zkoumaném vzorku vyskytuje disociace?
- Existuje rozdíl mezi skóry chlapců a dívek?
- Existuje rozdíl v míře naměřené alexithymie a disociace z hlediska tříd?

6. Aplikovaná metodika

V druhé kapitole empirické části této bakalářské práce je přiblížena metodologie použitá ve výzkumu. Je zde blíže specifikován jak zvolený typ výzkumu a jeho průběh, tak metody získávání, zpracování a vyhodnocení dat. V následujících podkapitolách se rovněž zaměříme na charakteristiky a specifika zkoumaného souboru i etická úskalí tohoto výzkumu.

6.1 Zvolený typ výzkumu, metodologický design

V návaznosti na konkrétní problematiku a zvolené výzkumné cíle této studie byl za metodologický design vybrán kvantitativní přístup. Konkrétním typem výzkumu je pak korelační studie – jakožto nejvhodnější nástroj ke zjišťování vztahu a jeho síly mezi dvěma (a více) naměřenými hodnotami (Holt, Lewis, 2013). Korelační studie proběhla na základě dotazníkového šetření, jelikož právě standardizované dotazníky jsou velmi vyhovující a účelné pro zjišťování souvztažností a souvislostí jak mezi jejich celkovými skóry, tak jednotlivými faktory.

V případě dostatečně reprezentativního vzorku a silného korelačního vztahu, jak předkládají Holt a Lewis (2013), je pak možné výsledky nejen převést na celou populaci (což by bylo ideálním dopadem této práce), ale i do budoucna predikovat přinejmenším výskyt obou zkoumaných jevů.

6.2 Metody získávání dat

Míra výskytu alexithymie a disociace u dětí staršího školního věku byla pro účely této práce zjišťována prostřednictvím dvou již zmíněných dotazníků – Alexithymia questionnaire for children a A-DES (*Adolescence dissociative experiences scale – Škála disociativních zážitků pro adolescenty*).

6.2.1 Alexithymia questionnaire for children

Alexithymia questionnaire for children je původně anglická verze dotazníku TAS-20 pro dospělé, pomocí které byl zjišťován výskyt alexithymie v adolescentní populaci. Skupina tří nizozemských autorů (Rieffe, Oosterveld, Terwogt, 2005) vytvořili v roce 2004 tuto dětskou alternativu nejprve v anglickém jazyce a následně v holandštině. Tato nově vzniklá verze má stejně jako původní TAS-20 třífaktorovou strukturu.

Výpočet jednotlivých skóre dotazníkú byla v elektronické podobě kódována a počítána následujícím způsobem:

- TAS (dle Toronto alexithymia scale) jako součet všech položek *al01 – al20*,
- TAS1 (=faktor DIF - *difficulty identifying feelings*) představující součet položek *al01,al03,al06,al07,al09,al13,al14*,
- TAS2 (=faktor DDF - *difficulty describing feelings*) jako součet položek *al02,al04r,al11,al12,al17*,
- TAS3 (=faktor EOT - *externally oriented cognitive style of thinking*) jako součet položek *al05r,al08,al10r,al15,al16,al18r,al19r,al20*.

Na rozdíl od druhého použitého dotazníku (viz 6.2.2) i původní „dospělé“ verze TAS-20 nemá Alexithymia questionnaire for children stanovený tzv. *cut-off* skóre. Není tedy zcela možné říci, tak jako je tomu u dotazníkú A-DES či TAS-20, že od určité hodnoty už jedinec alexithymní je/pod určitou hodnotou už jedinec alexithymii netrpí. Všechny výzkumy, které tento dotazník použily, vždy uvádí pouze *čím vyšší skóre v dotazníku, tím vyšší alexithymické tendence jedinec má* (volně přeloženo z Housiaux, Luminet, Van Broeck, Dorchy, 2010; Rieffe, Oosterveld, Terwogt, 2005). Tento fakt bylo pak nutné mít na paměti při zpracovávání, analýze dat a následnému vyhodnocování a interpretaci dat, k jejichž podrobnostem a specifikům se dostaneme v následujících kapitolách.

6.2.2 A-DES

Problematika a výskyt disociace byla u vybrané populace zjišťována pomocí dotazníku A-DES, který je, jak již bylo výše popsáno, alternativou dotazníku DES, určeného výhradně pro dospělé. Pro připomenutí zde bude uvedeno a dále rozšířeno několik informací o této metodě, již nastíněných v kapitole 2.5 (*Metody měření disociace*) a získaných z manuálu k české verzi tohoto dotazníku (Soukup 2005, 2009). Dotazník A-DES je sebeposuzovací metodou o 30 položkách. Jednotlivé odpovědi jsou probandy nanášeny na škálu 0 (nikdy) – 10 (stále), přičemž ladění všech otázek odpovídá věku 11 – 18 let. Dětem a adolescentům trvá vyplnit dotazník přibližně 10 minut.

Soukup a kol. (2009, 276) uvádí, že A-DES dále rozlišuje 4 subškály (odvozené od teorie disociace):

- disociativní amnézie (k níž patří otázky 2, 5, 8, 12, 15, 22),
- absorpce a imaginativní zaujetí (1, 7, 10, 18, 24, 28),
- zážitky pasivního ovlivňování/vměšování (ztráta volní kontroly nad vlastním tělem a vnímáním – 4, 14, 16, 19, 23),
- depersonalizace a derealizace (pocit oddělenosti od vlastního těla a světa – 3, 6, 9, 11, 13, 17, 20, 21, 25, 26, 29, 30).

Efekt depersonalizace na vývojové přepracování identity a vztahovosti reflektují dvě oblasti:

- zážitky disociované identity (pocit oddělenosti od částí sebe, včetně pocitu, že prožívané pocity a chování nejsou moje – 3, 9, 21, 29),
- disociovaná vztahovost (pocit, že mezilidské vztahy jsou nevypočitatelně proměnlivé a neoprávdové – 11, 20, 26).

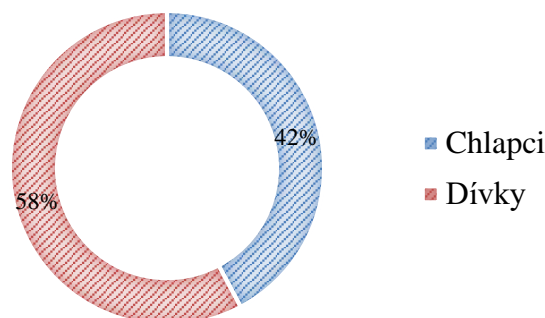
Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, A-DES má při jeho vyhodnocování jasně stanovený cut-off skóre, to znamená - pokud je výsledný skóre (ať už celkového A-DES či jednotlivých subškál) vyšší než 4, indikuje to patologickou disociaci. Je běžné, že adolescenti s disociativní poruchou v dotazníku skórují mezi 4 a 7 body (Soukup, 2005). Blíže k vyhodnocování se rovněž dostaneme v následujících kapitolách.

6.3 Výzkumný soubor

Vzhledem k hlavnímu výzkumnému cíli – zmapovat míru výskytu alexithymie a disociace, případně jejich vztahů u dětí staršího školního věku, byl k posuzování vybrán pouze jeden výzkumný soubor (na rozdíl od jiných prací na podobné téma, které mnohdy porovnávaly zkoumaný soubor s kontrolní skupinou).

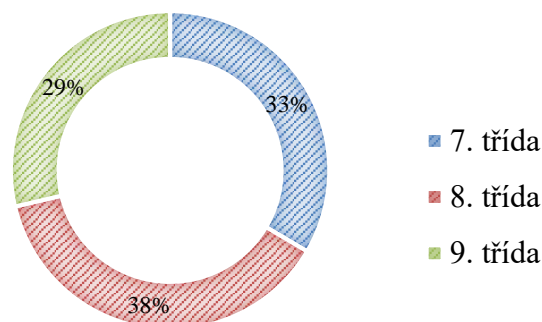
V návaznosti na poznatky z odborné literatury (běžná míra výskytu obou jevů v populaci) bylo do konečného výzkumného vzorku zařazeno celkem 206 dětí, z toho 131 z osmiletého gymnázia a 75 ze základní školy. Obě školy přitom spadají pod Moravskoslezský kraj.

I přesto, že by bylo ideální, aby poměr chlapců a dívek byl vyvážený, do výzkumného souboru bylo nakonec zahrnuto celkem 87 chlapců a 119 dívek.



Graf č. 1: Rozložení pohlaví v souboru

Probandi tohoto výzkumu nebyli řazeni podle věku, nýbrž podle třídy, kterou navštěvují (tedy 7. třída – 69 dětí, 8. třída – 78 dětí, nebo 9. třída – 59 dětí). Z dostupných zdrojů však bylo zjištěno, že se všichni účastníci výzkumu nacházeli ve věku mezi 11 a 15 lety. Probandi byli do výzkumu zařazeni díky vstřícnosti vedení obou škol a rovněž na základě informovaného souhlasu podepsaného jejich rodiči, je tedy možné říci, že byli vybráni metodou záměrného výběru.



Graf č. 2: Rozložení tříd v souboru

6.4 Průběh výzkumu, administrace dotazníků

Vzhledem k tomu, že na rozdíl od dotazníku A-DES druhý dotazník Alexithymia questionnaire for children doted' neměl českou verzi (pouze původní holandskou a anglickou, francouzskou, italskou a farsí), bylo nutné provést jeho překlad do českého jazyka. Jedna z autorek dotazníku, kterou bylo kvůli překladu nutné kontaktovat – již zmíněná Carolien Rieffe – po mailové komunikaci svolila k přeložení anglické verze do češtiny s podmínkou, že jí bude zaslán zpětný překlad dotazníku (který byl kvůli dostatečné kontrole již při původním záměru dotazník přeložit plánován).

Překlad zmiňovaného dotazníku byl tedy proveden následujícím způsobem:

- anglickou verzi nezávisle na sobě přeložili 4 lidé včetně mě (dále Češka žijící v Anglii, učitelka anglického jazyka na ZŠ, překladatelka anglických knih a textů do češtiny),
- společně s učitelkou českého jazyka na ZŠ proběhlo porovnání všech verzí a srovnání drobných nuancí s ohledem na věk respondentů,
- výsledná kompilace všech verzí byla předložena rodilému mluvčímu žijícímu v České republice s žádostí o přeložení konečné verze zpět do angličtiny,
- proběhlo porovnání původní a „nově vzniklé“ verze dotazníku, přičemž nebyly zjištěny žádné větší odchylky či odlišnosti (pravděpodobně i z toho důvodu, jaké věkové skupině je dotazník určen – tj. jednotlivé položky byly velmi jednoduše a srozumitelně formulovány),
- výsledek této práce byl nakonec konzultován a schválen vedoucím této bakalářské práce a bylo možné převést jej do praxe.

Ještě před samotným vstupem do terénu byla provedena tzv. pilotní studie obou dotazníků na třech dětech ve věku 11, 12 a 15 let, a to hlavně z důvodu zjištění časové náročnosti obou metod. Autoři A-DES uvádějí přibližný čas, za jaký by měli všichni probandi stihnout dotazník vyplnit, u Alexithymia questionnaire for children však tato informace chybí. Jevilo se tedy jako nutnost ještě před jednáním s vedením obou škol zjistit, jak dlouhou dobu budou děti na vyplnění dotazníků potřebovat, resp. kolik času z výuky bude potřebné obětovat. Pilotní studie ukázala, že maximální doba vyplňování byla 32 minut, přičemž ani jedno z těchto dětí nemělo dotazy k dotazníkům kvůli nepochopení některé z otázek (což bylo rovněž jedním z cílů pilotní studie – zjistit, zdali formulace otázek odpovídá dané věkové skupině). Bylo tedy možné směrem k vedení škol vyřknout požadavek na maximálně jednu vyučovací hodinu (45 min), kde již byla zahrnuta celková administrace dotazníků (včetně představení administrátorky, popisu instrukcí jednotlivých dotazníků či zodpovězení případných dotazů).

Pravděpodobně největším rizikem při zkoumání adolescentní populace byla nemožnost dětí rozhodovat sami za sebe vzhledem k jejich věku, tedy nutnost podepsání informovaného souhlasu ze strany jejich rodičů. Naštěstí návratnost těchto informovaných souhlasů byla velmi vysoká, tudíž se výzkumný soubor nakonec jevil poměrně dostačující. Vedení obou školy (resp. konkrétním učitelům daných tříd) byly nejprve předány informované souhlasy a zároveň domluveno konkrétní datum a čas, kdy se sběr dat bude konat.

Po sesbírání vyplněných informovaných souhlasů byly dotazníky administrovány pouze těm dětem, jejichž rodiče na tvrzení „*souhlasím – nesouhlasím s tím, aby se můj syn/moje dcera zúčastnila dotazníkového šetření...*“ odpověděli kladně. Administrace jednotlivých dotazníků probíhala vždy v jedné, předem domluvené vyučovací hodině. Všechny děti byly zpočátku instruovány, co, kde a jak mají vyplňovat (pohlaví, třída a vlastní specifický kód). Specifickým kódem byla jakákoliv kombinace čísel a písmen, přezdívkou či cokoliv jiného o maximální délce 10 znaků – důvodem volby právě tohoto způsobu byl věk zkoumaného souboru, při kterém bylo nežádoucí zatěžovat děti zjišťováním či skládáním běžně používaných kódů (jako např. první písmeno jména matky, poslední dvě čísla rodného čísla a druhé písmeno jména otce). Hlavním účelem toho, aby si děti svůj specifický kód vymyslely samy, bylo, aby se hned v úvodu trochu uvolnily a zároveň dokázaly napsat ten samý kód na oba dva dotazníky (pro následné spárování při zpracovávání a analýze dat). Bylo jim taktéž řečeno, že mohou vyplňování dotazníku kdykoliv přerušit či odmítnout (což se naštěstí u žádného z dětí nestalo). Po uplynutí vždy přibližně 35 minut vyplňování a ujištění, že si všechny děti zkontrolovaly, že mají zodpovězena všechna tvrzení, byly dotazníky sesbírány a následoval prostor na případné dotazy. Za odměnu pak při rozloučení všechny děti dostaly bonbóny.

6.5 Zpracování a analýza dat

Jako hlavní metody při zpracování a analýze dat byly použity programy Microsoft Office Excel 2010 a Statistica 2012 od společnosti Statsoft. Ještě před použitím obou těchto metod bylo ale provedeno spárování vždy dvou dotazníků od jednoho probanda na základě specifického kódu (viz kapitola 6.4). Pro lepší přehlednost byly dotazníky navíc očíslovány. Na základě neúplnosti dotazníku či nemožnosti spárování bylo z výzkumu vyřazeno celkem 23 probandů.

Prvotní použití Excelu spočívalo především v převodu formátu *tužka – papír* do elektronické podoby. Jednotlivé informace o každém probandovi byly převedeny tímto způsobem:

- **třída** se na dotaznících objevovala ve formě 7., 8., 9. nebo v případě gymnázia – sekunda, tercie, kvarta – sloupec „třída“ po transformaci dat v Excelu obsahoval pouze číslice 7, 8 nebo 9,

- **pohlaví** probandi vyplnili většinou ve formě M/Ž, někdy se objevovalo v celém znění muž/žena, párkrát i holka/kluk – sloupec „pohlaví“ po transformaci obsahoval pouze hodnoty 0 nebo 1, kdy 0 = muž a 1 = žena,
- **položky dotazníku Alexithymia questionnaire for children** byly převedeny jednotlivě dle manuálu k dotazníku (tedy ve formě nikdy pravda = 0, někdy pravda = 1 a vždy pravda = 2) do sloupců *al01 – al20*, přičemž bylo zároveň vytvořeno navíc 5 sloupců pro převod inverzních položek (*al04r, al05r, al10r, al18r, al19r*),
- **položky dotazníku A-DES** byly rovněž převedeny dle daného manuálu, a to ve formě 0 – 10 (což přesně odpovídá hodnotám, které probandi zakroužkovali v dotaznících) do sloupců *ades1 – ades30*.

V těchto již převedených elektronických datech byly spočítány zmíněné reverzní položky, zkontrolována a doplněna chybějící data a nakonec byly v tomtéž programu vypočítány celkové skóry jednotlivých dotazníků i jejich dílčích subskál (viz kapitola 6.2).

Pro program Statistica byl následně vytvořen samostatný list v Excelu, skládající se pouze z jednotlivých položek a výsledných skóru ve formě čísel/hodnot, neobsahujících vzorce v Excelu použité. Ke zpracování a analýze dat ve Statistice byly použity jak základní popisné statistiky, tak i běžně používané operace jako je analýza spolehlivosti, korelace, T - test či Mann - Whitney U – test, ke kterým se ještě dostaneme v následujících kapitolách.

6.6 Etická úskalí výzkumu

O průběhu, smyslu i cílech celého výzkumu byli informováni jak samotní účastníci výzkumu, tak samozřejmě vzhledem k věku probandů i jejich rodiče/zákonní zástupci (ve formě informovaného souhlasu, viz Příloha č. 2). Jednotlivé dotazníky byly zároveň předem předloženy také vedení jednotlivých škol i učitelům konkrétních tříd zapojených do výzkumu. Všichni účastníci byli ještě před začátkem vyplňování obou dotazníků informováni o všech náležitostech a zároveň ujištěni, že jejich účast na výzkumu je zcela anonymní a dobrovolná, mohou tedy kdykoliv z vlastní vůle testování přerušit či plně ukončit. Od účastníků výzkumu byly vyžadovány pouze informace, které nijak neohrožily jejich anonymitu, a bylo s nimi nakládáno v souladu s etickým kodexem. Konkrétní data nebyla při statistickém zpracování nijak detailně rozebírána či zkoumána.

7. Výsledky dotazníkového šetření

V této kapitole bude pozornost zaměřena na nálezy zjištěné při vyhodnocování dat, přičemž kromě běžných popisných statistik bude poukázáno také i na zajímavá zjištění.

První tabulka (viz Tabulka č. 1) nejprve představí základní výstupy obou použitých dotazníků. Sloupec „n“ reprezentuje počet hodnot ve výběru (= celkem lidí ve vzorku), který je samozřejmě pro všechny kolonky stejný. Z tabulky je také možnost vyčíst průměry, mediány, minimální a maximální naměřené hodnoty i směrodatné odchylky jak celkových skóru z obou dotazníků, tak jejich jednotlivých subškál.

	n	Průměr	Medián	Min	Max	SD
TAS	206	16,11	16	2	34	5,54
TAS1	206	4,78	4	0	14	3
TAS2	206	4,12	4	0	10	2,4
TAS3	206	7,21	7	0	15	2,61
A-DES	206	1,95	1,5	1,3	8,27	1,3
A-DES1	206	1,7	1,17	0	9,1	1,59
A-DES2	206	2,75	2,67	1,17	9,33	1
A-DES3	206	2,33	1,8	0	10	1,76
A-DES4	206	1,47	1,04	0	7,83	1,42

Tabulka č. 1: Základní popisné statistiky

7.1 Reliabilita jako vnitřní konzistence

Po sběru dat a jejich položkovém převedení do elektronické podoby nejprve proběhlo otestování obou dotazníků z hlediska jejich vnitřní konzistence. K výpočtu tohoto typu reliability byl vybrán koeficient Cronbachovo α , který v dnešní době patří mezi nejčastěji používané indexy reliability. Tato metoda očekává, že položky měřící tu samou vlastnost, by mezi sebou měly dostatečně silně korelovat. Cronbachovo α je ale často kritizován kvůli tzv. psychometrickému paradoxu, který spočívá v tom, že čím je vnitřní konzistence položek/testu vyšší, tím se může snižovat jejich validita (Urbánek, Denglerová, Širůček, 2011).

Je možné říci, že na tento fenomén se dostalo i při testování vnitřní konzistence dotazníku A-DES, kdy – jak můžeme vidět v tabulce č. 2 – hodnota Cronbachovo α v celkovém dotazníku je 0,924043, tedy velmi vysoká míra vnitřní konzistence. Subškály A-DES1 – 3 vykazují o něco menší míru vnitřní konzistence, avšak vzhledem k tomu, z kolika položek

se jednotlivé subškály skládají, je míra vnitřní konzistence každé z nich opět velmi uspokojivá. Velmi vysokou reliabilitu pak má subškála A-DES4, což ovšem může znamenat, že pouze obsahuje hodně položek měřících tu samou vlastnost/jev.

	Cronbach α
A-DES	0,92
A-DES1	0,6
A-DES2	0,62
A-DES3	0,73
A-DES4	0,83

Tabulka č. 2: Vnitřní konzistence dotazníku A-DES

Co se týče dotazníku pro alexithymii, při měření všech položek bylo nalezeno Cronbachovo $\alpha = 0,696371372$, tedy z hlediska vnitřní konzistence dotazníku uspokojivá vnitřní konzistence. Při detailnějším pohledu na jednotlivé subškály však lze vidět, že celkovou reliabilitu poněkud narušuje třetí faktor (TAS3). Na rozdíl od přechozích dvou subškál totiž nevykazuje uspokojivou vnitřní konzistenci (kolem 0,7), ale naopak poměrně nízkou (přesně 0,4), čímž z řady uspokojivých konzistencí poněkud vystupuje. Tento fakt je ovšem v souladu s předchozími výzkumy (např. Housiaux, Luminet, Van Broeck, Dorchy, 2010; Rieffe, Oosterveld, & Meerum Terwogt, 2006).

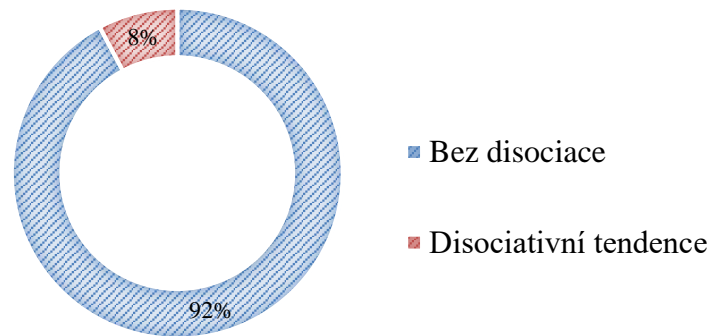
	Cronbach α
TAS	0,7
TAS1	0,72
TAS2	0,73
TAS3	0,4

Tabulka č. 3: Vnitřní konzistence dotazníku Alexithymia questionnaire for children

7.2 Výskyt disociace

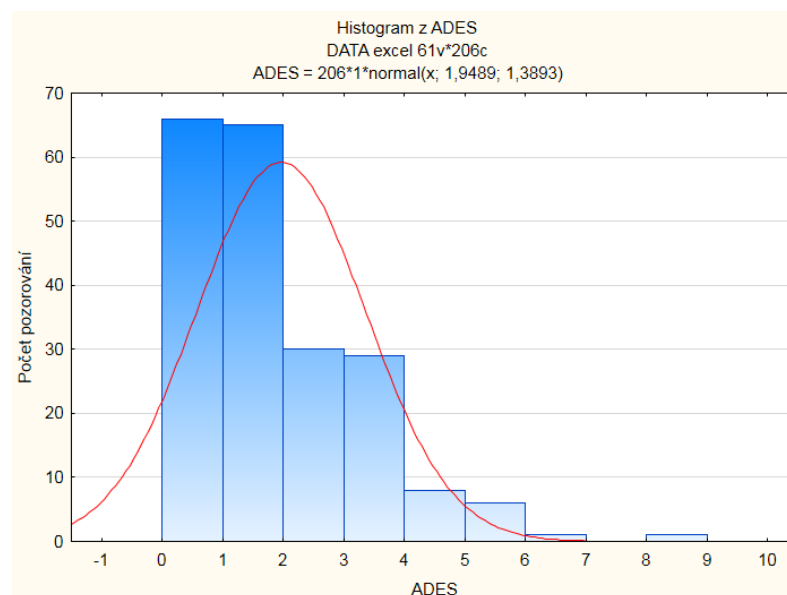
V návaznosti na výsledky popisných statistik a jasně stanovený cut-off skór u dotazníku A-DES je možné konstatovat, že přibližně 68% probandů se nachází mezi 0,5 a 3,5 body. Co je ale především pro tento výzkum významné, že skóre vyšší než 4 body již poukazuje na patologickou disociaci (Soukup, 2005). V tomto výzkumném vzorku tedy nad 4 body

skórovalo 16 jedinců (z 206), u kterých je možný výskyt patologické disociace. Soukup (2005) rovněž uvádí, že u adolescentů s disociativní poruchou identity je běžné v dotazníku A-DES skórovat mezi 4 až 7 body. Tuto hranici v našem souboru překročil pouze jeden proband, a to celkovým skórem 8, 2667.



Graf č. 3: Výskyt disociace ve vzorku

Celkový histogram disociace ukazuje pozitivní zešikmení, je tedy přijatelné říci, že u většiny lidí je běžné, že dosahují velmi nízkých skóru (na rozdíl od alexithymie, která vykazuje spíše normální rozložení, jak uvidíme hned v následující kapitole).



Graf č. 4: Histogram rozložení disociace

7.2.1 Výskyt disociace podle pohlaví

V této podkapitole je pozornost zaměřena na otázku, zdali se od sebe liší chlapci a dívky v míře disociace. Vzhledem k tomu, že u dotazníku A-DES bylo zjištěno ne zcela normální rozložení, byla v případě tohoto výpočtu zvolena neparametrická metoda porovnávání dvou nezávislých vzorků, a to *Mann – Whitney U test*. Z výsledků tohoto testu bylo zjištěno, že

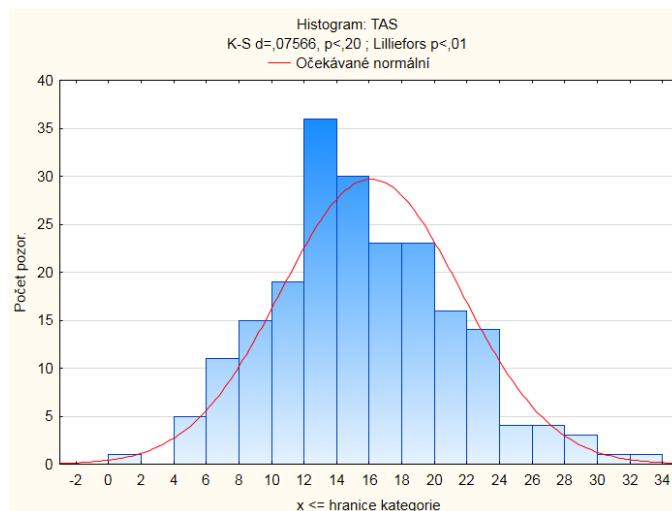
chlapci a dívky se v naměřené míře disociace neliší, respektive ne statisticky významně (což lze krásně vidět i na následujícím krabicovém grafu).



Graf č. 5: Výskyt disociace dle pohlaví

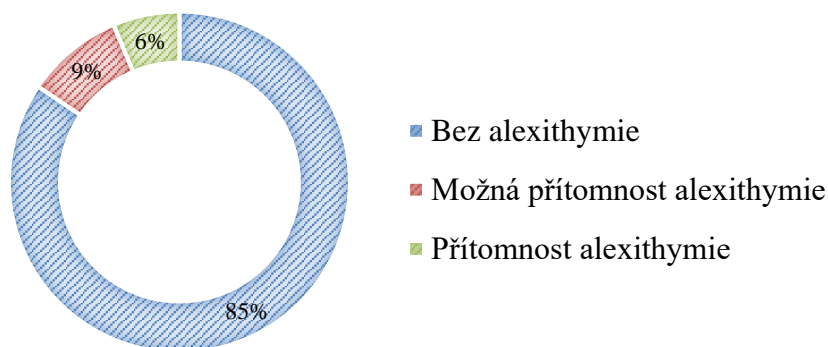
7.3 Výskyt alexithymie

Jak už bylo řečeno, Alexithymia questionnaire for children nemá na rozdíl od dotazníku A-DES stanovený cut-off skór (viz kapitola 6.2.1). Na začátku sběru dat se jevilo vhodné stanovit si tento „hraniční“ skór přibližně podle dotazníku TAS-20 pro dospělé. Při vyhodnocování dat a hlavně bližším pohledu na výsledný histogram alexithymie ale vyšlo najevo, že přesné stanovení cut-off skóru nemá smysl. Vzhledem ke kontinuálnosti histogramu celkového TAS je jasné, že u alexithymie předpokládáme spíše normální rozložení (na rozdíl od zešikmeného histogramu A-DES), tedy že v průměru lidé skórují mezi 10,5 a 21,5 body ($\pm 1SD$), v rozmezí mezi 22 a 24 body se vyskytuje pouze 19 lidí, a 25 bodů a více má už pouze 13 jedinců.



Graf č. 6: Histogram rozložení alexithymie

Je tedy zřejmé, že vyhodnocování alexithymie je smysluplné i bez přesně definovaného cut-off skóru, tedy že přibližně do 21 - 22 bodů je alexithymie nepřítomna, mezi 22 a 24 body je alexithymie možná a nad 25 bodů se alexithymie s největší pravděpodobností vyskytuje.



Graf č. 7: Výskyt alexithymie ve vzorku

7.3.1 Výskyt alexithymie podle pohlaví

Jak již bylo uvedeno, alexithymie na rozdíl od disociace vykazuje normální rozložení. Z toho důvodu byla při zjišťování, zdali se od sebe liší chlapci a dívky v míře naměřené alexithymie, použita parametrická metoda k porovnávání dvou nezávislých vzorků, a to konkrétně *T-test*. Z výsledků tohoto testu vyplývá, že dívky se statisticky významně liší od chlapců v míře alexithymie, přičemž právě ony dosahují vyšších skóre (průměr dívek: 16,8; průměr chlapců: 15,6; stupně volnosti = 204; $t = 2,115006$; $p = 0,035643$).

7.4 Souvislosti, korelace

Hlavním cílem celé této bakalářské práce bylo zjistit, zdali u adolescentů existuje vztah mezi alexithymií a disociací (zjišťovaných pomocí dvou již zmíněných dotazníků), popřípadě mezi jejich jednotlivými dimenzemi/subškálami.

Veškerá interpretace hodnot korelačních koeficientů byla provedena dle následující tabulky (Marek, 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

Tabulka č. 4: Interpretace hodnoty korelačního koeficientu

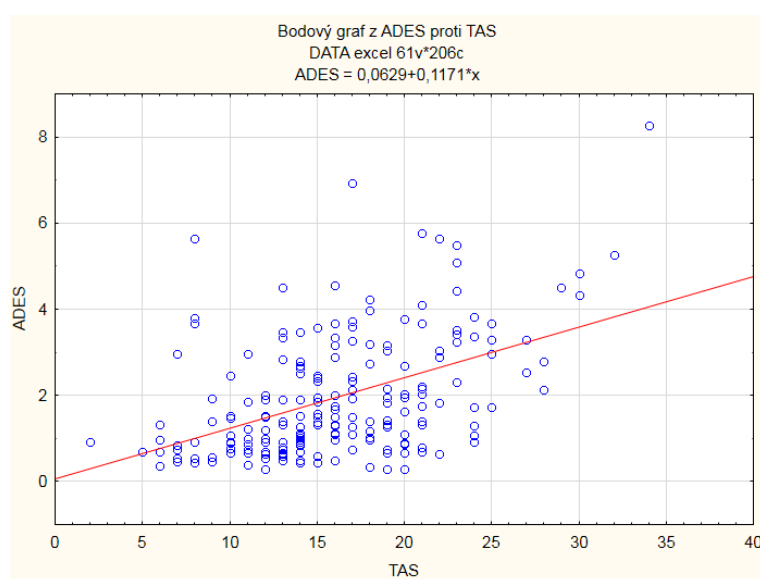
Pozornost bude v této kapitole tedy postupně zaměřena jak na koreláty obou dotazníků jako celků, tak na jejich jednotlivé dimenze, které v závislosti na metrických škálách obou dotazníků byly měřeny pomocí Pearsonova korelačního koeficientu.

7.4.1 Vztah mezi alexithymií a disociací

Z první tabulky korelací (Tabulka č. 5) je zřejmé, že celkově mezi TAS a A-DES, tedy mezi alexithymií a disociací existuje středně silná pozitivní souvislost (0,4665), což potvrzuje i bodový Graf č 8. Korelační koeficienty TAS a jednotlivých dimenzí A-DES se pohybují kolem hodnoty 0,4, což lze označit za středně silnou až silnou pozitivní souvislost. A-DES, přesněji řečeno míra disociace koreluje nejsilněji s TAS1 a slabě pozitivně v případě TAS2. TAS 3, jak se již ukázalo i v předchozích poznátcích, se nejví jako úplně ideální faktor. Na rozdíl od zbylých dvou subškál dotazníku pro alexithymii totiž s disociací i jejími jednotlivými faktory koreluje velmi slabě až negativně.

	ADES	ADES1	ADES2	ADES3	ADES4
TAS	0,47 p<,001	0,44 p<,001	0,39 p<,001	0,43 p<,001	0,41 p<,001
TAS1	0,62 p=0,00	0,54 p<,001	0,5 p<,001	0,57 p=0,00	0,58 p=0,00
TAS2	0,34 p<,001	0,31 p<,001	0,31 p<,001	0,28 p<,001	0,31 p<,001
TAS3	-0,05 p=,494	0,01 p=,841	-0,05 p=,510	0 p=,987	-0,09 p=,167

Tabulka č. 5: Koreláty TAS a A-DES



Graf č. 8: Znárodnění korelace TAS a A-DES

Vztah mezi alexithymií a disociací z hlediska pohlaví

Bylo také nasnadě ověřit, jak jsou na tom se vztahem alexithymie a disociace zvláště dívky a chlapci. Výsledky těchto zkoumání ukazují následující tabulky (viz tabulky č. 6 a 7).

	ADES	ADES1	ADES2	ADES3	ADES4
TAS	0,59 p=,000	0,52 p=,000	0,55 p=,000	0,58 p=,000	0,49 p=,000
TAS1	0,73 p=0,00	0,64 p=,000	0,64 p=,000	0,71 p=0,00	0,65 p=,000
TAS2	0,41 p=,000	0,33 p=,000	0,37 p=,000	0,37 p=,000	0,4 p=,000
TAS3	-0,02 p=,834	0,01 p=,899	0,04 p=,657	0,03 p=,774	-0,09 p=,345

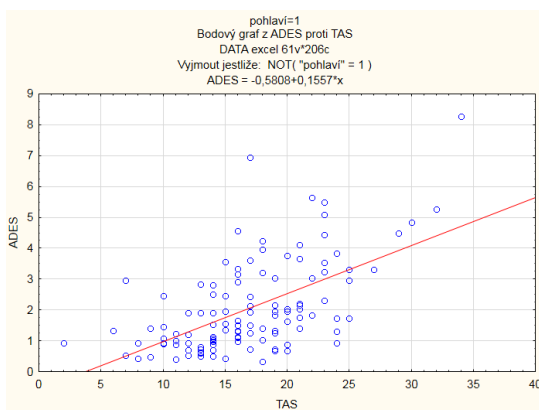
Tabulka č. 6: Koreláty TAS a A-DES u dívek

	ADES	ADES1	ADES2	ADES3	ADES4
TAS	0,27 p=,011	0,35 p=,001	0,14 p=,208	0,22 p=,043	0,26 p=,017
TAS1	0,43 p=,000	0,43 p=,000	0,26 p=,016	0,35 p=,001	0,44 p=,000
TAS2	0,21 p=,046	0,29 p=,007	0,19 p=,070	0,13 p=,238	0,18 p=,099
TAS3	-0,08 p=,434	0,02 p=,878	-0,18 p=,102	-0,03 p=,773	-0,10 p=,363

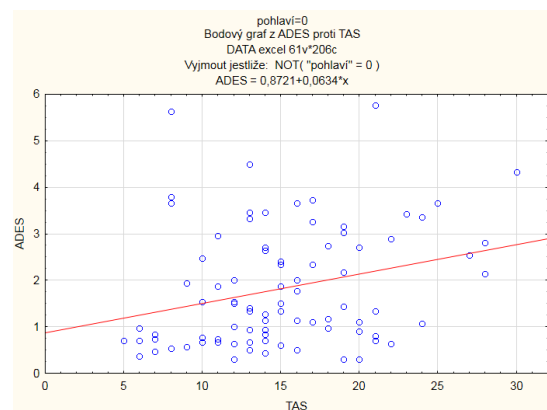
Tabulka č. 7: Koreláty TAS a A-DES u chlapců

Z tabulek č. 6 a 7 zobrazených výše vychází, že souvislosti mezi alexithymií a disociací je u dívek pozitivní středně silná až silná, kdežto u chlapců jsou veškeré souvislosti spíše slabé, maximálně v několika případech středně silné pozitivní souvislosti (a to konkrétně mezi TAS1 a celkovým ADES, mezi TAS1 a ADES1 a TAS1 a ADES4, kde se hodnota korelačního koeficientu pohybuje nejvýše, a to kolem 0,4). U faktoru TAS3 se u obou pohlaví znovu objevuje jakýsi nesoulad s ostatními hodnotami, stejně jako v předchozí kapitole. Na rozdíl od ostatních korelací se u TAS3 dokonce několikrát objevují i minusové hodnoty. Následující 2 bodové grafy (zvláště pro dívky a chlapce) slouží k doplnění informací z výše uvedených tabulek a faktů, a rovněž ukazují pár následujících skutečností

– soubor chlapců (i přesto, že není tak velký jako soubor dívek) znázorňuje mnohem větší rozptýlenost hodnot než soubor dívek. Zároveň obsahuje mnohem více jakýchsi extrémních hodnot, které jistým způsobem vybočují z řady ostatních. Poměrně neforemný útvar bodů na grafu chlapců tedy odhaluje, že mezi naměřenou alexithymií a disociací u chlapců neexistuje téměř žádný vztah. Oproti tomu naměřené hodnoty (=body) u dívek se poměrně čitelně seskupují kolem přímky stoupající nahoru zleva doprava, což indikuje, že u dívek jakási souvislost mezi naměřenou alexithymií a disociací existuje (tedy že čím lepšího výsledku dosáhla ta která dívka v testu alexithymie, tím vyšší skóre měla v testu disociace – a vztah mezi oběma hodnotami je středně silný až silný).



Graf č. 9: Vztah alexithymie a disociace u dívek



Graf č. 10: Vztah alexithymie a disociace u chlapců

Vztah mezi alexithymií a disociací z hlediska tříd

V návaznosti na výzkumné problémy této bakalářské práce se rovněž nabízelo porovnat, jak je to se vztahem alexithymie a disociace jednotlivé třídy.

	ADES	ADES1	ADES2	ADES3	ADES4
TAS	0,46 p=,000	0,45 p=,000	0,47 p=,000	0,38 p=,001	0,32 p=,006
TAS1	0,62 p=,000	0,56 p=,000	0,53 p=,000	0,54 p=,000	0,52 p=,000
TAS2	0,40 p=,001	0,37 p=,002	0,48 p=,000	0,32 p=,007	0,25 p=,037
TAS3	-0,03 p=,832	0,05 p=,659	0,04 p=,756	-0,05 p=,709	-0,08 p=,497

Tabulka č. 8: Koreláty TAS a A-DES u 7. tříd

	ADES	ADES1	ADES2	ADES3	ADES4
TAS	0,41 p=,000	0,38 p=,001	0,32 p=,005	0,39 p=,000	0,41 p=,000
TAS1	0,53 p=,000	0,45 p=,000	0,40 p=,000	0,52 p=,000	0,53 p=,000
TAS2	0,25 p=,028	0,22 p=,057	0,21 p=,062	0,19 p=,099	0,27 p=,019
TAS3	-0,01 p=,924	0,03 p=,806	-0,02 p=,847	0,01 p=,911	-0,03 p=,794

Tabulka č. 9: Koreláty TAS a A-DES u 8. tříd

	ADES	ADES1	ADES2	ADES3	ADES4
TAS	0,59 p=,000	0,53 p=,000	0,43 p=,001	0,58 p=,000	0,50 p=,000
TAS1	0,74 p=,000	0,63 p=,000	0,61 p=,000	0,66 p=,000	0,67 p=,000
TAS2	0,46 p=,000	0,41 p=,001	0,32 p=,013	0,39 p=,002	0,44 p=,000
TAS3	-0,09 p=,499	-0,02 p=,894	-0,13 p=,324	0,05 p=,682	-0,16 p=,212

Tabulka č. 10: Koreláty TAS a A-DES u 9. tříd

Při porovnání výše vyobrazených tabulek je možné konstatovat, že vztah mezi naměřenou alexithymií a disociací včetně jejich subškál se napříč třídami nijak významně neliší, pravděpodobně až na faktor TAS2 u 8. třídy, který se na rozdíl od toho samého faktoru u zbylých dvou tříd pohybuje na hranici nízké a velmi nízké souvislosti a má tak problém vůbec dosáhnout hladiny statistické významnosti. Jak je možné vidět, faktor TAS3 jako jediný opět zřetelně vystupuje z řady a hodnota jeho korelace s ostatními faktory se pohybuje až v mínusových hodnotách. Jako nejsilnější se stejně jako v přechozích kapitolách znovu ukazuje faktor TAS1.

7.5 Ověření platnosti hypotézy

Na základě výzkumného cíle této bakalářské práce a v souladu s její teoretickou částí byla formulována pouze jedna jednostranná hypotéza o souvislosti.

Z výše uvedených výsledků zjištěných pomocí dvou použitých dotazníků bylo dospěno k závěru:

Přijetí hypotézy H1: Existuje pozitivní korelace mezi alexithymií a disociací u dětí staršího školního věku. ($r = 0,47; p < 0,001$)

Pojednání o jednotlivých výzkumných problémech této studie přinesou poslední kapitoly této práce (diskuze, souhrn, závěr).

8. Diskuze

Tato bakalářská práce byla zasvěcena především zmapování a analýze problematiky alexithymie (Alexithymia questionnaire for children) a disociace (A-DES) u adolescentů, jakožto doteď neprobádané oblasti. Cítila hlavně na výskyt jednotlivých jevů u zkoumané populace a jejich vzájemný vztah.

V souladu s výsledky jednotlivých metod (*Crobachovo α* , *Mann – Whitney U test*, *T-test*, *Pearsonův korelační koeficient*) bylo dosaženo **přijetí** hlavní a jediné **hypotézy** celého výzkumu, jejíž předpoklady se tedy vyplnily a bylo zjištěno, že pozitivní souvislost mezi alexithymií a disociací u adolescentů (děti staršího školního věku) existuje, i když procento výskytu obou jevů u zkoumaného vzorku není úplně vysoké. Z uvedených výsledků je tedy možné usuzovat, že obě zkoumané proměnné spolu úzce souvisí a nález jedné z nich může u člověka indikovat i nalezení té druhé.

Na základě srovnání výsledků této bakalářské práce – resp. její empirické části s již realizovanými výzkumy je možné najít mnohé analogie, a to nejen ve smyslu souvislostí jednotlivých dotazníků či fenoménů, ale i konkrétně výsledky jednotlivých faktorů. Jak už bylo předesláno v předchozích kapitolách, na tento fakt se nyní zaměříme blíže.

Měření alexithymie jako takové v souvislosti s glykemickým indexem proběhlo pomocí stejného dotazníku na francouzsko - belgickém vzorku adolescentních pacientů s diabetem 1. typu (Housiaux, Luminet, Van Broeck, Dorchy, 2010). Výsledky jejich studie se ze strany alexithymie v průměrných skórech liší od této studie jen drobnými nuancemi (z nichž největší je rozdíl průměrného skóru prvního faktoru FR: 6,22; ČR: 4,78). Ostatní výsledky – včetně výsledků měření vnitřní konzistence dotazníku, jsou téměř totožné.

Měření samotné disociace na vzorku českých adolescentů proběhlo v roce 2005 pod vedením Jana Soukupa, autora české verze dotazníku A-DES. Respondenti jeho výzkumu jak z klinického (2,74), tak ze srovnávacího souboru (2,64) průměrně skórovali zřetelně výše, nežli respondenti této bakalářské práce (1,95).

Při porovnání výzkumu nejpodobnějšího této práci, který byl proveden v Turecku, byly zjištěny také značné souvislosti. Byla nalezena nejen významná spojení mezi celkovým skórem alexithymie a disociace, ale rovněž ve faktu, že alexithymický rys „*obtíže v identifikaci emocí*“ (TAS1) s celkovou naměřenou disociací, ale i jejími jednotlivými faktory koreluje vždy nejvíce. Rovněž faktor „*externě orientované myšlení*“ (TAS3) v tomto i tureckém výzkumu vždy vybočoval z řady uspokojivých korelací a nejevil se jako zcela ideální (Sayar, Kose, Grabe, Topbas, 2005). Na tureckém vzorku autoři také zjistili, že

chlapci a dívky se v míře alexithymie významně liší ve smyslu vyšších skóre u chlapců. V tomto případě se ale výsledky českých dětí dopadly přesně opačně, tedy, že vyšší skóre alexithymie mají dívky. Turečtí autoři tento fakt ale přikládají kulturním a hlavně náboženským rozdílům muslimské víry, kde se u žen nepředpokládá rozsáhlé vyjadřování emocí, a to už vůbec ne na veřejnosti.

Podobné závěry přinesl i nejjeden výzkum samotné autorky dotazníku pro alexithymii (např. Rieffe et al., 2007; Rieffe, Oosterveld, Terwogt, 2005), který kromě jiného také ukázal, že faktor „*externě orientované myšlení*“ na rozdíl od ostatních faktorů vždy přináší úplně jiné výsledky a často vůbec s ničím nekoreluje. V souladu s přechozími výzkumu se rovněž i zde ukázalo, že třetí škála alexithymie vykazuje spíše nízkou vnitřní konzistenci.

Prozatím nejnovější studie, ve které bylo zahrnuto měření alexithymie i disociace vyšla v únoru 2016, která odhalila souvislosti mezi NSSI (*non-suicidal self injury*) a alexithymií, ovšem opět pouze v prvních dvou faktorech („*obtíže v identifikaci emocí*“ a „*obtíže v popisu/vyjadřování emocí*“). Faktor 3 se znovu ukázal jako nedokonalý a nesouvisející s žádnou jinou proměnnou. V souvislosti s disociací tento výzkum neukázal žádná zajímavá zjištění ani korelace. Všechny výsledky ve spojení s alexithymií však jsou v souladu s výsledky výzkumu k této bakalářské práci.

Dosavadní poznatky vzniklé na základě této práce jsou velmi podobné i mnohým výsledkům měření vztahu alexithymie a disociace u dospělých. Byly nalezeny souvislosti mezi celkovými skóre dotazníku TAS-20 a somatoformní i psychickou disociací a rovněž souvislosti mezi disociací a subškálami „*obtíže v identifikaci emocí*“ a „*obtíže v popisu/vyjadřování emocí*“. Subškála TAS3 („*externě orientované myšlení*“) se nejevila, že by měla větší souvislost s kteroukoliv subškálou disociace či jejím celkovým skórem, jeví se tedy spíše jako samostatný konstrukt (např. Procházka, 2011; Grabe, Rainermann, Spitzerm Gansicke, Freyberger, 2000).

V návaznosti na výše uvedené by tedy bylo možné říci, že co se týká obou dotazníků, autoři by do budoucna mohli zvážit, zdali testování subškály „*externě orientované myšlení*“ má z hlediska zkoumání alexithymie velký přínos či smysl. Je třeba také říci, že jistá úskalí se mohou vyskytovat i u českého překladu tohoto dotazníku provedeného v rámci této práce. I přesto, že zde byla snaha o co nejlepší možný výsledek, testování na validitu či reliabilitu u výsledného překladu neproběhlo a dotazník proto ani nemá české normy (což by bylo vhodné zvážit do budoucna). U měření disociace by zase ve smyslu její velmi vysoké vnitřní konzistence bylo příhodné prozkoumat, zdali by se z hlediska úspornosti času z dotazníku A-DES nemohl stát v budoucnu kratší screeningový test po odstranění některých položek,

které často měří téměř zcela to samé. Zároveň je faktem, že ani jeden z dotazníků samotný nestačí ke konečné diagnóze alexithymie či disociace a je tedy jasné, že doplnění získaných informací například o klinický rozhovor by bylo jistě přínosné.

Nicméně je nutné zmínit, že nejen jednotlivé použité dotazníky, ale i celá tato bakalářská práce a výzkum s ní spojený může mít mnohé limity a nedostatky. Co se týče výzkumné vzorku, tak z hlediska běžného výskytu alexithymie a disociace v populaci se sice může zdát uspokojivý ($n = 206$), pro větší aplikovatelnost a převoditelnost těchto vyzkoumaných faktů do praxe by výzkumný vzorek mohl být mnohem větší a vybraný zcela náhodný výběrem. Stejně tak fakt, že obě školy jsou z Moravskoslezského kraje, může značně zkreslovat výsledky. Výzkumný soubor složený pouze z dětí se rovněž jeví jako poněkud problematický, a to nejen z hlediska informovaných souhlasů, ale také například kvůli tendencím dětí v pubertě dělat si z vyplňování dotazníků legraci. Některé takto zkreslené dotazníky sice byly z výzkumu vyřazeny, bohužel ale jen ty, u kterých to šlo na první pohled poznat. Je tedy jen možné doufat, že každý proband vyplnil oba dva dotazníky podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Pro lepší převoditelnost poznatků do praxe by bylo příště vhodné zjišťovat u probandů kromě pohlaví a třídy také konkrétní věk, stejně jako to, jakou školu navštěvují (například jestli ZŠ nebo gymnázium).

9. Závěr

Předposlední kapitola nyní přináší přehled hlavních výsledků výzkumu spojeného s touto bakalářskou prací, kde byly postupně vyhodnoceny dva použité dotazníky (*Alexithymia questionnaire for children* a *Adolescence dissociative experiences scale*) od 206 respondentů (žáků 7., 8. a 9. tříd ze základní školy a gymnázia).

Na základě získaných údajů byly ustanoveny následující závěry:

- přítomnost alexithymie se u dětí staršího školního věku prokázala u 6% probandů (u dalších 9% je přítomnost alexithymie možná),
- dívky v dotazníku alexithymie skórovaly výše, než chlapci,
- přítomnost disociace se u dětí staršího školního věku prokázala u 8% případů,
- chlapci a dívky se v naměřené míře disociace neliší,
- mezi alexithymií a disociací u dětí staršího školního věku existuje středně silná pozitivní souvislost,
- u dívek je souvislost mezi alexithymií a disociací silnější, než u chlapců,
- vztah alexithymie a disociace se napříč třídami nijak významně neliší.

Souhrn

Tato bakalářská práce je zaměřena na zmapování dvou problematicky uchopitelných fenoménů – alexithymie a disociace u adolescentní populace v České republice. Cílí na jejich výskyt a případný vztah. Dalším cílem bylo také zjistit, v jaké míře se oba zkoumané jevy vyskytují u jednotlivých pohlaví či tříd.

Uvedená práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a výzkumnou. Teoretická část je postupně zaměřena nejprve na obecná fakta získaná o alexithymii, mapující její vznik, vývoj, její charakteristiky, jednotlivé typy či teoretické modely jejího vzniku. Kapitola o alexithymie završují různé metody jejího měření. Následuje obecná kapitola o disociaci jako pojmu, jednotlivé teorie disociace a jejich vznik, specifické charakteristiky disociace jako těžko uchopitelného psychologického konstruktů a klasifikace typů disociace podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Obecnou část završují rovněž možné metody měření disociace.

Na získaná fakta o vztahu alexithymie a disociace obecně se zaměřuje třetí kapitola, s cílem především podložit informace pro kapitolu následující, která již míří výhradně na alexithymii a disociaci u dětí, včetně specifík souvisejících s dětskou diagnostikou. Poslední kapitola teoretické části cílí přímo na vztah alexithymie a disociace u dětí s přihlédnutím na dosavadní výzkumy v této nebo podobné problematice.

Na poznatky nabyté v teoretické části nasedá část praktická s cílem převážně prozkoumat výskyt obou jevů ve výzkumném souboru 206 dětí ze základní školy a gymnázia. Právě charakteristiky zkoumaného souboru jsou společně s typem (kvantitativním) a průběhem výzkumu, metodami získávání i zpracování dat a etickými riziky výzkumu popsány v druhé kapitole empirické části, hned po prvotním definování výzkumného problému, cílů výzkumu a formulování hypotéz.

Následuje stěžejní kapitola, obsahující veškeré výsledky vyplývající z analýzy získaných dat pomocí dvou dotazníků (*Alexithymia questionnaire for children* a *Adolescence dissociative experiences scale*). Tato analýza proběhla nejprve formou zjišťování vnitřní konzistence a normálního rozložení obou jevů ve výzkumném vzorku a dále pak porovnáváním výskytu alexithymie i disociace podle pohlaví. Nejdůležitější kapitolou je v rámci této práce kapitola 7.4, která se bezprostředně zaměřuje na vztah alexithymie a disociace, a to jak obecně, tak z hlediska pohlaví a tříd. Tato kapitola přináší výsledek, že existuje prokazatelný vztah mezi alexithymií a disociací (u dívek vyšší než u chlapců, třídy

se od sebe neliší). Na základě tohoto faktu také dochází k přijetí hlavní hypotézy této bakalářské.

Téměř poslední část práce je věnována diskuzi, přičemž jsou jednotlivé výsledky výzkumu porovnávány s výzkumy doteď realizovanými a následně probrána různá úskalí této práce, možná rizika zkreslení a jejich řešení, jako je například zlepšení jednotlivých dotazníků či zvětšení výzkumného vzorku,

Závěrem jsou stručně shrnuty všechny získané výsledky.

Seznam použitých zdrojů a literatury

Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z., & Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation. The adolescent dissociative experiences scale. *Journal of nervous and mental disease*, 185, 491 – 497. doi: 10.1097/00005053-199708000-00003

Bach, M., Bach, D. (1966). Independency of alexithymia and somatization. *Psychosomatics*, 37, 451-458.

Bob, P. (2005). *Psychobiology of dissociation and relationships between epilepsy and mental illness*. Praha: UK

Baštecká, B., Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.

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

Brejjard, V., Bonnet, A., & Pardinielli, J. L. (2005). De´veloppement cognitivo-e´motionnel, re´gulation des e´motions et comportements a` risques: Une e´tude exploratoire chez l'adolescent [Emotional-cognitive development, emotion regulation and risk-taking behaviours: An exploratory study with adolescents]. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53, 395–400. doi: 10.1016/j.encep.2010.12.003

Cardena, E. (1994). The Domain of Dissociation. In: Lynn, R., Rhue, J. W. (Eds.). *Dissociation - Clinical and Theoretical Perspectives* (15 – 32). New York: Guilford Publications.

Carlson, E. B., Armstrong, J. (1994). *The diagnosis and assessment of dissociative disorders. Dissociation: Clinical and reserch perspectives*. New York: Guilford Press.

Dorard, G., Berthoz, S., Haviland, M. G., Phan, O., Corcos, M., & Bungener, C. (2008). Multimethod alexithymia assessment in adolescents and young adults with a cannabis use disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 585–592. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.05.001

- Ebeling, H., Moilane, I., Linna, S. L., & Räsänen, E. (2001). Somatically expressed psychological distress and alexithymia in adolescence - Reflecting unbearable emotions? *Nordic Journal of Psychiatry*, *55*, 387–393. doi: 10.1080/08039480152693273
- Fiedler, P. (2001). *Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung*. Weinheim: Beltz.
- Grabe, H. J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gansicke, M., & Freyberger, H. J. (2000). The relation between dimension of alexithymia and dissociation. *Psychotherapy and psychosomatics*, *69*, 128 – 131.
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Heretik, A. (2007). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof.
- Hilgard, E. R. (1994). Neodissociation theory. In: Lynn, R., Rhue, J. W. (Eds). *Dissociation – clinical and theoretical perspectives* (32 – 52). New York: Guilford Publications.
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Housiaux, M., Luminet, O., Van Broeck, N., & Dorchy, H. (2010). Alexithymia is associated with glycaemic control of children with type 1 diabetes. *Diabetes & metabolism*, *36*, 455 – 462. doi: 10.1016/j.diabet.2010.06.004
- Howell, E. F. (2005). *The dissociative mind*. Routledge: Taylor & Francis Group.
- Chromý, K., Honzák, R. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada Avicenum.
- Irwin, H. J. (1995). Affective predictors of dissociation, III: affect balance. *Journal of Psychology*, *129*, 463–467. doi: 10.1080/00223980.1995.9914981

Irwin, H. J., Melbin-Helberg, E. B. (1997). Alexithymia and dissociative tendencies. *Journal of clinical psychology*, 53, 159 – 166. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199702)53:2<159:AI-JCLP9>3.0.CO;2-O

(2004) International Society for the Study of Dissociation (ISSD). Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 119-150. doi: 10.1300/J229v05n03_09

Lipsanen T, Saarijarvi S, & Lauerma H. (2004) Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia: Overlapping or independent constructs? *Psychopathology*, 37, 200-206.

Lüdtke, J., In-Albon, T., Michel, Ch., & Schmid, M. (2016). Predictors for DSM-5 nonsuicidal self-injury in female adolescent inpatients: The role of childhood maltreatment, alexithymia, and dissociation. *Psychiatry Research*. doi: 10.1016/j.psychres.2016.02.026

Lynn, R., Rhue, J. W. (1994). *Dissociation - Clinical and Theoretical Perspectives*. New York: Guilford Publications

Mareš, P., Rabušic, L. (2000). *Statistická analýza dat*. Brno: FSS MU.

Marohn, R. C. (1992). Management of the assaultive adolescent. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 622–624. doi: 10.1176/ps.43.6.622

(2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10*. Geneva: World Health Organization.

Millon, T., Weiss, L., Millon, C., & Davis, R. (1994). *MIPS: millon index of personality styles manual*. San Antonio: TX: Psychological corporation.

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

Moormann, P. P., Bermond, B., & Albach, F. (2004). The reality escape model: the intricate relation between alexithymia, dissociation, and anesthesia in victims of child sexual abuse. In Nyklíček, I., Temoshok, L., & Vingerhoets, A. (Eds.). *Emotional expression and health. Advances in theory, assessment and clinical applications* (81 – 94). Hove: Brunner-Routledge.

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

Nyklíček, I., Temoshok, L., & Vingerhoets, A. (2004). *Emotional expression and health. Advances in theory, assessment and clinical applications*. Hove: Brunner-Routledge.

Oldham, J. M., Morris, L. B. (1990). *The personality self-portrait*. New York: Bantam Books.

Orel, M. a kol. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada publishing.

Parker, J. D. A., Eastabrook, J. M., Keefer, K. V., & Wood, L. M. (2010). Can Alexithymia Be Assessed in Adolescents? Psychometric Properties of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale in Younger, Middle, and Older Adolescents. *Psychological assessment, American psychological association*, 22 (4), 798 – 808. doi: 10.1037/a0020256

Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada publishing.

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

Ptáček, R. (2006). *Obecně psychologické a osobnostní souvislosti disociace*. Nepublikovaná doktorská disertační práce. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity.

Ptáček, R., Bob, P. (2009). Disociace v dějinách psychologického myšlení. *Československá psychologie*, 53 (2), 184 – 193.

- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescent. A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Rad, M., Rupel, V. A. (1975). Combined inpatient and outpatient group psychotherapy: A therapeutic model for psychosomatics. *Psychotherapy and psychosomatics*, 26, 237 – 243. doi: 10.1159/000286935
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., Petrides, K. V., Cowan, R., Miers, A. C., & Tolland, A. (2007). Psychometric properties of the Emotional Awareness Questionnaire for children. *Personality and Individual Differences*, 43, 95–105. doi: 10.1080/00223891.2010.482003
- Rieffe, C., Oosterveld, P., & Meerum Terwogt, M. M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences*, 40, 123–133. doi: 10.1016/j.paid.2005.05.013
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder*. New York: Wiley.
- Ruppert, F. (2014). *Trauma a rodinné konstelace*. Praha: Portál.
- Sayar, K., Kose, S., Grabe, H. J., & Topbas, M. (2005). Alexithymia and dissociative tendencies in an adolescent sample from Eastern Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 127 – 134.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Soukup, J. (2005). *Disociativní procesy a poruchy v dětství a adolescenci. (Výzkum pomocí dotazníku A-DES)*. Praha: FF UK.
- Soukup, J., Papežová, H. (2008). Disociace v dětství: klinické projevy a diagnostika. Dotazník disociace v dětství. *Česká a slovenská psychiatrie* 104(5), 236–240.

Soukup, J. Papežová, H., Kuběna, A., & Mikolajová, V. (2009) Dotazník Škála disociativních zážitků pro adolescenty. *Psychiatrie pro praxi*, 10(6), 276-279. Získáno 23. října 2015 z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/06/08.pdf>.

Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2009). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.

Taylor, G. J., Bagby, R. M. (1988). Measurements of alexithymia. Recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatric clinics of North America*, 11, 351-366.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A., (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York: Cambridge University Press.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20. Získáno 26. ledna 2016 z http://www.columbia.edu/cu/psychology/courses/3615/Readings/Terr_Childhood_Trauma.pdf

Urbánek, T., Denglerová, D., & Širůček, J. (2011). *Psychometrika. Měření v psychologii*. Praha: Portál

Vingerhoets, A., Nyklíček, I., & Denollet, J. (2008). *Emotion regulation. Conceptual and clinical issues*. New York: Springer Science + Business Media.

Vymětal, J. (2007). *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada publishing.

Walker, I. (2013). *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada publishing.

Wise, T. N., Mann L. S., Sheridan, M. J. (2000) Relationship between alexithymia, dissociation and personality in psychiatric outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 123-127. doi: 10.1159/000012379

Abstrakt v českém jazyce

Název práce: Vztah alexithymie a disociace u dětí staršího školního věku

Autor práce: Veronika Tvrdá

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, PhD.

Počet stran a znaků: 62, 105 883

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 60

Abstrakt:

Bakalářská diplomová práce se zaměřuje na vztah alexithymie a disociace u dětí staršího školního věku (adolescentů). Teoretická část mapuje obecná fakta o alexithymii a disociaci, následně pak jejich vztah a specifika obou jevů u dětí. Ve výzkumu byl použit vzorek 206 dětí sedmých, osmých a devátých tříd základní školy a gymnázia. Za výzkumné metody této korelační studie byly zvoleny Alexithymia questionnaire for children a Adolescence dissociative experiences scale. Výsledky ukázaly, že disociativní tendence se u adolescentů ve výzkumném vzorku vyskytují v 8% případů, alexithymické tendence v 6% případů (přičemž v 9% případů je přítomnost alexithymie možná). Dívky vykazovaly vyšší míru alexithymie než chlapci, míra disociace se z hlediska pohlaví nelišila. Hypotéza o existenci pozitivní korelace mezi alexithymií a disociací byla přijata na základě Pearsonova korelačního koeficientu (jeho výsledky dále ukázaly, že u dívek je vztah alexithymie a disociace silnější, než u chlapců, zatímco napříč třídami se tyto výsledky neliší).

Klíčová slova: alexithymie, disociace, děti, adolescenti

Abstrakt v anglickém jazyce

Title: The relationship between alexithymia and dissociation in younger adolescents

Author: Veronika Tvrda

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka, PhD.

Number of pages and characters: 62, 105 883

Number of appendices: 4

Number of references: 60

Abstract:

The bachelor thesis focuses on relationship between alexithymia and dissociation in younger adolescents. Theoretical part discusses general facts about alexithymia, dissociation, followed by their relationship and specifics of both phenomenons among children. A sample of 206 children of 7th, 8th and 9th grades of elementary and grammar school was used in the research. Alexithymia questionnaire for children and Adolescence dissociative experiences scale were chosen as research methods of this correlation study. Results showed that in research sample of adolescents were found 8% of cases with dissociative tendencies. In 6% of cases were found alexithymic tendencies (whereas in 9% of cases the presence of alexithymia is possible). Girls showed higher scores of alexithymia than boys, dissociation tendencies aren't gender different. The hypothesis of the existence of a positive correlation between alexithymia and dissociation was admitted in terms of the Pearson correlation coefficient (the results further revealed that the relationship between alexithymia and dissociation is stronger among girls than among boys, while these results across classes aren't different).

Keywords: alexithymia, dissociation, child, adolescents

Příloha č. 1: Podklad pro zadání bakalářské práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
TVRDÁ Veronika	Lámař 22/8, Ostrava - Koblov	F13720

TÉMA ČESKY:

Vztah alexithymie a disociace u dětí staršího školního věku

NÁZEV ANGLICKY:

The relationship between alexithymia and dissociation in younger adolescents

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury v oblasti alexithymie a disociace. 2. Příprava výzkumu, formulace výzkumných otázek, výběr výzkumného vzorku, stanovení metodiky výzkumu. Typ výzkumu: kvantitativní. 3. Hlavní témata teoretické části: Popis možné souvislosti mezi alexithymií a disocací u dětí staršího školního věku. 4. Parametry práce: v souladu s metodickými pokyny katedry. 5. Základní metodika: Alexithymia questionnaire for children - TAS 20 (Toronto alexithymia scale), A-DES (The Adolescent Dissociative Experiences Scale). 6. Interpretace výsledků, korelace dotazníků, vypracování závěru a souhrnu práce.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Hort, V., Hrdlička, M. (2008). Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál.
Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). Základy klinické psychologie. Praha: Portál.
Kulišťák, P. (2011). Neuropsychologie. Praha: Portál
Lynn, S. J., Rhue, W. J. (1994). Dissociation. clinical and theoretical perspectives. New York: Guilford Press.
Parker, J., Eastabrook, J., Keefer, K., Wood, L. (2010). Can Alexithymia Be Assessed in Adolescents? Psychometric Properties of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale in Younger, Middle, and Older Adolescents? American Psychological Association: Psychological Assessment.
Poněšický, J. (2004). Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha: Triton.
Procházka, R. (2011). Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
Rieffe, C., Oosterveld, P., Terwogt, M.M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. Personality and Individual Differences.
Říčan, P., Krejčířová, D. (2006). Dětská klinická psychologie. Praha: Grada.
Smékal, V. (2004). Pozvání do psychologie osobnosti. Brno: Barrister & Princípál

Podpis studenta:

Veronika Tvrda

Datum:

24.11.2014

Podpis vedoucího práce:

Procházka

Datum:

24.11.2014

Příloha č. 2: Informovaný souhlas



KATEDRA
PSYCHOLOGIE
Filozofické fakulty UP

Korespondenční adresa: Křížkovského 10, 771 80 Olomouc
Sídlo: Vodární 6, 771 80 Olomouc
Telefon: + 420 585 633 501
E-mail: psychologie@upol.cz

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

Realizátor výzkumu: Veronika Tvrdá

e-mail: roman.prochazka@upol.cz

e-mail: veru.tvrda@gmail.com

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Souhlasím/nesouhlasím* s tím, aby se můj syn/moje dcera zúčastnil/a dotazníkového šetření v rámci výzkumného projektu pro bakalářskou práci s názvem „Vztah alexithymie a disociace u dětí staršího školního věku“. Výzkum probíhá pod záštitou Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, autorkou bakalářské práce je Veronika Tvrdá pod vedením PhDr. Mgr. Romana Procházky, Ph.D. Cílem této studie je rozbor otázek a nalezení souvislostí mezi jednotlivými dotazníky. Tři krátké dotazníky (zaměřené především na emoce, pocity a celkové prožívání) budou zákům administrovány v průběhu jedné vyučovací hodiny. Veškerá získaná data jsou anonymní a bude s nimi nakládáno v souladu se zákonnými normami a etickým kodexem psychologů.

V případě dotazů neváhejte kontaktovat realizátorku výzkumu.

V dne

.....
Podpis zákonného zástupce

*nehodící se škrtněte

Příloha č. 3: Dotazník Alexithymia questionnaire for children - česká verze

Jak se cítím...

Prosím, vyplňte své jméno (kód)

A své datum narození (třída)

Na této straně najdete 20 krátkých vět (tvrzení). Každá věta je vyjádřením toho, jak se lidé cítí nebo jak přemýšlí o svých pocitech. U každé věty, prosím, označte křížkem ☒ jednu možnost, jestli je tvrzení často pravda, někdy pravda, nebo to není pravda vůbec. Vyberte odpověď, která je vám nejbližší. U každé věty můžete označit pouze jednu odpověď.

Pokud je pro Vás složité se rozhodnout, označte odpověď, která na vás sedí nejvíce/nejčastěji. Různí lidé mají různé pocity a představy o svých pocitech. Z toho důvodu nejdou správné nebo špatné odpovědi, je to jen o tom, co si myslíte vy.

	Není pravda	Někdy pravda	Často pravda
1. Jsem často zmatený z toho, jak se cítím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je pro mne těžké říci, jak se cítím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ve svém těle cítím věci, kterým ani lékaři nerozumí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Umím snadno vyjádřit, jak se cítím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Když mám problém, nechci o něm jen mluvit, chci vědět, odkud pramení/pochází.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Když jsem rozrušený, nevím, jestli jsem smutný, vystrašený nebo naštvaný.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Často bývám zmatený z toho, co uvnitř cítím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Raději počkám a uvidím, co se stane, než abych přemýšlel, proč se věci dějí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Někdy nemohu najít slova, která by vyjádřila, jak se cítím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je důležité rozumět tomu, jak se cítíte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dělá mi problém vyjádřit, jaké mám pocity vůči jiným lidem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lidé mi říkají, že bych měl více mluvit o svých pocitech.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nevím, co se ve mně děje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Často nevím, proč jsem naštvaný.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Raději s lidmi mluvím o běžných/každodenních věcech, než o jejich pocitech.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Raději sleduji zábavné televizní pořady než filmy o lidech, kteří mají nějaké problémy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je pro mne těžké říci, jak se cítím, a to dokonce i svému nejlepšímu příteli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Někteří lidé jsou mi blízcí, i když vedle sebe jen tak sedíme a nic neříkáme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Když chci něco udělat se svými problémy, pomáhá mi přemýšlení nad mými pocity.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Když se mám soustředit na film tak, abych porozuměl příběhu, baví mě film mnohem méně.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prosím, zkontrolujte si, zda-li jste odpověděli na každé tvrzení.

Děkuji!

Příloha č. 4: Dotazník A-DES

DOTAZNÍK A-DES

Judith Armstrong, PhD, Frank W. Putnam, MD, Eve Bernstein Carlson, PhD

Datum: Věk:

Instrukce

Tento dotazník zkoumá různé typy lidských prožitků. U každé otázky zakroužkujte číslo, které nejlépe vyjadřuje, jak častý je tento prožitek pro vás. „0“ zakroužkujte v případě, že se vám to neděje nikdy, „10“ v případě, že to zažíváte stále. Pokud popsany prožitek máte občas, ale ne pořád, zvolte takové číslo mezi 1 a 9, které nejlépe vystihuje, jak častá tato zkušenost pro vás je. Všechny otázky se vztahují na vaše prožitky ve stavu, kdy NEJSTE pod vlivem alkoholu ani jiných drog.

Příklad:

0 (nikdy) **1** 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (stále)

1. Když se dívám na televizi, čtu si nebo hraji videohry, jsem tak zabráná do děje, že vůbec nevím, co se děje kolem.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Ve škole mi učitelé vracejí moje testy nebo úkoly, o nichž nevím, že bych je kdy psala.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Mám silné pocity, které jako by nebyly moje.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Někdy mi něco jde velmi dobře a jindy nejsem tu samou věc vůbec schopna udělat.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Od známých se dozvídám, že dělám nebo říkám věci, na které si já vůbec nepamatuji.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Připadám si jako v mlze nebo jako bych byla všemu vzdálena a věci kolem mě se zdají neskutečné.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Nejsem si jista, jestli jsem určitou věc opravdu udělala, nebo jestli jsem jen myslela na to, že ji dělám.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Podívám se na hodiny a uvědomím si, že uběhl nějaký čas a já si nemohu vzpomenout, co se po tu dobu dělo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Slyším ve své hlavě hlasy, které nejsou moje.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Když jsem někde, kde být nechci, umím se v duchu přenést někam jinam.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Tak dobře lžu a předstírám, že tomu sama věřím.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Uprostřed nějaké činnosti se přistihnu, jako bych se náhle „probudila“.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Nepoznávám sama sebe v zrcadle.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Zjišťuji, že někam jdu nebo něco dělám a vůbec nevím proč.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Někde se ocitnu a nepamatuji si, jak jsem se tam dostala.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Mám myšlenky, které jako by nepatřily mně.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Zjišťuji, že umím zahnat tělesnou bolest.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Nemůžu přijít na to, jestli se určité věci skutečně staly, nebo jestli jsem o nich jen snila či přemýšlela.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Přistihnu se, že dělám něco, o čem vím, že je špatné, dokonce i když to opravdu dělat nechci.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Lidé mi říkají, že se někdy chovám tak zvláštně, že to vypadá, jako bych byla někdo jiný.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Připadá mi, jako by uvnitř v mé mysli byly zdi.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Nacházím texty, kresby nebo dopisy, které jsem určitě napsala nebo udělala já, ale nevzpomínám si na to.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Připadá mi, že něco uvnitř mě samé mě nutí dělat věci, které dělat nechci.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Zjišťuji, že nejsem schopna rozlišit, jestli si na něco jenom vzpomínám nebo jestli se mi to v té chvíli opravdu děje.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Přistihnu se, že jsem mimo svoje tělo a pozoruji se, jako bych byla někdo jiný.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Moje vztahy s rodinou a s mými kamarády se náhle mění a já nevím proč.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Připadá mi, že moje minulost je skládačka a některé díly v ní chybí.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Tolik se vžívám do svých hraček nebo plyšových zvířátek, že mi připadají živé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Mám pocit, že uvnitř ve mně je několik různých lidí.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Cítím, že mi moje tělo nepatří.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10