

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**MÍRA ALEXITHYMIE A ODOLNOST VŮČI STRESU U  
PACIENTŮ SPEKTRA ÚZKOSTNÝCH PORUCH**

Degree of alexithymia and stress resistance in patients with anxiety disorders



**Magisterská diplomová práce**

**Autor:** Bc. Milada Ferencová

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

Olomouc  
2017

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Míra alexithymie a odolnost vůči stresu u pacientů spektra úzkostných poruch“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V..... dne .....

Podpis .....

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu své diplomové práce PhDr. Romanu Procházkovi, Ph.D, za odborné vedení práce, za cenné rady a vstřícný přístup. Dále děkuji psychologům léčebných zařízení, kteří mi umožnili zajistit respondenty a v neposlední řadě všem respondentům, kteří věnovali tomuto výzkumu čas a díky kterým tato práce mohla vzniknout. Na závěr bych chtěla poděkovat své mamince za vše.

# Obsah

Úvod.....	5
I. Teoretická část.....	6
1. Úzkost.....	7
1.1 Příčiny úzkosti.....	9
1.2 Udržovací faktory.....	10
1.3. Klasifikace úzkostných poruch .....	11
1.3.1 Klasifikace úzkostných poruch podle MKN-10 .....	12
1.3.2 Klasifikace úzkostných poruch podle DSM-IV .....	15
1.4. Léčba úzkostných poruch.....	16
1.4.1. Psychofyziologické postupy .....	16
1.4.2. Psychoterapeutická léčba .....	17
1.4.3. Farmakologická léčba .....	18
2. Stres .....	20
2.1 Druhy stresu .....	20
2.2 Stresory .....	21
2.3 Teorie stresu .....	23
2.3.1. Cannonova teorie homeostázy .....	23
2.3.2. Selyeho obecný adaptační syndrom (GAS) .....	23
2.3.3. Lazarusův model dvojího zhodnocení .....	24
2.4 Zvládání zátěžových situací .....	25
3. Alexithymie .....	33
3.1. Příčiny vzniku alexithymie .....	34
3.1.1. Neurofyziologické teorie .....	34
3.1.2. Psychoanalytické a psychodynamické teorie.....	34
3.2 Dělení alexithymie .....	35
3.3 Prevalence alexithymie a její léčba .....	37
4. Studie v oblasti úzkostné problematiky, alexithymie a stresu.....	39
II. Výzkumná část .....	44
5. Vymezení výzkumného problému, cílů a hypotéz .....	45
5.1. Výzkumný problém a cíle výzkumu .....	45
5.2. Formulace hypotéz.....	45

6. Metodika výzkumu .....	47
6.1. Typ výzkumu .....	47
6.2. Metody sběru dat.....	47
6.2.1. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) .....	47
6.2.2. Strategie zvládání stresu (SVF-78).....	48
6.2.3. Stress Profile .....	50
6.3. Metody zpracování a analýzy dat.....	50
6.4. Etické aspekty výzkumu .....	51
7. Průběh sběru dat .....	52
8. Výzkumný soubor .....	53
8.1. Charakteristika výzkumného a kontrolního souboru .....	53
9. Výsledky.....	58
9.1. Vyhodnocení dotazníku TAS-20.....	58
9.1.1. Míra alexithymie u kontrolního a klinického souboru.....	58
9.2. Vyhodnocení dotazníku Stress profile. ....	59
9.2.1. Úroveň stresu u kontrolního a klinického souboru .....	59
9.3. Vyhodnocení dotazníku SVF-78.....	60
9.3.1. Pozitivní strategie zvládání stresu u kontrolního a klinického souboru .....	60
9.3.2. Negativní strategie zvládání stresu u kontrolního a klinického souboru .....	60
9.3.3. Pozitivní strategie zvládání stresu mezi pohlavími v klinickém vzorku .....	61
9.3.4. Negativní strategie zvládání stresu mezi pohlavími v klinickém vzorku .....	61
10. Shrnutí ověření hypotéz .....	63
11. Diskuze .....	64
12. Závěr .....	67
Souhrn.....	68
Seznam použitých zdrojů a literatury .....	70

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Přílohy

## Úvod

V každodenním životě se setkáváme s různými stresory, na které reagujeme určitým způsobem. Některé stresory jsou pro nás výzvou a jiné zase ohrožením. Vnímání a prožívání stresující situace závisí na dřívějších zkušenostech, vnitřních predispozicích, naučených strategiích zvládnání stresu apod. Dlouhodobé působení vysoce stresujících událostí, které jedinec nedokáže vlastními silami zvládnout, vede k psychické nerovnováze a vzniku nemoci. Úzkost a deprese jsou často uváděnými projevy stresu, které pak narušují následné řešení a zvládnání životních těžkostí. Úzkostné poruchy často postihují alexithymické projevy, které mohou narušovat následnou terapeutickou léčbu.

Cílem diplomové práce je zjistit rozdíly ve strategiích zvládnání stresu a v úrovni prožívaného stresu u pacientů spektra úzkostných poruch ve srovnání s běžnou populací a dále odhalit jejich odlišnosti v míře alexithymických příznaků.

# **I. Teoretická část**

# 1. Úzkost

Úzkost a strach jsou běžné emoce, které mají ochrannou funkci a jsou pacienty často zaměňovány, protože se projevují podobnými pocity a příznaky. Úzkost je spojena s tělesnými příznaky a po delší době působení vedou k únavě a vyčerpání bez jasné příčiny vzniku (Smolík, 1996).

Strach je emoční a tělesná odpověď na skutečné ohrožení, které trvá pouze ve chvíli, kdy je nebezpečí na obzoru (Smolík, 1996).

Úzkost je „*Nepříjemný emoční stav provázený obdobnými psychickými i somatickými znaky jako strach, ovšem příčina není známa*“ (Hartl & Hartlová, 2015, s. 659).

Úzkost se liší v intenzitě a průběhu. Intenzita úzkosti může kolísat od mírného neklidu po stav paniky a narůstat v průběhu několika vteřin až po minuty, hodiny, dny a měsíce. Vzniká-li úzkost jen za určitých okolností, kdy je snadno ji předvídat, jedná se o tzv. situační nebo fobickou úzkost. Pokud se objevuje pouze při myšlence na určitou situaci, hovoříme o anticipační úzkosti (Smolík, 1996).

Termín úzkost se poprvé objevil v lékařské literatuře v první polovině 18. století (Praško, 2005). Úzkost připravuje člověka na nebezpečí, které by se mohlo přihodit v budoucnu a ulehčuje prožívání strachu, vyostřuje vnímání a mobilizuje energii (Praško, 2003). U zdravých lidí se setkáváme taky se základní formou strachu a úzkosti ze smrti, chorob nebo ztráty citově blízkých osob. U neurotických pacientů jsou tyto formy strachu a úzkosti neúměrné velikosti skutečného nebezpečí (Drvota, 1971). Mírná úroveň úzkosti motivuje k výkonu. Problematická úzkost nastupuje tehdy, když se objevuje ve velké intenzitě, příliš často a v neobvyklých situacích (Praško, Vyskočilová & Prašková, 2006), která se postupně může rozvinout v úzkost chronickou (Praško, 2003). Přehnaná úzkost brání přirozenému přizpůsobení se měnícím se podmínkám života (Praško, 2003).

*Zdravý člověk je úzkostí a strachem pohnut k větší aktivitě a rozšiřuje dále své životní zkušenosti a obzor. Neurotik nedovede konfliktům konstruktivně čelit, těžit z nepříznivých zkušeností, pokračovat ve svém osobním vývoji, okruh jeho životních aktivit je zúžen, v chování se objevuje rigidita a stereotypičnost* (Drvota, 1971, s. 90).

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy, které mimo jiné člověka výrazně omezují v normální životním fungování což znamená, že negativně zasahují do rodinných a partnerských vztahů, zhoršují kvalitu života a směřují k pracovní neschopnosti (Praško, 2005). V úzkostném stavu probíhají automaticky dvě základní reakce, a to boj nebo útek. Ty je možné ovládat využitím relaxačních technik, které rozběhnou klidové reakce

organismu s převahou parasympatiku, díky kterým dojde k uvolnění. (Praško, 2003). Pokud reakce boj nebo útek přetrvává i po odeznění reálného nebezpečí, zesilují se nepříjemné myšlenky a tělesné pocity a postupně se vytváří bludný kruh, udržující úzkost. V zátěžové situaci se také mění chování, které se vyznačuje neklidem, procházením, okusováním nehtů, kouřením, pitím alkoholu a přejídáním se nebo snahou vyhnout se, utéct ze situace nebo se jakýmkoliv způsobem zabezpečit (Praško, 2003).

Prvkem úzkostného myšlení je zaměření pozornosti na nebezpečí a nevěnování pozornosti dalším okolním podnětům. V nadměrné úzkosti se člověk zaměřuje na nejhorší možné následky, a proto sleduje okolí a různé signály ohrožení. Na dlouhodobé působení zátěže, kterou jsme nebyli schopni zvládnout, jedinec reaguje projevy úzkosti a deprese. Úzkost a deprese pak dále znemožňuje zvládat stres a vyrovnat se předešlým problémem. Posléze i další malé stresory působí na pacienta jako velká zátěž a tím se rozvíjí bludný kruh (Praško, 2003).

Obavy jsou proud úzkostných myšlenek, které zkoumají ohrožující události a připravují se na ní. Pojí se s tělesnou aktivací a emoční tenzí. Pacienti, kteří vnímají většinu situací jako nebezpečnou, nedoceňují vlastních sil nezačnou těžkou situaci řešit, ale rozvíjí další katastrofické scénáře.

Nadměrné obavy se vážou se třemi základními postoji (Praško, 2003):

1. Perfeccionismus – jedná se o obavy, že udělá chybu anebo, že výsledný efekt nebude takový, jaký by měl být.
2. Nadměrná zodpovědnost – obávají se, že když nebudou stále ve střehu může se něco špatného stát. Mají pocit, že díky obavám se chrání před negativními situacemi.
3. Pocit nekontrolovatelnosti – obavy pramení z toho, že události nejde dostatečně kontrolovat, a proto je raději kontrolují obavami.

Několik společných oblastí, kterých se lidé obávají dle Praška (2003):

1. Zdraví – obavy ohledně vlastního zdraví, ale i zdraví rodiny a přátel.
2. Přátelé a rodina – obávají se neštěstí a nebezpečí blízkých osob, obávají se selhání v rodičovském a partnerském životě.
3. Práce a škola – obávají se, že nezvládnou udělat povinnosti včas a bez chyb
4. Finance – obávají se finančních prostředků v budoucnosti
5. Denní povinnosti – obavy se týkají toho, zda všechno zvládnou a do jaké míry to zvládnou.



## 1.1 Příčiny úzkosti

Podle Praška (2011) pro rozvoj psychické poruchy hraje roli interakce mnoha rizikových faktorů, které mají povahu:

- a) Biologickou (genetické vlivy nebo vrozené a získané úrazy a nemoci)
- b) Psychologickou (osobnostní rysy)
- c) Enviromentální (vlivy okolního prostředí, výchova a životní události)
- d) Sociální (vliv kultury, školní třídy, práce, rodiny a přátel)

Většina činitelů je vrozených nebo vzniká v raném časovém období, do kterých patří genetické faktory a zranitelnost organismu. Nejen genetika, ale i mnoho faktorů jako infekce matky v těhotenství, její stres, životospráva a porod může ovlivnit vývoj CNS a podílet se tak na rozvoji a vzniku psychotických, afektivních, úzkostných, somatoformních a dalších poruch (Praško et al., 2011). Dalšími významnými vlivy rozvoje duševní poruchy mohou být psychosociální činitelé, čímž je např. dlouhodobá a opakovaná zátěž nebo tíživá rodinná situace (Praško et al., 2011). Při vzniku neuróz hrají především roli vrozené temperamentní rysy, psychická stabilita a rysy emočního prožívání. Vlastnosti, které mohou signalizovat predispozice k neurotickému chování jsou převažující pocity nejistoty, obtíže v navazování kontaktů s lidmi, snížená tolerance k zátěži, labilita, sklon k vegetativním problémům (Vágnerová, 2008).

Pacienti s neurotickými poruchami nemusí mít vždy více náročných životních zkušeností, ale na rozdíl od zdravých jedinců zauímají odlišný postoj k nim. Může to být způsobeno neschopností přijatelně se přizpůsobit na běžné podmínky prostředí, které vnímá jako nezvládnutelné nebo nevhodná reakce, která může být vyvolána skutečně těžkými nároky okolí (Praško et al., 2011).

Pro pozdější vznik psychické nemoci má významný vliv především rodinné a sociální prostředí v dětství. Rizikovými faktory v dětství bývají: ztráta významné osoby, raná a dlouhodobá separace dítěte od matky, trestající, přísná, nadměrně kritická výchova nebo rozmazlující výchova či šikanování. Dalšími faktory mohou být úzkostní nebo jinak psychicky nemocní rodiče, kteří poskytují dítěti vzor sociální úzkosti. Škola může mít také vliv na budoucí psychickou labilitu nebo stabilitu. Zraňující prostředí ohrožuje sebevědomí dítěte, a proto je důležité, aby bylo v stabilizujícím a posilujícím prostředí, kde bude dostatečně oceňováno a povzbuzováno. Traumatizující vlivy se podílejí na vzniku budoucí zranitelnosti vůči duševním nemocem (Praško et al., 2011).

Zranitelnost organismu tedy vzniká na podkladě kombinace všech těchto predisponujících faktorů. Zranitelnost může být nespecifická, která může vést k rozvoji úzkostně-depresivním potížím anebo specifická, která má za následek vznik určité psychické nemoci jako je např. obsedantně-kompulzivní porucha nebo bipolární afektivní porucha apod. Za působením vysoké zátěže, kterou člověk není schopen zvládnout, se může rozvinou duševní porucha. Velmi často dochází k rozvoji psychické poruchy až po časovém odstupu (Praško et al., 2011).

## **1.2 Udržovací faktory**

Udržovací faktory udržují duševní poruchu po jejím vzniku, proto při plánování léčby je důležité se na ně zaměřit. Projevují se v přítomnosti, a proto jsou dobře přístupné terapeutické práci. Udržovacích faktorů je zpravidla více a řadíme tam (Praško et al., 2011):

### **a) Biologické změny**

Psychická porucha se může postupem času měnit, jelikož plasticita nervové tkáně pokračuje buďto k upevnění používaných spojů anebo k jejich oslabení. Např. u úzkostných poruch se fixuje hyperaktivita amygdaly.

### **b) Nežádoucí kognitivní styl**

V průběhu poruchy se můžou negativní myšlenky konkrétních situací generalizovat na vše. Kognitivní procesy mohou vést také k vyhýbavému chování, kdy se jedinec zaobírá obavami a starostmi, které nadřazuje reálným problémům a vyhýbá se řešení situací, které by řešit měl.

### **c) Zabezpečovací a vyhýbavé chování.**

Cílem takového chování je vyhnout se nepříjemným prožitkům v subjektivním ohrožení. Pacient se v takové situaci může zabezpečit takovým způsobem, že užije předem anxiolytikum, vymluví se anebo uteče z nepříjemné situace. Vyhýbavé chování umožňuje krátkodobou úlevu, která posiluje stejné chování i do budoucna. Postupně dochází u pacienta k zužování aktivit.

### **d) Přecitlivělost.**

Pozornost je intenzivněji zaměřena na ohrožující podněty. Opakující se stresové události rozvíjí senzitivitu na signály ohrožení a příznaky se začínají projevovat během ne příliš náročných situacích.

#### **e) Špatný sebeobraz a nedostatek sebevědomí.**

Negativní sebeobraz často vzniká ze sebestigmatizace nebo stigmatizace druhých anebo může mít kořeny v dětství, které se udržují celý život. Je to zkreslené vnímání sebe sama, jež neodpovídá skutečnosti nebo je někdy právě opakem reality. To se pak následně pojí se ztrátou sebedůvěry, naděje a se snahou něco změnit.

#### **f) Přístup okolí, které maladaptivní chování podporuje.**

Posílením nežádoucího chování je myšlena pozornost, nabídka pomoci, převzetí zodpovědnosti a snížení nároků. Ale k udržování poruchy může také přispět trestání, výčitky, odmítání a moralizování, které zvyšují stres a vytvářejí negativní sebeobraz.

#### **g) Snížené komunikační dovednosti.**

Při nedostatku sociálních dovedností je úlevou pro pacienta vyhnout se stresu, které mu sociální situace přináší a nároky, které na něj okolí klade. Prostřednictvím sociální izolace dochází k oslabení sociálních dovedností, které dříve ovládal a výsledkem izolace je následně omezené sociální fungování, které slouží jako stresor, který udržuje duševní poruchu.

#### **h) Anticipační úzkost.**

Strach z budoucnosti je horší než strach v aktuální situaci. U anticipační úzkosti se vyhýbavé chování objevuje ještě před tím, než by se sám jedinec mohl přesvědčit, zda obávaná situace dopadne tak, jak si představuje. Vyhýbavé chování přináší pocit úlevy, protože se situaci vyhne nebo z ní uteče, ale rovněž v něm vzbuzuje přesvědčení, že by stejně obávanou situaci nedokázal zvládnout. Dlouhodobé pozitivní důsledky posilují danou poruchu.

### **1.3. Klasifikace úzkostných poruch**

Níže uvedené kapitoly se zabývají tříděním jednotlivých úzkostných poruch na základě svých projevů podle Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostického statistického manuálu.

### 1.3.1 Klasifikace úzkostných poruch podle MKN-10

Tabulka č. 1: Diagnostické označení pro úzkostné poruchy podle MKN-10 (2001):

Dg. označení	Název nemoci
F40	Fobické úzkostné poruchy
F40.0	Agorafobie
F40.00	<i>Agorafobie bez panické poruchy</i>
F40.01	<i>Agorafobie s panickou poruchou</i>
F40.1	Sociální fobie
F40.2	Specifické fobie
F40.8	Jiné fobické úzkostné poruchy
F40.9	Fobická úzkostná porucha nespecifikovaná

F41	Jiné úzkostné poruchy
F41.0	Panická porucha
F41.1	Generalizovaná úzkostná porucha
F41.2	Smíšená úzkostně depresivní porucha
F41.3	Jiné smíšené úzkostné poruchy
F41.8	Jiné specifikované úzkostné poruchy
F41.9	Úzkostná porucha nespecifikovaná

Americký diagnostický systém třídí klinické jednotky na fobické poruchy a úzkostné stavy. Do fobických poruch patří agorafobie (s panickými atakami a bez nich), sociální fobie a klasické fobie. Do úzkostných stavů zařazují panickou poruchu, generalizovanou poruchu a atypickou úzkostnou poruchu (Honzák, 1995).

#### **F40 Fobické úzkostné poruchy**

Fobie je trvalý a nadměrný strach ze specifických objektů nebo situací, které reálně člověka neohrožují. Uvědomuje si, že strach je iracionální tehdy, když je od fobického podnětu vzdálen. Jakmile není v jeho blízkosti nebo neočekává, neprožívá příznaky strachu. Abychom mohli diagnostikovat fobii, musí strach z určité situace způsobovat jedinci výrazný stres nebo mu nějakým způsobem zasahovat do běžného fungování. Vznik

specifických fobii se odhaduje na období dětství nebo rané dospělosti (Praško & Prašková, 2008).

#### **F40.0 Agorafobie**

Pro agorafobii je typický strach z veřejných prostranství, z přeplněných míst, z obchodů, z cestování dopravními prostředky, z uzavřených prostor apod. Úzkost pacienti pociťují tehdy, když se vzdálí od bezpečného místa a v jejich přítomnosti se objeví fobický podnět. Tento strach následně vede k vyhýbání se takovým místům. Někdy agorafobie a panická porucha vystupují společně, kdy panická porucha vzniká prvotně a druhotně přechází k agorafobii. Celoživotní prevalence agorafobie se připisuje od 2,9 do 6,7 % a bývá 2-3 x častější u žen než u mužů. Nemoc se začíná projevovat mezi 23-29 rokem života. Agorafobie s panickou poruchou se objevuje u léčených pacientů až v 75 % (Praško, 2005).

#### **F40.1 Sociální fobie**

Lidé se sociální fobii se vyhýbají situacím, kde člověk může být hodnocený druhými lidmi. Je přesvědčen, že ostatní si všimají jeho obtíží a podle toho jej hodnotí. Na základě tohoto přesvědčení jeho úzkost narůstá. Charakteristická pro sociální fobii je výrazná anticipační úzkost, která vede k vyhýbavému chování. Lidé trpící sociální fobii se obávají zesměšnění, ztrapnění a zkoumavých pohledů, protože mají strach z projevení příznaků úzkosti před druhými. Často začíná už v pubertě nebo i dříve a mohou se vázat na konkrétní situace jako např. mluvení před širším okruhem lidí anebo mohou fobie nabývat difúzního rozměru tedy na všechny sociální situace kromě rodinného kruhu. Sociální fobie jsou často spojovány s nízkým sebehodnocením a citlivostí na kritiku. K překonání nepříjemných pocitů a úzkostných myšlenek jejich chování může inklinovat k abúzu alkoholu nebo užívání uklidňujících léků (Praško & Prašková, 2008). Sociální fobie s sebou nesou silný a trvalý strach z jedné nebo více sociálních situací, kterým se vyhýbají, aby snížili úzkost. Pacienti se obávají strachu, který nastoupí a ví, že jejich strach je neodůvodněný a přehnaný. Pokud není porucha správně zaléčená, obvykle vyřadí člověka z normálního fungování ve světě. Omezení se vztahuje na vzdělávání, zaměstnání nebo také problémy najít hodnotný partnerský vztah. Až 18 % pacientů z řady úzkostných poruch se léčí pro sociální fobii. Objevuje se ve stejném poměru, jak u mužů, tak u žen a inteligence, vzdělání, ekonomické prostředky a pracovní kariéra nehraje roli. Sociální fobie se diagnostikuje velmi málo, protože se lidé stydí vyhledat odbornou pomoc (Praško, 2005).

## **F40.2 Specifické fobie**

Specifické fobie se projevují nepřiměřeným strachem ze zvířat, věcí, situací, které běžně u zdravých lidí nepříjemné pocity nevyvolávají (Honzák et al., 2005). Do nejčastějších specifických fobií řadíme fobie ze zvířat, klaustrofobie, akrofobie. Vznik specifických fobií se odhaduje průměrně dříve než jiné úzkostné poruchy (Praško & Prašková, 2008). U žen se vyskytují v 7 % případů a u mužů ve 4 % (Smolík, 2002).

## **F41 Jiné úzkostné poruchy**

### **F41.0 Panická porucha**

U této poruchy jsou nepředvídatelné a opakované ataky masivní úzkosti, které nejsou vázány na žádnou konkrétní situaci nebo podnět. U většiny pacientů se záchvaty paniky objevují i během spánku. Panická ataka začíná náhle a dosahuje největší intenzity během několika minut (Praško, 2005). Doprovází ji vegetativní reakce jako tachykardie, hyperventilace apod. (Honzák et al., 2005). Panická porucha je častější u žen než u mužů, a to v poměru 2:1. Ojedinelé ataky zažilo 7-9 % populace. Pacientů s panickou poruchou se odhaduje až na 12 % nemocných, kteří vyhledávají zdravotnickou pomoc (Praško, 2005).

### **F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha**

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) je porucha s chronickým kolísavým průběhem a může ji předcházet jiná úzkostná porucha jako např. sociální fobie. GAD není omezena na určité situace, objekty, ale zahrnuje starosti každodenního života. U GAD se neobjevují vyhybavé reakce, jak je tomu u fobií, ale přehnaně se zaobírá starostmi a stresujícími myšlenkami s přehlížením vlastních předností. Obsahem automatických myšlenek pacienta trpícího GAD jsou obavy, že se stane jeho osobě a okolí něco nepříjemného (Praško, 2005). Tito lidé jsou velice zodpovědní a potřebují dělat věci dokonale (Praško, 2003). Často se nedokáží uvolnit a odpočívat a jejich problémy se zhoršují, když mají na sebe více času a klidu, protože pozornost není odváděná od úzkostných myšlenek jinými činnostmi ((Praško, Vyskočilová & Prašková, 2006). Úzkostné očekávání a obavy z budoucího neštěstí vedou k podrážděnosti, únavě, k potížím se soustředěním a nepříjemným tělesným pocitům. Postižený má pocit, že nedokáže své obavy a starosti kontrolovat, protože ho ovládají. Příznaky GAD musí přetrvávat nejméně půl roku, přičemž nesouvisí s tělesnou nebo jinou psychickou chorobou. Zpočátku značná část pacientů neuvádí úzkost jako ústřední problém, ale zaměřuje se a vnímá více tělesné příznaky. Celoživotní prevalence GAD se pohybuje mezi 5-15 % a poměr mezi ženami a

muži bývá 2:1 (Praško, 2005). Za příčinu vzniku se odhaduje závažná stresová životní událost, která spouští obavy z budoucnosti (Honzák et al., 2005).

#### **F41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha**

Smíšená úzkostně-depresivní porucha je diagnostikována u pacientů s úzkostnými a depresivními příznaky, kde není deprese a úzkost tak výrazná a objevuje se chronický průběh. U této poruchy je typické suicidální chování a pracovní neschopnost (Praško, 2005).

V primární péči je 4,1 % úzkostně-depresivních pacientů, ale celkový počet nemocných se odhaduje na 8 % populace. Příznaky narůstají v řadě týdnů až měsíců a málokdy se rozvoj poruchy zrychlí po silné stresující události. Podobá se projevům GAD (Praško, 2005).

#### **1.3.2 Klasifikace úzkostných poruch podle DSM-IV**

V MKN-10 a v DSM-IV není řazena mezi úzkostné poruchy posttraumatická stresová porucha (PTSD) a obsedantně – kompulzivní porucha (OCD). Posttraumatická stresová porucha byla z MKN-10 vyňata z toho důvodu, že tato diagnostická jednotka se v porovnání s jinými úzkostnými poruchami liší ve vystavení se traumatickému zážitku (Jones & Cureton, 2014), avšak jiní autoři s tím nesouhlasí a vidí mezi posttraumatickou poruchou a úzkostnými stavy určitou souvislost (Zoellner, Rothbaum, & Feeny, 2011). Z MKN-10 vyčlenili autoři obsedantně – kompulzivní poruchu do samostatné diagnostické kategorie, protože stěžejním znakem není úzkost, ale vtíravé myšlenky a stereotypní chování (Rasmussen & Wilhelm, 2012).

Mezi úzkostné poruchy podle DSM-IV patří Panická porucha bez agorafobie, Panická porucha s agorafobií, Agorafobie, Specifické fobie, Sociální fobie, Obsedantně kompulzivní porucha, Posttraumatická stresová porucha, Akutní stresová porucha, Generalizovaná úzkostná porucha, Úzkostná porucha způsobena somatickým onemocněním, Úzkostná porucha způsobena substancemi, Úzkostná porucha NS (Smolík, 1996).

#### **Obsedantně kompulzivní porucha**

Obsedantně kompulzivní porucha (OCD) se projevuje obsesemi, tedy obtěžujícími vtíravými myšlenkami, které jsou nepříjemné a vedou k psychické nepohodě (Praško & Prašková, 2008). Přetrvávající představy a myšlenky jsou v rozporu s hodnotovým systémem jedince a jsou prožívány jako dotěrné a rušící myšlení, které není produktem jeho

vůle (Honzák, 1995). Tématem obav může být ušpinění, infekce, onemocnění a myšlenky na násilí a zabití. Napětí a úzkost z obsesí se člověk s obsedantně kompulzivní poruchou snaží vyrovnat kompulzemi (Praško & Prašková, 2008). Kompulze jsou stereotypní jednání, prováděné podle určitých pravidel a rituálů, které v chorobné podobě významně zasahují do života člověka. Pokud rituál není proveden, narůstá u postiženého úzkost. Nejčastějšími kompulzemi je umývání rukou, počítání, kontrolování (Honzák, 1995). Kompulze jsou opakované činnosti nebo stereotypní myšlenky, které snižují duševní nepohodu jen na určitou dobu a pak se znovu objeví další obsese a nepohoda a nová potřeba ji neutralizovat kompulzemi (Praško & Prašková, 2008). Celoživotní výskyt je 2,5 % (Smolík, 2002).

### **Posttraumatická stresová porucha**

Posttraumatická stresová porucha je řazena mezi úzkostné poruchy a rozvíjí se po emočně těžké a stresující události, čímž mohou být válečné události, přírodní katastrofy, traumata způsobená lidmi (znásilnění), autohavárie apod. To znamená, že takové situace svou závažností přesahují rámec obvyklých lidských trápení a bývají pro většinu populace traumatické. Častými příznaky posttraumatické stresové poruchy je nechtěné rozpomínání na trauma ve formě snů, myšlenek, vyhýbání se místům a činnostem, které trauma připomínají, absence pozitivních emocí, pocit emočního otupění a přetrvávající zvýšené nabuzení (Praško & Prašková, 2008). Stresová situace, která je vyvolaná člověkem bývá intenzivnější a trvá delší časové období. Úzkost u posttraumatické stresové poruchy se pojí s depresivními příznaky, a proto bývá někdy diagnostikována jako depresivní porucha. Léčba takového stavu je náročná a zdlouhavá (Honzák, 1995).

## **1.4. Léčba úzkostných poruch**

Tato kapitola se věnuje psychofyziologickým, psychoterapeutickým a farmakologickým léčebným postupům, které se mohou v průběhu léčby kombinovat.

### **1.4.1. Psychofyziologické postupy**

Do psychofyziologických postupů patří mimo jiné autogenní trénink, který je vhodné nacvičovat 2x až 3x denně. Návčivky relaxace, návčivky na snadnější usnutí nebo soustředění se na jinou činnost. (Honzák, 1995).

Příčinou úzkosti z biologického hlediska je zesílená vegetativní reaktivita a vyšší napětí sympatiku. Úzkostnou poruchu lze korigovat sníženou konzumací černé kávy nebo jejího vynechání, což příznivě ovlivní následující průběh nemoci s možnou redukcí či



odstranění anxiolytické léčby (Ulč, 1999). U úzkostných poruch se zásadně nedoporučuje užívání alkoholu, který urychluje nervové procesy a také vyčerpání jejich rezerv, což zhoršuje celkový neurofyzilogický stav (Honzák, 1995).

#### 1.4.2. Psychoterapeutická léčba

Psychoterapeutická léčba probíhá buďto skupinovou nebo individuální formou. **Individuální psychoterapeutická léčba** má výhodu v tom, že terapeut se intenzivně věnuje jednotlivci a jeho problémům. **Skupinová psychoterapie** využívá ke svým léčebným postupům skupinovou dynamiku (Kratochvíl, 2002), která poskytuje pacientovi lepší náhled na problémové situace. Skupina je společenství, kde jednotlivci jednají s účastníky skupinové terapie jako s osobami z jejich života a mají možnost své chyby v interakci s druhými zastavit, zanalyzovat a opravit (Honzák, 1995). Složení účastníků skupiny je převážně mezi 6-12 členy různého pohlaví, věku a s odlišnými problémy (Praško, 2003).

**Psychoanalytický směr** vychází z předpokladu, že aktuálně prožívané emoce, chování a vztahové vzorce jsou silně ovlivněny minulými zážitky z dětství (Praško, 2003). Úzkost vyvolává strach z toho, že vytěsňená sexuální a agresivní přání se dostanou do vědomí (Ulč, 1999). Dochází tak ke konfliktu mezi id a superegem, který člověk zdravým způsobem vytěsňuje nebo sublimuje v jinou činnost. U úzkostného člověka nefunguje mechanismus vytěsnění dostatečně, a proto přenáší své intrapsychické problémy na okolní nepodstatné problémy (Praško, 2003).

Pro **psychoanalyticky orientovanou terapii** jsou stěžejním tématem asociace traumatických zážitků z raného období života se současnými situacemi, které zapříčiňují úzkostné poruchy. Obvykle ale u terapie nestačí samotná interpretace asociací pacienta, ale důležitý je přenosový vztah mezi pacientem a terapeutem (Ulč, 1999). **Psychodynamická a psychoanalytická psychoterapie** pomáhá dostat do vědomí intrapsychické konflikty s jejich řešením, vybudovat si dobré sebevědomí, které bude osobnost chránit před úzkostí, umožňuje odpoutat se od závislosti na druhých lidech a naučit se rozhodovat za sebe (Praško, 2003). Dynamický přístup směřuje k hledání příčin problémů, které mají kořeny ve vzdálené minulosti a psychoanalytický směr se zabývá více emočnímu prožívání jedince (Honzák, 1995).

Princip **kognitivně behaviorální terapie** je postaven na nastolených jednotlivých krocích, odpovídajícím potřebám klienta (Praško, 2003). Je to mladý psychoterapeutický směr, který je složen z dvou předchozích přístupů: behaviorální a kognitivní terapie.

**Behaviorální terapie** směřuje k žádoucí změně chování (Kratochvíl, 2002) a aplikuje především u fobických a obsedantních neuróz (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). Ke své práci uplatňuje techniku systematické desenzibilace a expozici se spouštěčem (Svoboda et al., 2006). **Kognitivní terapie** spočívá v úpravě myšlenek (Kratochvíl, 2002), protože podle A. Becka emoční poruchy jsou následkem nesprávného myšlení (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). Kognitivní terapie využívá techniku kognitivní restrukturalizace a sokratovského dialogu (Svoboda et al., 2006). Úspěšnost KBT je až 80 % a léčebné postupy tkví v teorii učení, jak se naučit být odolný vůči úzkostem (Praško, 2003) a nikoli v hledání příčiny problému (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

#### **1.4.3. Farmakologická léčba**

Je to nejpohodlnější a nejrychlejší forma řešení úzkostných problémů. Léky nepůsobí jen na určené místo, ale také na jiné systémy organismu, kde se projevují negativními vedlejšími příznaky (Honzák, 1995).

**Akutní léčba** slouží k potlačení příznaků a k návratu do běžného života. Akutní léčba má snížit expozici stresových stimulů z okolního prostředí a negativních životních zážitků. Výběr léčebné metody je závislý na závažnosti duševní poruchy. První možností léčby u úzkostných poruch se nabízí psychoterapie, ale pokud jako cesta léčby nedostupná volí se farmakoterapie. Kombinace psychoterapie a farmakoterapie se aplikuje při těžších formách úzkostných poruch. Akutní léčba u většiny psychických poruch trvá od 4. do 16. týdnů. Pokud akutní léčba vedla k úspěšnému zvládnutí a vymizení symptomů, je podstatné, aby nebyla přerušena příliš brzy, ale nadále pokračovala, aby se zabránilo možnému relapsu. **Udržovací léčba** se uvádí na řadu měsíců až let (Praško et al., 2011).

**Anxiolytika**, řazené do benzodiazepinů, jsou látky, které tzv. rozpouštějí úzkost (Honzák, 1995), tlumivě ovlivňují CNS a působí na psychiku hypnosedativními účinky (Praško, 2003). Mechanismus anxiolytik spočívá v doplnění kyseliny gamaaminomáselné, které v mozku působí uklidňujícím způsobem. Jmile mozek dostane dostatek uklidňujících látek přidaných zvenčí, přestane produkovat své vlastní a může vzniknout závislost (Honzák, 1995).

**Antidepressiva** patří do největší skupiny a nejčastěji předepisovaných psychofarmak. Jejich hlavním cílem je zmírnit nebo odstranit příznaky depresivních nebo úzkostných obtíží. Podle mechanismu účinku určitých antidepressiv, se volí léčba různých typů depresí, úzkostných poruch nebo se upravuje průběh psychosomatické symptomatologie (poruchy

spánku apod.). První volbou při léčbě úzkostných poruch jsou antidepressiva III generace typu SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) (Rácková & Janů, 2006), které mají méně negativních účinků než jejich předchozí generace (nepřispívají natolik ke změně tělesné hmotnosti pacienta, nemají sedativní účinky a neprohlubují účinek alkoholu) (Praško et al., 2011). V posledních letech se začaly předepisovat na úzkostnou problematiku také antidepressiva IV generace SNRI. Skupina antidepressiv III a IV generace má dobrou účinnost a minimální riziko vzniku závislosti (Rácková & Janů, 2006).

## 2. Stres

Stres nastupuje tehdy, když je přítomna ohrožující a frustrující situace za doprovodu tělesných příznaků. V životě je nutná neustálá adaptace organismu na vlivy prostředí. Jeden velmi náročný stresor nebo několik malých nahromaděných problémů, které jsou nad rámec schopností je zvládnout, může narušit fungování v okolním prostředí a zapříčinit silné prožívání stresu spojeného s pocity úzkosti a ohrožení. Důsledkem stresu můžou být zevní spouštěče (rozchod s partnerem, smrt blízkého člověka, ztráta zaměstnání, dlouhodobý hluk nebo horko apod.), které vyvolávají tzv. stresovou reakci. Úroveň prožívání stresu závisí taktéž na vnitřních faktorech jako je vrozená zranitelnost, vlastností a postoje získané během života (např. tížadost, perfekcionismus, špatné sebehodnocení) (Praško, 2003).

Selye (1966, s. 35) definuje stres jako „*souhrn všech nespecifických účinků různých činitelů působících na organismus. Samotné tyto faktory pro jejich schopnost vyvolat stres nazýváme stresory*“.

Definice podle Schreibera (1992, s. 12) zní takto: „*Stres je jakýkoli vliv životního prostředí (fyzikální, chemický, sociální, politický), který ohrožuje zdraví některých - „citlivých“ jedinců.*“

Podle Křivohlavého (2001, s. 170) je stres „*negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit*“.

Stres je označován jako stav organismu, který reaguje na okolní svět úzkostmi, napětím a obrannými mechanismy (Baštecký et al, 1993).

Mírný stres je pro život prospěšný, protože bez něho by byl nudný a sám by se posléze stal výrazným stresorem. Určitá míra stresu zlepšuje paměť, soustředění a aktivizuje k řešení problému. Přílišný stres působí však nepříznivě, jelikož oslabuje výkon, znemožňuje relaxaci. Proto lidi, kteří jsou vystaveni vysoce stresujícím situacím jsou náchylnější k rozvoji úzkosti a deprese (Praško, 2003).

### 2.1 Druhy stresu

**Akutní stres** je jednorázová, krátkodobá expozice stresoru na organismus. Akutní stres nepředstavuje riziko pro zdraví, protože po odeznění působení krátkodobého stresoru nastupuje odpočinek, který může mít posilující vliv vedoucí k větší toleranci ke stresu (Kebza, 2005).

**Chronický stres** je dlouhodobá, nezvladatelná zátěž, mající škodlivé účinky na organismus, které zasahují nejslabší místo člověka (Kebza, 2005).

**Fyzický stres** vzniká v důsledku působení stresorů z okolí. Patří sem zima, horko, hluk, hlad, žízeň, úraz nebo tělesné přetížení (Hošek, 1999).

**Psychický stres** bývá zapříčiněn stresory, přicházející z intrapsychických zdrojů. Zde jsou řazeny disharmonické vztahy v rodině, konflikty na pracovišti, nedostatek spánku, pocity nebezpečí a duševní napětí (Hošek, 1999).

**Distres** je negativně prožívaná stresová situace. Osoba, která prožívá distres subjektivně vnímá a hodnotí osobní ohrožení negativně ve vztahu ke schopnostem zvládnutí situace. Distres nastupuje tehdy, když se jedinec domnívá, že má nedostatek sil a možností zvládnout ohrožující situaci. Objevuje se emocionální reakce (Křivohlavý, 2001).

V situaci, kdy se snažíme něco zvládnout přes značnou námahu, ale přesto nám přináší potěšení, mluvíme o eustresu. **Eustres** vyvolávají zážitky typu svatba, narození dítěte, oslavy, výhra apod. nebo situace, které lidé sami vyhledávají např. rizikový a výkonnostní sport, cestování atd. (Křivohlavý, 2001).

Křivohlavý (2001) popisuje **stresory** jako negativní životní faktory, které nepříznivě ovlivňují životní podmínky jedince, vedoucí k napětí.

**Salutory** jsou dle Křivohlavého (2001) pozitivní životní faktory, které v tíživé osobní situaci člověka posilují, povzbuzují, dodávají energii a odvalu při boji se stresující událostí. Salutorem může být např. smysluplná práce, pochvala a uznání druhých osob, přesvědčení důležitosti toho, čeho chceme dosáhnout.

## 2.2 Stresory

Stresor je *„činitel vnějšího prostředí vyvolávající v organismu stav stresu či stresovou reakci* (Hartl, Hartlová, 2015, s 569).

Nejčastější každodenní stresory, se kterými se populace potýká jsou (Praško, 2003):

### 1. Vztahové stresory

- Příčinou psychického stresu jsou často problémy v soukromém životě, vzájemné vztahy mezi lidmi, způsoby komunikace. Spouštěči stresu převážně jsou:
  - Neshody s rodiči
  - Mezigenerační bydlení
  - Materiální nebo citová závislost na rodičích nebo na partnerovi
  - Problémy v partnerském vztahu

- Nesoulad v sexuální oblasti
- Rozvod nebo rozchod s partnerem
- Narození dítěte
- Odchod dítěte

## **2. Pracovní a výkonové stresory**

- Nízký finanční příjem
- Ztráta práce
- Velké dluhy
- Konfliktní vztahy na pracovišti
- Workoholismus vlastní nebo partnera/partnerky
- Nesmyslná pracovní činnost
- Nespravedlivé a neúměrné výkonu ohodnocení práce

## **3. Nemoci a handicapy**

- Vlastní nemoc nebo nemoc příslušníka rodiny
- Zhoršování tělesného nebo psychického stavu rodičů
- Závislost na návykových látkách u sebe, u partnera nebo u dětí
- Závislost na automatech

## **4. Stresory vázané na životní styl**

- Nudný styl života
- Nedostatek zálib, koníčků, příjemných aktivit
- Málo přátel a sociální izolace
- Neadekvátní bydlení

Někdy bývá obtížné odlišit působení dlouhodobého stresu od úzkostné poruchy (Praško, 2003).

Známý je bodovací systém autorů Holmes a Rahe, kteří k různým životním událostem, ať už méně nebo více závažným a připsali jim určitou váhu, kterou vyjadřují bodovou hodnotou. Každá událost s sebou nese určitou míru zátěže, která je číselně vyjádřena podle míry závažnosti i přesto, že ji vnímáme a hodnotíme jako pozitivní. Pokud byl člověk vystaven za poslední rok stresujícími situacím ohodnocených na 150-200 bodů, řadí se do skupiny mírně ohrožených stresovými vlivy. Jestliže získal hodnoty mezi 200-300 bodů nachází se ve skupině ohrožených a nad 300 bodu se ocitá v silně rizikové skupině. Příklady náročných životních událostí: úmrtí partnera, rozvod, vážně onemocnění, ztráta

zaměstnání, odchod do důchodu, narození dítěte, změna zaměstnání, půjčky, změna školy, změna bydliště, dovolená, Vánoce apod. (Honzák, 1995).

## **2.3 Teorie stresu**

Tato kapitola nabízí tři nejznámější teorie stresu.

### **2.3.1. Cannonova teorie homeostázy**

Stabilní vnitřní prostředí v souvislosti se sympatickým nervovým systémem se podílí na zachování správné homeostázy. (Kebza, 2005).

Poplachová reakce, popsána Cannonem, je komplexní situace, která nastává po náhlém působení stresu. Nervové a hormonální mechanismy aktivují v těle pohotovostní stav, který připravuje jedince k útoku nebo útěku. Aktivovaný sympatikus a zvýšená hladina adrenalinu a nonadrenalinu u člověka vyvolává bušení srdce, pocení a třes. Při poplachové reakci se z jater uvolňuje krevní cukr, který vytváří zdroj energie pro svalovou práci. Na podobném principu se uvolňují z tukových tkání tukové složky, které jsou dalším přísunem energie při rychlé spotřebě krevního cukru intenzivní svalovou činností. Uvolněné látky přispívají k fyzické aktivitě, a proto jedinec pod vlivem stresu reaguje tzv. útekem nebo útokem (Schreiber, 1992). Útokem reaguje člověk tehdy, když vysoce pravděpodobné, že je v jeho možnostech zvládnout působící stresor a útekem, pokud to není v jeho silách ho zvládnout (Kebza, 2005).

### **2.3.2. Selyeho obecný adaptační syndrom (GAS)**

Selyeho definice stresu je popsána jako: „*charakteristická fyziologická odpověď na poškození nebo ohrožení organismu, který se projevuje prostřednictvím adaptačního syndromu. Ten přímo ovlivňuje zdraví tím, že vyvolává nadměrnou a trvalou aktivaci nervového sympatického systému nebo systému adrenokortikálního, posléze poškození systému imunitního*“ (Hartl & Hartlová, 2015, s. 568).

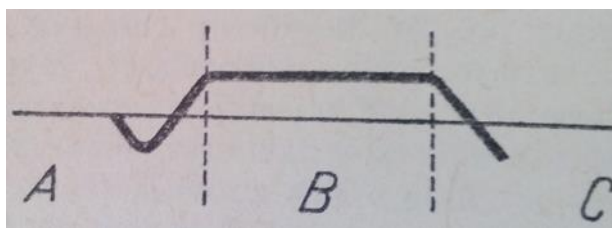
GAS byla poprvé popsána v roce 1936 jako syndrom způsobený různými škodlivými faktory. Výzkumy provedené na zvířatech dokázaly, že schopnost přizpůsobení se organismu je ohraničená. Při expozici stresorů je možné situaci zvládat, dokud je dostatek energie. Tyto 3 stádia odpovídají třem etapám lidského života. První stádium odpovídá dětskému životu, druhé stádium dospělosti a třetí poslední stádium stáří (Selye, 1977). Stres se vyskytuje ve všech stádiích a jeho projevy se postupem času mění. Aby byl přítomný adaptační syndrom, nemusí se vytvořit všechny 3 stadia. Většina fyzických a psychických

stresorů vyvolávají první a druhé stádium GAS a ty nejtěžší stresory způsobují vyčerpání organismu a následnou smrt. Stres je podle Selyeho stav, jež se projevuje jako specifický syndrom, zahrnující nespecifické změny biologického systému (Selye, 1966).

- Generální (obecný), znamená, že ho vyvolávají pouze faktory, které působí na organismus jako celek.
- Adaptační vyjadřuje to, že podporuje obranyschopnost organismu a pomáhá udržet odolnost organismu.
- A názvem syndrom představuje jednotlivé projevy, které jsou navzájem sladěné a částečně i na sobě závislé (Selye, 1966).

Při počáteční poplachové reakci se organismus přizpůsobuje a začíná se bránit. Délka trvání této fáze závisí na vrozených adaptačních schopnostech a od intenzity stresující situace. V konečném stadiu nastupuje vyčerpání (Selye, 1977).

Obrázek č. 1: Schéma GAS (Selye, 1977, s.36)



- A. Poplachová reakce** – Organismus vykazuje charakteristické změny. odolnost organismu je snižena a pokud přijde nadměrně silný stresor, může dojít ke smrti. Typická je nízká odolnost vůči stresu a nadměrně silné reakce na podněty různého druhu.
- B. Rezistenční stádium** - Odolnost organismu se zvyšuje, jestliže se člověk adaptuje na neustálou expozici stresové situace. Symptomy charakteristické pro počáteční stádium (poplachovou reakci) vymizely a začala se zvyšovat odolnost nad pásmo normy. V tomto stádiu došlo k přizpůsobení se nejčastějším stresorům, tudíž zvýšila se odolnost.
- C. Vyčerpání** – Při dlouhotrvajícím působení stejného stresoru, na který se organismus přizpůsobil, dochází k vyčerpání energetických zásob k adaptaci. Objevují se znovu příznaky stadia poplachové reakce, které jsou však nenavratitelné. Nenávratně se ztrácí schopnost adaptace a v konečném výsledku dochází k vyčerpání ukončené smrtí (Selye, 1977).

### 2.3.3. Lazarusův model dvojího zhodnocení

Lazarus kladl důraz na kognitivní charakteristiku zvládnání náročných situací a věnoval se tomu, co v okamžiku, kdy se člověk dostává do těžké situace, probíhá v psychice



člověka. Výsledky svého bádání popsal ve své kognitivní teorii hodnocení (Křivohlavý, 2001).

Emoční vzrušení vzniká podle Lazaruse na základě subjektivního pochopení významu vnějších podnětů (Plháková, 2008). Dostane-li se člověk z šokové reakce, která odpovídá první fázi kontaktu se stresorem, zahajuje se kognitivní hodnocení. Zvažování nebezpečí probíhá ve dvou fázích (Křivohlavý, 1994).

1. V první etapě **primárního hodnocení** dochází ke zvažování významu dané situace, co a jak jedince ohrožuje a do jaké míry je ohrožen. Člověk se ptá, co se vlastně děje? (Křivohlavý, 1994). Počáteční hodnocení může mít neutrální, negativní nebo pozitivní náboj. K primárnímu hodnocení se připojují také zvládací strategie zaměřené na emoce. (Plháková, 2008).

Odpověď na otázku, co se děje lze rozdělit do 3 skupin:

- Post festum – zahrnuje hodnocení pacienta po události (např. po autohavárii, úrazu)
- Výzva – poukazuje na aktuálně probíhající děje a vyzývá k akci.
- Předjímání ohrožení (Křivohlavý, 1994).

2. V době **sekundárního hodnocení** si jedinec promýšlí, jaké má konkrétní postupy ke zvládnutí situace k dispozici, jaké jsou jeho možnosti, aby mohl uspět a představuje si možný vývoj situace při zvolení konkrétních postupů (Plháková, 2008).

## 2.4 Zvládání zátěžových situací

*Adaptací se rozumí vyrovnávání se zátěží, která je relativně v normálních mezích, v obvyklé, běžné, pro člověka poměrně dobře zvládnutelné toleranci, termínem „koupink“ se rozumí boj člověka s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží“ (Křivohlavý, 1994 s. 42).*

Coping nebo zvládání stresu je *„schopnost člověka vyrovnat se (adekvátně) s nároky, které jsou na něj kladeny, případně zvládat nadlimitní zátěže; může mít podobu změny vnímání situace nebo změny postoje“ (Hartl a Hartlová, 2015, s. 88).*

Folkman, Lazarus a Gruen (1986, cit. in Paulík 2017, s. 118) *„charakterizují coping jako behaviorální, kognitivní nebo sociální odpovědi související s úsilím osoby eliminovat, zvládat či tolerovat vnitřní nebo vnější tlaky a tenze pocházející z interakce osobnosti a prostředí.“*

Copingové strategie se volí v situacích, kdy zátěž ve vztahu k odolnosti organismu je podlimitní nebo nadlimitní a jedinec musí vynaložit většího úsilí k jejímu vyrovnání, které

spočívá v odstranění stresorů, získávání vnějších zdrojů a posilování vnitřních zdrojů (Paulík, 2017).

*„Pod pojmem způsoby zpracování stresu se rozumí takové psychické pochody, které nastupují plánovitě a/nebo neplánovitě, vědomě a/nebo nevědomě při vzniku stresu, tak aby se dosáhlo jeho zmírnění nebo ukončení.“* (Janke & Erdmannová, 2003).

*„Adaptací se rozumí vyrovnávání se zátěží, která je relativně v normálních mezích, v obvyklé, běžné, pro člověka poměrně dobře zvládnutelné toleranci, termínem „koupink“ se rozumí boj člověka s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží“* (Křivohlavý, 1994 s. 42).

Existují dva způsoby, jimiž se člověk adaptuje na zátěž. Obranné mechanismy nebo zvládací reakce zmírňují důsledky stresu a ovlivňují emoce, rozvíjejí se s věkem a jsou vratné. Obranné mechanismy jsou částečně neuvědomované způsoby přizpůsobení se na nežádoucí situaci, která by mohla ohrozit sebeobraz a pocit sebejistoty. Základním rysem je přehodnocení či změna prožívání vnímané reality. Obranné reakce se rozlišují na zralé a nezralé. Zralé poskytují odreagování formou pozitivních aktivit, jakými jsou sport, umění, humor apod. Nezralé vycházejí z poruch osobnosti (Paulík, 2017). Strategiemi zvládnutí stresu se rozumí složitý kognitivní proces, který má velice pečlivě propracovaný postup, plán pro dosažení jasně stanoveného cíle (Křivohlavý, 1994).

Tabulka č. 2: Odlišnosti v obranných a zvládacích reakcích (Paulík, 2017 s. 117)

Obranné reakce	Zvládací reakce
Obsahují implicitní operace	Obsahují explicitní operace
Aktivovány intrapsychicky	Aktivovány prostředím, okolnostmi
Obtížněji pozorovatelné	Snadněji pozorovatelné
Jedinec si neuvědomuje	Jedinec je ovládá vůlí
Determinovány osobnostními rysy	Determinovány jak osobnostně, tak situačně
Základem je instinktivní chování	Základem jsou kognitivní procesy
Nepředchází zhodnocení situace	Předchází zhodnocení situace a vlastních možností
Výsledkem je automatické chování	Výsledkem je promyšlené chování

Zvládací strategie se dělí podle zaměření:

#### a) **Coping orientovaný na řešení problému**

Jedinec vyvíjí aktivitu a snahu ke konstruktivnímu řešení stresující situace (např. eliminovat stresory, měnit podmínky, které vedou ke zhoršení duševního zdraví). Tyto strategie mohou být zaměřené dovnitř, což znamená že směřují na vlastní osobu jako např. osvojení si nových dovedností, získávání nových informací a jejich uplatnění) (Machová et al., 2009) nebo při aktivních zákrocích v prostředí nebo vyhledávání a přijetí pomoci od druhých (Paulík, 2017). Úspěšnost této strategie závisí na sebe disciplíně a zkušenostech člověka (Machová et al., 2009). Pokud jedinec vyhodnotí, že se nedá už nic dělat, přechází ke strategiím orientovaným na emoce (Paulík, 2017).

#### b) **Coping orientovaný na emoce**

Tento coping dostává emoce pod kontrolu, aby nenarušily integritu osobnosti a vztahy s lidmi (Paulík, 2017) a plní funkci regulace emocionálního stavu, který prošel vysokou intenzitou stresu. Pomáhají při snížení vysoké intenzity strachu, obav nebo zlosti a zabraňují pohlcení dané osoby negativními emocemi, které by znemožňovaly uskutečnit určité kroky k vyřešení vlastních problémů. Nejčastěji se používají v přítomnosti neovlivnitelných problémů (Machová et al., 2009).

Copingové strategie prochází procesem zvažování a rozhodování, které lze rozdělit podle J. L. Janise (in Křivohlavý, 1994) do 4 fází:

1. **Vytváření a rozšiřování zásob strategií**, které pomáhají čelit stresujícím událostem. Vzniká představa účinnosti dané strategie na konkrétní situaci. Zde se zvažuje užitečnost strategie, soulad strategie s osobním a sociálním hodnotovým žebříčkem a klady a zápory zvažované strategie.
2. **Vytváření hypotézy a výběr nejúspěšnější strategie** pro zvládnutí náročné situace.
3. **Přechod od uvažování k činu.**
4. **Prověření hypotézy zvolené strategie**, zda byla ta správná.

Přehled 5 typů zvládacích strategií podle Cohena a Lazaruse (in Křivohlavý, 1994):

1. **Zvyšování informovanosti** o tom, co se děje s tělem člověka a mimo něj, jak by bylo možné zmírnit působení stresoru nebo změnit chod událostí.
2. **Přímá činnost** je strategie, kdy jakýmkoliv chováním, které bylo spuštěno stresorem nebo vnitřní iniciativou se pouští do boje.
3. **Inhibice činnosti**, která by danou situaci mohla zhoršit.

4. **Intrapsychické procesy**, rozhovory se sebou samým, které slouží k hledání cesty řešení, přehodnocení situace a změna v hodnotovém uspořádání.
5. **Požádání o pomoc**, radu, útěchu, uklidnění, sociální oporu druhé.

Janke a Erdmannová (2003) rozdělují copingové strategie podle dotazníku SVF-78 na jednotlivé strategie zvládání stresu na negativní a pozitivní a bez kategorie.

#### **Pozitivní strategie – POZ 1** (strategie podhodnocení a devalvace viny)

Tyto strategie se pokouší o přehodnocit nebo snížit závažnost stresoru a míru prožívání stresu a jsou zde řazeny subtesty podhodnocení a devalvace viny.

*Podhodnocení* – pro tento subtest je typické podhodnocování vlastních sil v porovnání s ostatními lidmi nebo je hodnotit lépe.

*Odmítání viny* – tento subtest vypovídá o absenci vlastní odpovědnosti na zátěž.

#### **Pozitivní strategie – POZ2** (strategie odklonu)

Cílem této strategie je odklon od stresujících situací a příklon k náhradním situacím nebo aktivitám. Do těchto strategií patří 2 subtesty:

*Odklon* – tento subtest vede k odklonu při zátěži a ke zmírnění stresu a nastolení pozitivních emocí.

*Náhradní uspokojení* – snaží se vyvolat pozitivní emoce, které nejsou spojené stresem, ale směřují k sebezpečením vnějšími odměnami.

#### **Pozitivní strategie – POZ3** (strategie kontroly)

Strategie kontroly zachycují snahy ohledně zvládání, kontrole a kompetenci.

*Kontrola situace* – tendencí tohoto subtestu je zajistit si kontrolu nad stresující událostí prostřednictvím třech složek: analýzou aktuální situace a analýza jejího vzniku, plánování opatření, směřující ke zlepšení stavu a aktivní přístup k řešení situace. Tato strategie řešení je považována za velmi příznivou.

*Kontrola reakcí* – vyznačuje se kontrolováním vlastních reakcí během stresu a to tak, že nedovolí, aby vůbec došlo k vzrušení nebo se pokouší neukázat své emoce najevo a čelit již vzniklému vzrušení.

*Pozitivní sebeinstrukce* – tato strategie odráží, do jaké míry si přisuzuje kompetenci vlastní osobě a dodává si odvahy v období zátěžové události. Subtest obsahuje kladné myšlenky a postoje posilující sebedůvěru.

## Nezařazené strategie

Do této kategorie náleží 2 subtesty, které nelze zařadit do pozitivních ani do negativních strategií. *Potřeba sociální opory* – charakterizuje se navazováním kontaktů s druhými v době působení stresu za účelem obdržet podporu při řešení problémů.

*Vyhýbání se* – objevuje se zde tendence vyhnout se nebo zamezit střetu s další podobnou situací. O negativní způsob zpracování problému se jedná v případě, že jedinec se snaží vyhnout zátěžové události. Kladným způsobem se rozumí jejího zabránění na základě regulačních schopností.

## Negativní strategie

Negativní strategie jsou zařazeny do kruhu nežádoucích způsobů zpracování stresu, které spíše ho zesilují.

*Úniková tendence* – strategie májící rezignační tendenci vyváznout ze stresující situace a sníženou schopnost jí čelit. Tento subtest vysoce souvisí se sociální uzavřeností, sebelítostí a rezignací.

*Perserverace* – tento subtest znamená neustálé myšlenkové zaobírání se stresujícími situacemi, které pro delší časovou dobu zabírají kapacitu myšlení. Tímto dochází k prodloužení zátěžové situace a nesnadnému obnovení klidového stavu.

*Rezignace* – se týká několika aspektů, které provází pocity o nedostatku schopností je zvládnout. Typickými pocity jsou bezmocnost a beznaděj zvládnout zátěžovou situaci, kterou člověk považuje nad rámec vlastních schopností a vzdává se.

*Sebeobviňování* – v tomto subtestu se objevují sklony ke sklíčenosti a připisování viny za vznik nežádoucí situace vlastní osobě (Janke & Erdmannová, 2003).

K. M. Nowack (2006) uvedl ve svém dotazníku Stress profile 4 koncepčně odlišné strategie zvládání zátěže: pozitivní pohled, negativní pohled, minimalizace hrozeb a zaměřenost na problém. Jakákoliv z těchto strategií umožňuje snižování stresu a s tím spojených zdravotních rizik. Strategie zvládání zátěže se používají především v kombinaci z kteroukoliv z nich. Upnutí se pouze na jednu strategii z výše uvedených strategií může znamenat zhoršení zdravotních důsledků stresových situací bez ohledu na to, jak moc odpovídá požadavkům situace. U pozitivního pohledu lidé používají podpůrné a autostimulační výroky ke snížení stresu, zatímco u negativního pohledu se soustředí na nejhorší důsledky situace. Minimalizace hrozeb znamená vyrovnat se stresorem pomocí snižování jeho významnosti. Zaměřenost na problém směřují jedince k aktivní změně okolních stresorů nebo vlastního chování.

Autoři English a English definují obranné mechanismy jako „*jakýkoliv druh činnosti včetně myšlení a cítění, jehož účelem je odvést pozornost a povědomí o nepříjemném či zahanbujícím faktu nebo skutečnosti, která vzbuzuje úzkost, ohrožena při tom může být sebeúcta, sebevědomí, sebehodnocení, vlastní jádro našeho já*“ (in Křivohlavý, 1994 s. 60).

Psychické obranné mechanismy jsou strategie zaměřené na emoce, které nemění nepříjemnou situaci, ale mění způsob vnímání a hodnocení daného problému, protože zahrnují prvek sebeklamu. Dokud člověk není schopen se se stresující situací vyrovnat přímo, pomáhají mu k tomu obranné mechanismy. Jakmile se stanou prioritní strategií, rozvíjí maladaptivní projevy osobnosti (Machová et al, 2009).

K základním fylogeneticky vzniklým vzorcům chování v zátěži patří útok a útěk, od kterých jsou odvozeny aktivní a pasivní vyrovnávací techniky (Hošek, 1999).

### **1. Aktivní techniky vyrovnávání se se zátěží**

Vycházejí z útočného řešení zátěžové situace, obsahující prvky agrese a zvýšené aktivity. Nejjednodušším a nejefektivnějším představitelem aktivních technik je přímá agrese. V současné době je agrese společensky tolerována jako projev statečnosti. Z pohledu psychohygieny je ventilace agresivní tenze považována za žádoucí díky katarzi. Schválená je agrese vyjádřená sportovními aktivitami tzv. **sublimace agrese**. Jakmile se přímá agrese dostane do dominantní role považuje se jako symptom patologie. Další aktivní technikou pro zvládnání zátěže je **upoutávání pozornosti**. Člověk v kontaktu se zátěží se projevuje sníženým sebehodnocením, které se snaží kompenzovat vychvalováním sebe sama, skákáním do řeči druhým, extravagancí v oblékání a v chování. Děti na sebe upozorňují zlobením, křikem, odporováním apod. Neuvědomovaná potřeba obdivu, jež pomáhá k vytváření sebevědomí, přispívá ke zvládnání těžké životní situace. V patologické formě se upoutávání pozornosti objevuje projevy hypochondrie či hysterii. Důležitou technikou vyrovnávání se zátěží je **identifikace**. Již v dětském věku je typické ztotožnění se z hrdinskými postavami, což pomáhá po fantazijní stránce zvýšit sebevědomí a vylepšit prestiž. Zvládnout nelehké překážky je možné pomocí techniky **kompenzace**, které spočívá v náhradním řešení problému. Kompenzační technika může ale nabývat patologického způsobu řešení problémové situace, a to přejídáním se, konzumací alkoholu a jiných návykových látek apod. **Sublimací** znamená přesunutí netolerovaných pudů na nějakou jinou, společensky uznávanou aktivitu. Nejrozšířenější technikou je **racionalizace**, která slouží k odsunutí trestu ze selhání ve stresové situaci. Trest může mít podobu sankce z okolního prostředí nebo obsahuje souhrn sebevýtěk nazývaným jako špatné svědomí.

Tato technika zdůvodňuje neúspěšné nebo nepřijatelné chování správným a náležitým zásahem vnějšího faktoru nebo motivu, které nelze vlastními silami kontrolovat. Vlivem racionalizace klesají pocity viny prostřednictvím stylizace, kauzální vysvětlení viny druhých a přikrášlování předchozích motivů. Prototypem racionalizace je **bagatelizace**. Jedná se o znevažování nedosažené hodnoty, o kterou v minulosti usiloval. Převráceným postupem je **nacházení kladných věcí v nepříjemných situacích**. Následnou častou technikou je srovnávání vlastních aktuálních problémů se závažnějšími potížemi z minulosti nebo problémy jiných lidí. Takovému postupu se říká **relativizace** a často se pojí s humorným nadhledem (Hošek, 1999).

## 2. Pasivní techniky vyrovnávání se se zátěží

Pasivní techniky se přiklánějí k řešení problému formou útěku, které je spojeno s vysokou aktivitou, ale převládají zde především pasivní styly řešení problému. Nejjednodušší pasivní technikou je **izolace** neboli únik do samoty, která se projevuje během sociogenních zátěží. Zmenšuje možnost adaptovat se na sociální prostředí, ale snižuje výskyt nové zátěžové situace. Autismus je patologickým stavem izolace. Další technikou vyrovnávání se zátěží je únik do fantazie. **Denní snění** je charakteristické pro děti a mládež a slouží jako kompenzační technika, kdy vystresovaný jedinec si ve své fantazii představuje jiný průběh prožívané situace. Do určité míry je to pro člověka uklidňující, ale ve velkém rozsahu se stává únik do fantazijního světa maladaptivním procesem, který posléze může vyústit v psychopatologii. Techniku, kterou si člověk začíná už osvojovat v dětství je **únik do nemoci**. Na nemocného se kladou vysoké ohledy a starají se o něho, aby mu ulehčili životní situaci. **Simulace** nastupuje při záměrném zneužití této techniky. Návrat k vývojově nižšímu způsobu chování je dalším formou úniku nazývaným termínem **regrese**. Dochází ke zprimitivnění reakcí, kdy dospělý člověk se chová jako dítě. Vznikají po posttraumatických stavech a ve velice náročných situacích. **Popření** má v stresové situaci funkci rezignace řešení a odsunutí problému jako by neexistovalo. Popření vede k dočasnému zklidnění, ale nesměřuje k adaptaci, protože se nezaobírá podstatou vlastních potíží. Maladaptivní technikou v těžké životní situaci je celková inaktivita a rezignace řešení problému. Lidé, u kterých převažují aktivní styly vyrovnávání se se zátěží jsou nazýváni jako konfrontéři a lidé upřednostňující pasivní styl zvládnání zátěže jsou vyhybači (Hošek, 1999).

## **Techniky zvládání a prevence stresu**

Fyziologickou stresovou reakci mozku lze snížit **pravidelnou fyzickou aktivitou**. Dle výzkumu pravidelné cvičení omezuje působení noradrenalinu, který se uvolňuje při stresové reakci, vytváří obranyschopnost a zmírňuje negativní účinky stresu např. hladinu cytokinů, dělení buněk, tvorbu stresových proteinů. Stres příznivě ovlivňuje také **masážní terapie**, která zlepšuje spánek a oslabuje depresivní příznaky, protože omezuje přísun hladiny glukokortikoidů a adrenalinu. A neměli bychom zapomínat na **relaxační dýchání**, které se provádí hlubokým nádechem a zadržení dechu v nádechu do doby, kdy nám to začne být nepříjemné. Ve stejném okamžiku se stiskne na 7 vteřin proti sobě palec a ukazováček (Joshi, 2005).



### 3. Alexithymie

V roce 1972 Sifneos poprvé zavedl termín alexithymie, který v doslovném překladu znamená „chybění slov pro emoce“ (z řeckého jazyka a – nedostatek, lexis – slovo, thymus – pocity) (Płońska & Czernikiewicz, 2006). Sifneos vycházel již z předešlé práce psychoanalytiků Martyho a M'Uzana, kteří přišli s termínem „la pensée opératoire“, který je typický pro psychosomatické pacienty s charakteristickým chováním bez emočního doprovodu (Uher, Bob & Ptáček, 2010).

Pro alexithymické pacienty jsou charakteristické projevy (Baštecký et al, 1993):

- Neustále popisují somatické příznaky, i když nebyl prokázán objektivní nález.
- Stěžují si na napětí, podrážděnost, neklid, nervozitu, bolesti apod.
- Nápadná je absence prvku fantazie, přitom dokážou důkladně popsat nepodstatné detaily v okolí.
- Mají viditelné obtíže v hledání slov pro popsání svých pocitů.
- Pláč je buďto intenzivní nebo žádný, vztahující se k neodpovídajícím pocitům jako je např. zlost.
- Výjimečně si pamatují sny.
- Mívají nepřiměřené afekty.
- Hlavní náplň způsobu života pro ně představují činnosti.
- Inklinují k závislým interpersonálním vztahům anebo odmítavému postoji a samotě.
- Bývají to narcistické, psychopatické, vzdávající se, pasivně agresivní nebo pasivně závislé osobnosti.
- Lékaři nebo terapeuti neradi s těmito pacienty pracují.

Důsledkem psychosociálních problémů alexithymiků není pouze porucha v prožívání emocí, ale také deficitu kognice, zaznamenávající emocionální podněty z okolního prostředí. U osob s problematikou alexithymie je prokázána neschopnost dostatečně rychle identifikovat negativní emoce druhé osoby v obličeji. Typickými vlastnostmi alexithymických pacientů je chudá slovní zásoba zaměřena na vlastní prožívání, řeč spojená se zevními událostmi a nízká schopnost fantazie. Charakteristická je nedostatečná empatie, vhléd a introspekce, objevují se mezilidské problémy a vyhubavý interpersonální styl, nepřiměřený způsob emoční regulace a slabá emoční inteligence, neochota otevřít se a angažovat se při psychoterapii, intenzivní vnímání a katastrofické

interpretování tělesných vjemů. Alexithymie se vykazuje především neschopností rozeznat negativní emoce, ale postihuje rovněž pozitivní emoce (Chromý, 2006).

### **3.1. Příčiny vzniku alexithymie**

Jasná příčina alexithymie prozatím nebyla objasněna, ale existuje několik teorií, které vysvětlují její případný vznik a rozvoj.

#### **3.1.1. Neurofyziologické teorie**

Neurofyziologická teorie tvrdí, že příčinou alexithymie je porucha v komunikaci mezi neokortexem a staršími částmi mozku (Bartůňková, 2010). Pocity, které vznikají v hipokampu nejsou předány k intelektuálnímu zpracování do neokortexu, ale jsou vyjádřeny prostřednictvím autonomního systému. Pacienti tudíž komunikují řečí orgánů (Baštecký et al., 1993). Vliv mají částečně i bazální ganglia, které tlumí příjem sensorických podnětů z limbického systému do neokortexu (Bartůňková, 2010).

#### **3.1.2. Psychoanalytické a psychodynamické teorie**

Za příčinu alexithymie je považována poruchová interakce matky a dítěte v raných stadiích vývoje, kdy dítě není schopno zpracovat instinktivní impulzy (Bartůňková, 2010). Problémy v uvědomování si svých prožitků, jejich významu a regulaci se odkazuje na zkušenosti ve vztazích s důležitými osobami. Těžkosti vznikají v důsledku prožití silných traumatických událostí v raném dětství spojenou s deprivací jeho potřeb v interakci s matkou, které jsou charakteristické pro danou vývojovou fázi libida. Zdůrazněna je úloha pocitu zahlcení příliš silnými emocemi a neschopnosti jejich kognitivního zpracování a přijetí. Důsledkem tohoto složitého mechanismu je odstoupení od interpersonálních vztahů a odříznutí je od emocionální části na způsob čistě intelektuálních a povrchních vazeb (Januszko et al., 2009). Krystal chápe alexithymii jako psychologickou regresi po těžce traumatické události, prožité v dětství nebo také v dospělosti. Ten slouží jako mechanismus, který má zabránit bolestivým pocitům (Meijer-Degen & Lansen, 2006).

#### **3.1.3. Sociologické teorie**

Sociologický výklad alexithymie přichází s teorií adaptace a internalizace norem a konvencí současné společnosti. S vývojem ekonomie a společenských norem se považuje za společensky nežádoucí projevovat naplno svoje emoce a poslouchat emoce druhých je obtěžující. Vlivem prostředí jedinec zapomíná na vlastní potřeby a vzdává se vlastní individuality, aby docílil společenského přijetí a uznání (Procházka, 2009).

## 3.2 Dělení alexithymie

Alexithymii lze rozdělit na primární a sekundární. **Primární alexithymie** je popsána jako trvalý osobnostní rys, která může být považována za rizikový faktor pro vývoj psychosomatických stížností (Meijer-Degen & Lansen, 2006) a vzniká v důsledku expozice traumatu již v dětském věku (Uher, Bob & Ptáček, 2010). **Sekundární alexithymie** je závislá na stavu a může být sekundární pro duševní choroby jako jsou úzkostné a afektivní poruchy (Meijer-Degen & Lansen, 2006). Příčinou je převážně působení traumatické události v dospělosti, která je chápána jako dočasný obranný mechanismus (Uher, Bob & Ptáček, 2010).

Alexithymie se skládá ze 2 hlavních komponent, které obsahují kognitivní a afektivní část.

**Kognitivní část** alexithymie zahrnuje obtíže v rozeznávání, verbalizování a analyzování vlastní emocí. Problémy v identifikaci pocitů nastupují na základě potíží při posouzení fyziologické excitace z hlediska prožívaných emočních stavů a jejich diferenciací. Lidé s vysokou hladinou alexithymie nemají tendenci rozlišovat prožívané pocity a jejich fyziologické komponenty, což komplikuje funkci signalizace emocí neboli informování subjektu a jeho aktuálním stavu. Verbalizace emocí se připisuje tomu, jakým způsobem popisují vlastní emoční reakce a sdělují je svému okolí. Osoba s vysokou úrovní alexithymie, která prožívá nespecifické emoční reakce není schopna adekvátně diagnostikovat svůj stav a vyjádřit ho verbálně. Obtíže při analýze emočních stavů alexithymických osob se pojí s konkrétním operačním stylem myšlení, které se charakterizuje sklonem k popisu projevů situace a somatických příznaků při vysvětlování svých emocionálních reakcí (Halicka & Herzog-Krzywoszańska, 2016).

**Afektivní část** alexithymie zahrnuje nízkou emocionální dráždivost a omezenou schopnost fantazie. Nízká emocionální vznětlivost je definována jako snížení míry excitace v reakci na emocionální podněty. Proto často alexithymičtí pacienti přijímají různé situace, nečekané zážitky, úspěchy a zklamání bez emocí. Lidé s alexithymií mají omezenou schopnost snění a nedokážou a nejsou ochotní si představit možné akce, setkání, rozhovory a považují tuto činnost za ztrátu času (Halicka & Herzog-Krzywoszańska, 2016).

Zajímavé členění představuje dotazník **BVAQ** (Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire), který popisuje alexithymii podle třech typů.

1. **Alexithymie prvního typu.** Vyznačuje se poklesem úrovně emočního prožívání, sníženou schopností fantazie a kognitivním zpracováním emocí (Uher, Bob & Ptáček,

2010). Charakteristické jsou oddělené sociální vztahy a nedostatečný repertoár vyjadřování emocí, který pramení z oslabené schopnosti empatie a družnosti. V mezilidských vztazích se projevují jako citově chladní a často se dostávají do konfliktu s druhými. Ve stresujících situacích reagují mechanismem projekce a racionalizace bez přítomnosti emočních projevů (Procházka, 2009).

2. **Alexithymie druhého typu** se objevuje tehdy, kdy není porušeno emoční a fantazijní prožívání, přesto mají lidé trpící alexithymii problém si svoje pocity uvědomit a mají oslabenou kognitivní identifikaci emocí (Uher, Bob & Ptáček, 2010). Tato skupina alexithymiků je nejméně odolná vůči stresovým situacím a reaguje na ně úzkostným a depresivním chováním. Pacienti si stěžují na poruchy spánku a somatické nemoci, trpí úzkostmi, panickými atakami, depresi a můžou se objevovat i paranoidní tendence. Typickým rysem je snížená sebeúcta. Nejčastěji se vyskytuje u žen nebo dětí, které prožily sexuální zneužívání (Procházka, 2009).
3. Pro **třetí typ alexithymie** je typická nízká schopnost emočního a fantazijního prožívání, přičemž kognitivní stránka emočního prožívání je nenarušena (Uher, Bob & Ptáček, 2010). Pacienti s třetím typem alexithymie jsou přes oslabenou emocionalitu a představitivost schopni sociálně akceptovatelným způsobem reagovat na emoce druhých lidí a v sociálním prostředí nevykazují problémy v interakci s ostatními. Projevují se vysokým sebehodnocením a mají potřebu mít úkoly a problémy pod kontrolou a mívají sklony k manipulaci. Na stresové situace reagují represivně. Alexithymie se podobá svými projevy narcistické poruše osobnosti (Procházka, 2009).

Dvaceti položkový dotazník **TAS-20** (Toronto Alexithymia Scale), jejichž autory jsou Parker, Taylor a Bagby, je nejpoužívanějším nástrojem pro měření alexithymie a rozděluje jí do 3 faktorů:

1. Faktor **DIF** (difficulty identifying feelings) obsahuje 7 položek, které hodnotí schopnost identifikovat své pocity a odlišit je od somatických pocitů, které doprovázejí emoční vzrušení.
2. Faktor **DDF** (difficulty describing feelings) obsahuje 5 položek, které hodnotí neschopnost popsat své pocity dalším lidem.
3. Faktor **EOT** (externally oriented thinking) obsahuje 8 položek, které hodnotí externě orientované myšlení a také nepřímou hodnotí sníženou fantazijní a imaginární aktivitu (Parker, Talyor & Bagby, 2003).

### 3.3 Prevalence alexithymie a její léčba

Prevalence u psychiatrických pacientů se odhaduje na 21, 36 %. Až dvakrát častěji vystupuje alexithymie u úzkostných a depresivních poruch než u běžné populace. Je zřejmé, že alexithymie se může vyskytovat u různých druhů úzkostných poruch. Obtíže v rozpoznávání a verbalizaci emocí ve větší míře korelují dle výzkumů s panickou poruchou, posttraumatickou stresovou poruchou, se sociální fobii a generalizovanou úzkostnou poruchou. Operační styl myšlení je více vázaný na obsedantně kompulzivní poruchu, který může sloužit jako forma zvládnání stresu (Halicka & Herzog-Krzywoszańska, 2016).

Alexithymie se může objevovat i u jiných psychických poruch, kde jsou přítomny emoční anomálie. Potíže při identifikaci a popisu emocí jsou vyzorované u pacientů trpící schizofrenií, u lidí s hraniční poruchou osobnosti, u poruch příjmu potravy a vysoké procento prevalence alexithymie je známo u pacientů závislých na alkoholu v rozpětí mezi 48-79 % (Halicka & Herzog-Krzywoszańska, 2016).

Výsledky dosavadních výzkumů na téma naléhavosti a účinnosti terapie alexithymických osob jsou nejednoznačné. Někteří autoři považují alexithymii za relativně trvalou a náročnou pro změnu psychických vlastností, může ztěžovat psychotherapeutický proces u osob z psychosomatickými problémy nebo závislostmi na alkoholu (Januszko et al, 2009).

Freyberger zjistil, že pacienti z vysokou intenzitu alexithymie nejsou schopni využít psychoanalytické terapie z důvodu snížené schopnosti sebereflexe, malé frustrační toleranci a učení se novým emocionálním vlastnostem (in Januszko et al, 2009) Krystal poukazuje na limity psychoanalytického přístupu u alexithymických pacientů v nízké toleranci analytické situace a obtížemi v navazování emocionálního vztahu s psychotherapeutem. Někteří autoři si všimli, že problém v terapii můžou způsobovat proti přenosové reakce ve vztahu s terapeutem (Januszko et al, 2009). Prokázána byla účinnost u skupinové psychodynamické terapie v redukci intenzity alexithymie u osob s depresivní poruchou, panickou poruchou a poruchami příjmu potravy a u poruch osobnosti. Lumley však předpokládá za účinnější kognitivně – behaviorální terapii místo psychodynamické terapie (Januszko et al, 2009). V léčbě alexithymie se osvědčila aplikace neverbálních technik, do kterých se řadí zejména dramaterapie a arteterapie. Arteterapie nabízí pacientovi možnost komunikovat symbolickým nebo metaforickým způsobem a dát formu zkušenostem, emocím nebo fantazijským obrazům, které ještě nebyly verbalizovány (Meijer-Degen & Lansen, 2006).

Alexithymie zhoršuje účinnost léčby přidružených duševních nebo somatických nemocí, protože vzbuzuje v terapeutovi negativní reakce a způsobuje nízkou angažovanost pacienta, které celkově narušují jejich vzájemnou spolupráci v psychotherapeutickém procesu. Potvrzuje se taktéž negativní vliv alexithymie na farmakologickou léčbu psychických poruch (Chromý, 2006).

## **4. Studie v oblasti úzkostné problematiky, alexithymie a stresu**

Tato kapitola se zaměřuje na výzkumy, které se v posledních letech zabývaly problematikou alexithymie, zvládacích strategií, odolnosti vůči stresu a zdravotním rizikům ve vztahu s úzkostmi. Ty jsou považovány za pojící most mezi teoretickou a praktickou částí, jejichž výsledky slouží jako základ pro stanovení hypotéz v praktické části diplomové práce. V níže uvedených studiích jsem se zaměřila především na výsledky, související s výzkumem této diplomové práce.

### **Vztah mezi dimenzemi alexithymie a intenzitou deprese a úzkosti**

Výzkum orientovaný na multidimenzionální povahu alexithymie a jeho vztah k symptomům deprese a úzkosti provedli Motan & Gençöz (2007) na 145 vysokoškolských studentech Technické univerzity Ortadoğu v Turecku. Věkový rozsah studentů se pohyboval od 18 do 36 let. K posouzení vzájemných vztahů mezi dimenzemi alexithymie, úzkostí a deprese byly použity metody TAS-26, PANAS (Positive and Negative Affect Schedule), BDI (Beck Depression Inventory), BAI (Beck Anxiety Inventory). Výsledky hierarchické regresní analýzy prováděné za účelem posouzení vztahu mezi alexithymií a depresí a úzkostí ukázaly, že narůstající potíže s komunikací o svých pocitech odpovídají spíše zvýšeným depresivním symptomům. Narůstající obtížnost v rozpoznávání a identifikaci pocitů a klesající hodnoty v obtížích hovořit o svých pocitech odpovídají zvýšeným příznakům úzkosti (Motan & Gençöz, 2007).

K podobným výsledkům dospěli ve své studii Berthoz, Consoli, Perez – Diaz a Jouvent (1999). Výzkumným cílem bylo posoudit vztah mezi trvalou (obecnou) a situační úzkostí a složkami alexithymie. Výzkumný vzorek čítal 125 vysokoškolských studentek ve věku od 18 do 26 let. Z důvodů nízké účasti mužů, byl výzkum proveden pouze na ženské populaci. Ke sběru dat byla použita metoda TAS-26, testová baterie State-Trait Anxiety Inventory (STAI) a Self-Report Inventory on Depressive Symptomatology (QD2A). Výsledky studie ukázaly pozitivní korelaci mezi alexithymií a depresí a alexithymií a úzkostí. Co se týče analýzy korelace mezi dimenzemi alexithymie a obecné nebo situační úzkosti, skóre různých složek alexithymie různě korelovalo s typy úzkostí. Vysoké skóre první dimenzi alexithymie (neschopnost identifikovat a rozlišovat své pocity mezi tělesným vjemy) korelovaly s obecnou úzkostí. Pro skóre druhé dimenze alexithymie (neschopnost sdělovat pocity druhým) byla zjištěna korelace se skóre STAI. Negativní korelace byla prokázána mezi skóre třetí dimenze (denní snění) a skóre úzkosti. A u čtvrté dimenze

alexithymie (externě orientované myšlení) nebyla zjištěna korelace se skóry úzkosti. První a druhé skóry TAS-26 signifikantně korelovaly s depresemi, zatímco u třetí a čtvrté dimenze nebyla zaznamenána korelace alexithymie a depresivních příznaků (Berthoz et al., 1999).

### **Vztah mezi strategiemi zvládnání stresu a úzkostí**

Studie autorů Legerstee, Garnefski, Verhulst a Utens (2011) se zaměřuje na strategie kognitivního zvládnání stresu mezi dospívajícími s úzkostnou poruchou a kontrolní skupinou. Celkový počet respondentů s úzkostnou poruchou tvořilo 159 adolescentů (92 dívek a 67 chlapců) ve věku od 12 do 16 let, kteří ambulantně docházeli na oddělení dětské a dospívající psychiatrie v Erasmus Medical Centre v Sophia Children's hospital. Výzkum byl proveden od února roku 2004 do června 2007. Objevovaly se čistě úzkostné poruchy (generalizované úzkostné poruchy, sociální fobie, specifické fobie, separační úzkostné poruchy, panické poruchy, posttraumatické stresové poruchy a obsedantně-kompulzivní poruchy) nebo v komorbiditě s depresivní poruchou, dysthymickou poruchou nebo depresivní a dysthymickou poruchou zároveň. Vzorek kontrolní skupiny byl přijat z 3 různých škol ve věku od 12 do 16 let a skládal se z 185 dívek a 185 chlapců. Data byla získána pomocí dotazníku kognitivních regulací emocí (CERQ), dotazníku příznaků úzkostí (SCL-90-R) a byli podrobeni diagnostickému rozhovoru s verzí pro rodiče a jejich děti (ADIS-C/P). Pro studium rozdílů v kognitivních vyrovnávacích strategiích u klinicky úzkostných adolescentů a adolescentů bez úzkostné poruchy byla provedena statistická metoda multivariační analýza kovariance (MANCOVA). Pro studium rozdílů ve strategiích kognitivních zvládnání mezi specifickými diagnózami úzkostné poruchy byly provedeny multivariační analýzy rozptylu (MANOVA). Výsledky ukázaly, že klinický a neklinický adolescentní vzorek se lišil v celkovém počtu prožitých negativních životních událostí. U kontrolní skupiny se objevovalo výrazně méně prožitých negativních životních událostí na rozdíl od klinické skupiny. Kognitivní zvládací strategie se významně lišily mezi dospívajícími s úzkostnou poruchou a kontrolní skupinou. Statistika ukázala, že adolescenti s úzkostnou poruchou se častěji hlásí ke kognitivním strategiím ruminace (ulpívavé myšlenky), sebeobviňování, katastrofizace, zaměření na plánování a přenesení viny na někoho jiného. Byly prokázány také rozdíly v kognitivních zvládacích strategiích mezi sociálními fobiemi a generalizovanými poruchou úzkosti u adolescentů. Dospívající s generalizovanou úzkostnou poruchou zaznamenali v ruminaci výrazně vyšší výsledky než adolescenti sociální fobie (Legerstee et al., 2011).



## **Rozdíly mezi věkovými skupinami a pohlavími v užívání zvládacích a obranných strategií**

Tato studie autorů Diehl, Coyle a Labouvie-Vief (1996) prezentuje poznatky o rozdílech pohlaví a věku v používání zvládacích a obranných strategií u jedinců od počátku dospívání po stáří.

Této studii se zúčastnilo 184 mužů a 197 žen. Ve výzkumu, 28 účastníků tvoří dospívající ve věku od 10 do 14 let, 28 respondentů se skládá z adolescentů ve věkové kategorii od 15 do 19 let, mladých dospělých ve věkovém rozmezí od 20 do 29 let bylo do výzkumu zahrnuto 57, dospělí ve věku od 30 do 45 let tvořilo 91 participantů, dospělí středního věku ve věku 46 – 59 let se zúčastnilo 74 osob, 55 respondentů se zúčastnili starší dospělí ve věkové kategorii 60 – 69 let a 48 osob představovali senioři nad 70 let. Dvě metody byly použity k posouzení zvládacích a obranných strategií: Defense Mechanism Inventory (DMI) a škály zvládacích a obranných strategií odvozených z California Psychological Inventory (CPI). CPI byl administrován participantům starším 15 let. Úroveň ega bylo hodnoceno pomocí Sentence Completion Test of Ego Development (SCT). K posouzení slovní schopností respondentů byla použit test slovních schopností (V-3).

Výsledky ANOVA a MANOVA poukazují na to, že starší dospělí vykazují větší tendenci k užívání principu potlačení negativních myšlenek a pocitů a jejich ventilace v přijatelnějším nastavení než mladší dospělí. Mladší dospělí a dospívající častěji používali obranné a vyrovnávací strategie, které byly navenek agresivní nebo zahrnovaly nezralé psychologické procesy jako jsou přesunutí, projekce, regrese nebo racionalizace. Tato zjištění naznačují, že s narůstajícím věkem může docházet k vylepšení repertoáru jedinců v copingových a obranných strategiích.

Starší účastníci výzkumu s vyšší verbální schopností a vyšším stupněm ega hlásili používání zralých a méně impulzivních strategií zvládnutí a obrany. Využití vyspělých obranných mechanismů se netýkalo pouze věku účastníků, ale také kognitivních aspektů vývoje osobnosti, které byly indexovány úrovní ega a slovními schopnostmi. Jednotlivci využívající zralé způsoby zvládnutí, dosahují vyšší úrovně kognitivní a vývojové složitosti nebo zralosti.

Tato studie navíc poskytuje důkazy o specifickém využívání vyrovnávacích a obranných mechanismů mezi muži a ženami (Diehl, Coyle a Labouvie-Vief, 1996).

## **Rizikové faktory stresu v souvislostí s úzkostnou problematikou**

Výzkum Andrews a Wilding (2004) je zaměřen na rizikové faktory stresu u budoucích vysokoškolských studentů univerzity ve Velké Británii. 351 studentů vyplnilo dotazník měsíc před nástupem na univerzitu v roce 2000 a v polovině studia na univerzitě v roce 2002. Studenti byli poměrně rovnoměrně rozděleni podle oborového zaměření. 75 % studentů tvořily ženy a 97 % studentů bylo mladších 21 let. V obou časových obdobích byl administrován dotazník „The Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) a dotazník nepříznivých životních zkušeností „List of Threatening Experiences“ (LTE), který byl administrován pouze v polovině probíhajícího studia. Seznam ohrožujících událostí se skládá ze zkušeností s vysokou pravděpodobností středního nebo výrazného dlouhodobého ohrožení. Zahrnují finanční potíže, vážnější osobní nemoci nebo zranění, vážné nemoci nebo zranění blízkého příbuzného, úmrtí blízké osoby, odloučení v ustáleném vztahu, problémy s blízkým přítelem, sousedem nebo příbuzným, právní problémy a odcizené nebo ztracené věci.

Posbírané data před studiem a v polovině studia ukázaly významné navýšení hodnot úzkosti a deprese v dotazníku HADS. Mezi studenty bez významných příznaků deprese a úzkosti, se v 9 % vyvinula mírná nebo klinicky významná deprese v polovině studia a o 20 % se navýšily hodnoty úzkosti. Naopak jedna třetina studentů, která vykazovala před nástupem na univerzitu mírné nebo klinické příznaky deprese nebo úzkosti v průběhu studia uvedly hodnoty relativně bez příznaků. Finanční obtíže, nemoci nebo zranění byly nepříznivé zkušenosti, které poukazovaly na signifikantní vztah s mírnou nebo případovou depresí v polovině studia. Finanční potíže i osobní nemoci významně přispěly k predikci deprese. Studenti, kteří byli vystaveni těmto negativním zkušenostem, měli o 3 x více depresivních symptomů. Vztahové obtíže, nemoc nebo smrt blízkého člověka, finanční problémy významně souvisely s příznaky úzkosti v polovině studia na univerzitě. Studenti, kteří se hlásili k výskytu zmíněných potíží v průběhu studia na univerzitě se stali 2 x více úzkostní než ostatní spolužáci.

Tato studie potvrzuje na základě výsledku, že finanční a jiné obtíže mohou zvýšit úroveň úzkosti a deprese u britských studentů a finanční obtíže a deprese mohou mít nepříznivý vliv na akademický výkon (Andrews & Wilding, 2004).

Byly provedeno mnoho podobných výzkumů na seniorech, které shrnují Vink, Aartsen a Schoevers (2008) ve svém komplexním přehledu rizikových faktorů pro úzkost a depresi v pozdějším věku. Systematicky byly prohledávány databáze MEDLINE, PsycINFO

a Sociological Abstracts a vybrány příslušné články z anglického jazyka od ledna roku 1995 do prosince roku 2005. Do tohoto průzkumu byly zahrnuty průřezové a longitudinální výzkumy o rizikových faktorech u starších osob nad 50 let z prostředí komunity nebo primární péče. Vztahy mezi rizikovými faktory a úzkostnými a depresivními symptomy byl sumarizovány a porovnávány. Rizikové faktory byly zařazeny do biologických, sociálních a psychologických kategorií. Do průzkumu byly zahrnuty studie s pacienty s mírnou až závažnou depresivní poruchou a pacienti s okruhem úzkostných poruch (generalizovaná úzkostná porucha, posttraumatická stresová porucha, panická porucha, fobie, obsedantně-kompulzivní porucha). Pro tuto přehledovou studii bylo na základě rozřazovacích kritérií považováno za relevantní 80 článků, z toho 8 studií se týkalo rizikových faktorů pro úzkostné poruchy, 63 studií ohledně rizikových faktorů souviselo se symptomy deprese a 9 studií obsahovalo rizikové faktory pro úzkost i deprese. Rizikové faktory úzkosti zkoumalo 12 průřezových a 5 longitudinální studií.

Výsledky studií o biologických rizikových faktorech pro úzkost převážně poskytují průřezové výzkumy. Úzkostné příznaky korelovaly se zhoršenými kognitivními funkcemi, s vysokým krevním tlakem, počtem chronických nemocí, sníženým sebehodnocením spojené se zdravotními omezeními. Ze čtyř longitudinálních studií pouze jedna studie potvrdila signifikantní vztah sebevědomí a úbytkem zraku a sluchu u příznaků úzkosti. V rámci psychologických rizikových faktorů pro úzkostné příznaky jsou osobnostní rysy: vnější místo kontroly, neuroticismus a dysfunkční strategie zvládání. Co se týče sociálních rizikových faktorů, byly nalezeny souvislosti úzkosti s kvantitativními (počet přátel) a kvalitativními (sociální opora) aspekty sociální sítě. Několik studií identifikovalo a našlo, že stresující události a sociální demografické proměnné (ženské pohlaví) jsou rizikovými faktory pro poruchy a příznaky úzkosti. Málo přátelských kontaktů, bezdětný život, negativní nebo traumatické životní události a nižší příjmy byly spojeny s úzkostnými symptomy (Vink, Aartsen & Schoevers, 2008).

## **II. Výzkumná část**

## 5. Vymezení výzkumného problému, cílů a hypotéz

Tato část diplomové práce představuje výzkumné problémy diplomové práce, její cíle a hypotézy.

### 5.1. Výzkumný problém a cíle výzkumu

Zahraniční výzkumy poukazují na souvislost mezi zvýšenou úrovní alexithymie, negativních copingových strategií a nízkou odolností vůči zátěži u pacientů s diagnózou úzkostných poruch. Úzkostných poruch v současné době stále přibývá. Literatura uvádí, že v USA představují 25 % populace, tudíž patří k jedním z nejčastějších duševních poruch (Praško, 2005). K alexithymii se hlásí 21,3 % psychiatrických pacientů (Halicka & Herzog-Krzywoszańska, 2016). Alexithymie se často váže poruchy příjmu potravy, posttraumatické stresové poruchy, na psychosomatické onemocnění, závislosti nebo také úzkostné poruchy (Procházka, 2009). Dvakrát častěji se alexithymie objevuje u úzkostných a depresivních poruch než u běžné populace (Halicka & Herzog-Krzywoszańska, 2016). Výzkumy dalších autorů poukazují na odlišnosti v užívání copingových strategií u klinicky úzkostných osob v porovnání s běžnou populací (Legerstee et al., 2011). S věkem a kognitivním vývojem podle Diehl, Coyle a Labouvie-Vief (1996) se zvyšuje nárůst zralejších strategií zvládnání a objevují se také rozdíly v copingových strategiích mezi pohlavími respondentů.

Cílem výzkumného šetření je zjistit rozdíly v míře alexithymie, míře prožívaného stresu a v pozitivních a negativních strategiích zvládnání stresu u klinické skupiny s diagnózou úzkostné poruchy ve porovnání s kontrolní skupinou pomocí dotazníkové metody TAS-20, Stress Profile a SVF-78. Dále porovnat pozitivní a negativní strategie zvládnání stresu u mužů a žen v klinickém vzorku.

### 5.2. Formulace hypotéz

Z výše zmíněných zahraničních výzkumů vyvozují následující hypotézy:

**H1:** Existuje statisticky významný rozdíl v míře alexithymie v dotazníku TAS-20 u klinického a kontrolního souboru.

**H2:** Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech subškály stresu v dotazníku Stress profile u klinické a kontrolní skupiny.

**H3:** Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech pozitivních strategiích zvládnání stresu v dotazníku SVF-78 u kontrolního a klinického souboru.

**H4:** Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech negativních strategiích zvládnání stresu v dotazníku SVF-78 u kontrolní skupiny a klinické skupiny.

**H5:** Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech pozitivních zvládacích strategií v dotazníku SVF-78 u mužů a žen v klinickém souboru.

**H6:** Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech negativních zvládacích strategií v dotazníku SVF-78 u mužů a žen v klinickém souboru.

## 6. Metodika výzkumu

V této kapitole je podrobněji popsán design výzkumu, zvolené dotazníkové metody, statistické metody zpracování dat a etické aspekty výzkumu.

### 6.1. Typ výzkumu

S ohledem ke stanoveným výzkumným cílům diplomové práce byl použit **kvantitativní výzkumný design** za použitím dotazníkových metod sběru dat. Podstatou kvantitativního přístupu je zachytit skutečnost pomocí proměnných, které mají měřitelnou hodnotu a nalézt jejich vzájemné vztahy (Punch, 2008). Kvantitativní typ výzkumu vychází již z existující teorie, ze které vytváří hypotézy, ty následně prostřednictvím statistických metod testuje a získané výsledky interpretuje a zobecňuje na populaci (Vévodová & Ivanová, 2015).

V rámci výzkumu byly zvoleny neexperimentální výzkumné metody a konkrétně **diferenciační metoda**, která se zaměřuje na rozdíly mezi dvěma nebo více zkoumanými soubory vzhledem k vybraným proměnným (Ferjenčík, 2010). V rámci diferenciační metody byly posuzovány rozdíly ve skórech pozitivních a negativních copingových strategiích, rozdíly v míře výskytu alexithymie a míře prožívaného stresu u výzkumného a kontrolního vzorku.

### 6.2. Metody sběru dat

Dotazníky byly administrovány skupinově nebo individuálně formou tužka – papír a celková doba vyplňování dotazníků oscilovala zhruba od 30 min do 90 min. Některé osoby vyplňovaly dotazníky po částech, protože měli na rozvrhu různé programy v rámci léčby nebo konzultace s psychologem.

V rámci kvantitativního výzkumu byly data získána prostřednictvím 3 sebeposuzovacích dotazníkových metod: Stres Profile, SVF-78, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), které jsou detailněji popsány v podkapitolách níže.

#### 6.2.1. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

V roce 1985 byl vytvořen Taylorem, Ryanem a Bagbym dvaceti položkový sebeposuzovací dotazník Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Svoboda, 2010), který je považován za nejpoužívanější nástroj pro měření alexithymie s uspokojivými psychometrickými vlastnostmi (Mattila et al., 2009). Každá položka je ohodnocena na

pětibodové stupnici Likertovy škály v rozmezí od 1 („*naprosto nesouhlasím*“) do 5 („*naprosto souhlasím*“). Pět položek (4, 5, 10, 18,19) mají inverzivní hodnocení (Parker, Taylor & Bagby, 2003). Celkové skóre TAS-20 se pohybuje mezi 20 až 100 body a skóre větší nebo roven hodnotě 61 označuje přítomnost alexithymie a menší nebo rovnou hodnotě 51 znamená nepřítomnost alexithymie (Mattila et al., 2009). TAS-20 se skládá ze tří faktorového modelu a prvním faktorem DIF, jemuž náleží 7 položek, hodnotí schopnost identifikovat pocity a odlišit je od somatických stavů, které doprovázejí emoční vzrušení. Faktor DDF se skládá z pěti položek, hodnotící schopnost popsat pocity druhým a faktor EOF, obsahující 8 položek, hodnotí externě orientované myšlení (Parker, Taylor & Bagby, 2003).

### **6.2.2. Strategie zvládání stresu (SVF-78)**

Vícedimenzionální sebesposuzovací dotazník Strategie zvládání stresu (SVF-78) byl v roce 2002 vytvořen jako zkrácená verze dotazníku SVF-120 autory Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová a v roce 2003 přeložen do českého jazyka a upraven J. Švancarou. Testová metoda SVF-78 zachycuje individuální tendence pro použití různých postupů reagování na stres v zátěžových situacích. Otázky v dotazníku se týkají výroků o tom, jakým způsobem reaguje participant v situacích, kdy je něčím nebo někým poškozen, vnitřně rozrušen nebo vyveden z míry. Na strategie vyrovnávání se se zátěžovou situací probandi odpovídají na Likertově škále od 0 „*vůbec ne*“ po 4 „*velmi pravděpodobně*“. Hrubý skór se získá z bodové hodnoty každé zaškrtnuté položky v dotazníku. SVF-78 obsahuje 13 subtestů a jeho vyhodnocení probíhá jak na úrovni subtestů, tak na úrovni sekundárních hodnot, u kterých zjišťujeme celkové pozitivní a negativní strategie probanda a jiné, do které nelze jednoznačně určit jako pozitivní nebo negativní. Pozitivní strategie se dále skládají z dílčích pozitivních strategií POZ1 – strategie podhodnocení a devalvace viny, POZ2 – strategie odklonu, POZ3 – strategie kontroly. Hrubý skór se posléze převádí na T-skóry podle pohlaví (Janke & Erdmannová, 2003).



Tabulka č. 3: Strategie zvládání stresu podle SVF-78

		<b>Subtest</b>	<b>Charakteristika subtestu</b>
<b>Pozitivní</b>	<b>POZ1</b>	Podhodnocení	Tendence přisuzovat menší míru stresu v porovnání s druhými.
		Odmítání viny	Zdůrazňování, že nejde o vlastní zodpovědnost.
	<b>POZ2</b>	Odklon	Odklonění se od zátěžové situace nebo aktivit a přiklonění se k situaci nezpůsobující stres.
		Náhradní uspokojení	Zaměření na pozitivní aktivity a situace.
	<b>POZ3</b>	Kontrola situace	Analýza situace, plánování a realizace jednání za účelem získat kontrolu nad řešením situace.
		Kontrola reakcí	Udržet si kontrolu vlastních reakcí v zátěžové situaci.
		Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzování si kompetencí a kontroly na situacích.
<b>Negativní</b>		Rezignace	Převládají pocity bezmocnosti a beznaděje, které znemožňují čelit dané situaci. Dochází ke vzdávání se veškerému snažení.
		Sebeobviňování	Tendence přisuzovat zátěžové situace vlastním chybám.
		Úniková tendence	Sklon vyváznout ze zátěžové situace.
		Perserverace	Dlouhodobé přemítání a neschopnost se myšlenkově odpoutat od zátěžových situací.

<b>Jiné</b>	Potřeba sociální opory	Přání získat podporu a pomoc od ostatních a podělit se s nimi o své trápení.
	Vyhýbání se	Vyhnout se nebo zamezit dalšímu střetnutí se zátěžovou situací.

### 6.2.3. Stress Profile

123 položkový sebesposuzovací dotazník Stress Profile, založen K. M. Nowackem a přeložen Jiřím Klose a Pavlem Král, se zaměřuje na psychologické faktory, které ovlivňují vztah mezi stresem a nemocí (Nowack, 2006).

Stress profile se skládá z 15 škál a obsahuje také L-skór a index inkonzistentních odpovědí. K patnácti škálám náleží skóry odrážející zdravotní rizika spojené se stresem, do nichž se řadí: zdravotní návyky, pohybová aktivita, relax / spánek, strava, prevence, sociální podpora okolí, kognitivní nezdolnost, a zvládací strategie: pozitivní pohled, minimalizace hrozeb, zaměřenost na problém, psychická pohoda. Vysoké hodnoty znamenají dobrou odolnost vůči nemocem vycházejících ze stresu a považují se za zdroj ochrany zdraví. Nízké výsledky varují před zdravotními riziky stresu. Čtyři zbývající škály stres, chování typu A, trs položek ARC, které se týkají konzumace alkoholu, drog a cigaret a copingová strategie: negativní pohled jsou hodnoceny u vysokých skóru jako možná ohroženost zdravotními riziky v důsledku působení stresu a nízké hodnoty naznačují odolnost vůči nemocem. Vyhodnocení spočívá ze spočítání počtu zjištěných varování ohledně zdravotních rizik ze skóru jednotlivých škál a posuzuje se celková zatíženost zvládacích schopností probanda. Na závěr se zjišťuje počet zdrojů ochrany zdraví k vyhodnocení úrovně vnitřních ochranných zdrojů. T-skóry v rozmezí od 40 do 59 bodů se považují za průměrné, nad 60 bodů za vysoké a pod 39 bodů se rozumí jako nízké (Nowack, 2006).

### 6.3. Metody zpracování a analýzy dat

Získaná data byla převedena do elektronické podoby a statisticky vypočtena za pomoci programu Statistica. V rámci porovnání míry alexithymie, míry stresu a strategií zvládání stresu pro dva nezávislé výběry (kontrolní a klinický soubor) a strategií zvládání stresu u mužů a žen v klinickém souboru byla na začátku analýzy dat ověřena jejich normalita rozložením prostřednictvím Shapiro-Wilk testu. V případě splnění podmínek

normálního rozložení dat byla navržena parametrická metoda T-testu, v opačném případě byla zvolena neparametrická metoda Mann-Whitney U test. Hypotézy byly ověřovány na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  a  $\alpha = 0,001$ .

#### **6.4. Etické aspekty výzkumu**

V rámci realizace výzkumu bylo nedílnou součástí dodržení etických pravidel výzkumu a potřeb respondenta. Před zahájením výzkumného šetření byli respondenti obeznámeni o průběhu výzkumu, s jeho cíli a metodami. Participanti byli informováni o dobrovolnosti účasti ve výzkumu s možností kdykoli od něho odstoupit. Vyrozumění byli také o anonymním zpracování osobních údajů (vzdělání, věk, diagnóza, pohlaví) v souladu se zákonem 101/2000 sb. o ochraně osobních údajů účastníka výzkumu. Bylo jim také vysvětleno, že výsledky budou použity výhradně pro účely diplomové práce a nedojde k jejich zneužití. Před vyplňováním testových metod měli účastníci výzkumu prostor pro dotazy ohledně nejasností s výzkumem a vyplňováním testových metod a svůj souhlas ve výzkumném šetření potvrdili písemným podpisem informovaného souhlasu.

## **7. Průběh sběru dat**

Sběr dat byl zahájen v únoru roku 2017 a probíhal až do října roku 2017. Začátkem února 2017 bylo kontaktováno mnoho léčebných zařízení s prosbou o navázání spolupráce ve výzkumném šetření, z toho několik z nich se ochotně rozhodlo vyhovět mé žádosti získat potřebná data pro uskutečnění tohoto výzkumu. Se sběrem dat souhlasilo vedení následujících institucí: Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, psychiatrická léčebna ve Šternberku, Vojenská nemocnice v Olomouci, psychiatrická nemocnice v Brně a nemocnice v Pardubicích. Před zahájením výzkumu jsme se s pracovníky daných oddělení dohodli na jasném průběhu spolupráce a na výběru vhodných pacientů s konkrétním okruhem potíží. Psychologové z výše zmíněných institucí na základě uvedených diagnóz, požádali příslušné respondenty pro zvolený výzkum o jejich čas a ochotu navázat spolupráci ve výzkumu. Po souhlasu pacientů jsme se domluvili na konkrétním termínu setkání a administrace testových metod.

## 8. Výzkumný soubor

Výběr klinického a kontrolního souboru respondentů byl založen na **příležitostném výběru, záměrném** neboli **účelovém výběru a lavinovém výběru**. Příležitostný výběr spočívá v tom, že z populace jsou do vzorku vybráni respondenti, kteří jsou fyzicky nejdostupnější a ochotní ve výzkumu spolupracovat (Ferjenčík, 2010). Účelový výběr je založen na jasně stanovených výběrových kritériích, které by měli participanti splňovat (Disman, 2002). Výzkumník vychází ze svých výzkumných záměrů a na základě nich volí kritéria pro výběr vzorku pro svou studii. Záměrný výběr probíhá kontaktováním určité instituce, která má přístup k cílové populaci výzkumu (Reichel, 2009). Lavinový výběr je založen na zprostředkování dalších kontaktů na základě doporučení druhé osoby (Ferjenčík, 2010).

Kritéria pro účast klinického a kontrolního souboru ve výzkumu byl věk nad 18 let a zvlášť pro klinický soubor bylo kritériem zařazení do výzkumu diagnóza spadající do problematiky úzkostných poruch.

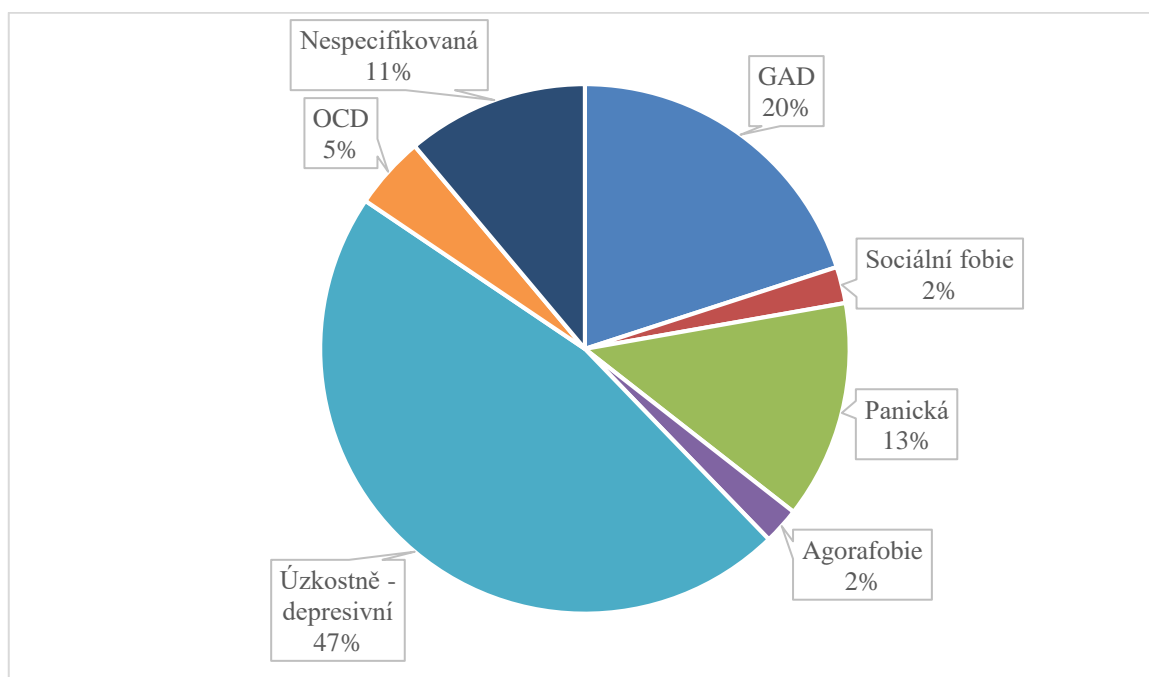
### 8.1. Charakteristika výzkumného a kontrolního souboru

Do této práce byl zařazen výzkumný a kontrolní soubor, který sloužil k porovnání získaných dat od respondentů s úzkostnou poruchou s kontrolní skupinou probandů.

Pro analýzu dat byla posbírána data od 90 respondentů. Klinický vzorek tvoří 45 respondentů a kontrolní skupina 45 respondentů.

Klinický soubor respondentů se skládá z 2 pacientů obsedantně-kompulzivní úzkostné poruchy (OCD), z 5 pacientů nespecifikované úzkostné poruchy, z 9 pacientů generalizované úzkostné poruchy (GAD), z 1 pacienta sociální fobie, z 6 pacientů panické poruchy, z 1 pacienta agorafobie a z 21 pacientů smíšené úzkostně – depresivní poruchy.

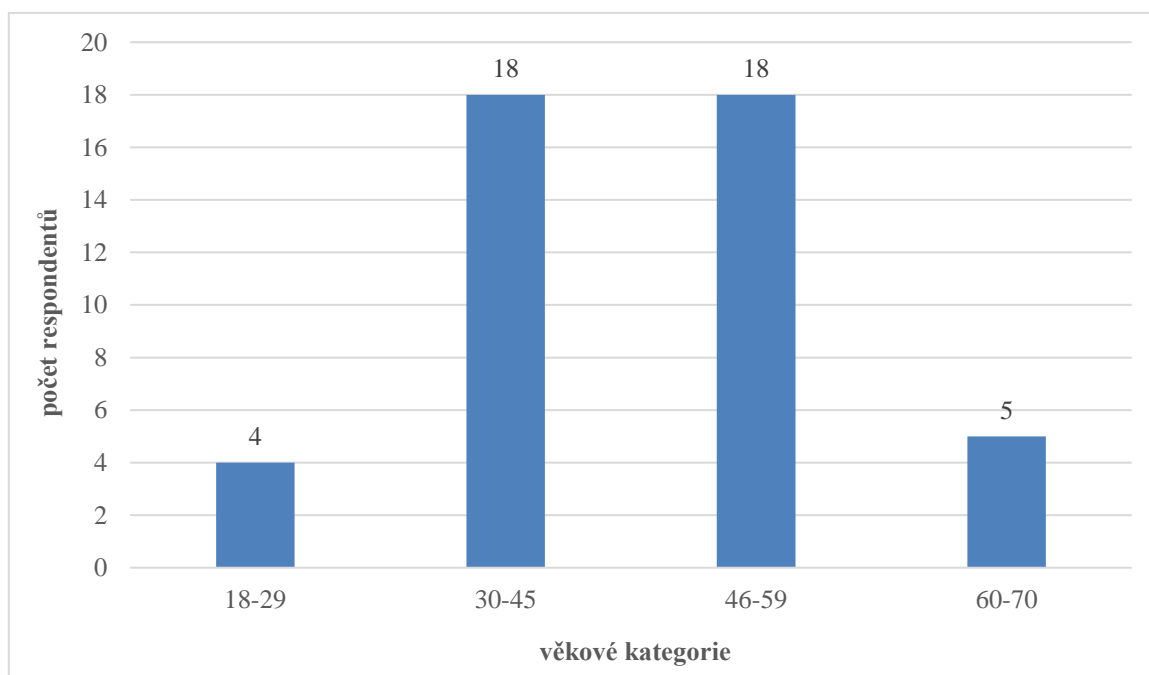
Graf č. 1: Rozložení klinického souboru podle typu diagnóz



Celkem probandů ve věku od 18 do 29 let bylo 25, ve věkové hranici od 30 do 45 let bylo zastoupení 31 účastníků výzkumu, od 46 do 59 let se zúčastnilo 29 osob a od 60 do 70 let bylo 5 respondentů.

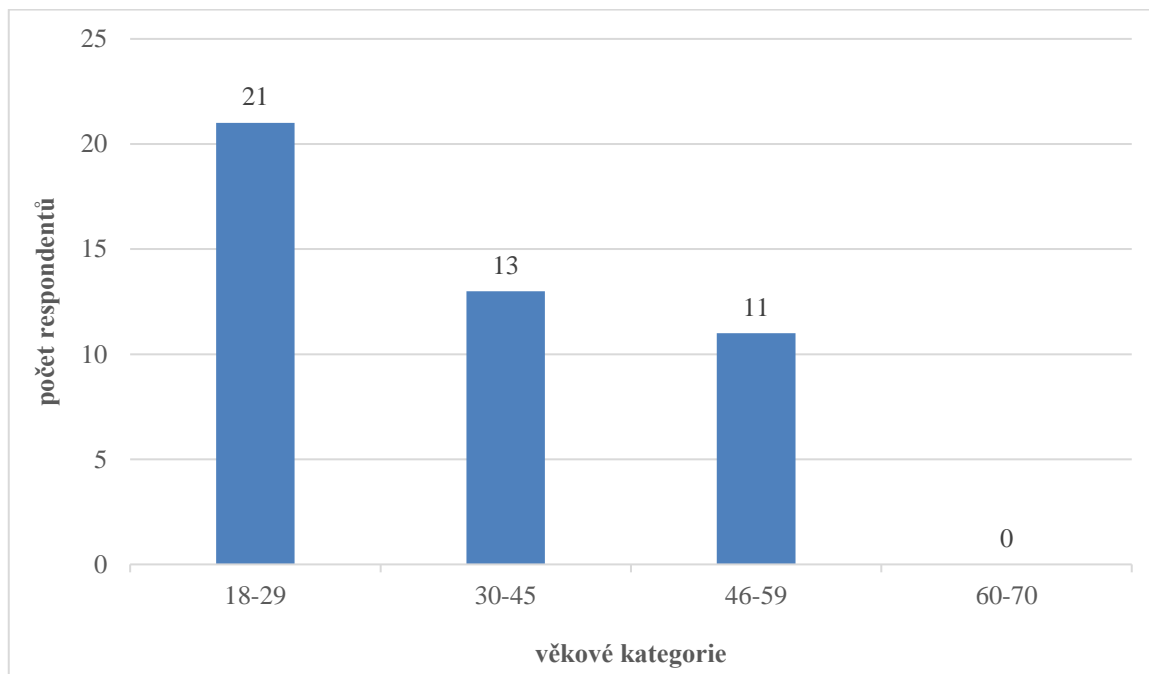
V rámci klinického souboru bylo věkové rozložení následující:

Graf č. 2: Zastoupení klinického vzorku podle věkových kategorií



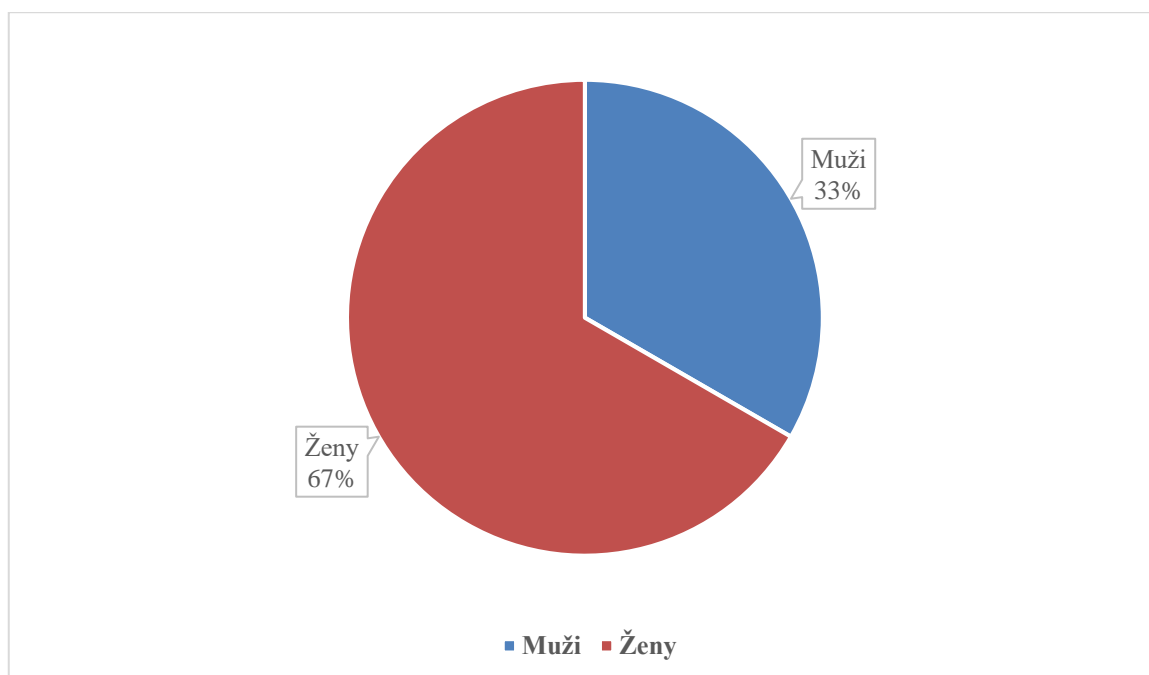
U kontrolní skupiny bylo věkové rozložení následující:

Graf č. 3: Zastoupení kontrolního souboru podle věkových kategorií



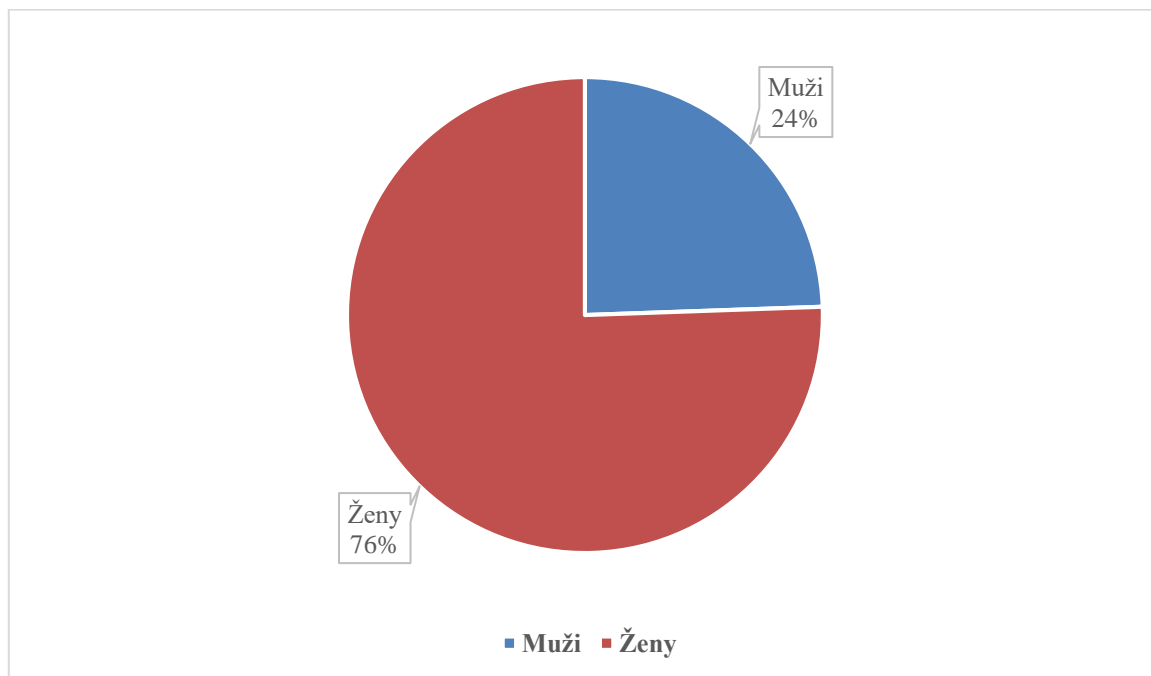
Celkově se sběru dat podrobilo 64 žen a 26 mužů. V grafu číslo X je graficky znázorněná účast klinického souboru podle pohlaví respondentů.

Graf č. 4: Zastoupení klinického vzorku podle pohlaví



V kontrolní skupině respondentů je účast rozdělena podle pohlaví zaznamenaná v níže uvedeném grafu.

Graf č. 5: Zastoupení kontrolního souboru podle pohlaví

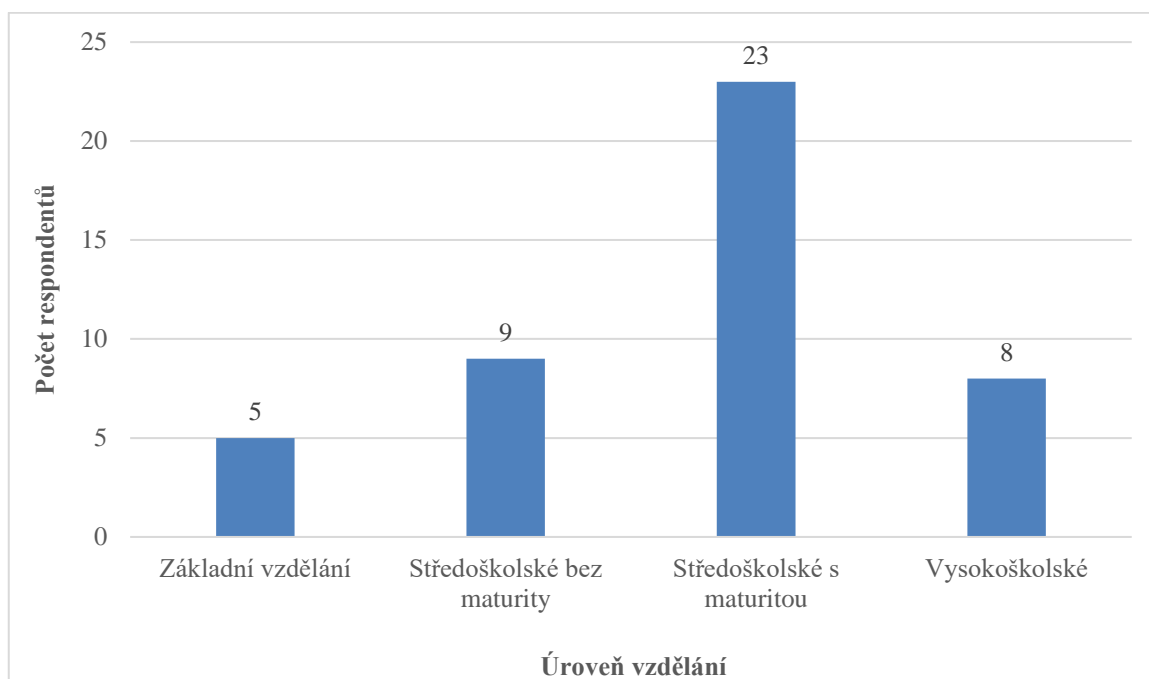


Celkové rozložení všech účastníků výzkumu podle úrovně dosaženého vzdělání bylo: 5 osob se základním vzděláním, 20 osob vyučeno bez maturitní zkoušky, 34 osob se středoškolským vzděláním zakončeným maturitní zkouškou a 31 respondentů s vysokoškolským titulem.

Dle úrovně dosaženého vzdělání bylo rozložení klinických respondentů následující:

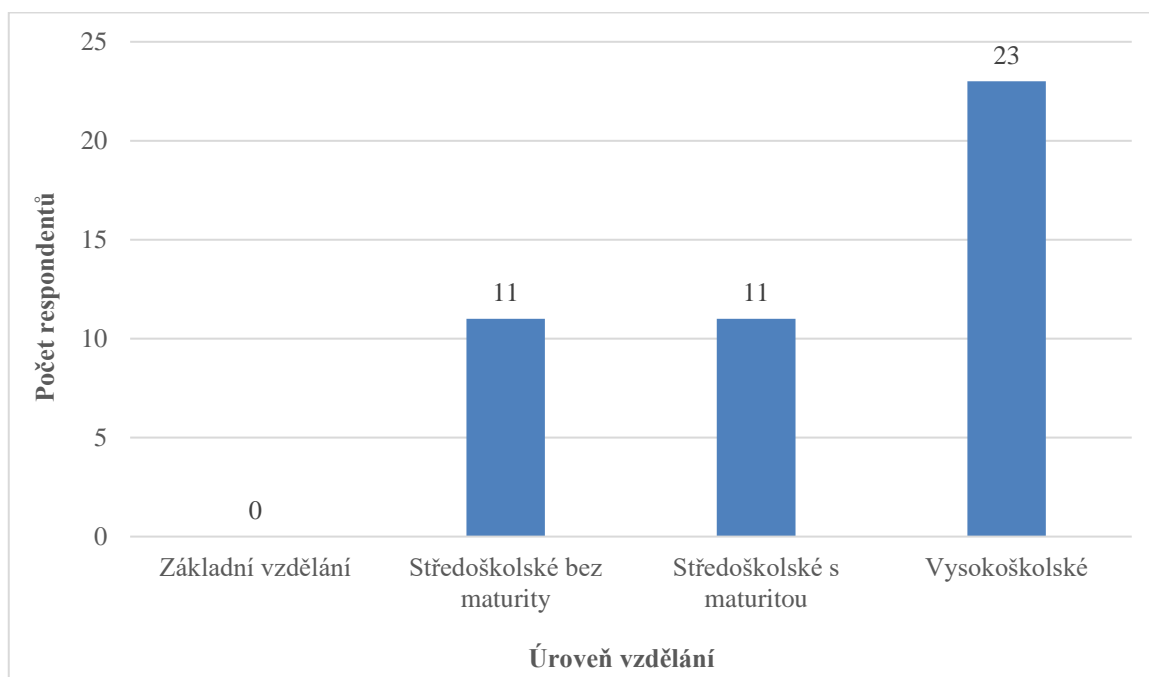


Graf č. 6: Zastoupení klinického souboru podle úrovně dosaženého vzdělání



A níže je grafické znázornění úrovně vzdělání respondentů z kontrolní skupiny:

Graf č. 7: Zastoupení kontrolního souboru podle úrovně dosaženého vzdělání



## 9. Výsledky

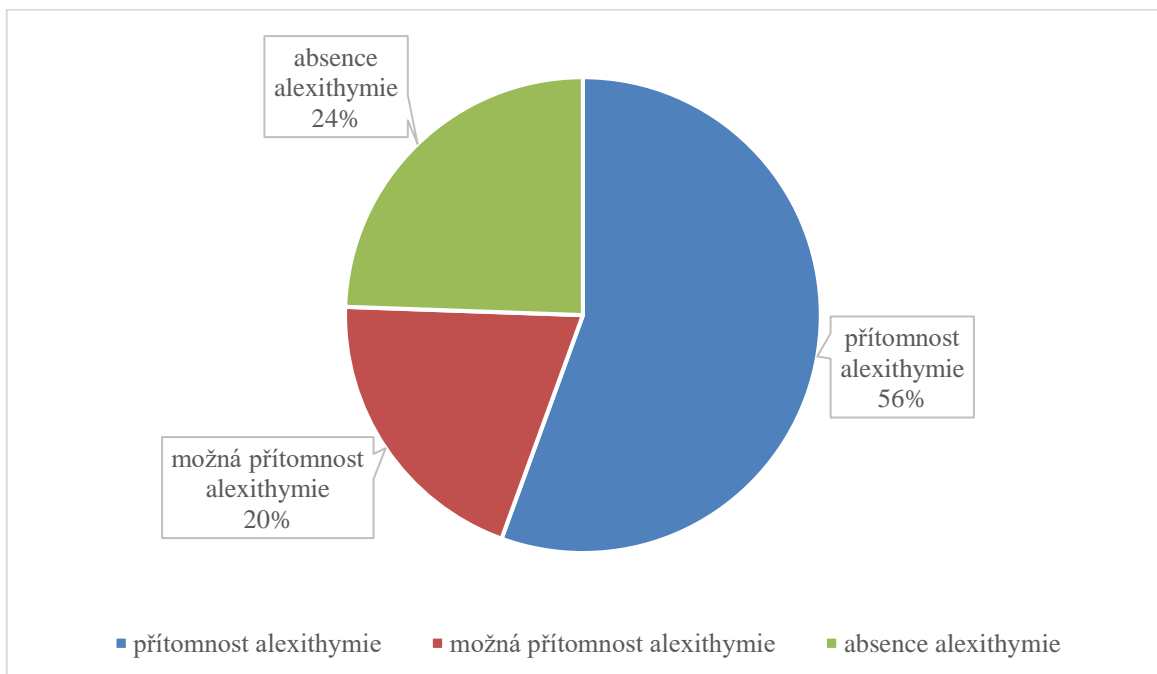
V této kapitole jsou prezentovány výsledky ke stanoveným hypotézám.

### 9.1. Vyhodnocení dotazníku TAS-20.

#### 9.1.1. Míra alexithymie u kontrolního a klinického souboru

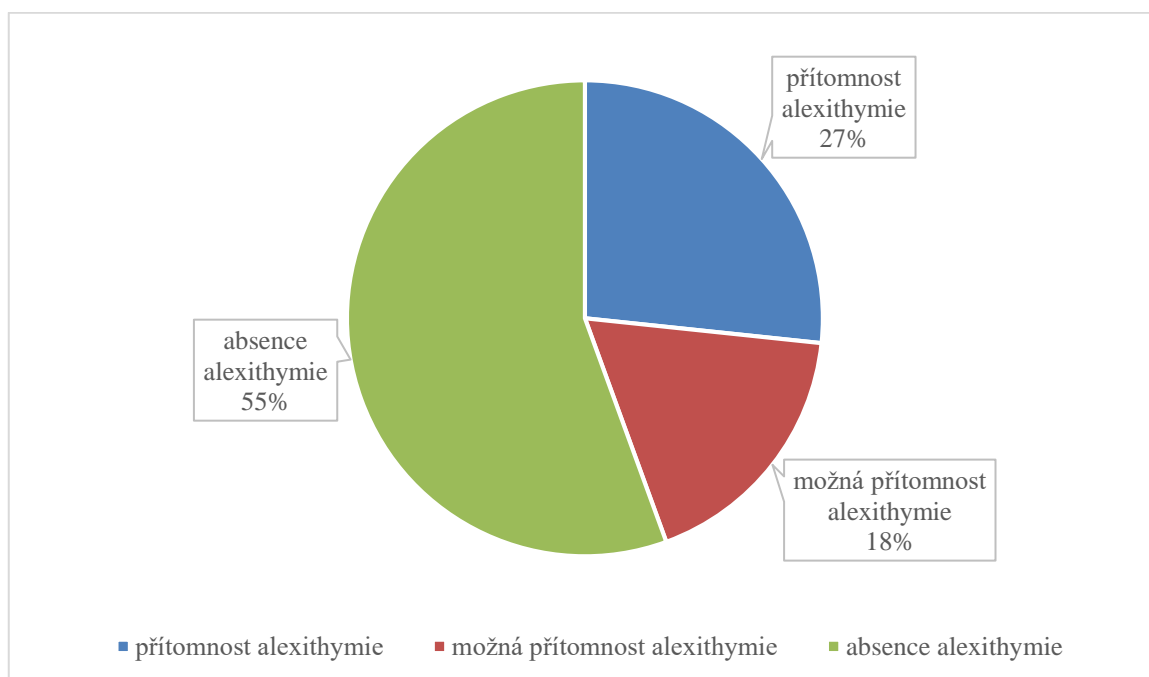
Výsledky dotazníku TAS-20 ukázaly, že v klinickém souboru 25 osob vykazuje přítomnost alexithymie (hrubé skóre vyšší než 60 bodů). U 11 osob nebyl prokázán výskyt alexithymie (hrubé skóre nižší než 52 bodů) a hodnoty mezi přítomností a absencí alexithymie bylo nalezeno u 9 osob (od 52 do 61 bodů).

Graf č. 8: Rozdělení klinického souboru podle celkového skóre TAS-20 v procentech



Co se týče kontrolního souboru, 12 osob v dotazníku TAS-20 dosahovalo hodnot na 60 bodů, signalizující přítomnost alexithymie. Možná přítomnost alexithymie byla nalezena u 8 osob a u 25 osob byla zjištěna absence alexithymie.

Graf č. 9: Rozdělení kontrolního souboru podle celkového skóre TAS-20 v procentech



K ověření hypotézy **H1: Existuje statisticky významný rozdíl v míře alexithymie v dotazníku TAS-20 u klinického a kontrolního souboru**, byl navržen T-test pro 2 nezávislé výběry. Za nezávislou proměnnou byl vybrán kontrolní (n=45) a klinický soubor (n=45) a za závislou proměnnou bylo zvoleno celkové skóre z dotazníku TAS-20. Výsledky statistické analýzy vyčíslily p hodnotu na 0,000133, tzn. menší, než je stanovena hladina významnosti  $\alpha = 0,001$ , tudíž se potvrdil statisticky významný rozdíl v míře alexithymie u klinické populace a kontrolní skupiny respondentů a hypotézu **přijímáme**.

Tabulka č. 4: Výsledky míry alexithymie u kontrolního a klinického souboru

T-tests; Grouping: Soubor (Spreadsheet1)											
Group 1: klinický											
Group 2: kontrolní											
Variable	Mean klinický	Mean kontrolní	t-value	df	p	Valid N klinický	Valid N kontrolní	Std.Dev. klinický	Std.Dev. kontrolní	F-ratio Variances	p Variances
Alexithymie	60,37778	49,86667	3,998034	88	0,000133	45	45	12,48506	12,45647	1,004596	0,987935

## 9.2. Vyhodnocení dotazníku Stress profile.

### 9.2.1. Úroveň stresu u kontrolního a klinického souboru

Hypotéza **H2: Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech subškály stresu v dotazníku Stress profile u klinické a kontrolní skupiny**, je ověřována pomocí Mann-Whitney U testu, protože nebyla naplněna normalita rozložení dat. Jako nezávislá proměnná je určen klinický (n=45) a kontrolní soubor (n=45) a jako závislá proměnná T-skóry pro subškálu stresu z dotazníku Stress profile. Výsledná p hodnota 0,000001 prokázala

statisticky významný rozdíl v míře stresu u kontrolní a klinické skupiny respondentů na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ . V tomto případě hypotézu opět **přijímáme**.

Tabulka č. 5: Výsledky míry stresu u kontrolní a klinické skupiny

Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (Spreadsheet1)										
By variable Soubor										
Marked tests are significant at p <.00100										
variable	Rank Sum klinický	Rank Sum kontrolní	U	Z	p-value	Z adjusted	p-value	Valid N klinický	Valid N kontrolní	2*1sided exact p
míra stresu	2667,000	1428,000	393,0000	4,995145	0,000001	5,010096	0,000001	45	45	0,000000

### 9.3. Vyhodnocení dotazníku SVF-78

#### 9.3.1. Pozitivní strategie zvládání stresu u kontrolního a klinického souboru

Hypotéza **H3**: Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech pozitivních strategiích zvládání stresu v dotazníku SVF-78 u kontrolního a klinického souboru, byla ověřována pomocí T-testu pro 2 nezávislé výběry. Grupovací proměnnou je klinický (n=45) a kontrolní soubor (n=45) a závislou proměnnou jsou T-skóry pozitivních zvládacích strategií z dotazníku SVF-78. Výsledky statistické analýzy zjistily, že p hodnota = 0,000000 na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  poukazuje na rozdíl v pozitivních zvládacích strategiích u kontrolní a klinické skupiny. Hypotézu **přijímáme**.

Tabulka č. 6: Výsledky pozitivních zvládacích strategií u kontrolní a klinické skupiny

T-tests: Grouping: Soubor (Spreadsheet1)											
Group 1: klinický											
Group 2: kontrolní											
Variable	Mean klinický	Mean kontrolní	t-value	df	p	Valid N klinický	Valid N kontrolní	Std.Dev. klinický	Std.Dev. kontrolní	F-ratio Variances	p Variances
pozitivní strategie	41,60000	53,62222	-5,58052	88	0,000000	45	45	12,04612	7,983759	2,276564	0,007442

#### 9.3.2. Negativní strategie zvládání stresu u kontrolního a klinického souboru

Hypotéza **H4**: Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech negativních strategiích zvládání stresu v dotazníku SVF-78 u kontrolní skupiny a klinické skupiny, byla ověřena pomocí metody Mann-Whitney U test z důvodu nenaplnění normality rozdělení dat. Grupovací proměnnou zastupuje klinický (n=45) a kontrolní soubor (n=45) a závislou proměnnou jsou T-skóry negativních zvládacích strategií z dotazníku SVF-78. Výsledná p hodnota nabývá hodnoty 0,0000 na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  a tudíž poukazuje na statisticky významný rozdíl v pozitivních strategiích zvládání stresu u kontrolní a klinické skupiny na hladině významnosti. Hypotéza se **přijímá**.

Tabulka č. 7: Výsledky negativních zvládacích strategií u kontrolní a klinické skupiny

Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (Spreadsheet1)										
By variable Soubor										
Marked tests are significant at p <.00100										
variable	Rank Sum klinický	Rank Sum kontrolní	U	Z	p-value	Z adjusted	p-value	Valid N klinický	Valid N kontrolní	2*1sided exact p
negativní strategie	2783,500	1311,500	276,5000	5,935265	0,000000	5,946730	0,000000	45	45	0,000000

### 9.3.3. Pozitivní strategie zvládnání stresu mezi pohlavími v klinickém vzorku

K ověření platnosti **H5: Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech pozitivních zvládacích strategií v dotazníku SVF-78 u mužů a žen v klinickém souboru**, bylo potřeba použít neparametrickou verzi T-testu a to Mann Whitney U test z důvodu nenaplnění podmínek normálního rozdělení dat a nerovnoměrnému rozložení mužů (n=15) a žen (n=30) v klinickém vzorku. Grupovací proměnnou tvořilo pohlaví respondentů a závislou proměnnou T-skóry pozitivních strategií zvládnání stresu. P hodnota statistické analýzy nepotvrdila statisticky významný rozdíl v pozitivních strategiích zvládnání stresu u mužů a žen v klinickém vzorku na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , protože dosahovala hodnoty 0,1485. V tomto případě se hypotéza **zamítá**.

Tabulka č. 8: Výsledky pozitivních zvládacích strategií u mužů a žen v klinickém vzorku

Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (Spreadsheet1)										
By variable pohlaví										
Marked tests are significant at p <.05000										
variable	Rank Sum muž	Rank Sum žena	U	Z	p-value	Z adjusted	p-value	Valid N muž	Valid N žena	2*1sided exact p
pozitivní strategie	405,5000	629,5000	164,5000	1,444630	0,148563	1,450326	0,146969	15	30	0,146645

### 9.3.4. Negativní strategie zvládnání stresu mezi pohlavími v klinickém vzorku

K ověření platnosti **H6: Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech negativních zvládacích strategií v dotazníku SVF-78 u mužů a žen v klinickém souboru**, byla taktéž provedena neparametrická metoda Mann-Whitney U test z důvodu nenaplnění normálního rozdělení a nerovnoměrnému zastoupení mužů (n=15) a žen (n=30) v klinickém vzorku. Grupovací proměnnou bylo pohlaví respondentů a závislou proměnnou T-skóry negativních copingových strategií z dotazníku SVF-78. Podle výpočtu Mann-Whitney U testu p hodnota neprokázala statisticky významný rozdíl u mužů a žen v klinické skupině probandů na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . P hodnota dosáhla hodnoty 0,306, tudíž hypotézu **zamítáme**.

Tabulka č. 9: Výsledky negativních zvládacích strategií u mužů a žen v klinickém vzorku

Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (Spreadsheet1)										
By variable pohlaví										
Marked tests are significant at p < .05000										
variable	Rank Sum muž	Rank Sum žena	U	Z	p-value	Z adjusted	p-value	Valid N muž	Valid N žena	2*1sided exact p
negativní strategie	388,0000	647,0000	182,0000	1,023280	0,306176	1,027690	0,304097	15	30	0,309958

## 10. Shrnutí ověření hypotéz

Na základě výsledku ze statistického zpracování dat byly přijaty 4 hypotézy a 2 hypotézy byly zamítnuty.

**H1:** Existuje statisticky významný rozdíl v míře alexithymie v dotazníku TAS-20 u klinického a kontrolního souboru.

**Hypotéza byla přijata** na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .

**H2:** Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech subškály stresu v dotazníku Stress profile u klinické a kontrolní skupiny.

**Hypotéza byla přijata** na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .

**H3:** Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech pozitivních strategiích zvládnání stresu v dotazníku SVF-78 u kontrolního a klinického souboru.

**Hypotéza byla přijata** na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .

**H4:** Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech negativních strategiích zvládnání stresu v dotazníku SVF-78 u kontrolní skupiny a klinické skupiny.

**Hypotéza byla přijata** na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .

**H5:** Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech pozitivních zvládacích strategií v dotazníku SVF-78 u mužů a žen v klinickém souboru.

**Hypotéza byla zamítnuta** na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

**H6:** Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech negativních zvládacích strategií v dotazníku SVF-78 u mužů a žen v klinickém souboru.

**Hypotéza byla zamítnuta** na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

## 11. Diskuze

Diskuze je část diplomové práce, která kriticky hodnotí a zamýšlí se nad výsledky našeho výzkumu a srovnává je s výsledky předchozích studií zabývajících se touto problematikou a poukazuje na možné limity a nedostatky této práce. Cílem bylo zjistit rozdíly mezi úrovní alexithymii, copingovými strategiemi zvládnání stresu a mírou prožívaného stresu u pacientů s poruchami spektra úzkostných poruch v porovnání s běžnou populací. Na základě uvedených cílů výzkumu byl navržen kvantitativní výzkum za použitím 3 dotazníkových metod TAS-20, SVF-78 a Stress profile. Celkem bylo stanoveno 6 hypotéz, které byly ověřeny pomocí programu Statistica.

Limity a nedostatky výzkumné části spatřuji v nejednotném rozložení mužů a žen jak v klinickém, tak i v kontrolním souboru. Z teoretických poznatků vyplývá skutečnost, že u většiny úzkostných poruch trpí 2 až 3krát častěji ženy než muži (Praško, 2005; Smolík, 2002). V kontrolním souboru převažovaly ženy na základě jejich větší dostupnosti v kruhu přátel, známých a rodiny. Nejednotné rozložení výzkumného a kontrolního souboru bylo také na úrovni dosaženého vzdělání a věku respondentů. V kontrolním souboru většina respondentů dosahovala vysokoškolského vzdělání a věkové kategorie do 30 let na rozdíl od klinické skupiny, kde převažovali probandi ve věkových kategoriích od 30 do 45 a od 46 do 59 let. Co se týče vzdělání, u klinické skupiny převažovalo středoškolské s maturitou. Následujícím nedostatkem, který mohlo ohrozit výsledky výzkumu je administrace dotazníkových metod. Část zkreslení výsledků můžeme přisuzovat časové náročností vyplňování dotazníků nebo nesprávnému porozumění otázkám. Pacienti s diagnózou úzkostné poruchy mohou mít problém se soustředěním se po celou dobu vyplňování a přemýšlením nad výběrem odpovědi. Problém se mohl objevit také v zaznamenávání položek na škále od 1 do 5 v dotazníku TAS-20, protože někteří zaměňovali jejich význam. A na závěr respondenti mohli chtít se prezentovat v lepším světle, tudíž výsledky určitého dotazníku nemusí odpovídat skutečným hodnotám daného jednotlivce.

První **hypotéza H1**: Existuje statisticky významný rozdíl v míře alexithymie v dotazníku TAS-20 u klinického a kontrolního souboru, byla na základě výsledku statistické analýzy přijata. Rozdíl v míře alexithymie byl prokázán prostřednictvím t-testu na hladině významnosti  $\alpha$  0,001. Podle tabulky č. 4 vyšších hodnot dosahovali kliničtí respondenti na rozdíl od kontrolní skupiny. Výzkumy uvádí, že alexithymie se vyskytuje až dvakrát častěji u úzkostných a depresivních pacientů na rozdíl od neklinické populace a může se vyskytovat v různé míře a dimenzích alexithymie u odlišných typů úzkostných poruch (Halicka &



Herzog-Krzywoszańska, 2016; Berthoz et al., 1999). Motan & Gençöz (2007) ve svém výzkumu poukázali na pozitivní vztah alexithymie s depresivními a úzkostnými symptomy. Potíže ve sdělování svých pocitů zjistili u depresivních příznaků a obtíže v rozlišování a identifikaci pocitů byly nalezeny u úzkostných příznaků. Na základě dřívějších zahraničních výsledků by bylo zajímavé provést výzkum i na českou populaci jak v míře alexithymie u různých typů úzkostných poruch, tak také probádat vztah úrovně a dimenzí alexithymie u úzkostných a depresivních poruch.

Následující **hypotéza H2**: Existuje statisticky významný rozdíl v T-skórech subškály stresu v dotazníku Stress profile u klinické a kontrolní skupiny, byla přijata na hladině významnosti  $\alpha$  0,001. Do této subškály patří zdravotní, pracovní a finanční obtíže, starosti v rodině, problémy v mezilidských vztazích a potíže se životním prostředím, pociťované za poslední 3 měsíce na škále od 1(nikdy) do 5 (vždy). Vyšší míra stresu byla v našem prokázána u klinické skupiny respondentů, což jde vidět v tabulce č. 5. K podobným výsledkům došli Andrews a Wilding (2004), kdy zkoumali na vysokoškolských studentech rizikové faktory pro úzkost a depresi. Výzkum byl proveden před nástupem na univerzitu a posléze po druhém roce studia. Získané data v polovině studia ukázaly 20 % navýšení úzkostných symptomů a 9 % navýšení depresivních symptomů. Finanční obtíže, osobní zdravotní problémy vykazovaly signifikantní vztah s mírnou nebo klinickou depresí. Mezilidské potíže, nemoci rodinných příslušníků a finanční obtíže významně souvisely s příznaky úzkosti. Výzkumy byly prováděny rovněž na seniorech. Vink, Aartsen a Schoevers (2008) shrnují komplexní přehled studií na seniorech a poukazují na vztah úzkostných poruch s biologickými a sociálními rizikovými faktory, traumatickými událostmi nebo finančními obtížemi.

Hypotézy **H3 a H4**, které se věnují pozitivním a negativním strategiím zvládnání stresu u kontrolní a klinické skupiny, potvrdily statisticky signifikantní rozdíl na hladině významnosti  $\alpha$  0,001. Vyšších hodnot pozitivních strategiích zvládnání stresu dosahovala kontrolní skupina a vyšších hodnot v negativních strategiích zvládnání stresu vykazovala skupina klinická, viz tabulka č. 6 a 7. Na kognitivní strategie zvládnání stresu byl proveden výzkum na dospívající populaci mezi 12 až 16 lety u úzkostných poruch a kontrolní skupiny. Klinický vzorek dle studie se prožíval více negativních životních událostí ve srovnání s kontrolní skupinou. Výsledky statistické analýzy ukázaly rozdíly v kognitivních strategiích zvládnání stresu. Klinická skupina se častěji hlásila ke strategiím ruminace, sebeobviňování nebo přenesení viny na někoho jiného a katastrofizace. Rozdíly v kognitivních strategiích

zvládání stresu byly zjištěny i mezi jednotlivými úzkostnými poruchami. Návrh pro další studii spatřuji v prozkoumání strategiích zvládání stresu u různých typů úzkostných poruch, která by mohla přispět v léčbě těchto poruch.

Poslední dvě hypotézy **H5 a H6**, zjišťovaly rozdíly v pozitivních a negativních strategiích zvládání stresu mezi pohlavími respondentů klinické skupiny. Obě hypotézy byly zamítnuté, protože nedosáhly statistické významnosti na hladině  $\alpha$  0,05. Výzkum autorů Diehl, Coyle a Labouvie-Vief (1996) dokládají důkazy o odlišném využívání vyrovnávacích a obranných strategií mezi muži a ženami. V našem výzkumu z důvodu malého poměru zastoupení mužů (n=15) v klinickém souboru oproti ženám (n=30) není možné prezentované výsledky zobecňovat na celou populaci. Domnívám se však, že ženy budou mít negativnější strategie zvládání stresujících událostí a budou méně odolné vůči stresu a náchylnější k nemocem. To může svědčit o častější přítomnosti žen v klinickém souboru. Autoři Diehl, Coyle a Labouvie-Vief (1996) také poukazují ve svém výzkumu na zralejší strategie zvládání u vyššího věku a určité kognitivní úrovně osobnosti.

Výsledky výzkumu poskytují porozumění v oblasti alexithymie a copingových strategií u úzkostných poruch. Mohou být inspirací pro další návrhy výzkumných studií v oblasti alexithymie a strategií zvládání stresu u různých druhů úzkostných poruch za účelem získání hlubšího vhledu do problematiky úzkostných poruch a poskytnutí tak adekvátní psychoterapeutické péče. Výsledky našeho výzkumu mohou sloužit mimo jiné jako zpětná vazba pro zdravotnická zařízení, kde byl výzkum realizován a pro všechny respondenty, kteří se na výzkumu podíleli.

## 12. Závěr

Na základě výsledků ze statistické analýzy dat vyplývají následující závěry:

- V klinickém souboru je přítomna alexithymie v 56 %.
- Míra alexithymie je vyšší u pacientů s diagnózou úzkostných poruch na rozdíl od běžné populace. Statisticky signifikantní rozdíl byl prokázán na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .
- Míra stresu je vyšší u klinické skupiny v porovnání s kontrolní skupinou. Statisticky významný rozdíl byl potvrzen na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .
- Kliničtí respondenti používají méně častěji pozitivních copingových strategií na rozdíl od kontrolní skupiny. Statisticky signifikantní rozdíl byl přijat na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .
- Kliničtí respondenti používají častěji negativních copingových strategií ve srovnání s běžnou populací. Statisticky významný rozdíl byl zjištěn na hladině  $\alpha = 0,001$ .
- Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v pozitivních strategiích zvládnání stresu u mužů a u žen v klinickém souboru na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .
- Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v negativních strategiích zvládnání stresu u mužů a u žen v klinickém souboru na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

## Souhrn

Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku úzkostných poruch ve vztahu k alexithymii, stresu a jeho strategiím zvládání a je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se člení do 4 kapitol. První kapitola je věnována definici a etiologii úzkosti, klasifikaci jednotlivých úzkostných poruch podle MKN-10 a DSM-IV včetně jejich popisu příznaků a prevalence a závěrem jsou popsány terapeutické a farmakologické léčebné postupy. Následující kapitola obsahuje definici stresu a kategorizaci stresorů, rozpracovány jsou zde teorie stresu a nechybí kapitola o zvládacích strategiích stresu. Třetí kapitola se zabývá alexithymii. Konkrétně etiologii, jejími typy, léčbou a prevalencí. Poslední kapitola teoretické části je věnována zahraničním výzkumům, která je pojátkem mezi teoretickou a výzkumnou částí.

Výzkumným cílem této práce bylo zjistit rozdíl v míře alexithymie, míře stresu a ve strategiích zvládání stresu u pacientů spektra úzkostných poruch v porovnání s běžnou skupinou respondentů. Na základě výzkumných cílů bylo stanoveno 6 hypotéz a navržen kvantitativní design, konkrétně diferenční metoda. Data byla získána pomocí dotazníkových metod TAS-20, SVF-78 a Stress Profile a vyhodnocena prostřednictvím statistického programu Statistica. Pro ověření normality dat byl použit Shapiro-Wilk test, který byl rozhodující při výběru parametrické metody T-test pro dva nezávislé výběry nebo neparametrické metody Mann-Whitney U test. Výsledky statistické analýzy byly porovnávány na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  a  $\alpha = 0,05$ . Klinický soubor se skládal z 45 pacientů s diagnózou úzkostné poruchy ve věku od 18 do 70 let, z toho 30 žen a 15 mužů. Kontrolní soubor čítal 45 respondentů ve věkové kategorii od 18 do 59 let, z čehož je tvořilo 34 žen a 11 mužů. Výběr respondentů se uskutečnil záměrným výběrem prostřednictvím zdravotnických zařízení a léčeben, příležitostným a lavinovým výběrem. V průběhu realizace výzkumu byly dodržovány etické zásady a normy.

Výsledky výzkumu odhalily statisticky významný rozdíl v míře alexithymie u klinické a kontrolní skupiny na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ . Statisticky významný rozdíl byl také prokázán v míře stresu a v pozitivních a negativních copingových strategiích u klinické a kontrolní skupiny na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ . Rozdíl v pozitivních a negativních strategiích zvládání stresu u mužů a žen v klinickém souboru nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

Výzkum má svá omezení především v nejednotném rozložení mužů a žen v klinickém i kontrolním vzorku a ve zkreslení výsledků z důvodů únavy a poklesu

pozornosti nebo nesprávnému porozumění obsahu textu. Výsledky výzkumu poskytují informace, které lze uplatnit v terapeutické péči o pacienty s dg. úzkostné poruchy.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

- Andrews, B. & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95, 509-521.
- Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.
- Baštecká, B. & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicentrum.
- Berthoz, S., Consoli, S., Perez – Diaz, F. & Jouvent, R. (1999). Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *Eur Psychiatry*, 14, 372-378.
- Chromý, K. (2006). Alexithymie-vývoj a současný význam konceptu. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 102, 363–370.
- Diehl, M., Coyle, N. & Labouvie-Vief, G. (1996). Age and Sex Differences in Strategies of Coping and Defense Across the Life Span. *Psychology and Aging*, 11(1), 127-139.
- Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Drvota, S. (1971). *Úzkost a strach*. Praha: Avicenum.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Potrál
- Halicka, M. & Herzog-Krzywoszańska, R. (2016). Niepojęte emocje – aleksytymia z perspektywy neuropsychologicznej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 11(2), 72-79.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Honzák, R. (1995). *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf.
- Honzák, R. (2005). *Úzkostný pacient*. Praha: Galén.
- Hošek, V. (1999). *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum.

- Janke, W. & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládnání stresu*. Praha: Testcentrum.
- Januszko, P., Kopera, M., Żuk-Januszko, D., Radziwoń-Zaleska, M. & Wojnar, M. (2009). Alektyymia a problémy zviazane z užívaním alkoholu. *Alkoholizm i narkomania* 22(4), 399-413.
- Jones, L. K. & Cureton, J. L. (2014). Trauma redefined in DSM-V: Rationale and implications for counselling practice. *The Professional Counselor*, 4(3), 257-271.
- Joshi, V. (2005). *Stres a zdraví*. Praha: Portál.
- Kebza, V. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia.
- Kratochvíl, S. (2002). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Verhulst, F. S. & Utens E. M. W. J. (2011). Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *Journal of Adolescence* 34, 319–326.
- Mattila, A. K., Saarini, S. I., Salminen, J. K., Huhtala, H., Sintonen, H., & Joukamaa, M. (2009). Alexithymia and Health-Related Quality of Life in a General Population. *Psychosomatics*, 50, 59–68.
- Máchová, J., Kubátová D., Hamanová, H., Kabíček, P., ..., Wedlichová, I. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing.
- Meijer-Degen, F. & Lansens, J. (2006). Alexithymia-A challenge to art therapy: The story of Rita. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 167-179.
- Motan, I., Gençöz, T. (2007). The Relationship Between the Dimensions of Alexithymia and the Intensity of Depression and Anxiety. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18 (3), 1-11.
- Nowack, K. M. (2006). Stress profile. Praha: Testcentrum.

- Parker, J. D. A, Talyor, J. G. & Bagby M. R. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research* 55, 269–275.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Plháková, A. (2008). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Praško, J. (2003). *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada Publishing.
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- Praško, J., Vyskočilová, J. & Prašková, J. (2006). *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál.
- Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2008). *Specifické fobie*. Praha: Portál.
- Praško, J. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *E-psychologie* 3(3), 34-45.
- Punch, K. F. (2008). *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál.
- Racková, S., & Janů, L. (2006). Farmakoterapie úzkostných poruch. *Psychiatria pre prax*, 3, 106-109.
- Rasmussen, J. & Wilhelm, S. (2012). Obsessive-compulsive spectrum disorders: Refining the research agenda for DSM-V. *Communications and Updates*, 169(5), 542-543.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing.
- Schreiber, V. (1992). *Lidský stres*. Praha: Academia.
- Selye, H. (1966). *Život a stres*. Bratislava: Obzor.
- Selye, H. (1976). *Stres okielznany*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.



- Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
- Uher, T., Bob, P. & Ptáček, R. (2010). Alexithymie a psychosomatická onemocnění. *Československá psychologie* 4(5), 497-505.
- Ulč, I. (1999). *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha: Grada.
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Večeřová-Procházková, A. & Dušek, K. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Vévodová, Š. & Ivanová, K. (2015). *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vink, D., Aartsen, M. J. & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*. 106, 29-45.
- Zoellner, L. A., Rothbaum, B. O., & Feeny, N. C. (2011). PTSD not an anxiety disorder? DSM committee proposal turns back the hands of time. *Depression and Anxiety*, 28(10), 853-856

## **Seznam obrázků, tabulek a grafů**

Obrázek č. 1: Schéma GAS

Tabulka č. 1: Diagnostické označení pro úzkostné poruchy podle MKN-10

Tabulka č. 2: Odlišnosti v obranných a zvládacích reakcích

Tabulka č. 3: Strategie zvládnání stresu podle SVF-78

Tabulka č. 4: Výsledky míry alexithymie u kontrolního a klinického souboru

Tabulka č. 5: Výsledky míry stresu u kontrolní a klinické skupiny

Tabulka č. 6: Výsledky pozitivních zvládacích strategií u kontrolní a klinické skupiny

Tabulka č. 7: Výsledky negativních zvládacích strategií u kontrolní a klinické skupiny

Tabulka č. 8: Výsledky pozitivních zvládacích strategií u mužů a žen v klinickém vzorku

Tabulka č. 9: Výsledky negativních zvládacích strategií u mužů a žen v klinickém vzorku

Graf č. 1: Rozložení klinického souboru podle typu diagnóz

Graf č. 2: Zastoupení klinického vzorku podle věkových kategorií

Graf č. 3: Zastoupení kontrolního souboru podle věkových kategorií

Graf č. 4: Zastoupení klinického vzorku podle pohlaví

Graf č. 5: Zastoupení kontrolního souboru podle pohlaví

Graf č. 6: Zastoupení klinického souboru podle úrovně dosaženého vzdělání

Graf č. 7: Zastoupení kontrolního souboru podle úrovně dosaženého vzdělání

Graf č. 8: Rozdělení klinického souboru podle celkového skóre TAS-20 v procentech

Graf č. 9: Rozdělení kontrolního souboru podle celkového skóre TAS-20 v procentech

## **Přílohy**

Příloha č. 1: Zadání magisterské diplomové práce

Příloha č. 2: Abstrakt v českém jazyce

Příloha č. 3: Abstrakt v anglickém jazyce

# Příloha č. 1: Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2015/2016

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

## Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. FERENCOVÁ Milada	Hrádek 404, Hrádek	F150812

### TÉMA ČESKY:

Míra alexithymie a odolnost vůči stresu u pacientů spektra úzkostných poruch

### TÉMA ANGLICKY:

The rate of alexithymia and stress resistance of patients from variety spectrum of anxiety disorders.

### VEDOUcí PRÁCE:

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

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury z oblasti klinické psychologie, problematiky alexithymie, stresu a úzkostných poruch.
2. Příprava výzkumu, formulace hypotéz, výběr výzkumného vzorku, stanovení metodiky výzkumu.
3. Typ výzkumu: kvantitativní.
4. Metoda sběru dat: Dotazník TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) a Stress Profile.
5. Pravděpodobný cíl práce: Zmapovat vztah alexithymie a odolnost vůči stresu u pacientů nejčastějších úzkostných poruch a výsledky následně porovnat mezi nimi.
6. Statistické zpracování získaných dat a jejich interpretace.
7. Parametry práce v souladu s metodickými pokyny katedry a manuálem pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UPOL.

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

1. Baštecká, B. & Goldmann, P. (2001). Základy klinické psychologie. Praha: Portál.
2. Hartl, P. & Hartlová, H. (2010). Velký psychologický slovník. Praha: Portál.
3. Hendl, J. (2012). Přehled statistických metod. Praha: Portál.
4. Paulík, K. (2010). Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada.
5. Praško, J. (2005). Úzkostné poruchy: Klasifikace, diagnostika a léčba. Praha: Portál.

Podpis studenta: *Ferencova*

Datum: 19.11.2015

Podpis vedoucího práce: *Prochazka*

Datum: 19.11.2015

Příloha č. 2: Abstrakt v českém jazyce

## **Abstrakt diplomové práce**

**Název práce:** Míra alexithymie a odolnost vůči stresu u pacientů spektra úzkostných poruch

**Autor práce:** Bc. Milada Ferencová

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

**Počet stran a znaků:** 73 (126 422)

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 55

### **Abstrakt:**

Diplomová práce se zabývá otázkami alexithymie, stresu a copingových strategií v souvislosti s problematikou úzkostných poruch. Cílem této práce bylo zjistit rozdíly v míře alexithymie, v míře prožívaného stresu a rozdíly v pozitivních / negativních strategiích zvládnání stresu u klinické skupiny úzkostných poruch v porovnání s kontrolní skupinou. Na základě cílů byl proveden kvantitativní výzkum formou diferenční metody. Výzkumný vzorek byl vybrán na základě příležitostného, účelového a lavinového výběru. Celkem se výzkumu zúčastnilo 90 osob nad 18 let, z toho 45 osob tvořil klinický vzorek s dg. úzkostných poruch a 45 lidí tvořil kontrolní soubor. Data byla získána z dotazníku TAS-20, SVF-78 a Stress profile. Analýza dat byla provedena pomocí statistické metody pro 2 nezávislé výběry T-test a Mann-Whitney U test. Výsledky statistické analýzy potvrdily významný rozdíl v míře alexithymie, míře stresu a v pozitivních a negativních strategiích zvládnání stresu mezi klinickým a kontrolním souborem. Významný statistický rozdíl nebyl prokázán v pozitivních a negativních zvládacích strategiích u mužů a žen v klinickém souboru.

**Klíčová slova:** úzkost, úzkostné poruchy, stres, copingové strategie, alexithymie

## **Abstract of thesis**

**Title:** Degree of alexithymia and stress resistance in patients with anxiety disorders

**Author:** Bc. Milada Ferencová

**Supervisor:** PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 73 (126 422)

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 55

### **Abstract:**

The master thesis deals with issues of alexithymia, stress and coping strategies in connection with problems of anxiety disorders. The aim of this work was find out differences in the degree of alexithymia and stress and differences in positive / negative coping strategies in clinical group of anxiety disorders compared to the control group. On the basis the aim of this work was conducted the quantitative research in the form of differentiation method. The research sample was selected occasional, purposeful and snowball method. In total, 90 participants over 18 years took part in the research, of which 45 people were a clinical sample with anxiety disorders and 45 people were a control sample. The data was obtained from the TAS-20, SVF-78, Stress profile. Data analysis was performed using the statistical method for 2 independent T-test and Mann-Whitney U test. The results of statistical analysis confirmed significant differences in the degree of alexithymia and stress and differences in positive and negative coping strategies between the clinical and the control group. Significant statistical difference was not demonstrated in positive and negative coping strategies in men and women in the clinical sample.

**Key words:** anxiety, anxiety disorders, stress, coping strategies, alexithymia