

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra Psychologie Filozofické Fakulty

**SELF-KONCEPT, ALEXITHYMIE A
DISOCIACE U PACIENTŮ S
PSYCHOSOMATICKÝMI PORUCHAMI**

**SELF-CONCEPT, ALEXITHYMIA AND DISSOCIATION IN
PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS**



Diplomová práce

Autor: **Monika Biolková**
Vedoucí práce: **PhDr. et Mgr. Roman Procházka**

Olomouc

2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vytvořila samostatně a že jsem uvedla všechny prameny, které jsem použila.

V Olomouci dne 20. března 2011

.....Podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala všem, kteří mi při psaní této diplomové práci pomáhali, není zde prostor pro to, abych je jmenovitě uvedla všechny, proto doufám, že se na mě za to nebudou zlobit.

V první řadě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé diplomové práce PhDr. et Mgr. Romanu Procházkovi za trpělivost, ochotu a vstřícnost při psaní této práce.

Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Michalu Krylovi, doc. MUDr. Libuši Stárkové, CSc., MUDr. Vladislavu Chválovi, MUDr. Galině Krejčové, MUDr. Dagmar Humenské a MUDr. Martinu Konečnému, Mgr. Martině Mahrové a také jejich pacientům za čas a pomoc se sběrem dat.

Také bych chtěla poděkovat své rodině a svému příteli za obětavou pomoc a podporu.

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	8
1. Psychosomatika	8
1.1. Úvod do problematiky a souvislosti s psychosomatickou medicínou	8
1.2. Psychosomatická koncepce	9
1.3. Definice psychosomatiky	9
2. Alexithymie	12
2.1. Historie a vývoj	12
2.2. Definice	13
2.3. Teorie vzniku a nejvýznamnější teoretické modely	15
2.3.1. Neurofyziologický model	15
2.3.1.1. Další neurobiologické studie	16
2.3.1.2. Výzkum snů a snění	17
2.3.2. Psychologické modely	17
2.3.2.1. Psychodynamický model	17
2.3.2.2. Poznatky získané z vývojových studií	18
2.3.2.3. Studie vztahu matka–dítě a jejich vzájemné vazby (attachement)	19
2.3.3. Sociologický výkladový model	19
2.4. Další aspekty a souvislosti alexithymie	20
2.4.1. Alexithymie jako prediktor úspěšnosti léčby	20
2.4.2. Vztah alexithymie k jiným konstruktům psychologie zdraví	20
2.4.3. Alexithymie a illness behavior	21
2.4.4. Studie zaměřující se na vztah alexithymie a deprese	22
2.4.5. Další duševní choroby a alexithymie	22
2.5. Typy alexithymie	23
2.6. Metody měření alexithymie	25
3. Disociace	27
3.1. K pojmu disociace	27
3.2. Počátky teorie disociace	27
3.2.1. Janet a Freud	28

3.3. Terminologické vymezení pojmu	29
3.4. Tři různé pohledy na disociaci podle Cardeny	29
3.5. Disociace jako nepsychopatlogická adaptační funkce	30
3.6. Disociace jako porucha	31
3.7. Neodisociativní teorie Hilgarda	32
3.8. Disociace a trauma	33
3.9. Teorie založená na výzkumech vazby (attachement)	34
3.10. Strukturální disociace	35
3.11. Disociace a alexithymie	36
3.12. Diagnostické nástroje měření disociace	37
4. Self	40
4.1. Definice	40
4.2. Různá pojetí Já: Já, self, sebesystém, sebepojetí	40
4.3. Dvojakost, dualita Jáství	41
4.4. Některé teoretické konstrukty Já	42
4.4.1. Sociologizující pojetí a symboličtí interkcionisté - C.D.Cooley, G.H.Mead	42
4.4.2. Současný pohled	43
4.5. Činné Já a jeho charakteristiky	44
4.6. Já jako objekt vlastní reflexe	44
4.6.1. Aspekty Sebepojetí	45
4.6.1.1. Kognitivní složka	45
4.6.1.2. Emocionální složka sebepojetí - sebehodnocení	46
4.6.1.3. Konativní složka	47
Výzkumná část	48
5. Vymezení výzkumného problému a cílů výzkumu	49
5.1. Výzkumný problém	49
5.2. Cíle výzkumu	49
6. Hypotézy	51
7. Výzkumný soubor	52
7.1. Metody výběru výzkumných vzorků	53
8. Metodologický rámec	56
8.1. Typ výzkumu	56

8.2.Použité metody sběru dat	56
8.3. Administrace metod	62
8.4.Metody analýzy dat.....	63
9. Výsledky testových metod	63
9.1.Výsledky výpočtů	63
9.2.Interpretace výsledků.....	70
10.Diskuze	73
11.Závěr.....	76
12.Souhrn	77
Literatura	80
Seznam zkratk	88
Přílohy: č. 1. Popisná statistika jednotlivých testových metod	
č. 2. Informovaný souhlas	
č. 3. Dotazník TAS-20	
č.4. Dotazník SDQ-20	
č.5. Dotazník DES	
č.6. Dotazník SVF:78	
č.7. Dotazník TSCS:2	
č.8. Výsledky v hrubých skóre	

Úvod

Zdraví je pro mnohé jednou z nejcennějších věcí, za kterou by byli ochotni téměř jít na kraj světa. Byli by ochotni udělat vše, aby se jim zpět jejich zdraví vrátilo, aby již nebyli nemocní, ale mocní, aby mohli dělat vše, na co si jen vzpomenou. Tam, kde zdraví chybí, nebývá příliš veselo. Nemoci nejsou oblastí, ve které by se člověk cítil příjemně. Jednou z oblastí nemocí jsou i ty, které spojuje tělo a psyché. Jedná se o psychosomatické nemoci, které mají určitý podíl v oblasti tělesné, ale také duševní. Lidé trpící těmito obtížemi se mnohdy ocitají v nelehké situaci, kdy se oni sami necítí dobře, zdravě, odborníci však nemohou na nic přijít a lidé s takovými potížemi putují z ordinace jednoho lékaře ke druhému, přičemž každý navštívený lékař je často odborníkem pro jinou oblast. Lidé s těmito často nevysvětlitelnými potížemi pak nejsou dlouhou dobu vůbec léčeni, nebo jsou léčeni jinak, než by potřebovali. Také se mohou často setkávat s negativními reakcemi ze strany zdravotnického personálu, který jim dává najevo, že si myslí, že si své potíže vymýšlejí, že své potíže zveličují, nebo rovnou, že jsou blázni. Oni však skutečně nemocní jsou a potřebují adekvátní péči. Proto bychom se měli snažit těmito lidem lépe porozumět, to může pomoci také vzájemné komunikaci. Lepší diagnostika psychosomatických potíží by jistě byla velkým přínosem, ale biomedicínský model, nyní stále převládající na většině zdravotnických oddělení, toto neumožňuje, nemá dostatečnou kapacitu.

Tato práce si klade za cíl prozkoumat oblast psychosomatických problémů v souvislosti s dalšími jevy, jako je alexithymie, disociace a selfkoncept. Výstupy těchto zjištění mohou pomoci lepšímu pochopení problematiky psychosomatických obtíží, ale také overit či zpřesnit již zjištěné informace. Alexithymie, stejně jako disociace může významným způsobem ovlivňovat prožívání a chování jedince. Ve vztahu k psychosomatickým obtížím mohou tyto jevy negativně měnit celkový obraz choroby. Je proto vhodné cíleně zjišťovat, v jaké míře se dané fenomény vyskytují a zároveň jakým způsobem ovlivňují sebeobranu, sebehodnocení a sebeprezentaci.

V této práci se pokusím zaměřit na výše uvedené jevy a budu se snažit hledat odpovědi na otázky míry výskytu těchto jevů a jejich vzájemné souvislosti.

Teoretická část

1.Psychosomatika

1.1. Úvod do problematiky a souvislosti s psychosomatickou medicínou

Psychosomatika je dnes velmi populárním pojmem, nebo by se dalo říci i určitým rámcem jak v klinické praxi, tak i v povědomí širší veřejnosti. Některé pohledy na oblast psychosomatických chorob mají tendenci vidět všechna onemocnění jako psychosomatickou záležitost, jelikož již to, že člověk je nějakým způsobem oslabený, například vlivem stresu, může mít za následek propuknutí choroby. Jsou to právě ale psychosomaticky nemocní, kteří mají velmi nejasnou, mnohdy různorodou etiologii svých potíží. Snahy o odhalení příčin sahají snad až k samému vzniku lékařství jako oboru a ještě mnohem dále do minulosti. Už dlouhou dobu je patrné, že snaha hledat pouze jedinou příčinu nevede ke zdárnému výsledku. Dnes se tedy navrácí moderní medicína k celostnímu pohledu a spíše hledá vzájemné vztahy, než pouhé jednoduché vysvětlení příčin. Jak již bylo vyzkoumáno, psychosomatické potíže mají velmi blízko ke konceptům zabývajícím se zvládáním stresu a konfliktů, odolností, chováním typu A, B,C, D, a jiným konstruktům z oblasti psychologie zdraví a nemoci. Neopomeňme, že zásadním faktorem podílejícím se na zdraví jedince je i jeho schopnost orientovat se ve svých emocích a také je „zvládat“, neboť to je významný předpoklad pro vytváření pozitivních interpersonálních vztahů. Ve studii, kterou provedli Lipsanen, Saarijarvi a Lauerma (2004) vyšlo najevo, že somatické komplikace mají úzký vztah hned k několika proměnným. Jsou jimi deprese, alexithymie i disociace. To znamená velkou paletu vzájemných vztahů různých nemocí a jejich spoluvýskyt. Lze předpokládat, že tendence k somatizaci budou mít mnohem více souvislostí, než pouze tyto, ale tato práce se bude věnovat především souvislostem s alexithymií, disociací a souvislostí s Jástvím u psychosomatických potíží.

1.2. Psychosomatická koncepce

Pojem psychosomatika poprvé použil německý psychiatr Johann Christian August Heinroth v roce 1818 (Baštecká a kol., 2003). Psychosomatickým obtížím se psychologové a psychiatři začali věnovat v období života S. Freuda, který významně ovlivnil nebo dokonce předurčil zaměření psychiatrie na dlouhá léta a koncepci psychosomatiky také rozvíjel. Nejvýznamější osobností spjatou s psychosomatickým náhledem na onemocnění se stal v padesátých letech Franz Alexandr, který ve své publikaci „Psychosomatické lékařství“ (1950) rozvinul tzv. „*teorii specifčnosti*“, která předpokládá, že určité choroby jsou výsledkem specifických konfliktů (Morschitzky, Sator, 2007). Alexander popsal celkem 7 onemocnění, které pokládal za psychosomatické: peptický vřed (ulcus pepticum), astma bronchiale, esenciální hypertenzi, revmatickou artritidu, colitis ulcerosa, neurodermitis, hyperthyreóza. O mnoho let později, v roce 1977 Engel navrhl nový biopsychosociální model nemoci, který by měl odborníky vést ke komplexnějšímu a celostnímu nahlížení na onemocnění. Tress, Krusse a Ott (2008) uvádějí, že obor „psychosomatická medicína a psychoterapie“ byl zařazen do aprobačních směrnic pro lékaře v roce 1970.

1.3. Definice psychosomatiky

Vacek (1996) popisuje, že se jedná o složeninu dvou slov psyché – duše a soma – tělo, což naznačuje dvě komplementární oblasti, kterých se tato koncepce týká.

Tress, Krusse a Ott (2008, str. 26) charakterizují psychogenní onemocnění jako: *„Odchytky od normy v rámci vnitřního a vnějšího chování a/nebo tělesných funkcí a struktur, které etiologicky vyrůstají z minulých a aktuálních psychosociálních životních okolností určité osoby a jsou zprostředkovateli mezi psychickými procesy a jejich tělesnými korelátami.“*

Tyto odchytky od normy se nacházejí v dimenzích:

- tělesného stavu a prožívání
- duševního stavu a prožívání (také deprese, úzkosti a nutkání různého druhu)
- mezilidského chování

Tress, Krusse a Ott (2008) také uvádějí, že psychogenní onemocnění jsou vztahové nemoci a že psychosociální onemocnění lze chápat z pohledu narušení v interpersonálních

výměnných a přizpůsobivých procesech. Pacienti s problémy psychosomatického rázu reagují na stresové situace nepružnými, jednotvárnými, a tedy charakteristickými vzorci chování. Psychosomatické obtíže se projevují jak v rámci duševní, tak i tělesné symptomatologie a jejich obraz může být velmi různorodý, symptomy se mohou v čase střídat, nebo opakovaně objevovat. (Tress, Krusse, Ott, 2008)

Mezi psychosomatikou a pocity existuje úzký vztah. „*Čím méně jsme schopni vnímat a vyjadřovat emoce, tím intenzivnější je doprovodná reakce*“, uvádějí Tress, Krusse a Ott (2008, str. 62).

Poněšický (2002) připisuje velkou roli pro vznik psychosomatických obtíží rodině, rodinným tradicím, raným vztahům mezi matkou a dítětem a také zkušenostem, jak jsou onemocnění zvládána v rodině. Mezi nejčastějšími psychosomatickými potížemi uvádí: zvýšený krevní tlak, bronchiální astma a foniatrické poruchy, bolesti hlavy, bolesti pohybového ústrojí, kožní onemocnění, gynekologické, urologické a sexuální poruchy, funkční gastrointestinální poruchy a poruchy příjmu potravy.

Morschitzky a Sator (2007) uvádějí 4 skupiny psychosomatických potíží dle závažnosti:

- Poruchy celkového tělesného schématu (neorganické tělesné symptom bez funkčních nebo somatických příčin víceméně nepovažovaných za nemoc)
- Funkční (somatoformní a disociační) poruchy (primárně neorganické choroby považované za nemoc)
- Psychosomatické poruchy v užším smyslu (organické choroby vyvolávané nebo posilované psychosociálními faktory)
- Somatopsychické choroby (organická onemocnění s psychosociálními následky)

Tress, Krusse a Ott (2008) navrhují také modely psychosomatických obtíží:

- Tělesná symptomatologie jako symbolický výraz určitého konfliktu (konverze)
- Tělesná symptomatologie jako výraz ekvivalentu afektu v rámci konfliktní problematiky
- Tělesná symptomatologie jako výraz nezralých afektů v rámci určité nespecifické zátěžové situace
- Tělesná symptomatologie jako výraz zamrzlých impulzů k jednání po zátěžové reakci
- Tělesná symptomatologie jako výraz traumatických životních zkušeností

Za základní nosologické koncepty považují:

A. Psychogenní onemocnění s převážně tělesnou symptomatikou.

Kam patří například astma bronchiale, ulcus pepticum duodeni, colitis ulcerosa, esenciální hypertonie, atopické ekzém.

Také vegetativní dystonie: poruchy spánku, sexuální poruchy.

A v neposlední řadě konverzní neurózy, které se projevují na skeletové muskulatuře a smyslových orgánech. Sem patří psychogenní slepota a hluchota, psychogenní parestézie a další.

B. Psychogenní onemocnění s převážně psychickou symptomatikou,

kam patří zejména deprese, některé formy úzkostí, fobií, nutkavé neurózy a hysterie.

C. Pacienti s poruchami převážně v sociálně-komunikační interpersonální oblasti a poruchy chování (popřípadě poruchy osobnosti).

Jádrem těchto poruch jsou tzv „charakterové neurózy“, rané poruchy či jak bylo řečeno poruchy osobnosti.

V oblasti psychosomatiky bylo provedeno obrovské množství výzkumů. Z nich je patrné, že psychosomatika zasahuje do všech představitelných oblastí klinické psychologie a medicíny a jen těžko by se hledal prostor, kam by psychosomatika nezasahovala. Zkoumání vzájemných vztahů a spojitostí je dnešním úkolem vědeckých pracovníků spíše než objasňování příčin vzniku.

Samotný koncept psychosomatické medicíny je natolik rozsáhlý, že v mnohém přesahuje možnosti této práce. Účelem kapitoly věnované psychosomatice však bylo spíše uvést toto téma a zasadit psychosomatiku do určitého rámce. Nyní se v dalších kapitolách budu věnovat alexithymii, poté disociaci a nakonec také self, neboli selfkonceptu, Jáství.

2.Alexithymie

2.1. Historie a vývoj

Než se vůbec začneme zabývat vývojem názorů na vztah konceptu alexithymie a jiných konceptů psychosomatické medicíny, je třeba poznamenat, že poprvé použil termín alexithymie Peter Emanuel Sifneos z nemocnice Beth Israel Hospital v Bostonu, v roce 1972 ve své publikaci *Short-term psychotherapy and emotional crisis*, ve které ji definoval jako „*lack of affect*“ (Sifneos, 1972, str. 81). Velmi výstižné pojmenování toho, jak alexithymičtí lidé prožívají svůj vnitřní život, tedy jako nedostatek emocí, afektů, pocitů, otevřel prostor pro další zkoumání.

Sifneos a jeho spolupracovník Nemiah však nebyli první, kdo se věnovali otázce neschopnosti prožívat emoce a jejich vztahu k některým, zejména psychosomatickým onemocněním. (Baštecká, Goldman, 2001, Mohapl, 1990)

Už ve čtyřicátých letech Ruesch a MacLean poukazují na neschopnost psychosomatických pacientů popsat vlastní pocity a prožitky (Mohapl, 1984) MacLean pomocí svého modelu trojjediného mozku předpokládal, že místo toho, aby se emoční podněty zpracovávaly v neokortexu (myslícím mozku), směřují stresující emoce do autonomních drah, kde pak vyvolávají fyziologickou odezvu, která může časem vést k nemoci. Ruesch (1948, in Taylor, Bagby, Parker, 1999) pozoroval podobné poškození verbální a symbolické exprese u psychosomatických pacientů, jaké se vyskytovalo i u pacientů s posttraumatickým stresovým syndromem.

V roce 1954 popsali Freedman a Sweet tzv. „citově negramotné“ pacienty. Ti v psychoterapii málo hovořili o svých pocitech. Také u nich terapeuté pozorovali podráždění spojené s důrazem na emoce (Baštecký, Šavlík, Šimek a kol, 1993).

Roku 1963 u svých pacientů popsali Marty a M'Uzan podobné fenomény, jako později Sifneos a Nemiah nazvali alexithymickými. Nazvali tento svůj koncept jako: „*pensée opératoire*“, v překladu mechanizované, operativní myšlení (Baštecká, Goldman, 2001, str. 262) nebo také automaticko-mechanistické myšlení (Heretik a kol, 2007) Kvůli neschopnosti vyznat se ve svém vnitřním světě se tito lidé zdají být plně pohlceni vnější skutečností a jakoby neměli žádné vnitřní pohnutky, přání, city. Ve svém verbálním projevu popisují pacienti svou chorobu spíše jako svědek, než jako subjekt (Heretik, 2007) V moderní společnosti, která je založena na logickém myšlení nejsou chybějící emoce na

závadu. Problém však nastává v terapeutickém vztahu a jiných interpersonálních vztazích (Mohapl, 1990). Tito pacienti se zdají nevhodnými pro psychoterapeutickou intervenci, neboť nepřinášejí očekávané výsledky a psychoanalytici mluví i o neschopnosti vytvořit přenosový vztah. Toto potvrdily i výzkumy Kryslala a kol (1982, 1992)

Dále roku 1975 v Giessenu v Německu Stephanos, v Hanoveru Freyberger a ve Frankfurtu nad Mohanem Overbeck. „*Heidelterská klinika volila dříve pro označení alexithymické charakteristiky výraz Pinocchiův syndrom podle pohádkové postavy ztvárněné italským spisovatelem a žurnalistou Lorenzinim*“ (Mohapl, 1990, str. 42, 43).

Postupně začal Freyberger (1977, in Mohapl, 1984) rozlišovat primární a sekundární alexithymii. Primární alexithymie je předpokládaně inherentní rys, který může vést k onemocnění, avšak pokud se alexithymické rysy objeví u pacientů s onemocněním, které je vážné nebo ohrožuje jejich život, lze je vnímat jako obranný mechanismus a nazvat sekundární alexithymií. Sekundární alexithymie může být reakcí na emocionální trauma, stresové situace a také psychiatrické choroby (depresivní či úzkostné stavy). V tomto světle by mohla být více vhodná pro terapeutické zásahy, neboť je do určité míry zvratná.

2.2. Definice

Slovo alexithymie znamená doslova „*beze slov pro pocity*“ (Baštecká, Goldman, 2001, str. 261), je složeninou několika slov a-lexis-thymia a autoři uvádějí, že se jedná o nepřilíš zdařilý novotvar. Podle Řeka Philippopoulose by řeckému chápání více odpovídal a-thymo-alexia. (Mohapl, 1984) Tento nepřilíš zdařilý novotvar se však natolik vžil, že se upustilo od sporů o podobu slova, spíše se stále živě diskutuje nad potřebou samotné existence konceptu alexithymie jako takové. Mohapl později (1990, str. 41) uvádí podobnou definici alexithymie, kterou vytvořili Sifneos a Nemiah, tedy alexithymii jako „*neschopnost mluvit o emocích*“.

Sifneos (1972, srov. 81) přikládá alexithymickým pacientům zejména obtíže v rozpoznávání a vyjadřování emocí.

Tito lidé se zaměřují na somatické manifestace emocionálního vzrušení, tyto pak ústí v somatosenzorickou amplifikaci a chybnou interpretaci somatických zážitků, které pokládají za fyzickou nemoc či orgánové oslabení. (Bach, Bach, 1996) Proto se mohou stát častými pacienty psychosomatických oddělení.

Alexithymičtí pacienti mají také nedostatky v kognitivním zpracování a regulaci

emocí (Spitzer, Siebel-Jurges, Barnow, Grabe, Freyberger, 2005) Další charakteristikou je dle Sifneose (1972) neschopnost těchto lidí specifikovat své pocity a rozlišovat mezi nimi. Jejich emoce jsou nedostatečně diferencované a vše působí jako vzrušení.

Nemiah (1996) shrnuje, že alexithymičtí pacienti se vyznačují: nedostatky ve schopnosti rozlišovat emoce, potížemi v popisování pocitů a trpí omezenou schopností vytvářet fantazie – například v oblasti snů.

Baštecký a kol. (1993, str. 48) uvádí výčet charakteristik alexithymických pacientů:

- Nekonečně popisují tělesné příznaky, které se někdy nevztahují k základnímu onemocnění.
- Stěžují si na napětí, podrážděnost, frustraci, bolesti, nudu, prázdnotu, neklid, agitovanost, nervozitu.
- Nápadně jim chybí fantazie, přitom pečlivě popisují nevýznamné detaily prostředí.
- Mají zřetelné obtíže při hledání vhodných slov pro vyjádření emocí.
- Pláčou málo, někdy hodně – ale pak pláč se nezdá být vztažen k odpovídajícím pocitům, jako je smutek nebo zlost.
- Vzácně si pamatují sny.
- Jejich afekty bývají nepřiměřené.
- Jejich interpersonální vztahy jsou obvykle špatné s tendencí k výrazné závislosti nebo dávají přednost samotě a odmítání lidí.
- Osobnosti bývají narcistické, vzdávající se, pasivně agresivní nebo pasivně závislé či psychopatické.
- Lékař nebo terapeut je těmito pacienty obvykle znuděn, zdají se mu velmi hloupí.

Stephanos (in Mohapl, 1990, str. 39) shrnuje alexithymii jako soubor následujících jevů: „*redukovaná introspektivní kapacita, neschopnost učit se novému emočnímu chování, ochuzená fantazie, omezená afektivní zkušenost, schizoidní interpersonální vztahy.*“

Heretik (2007) ve své publikaci uvádí vymežující charakteristiky alexithymických pacientů podle zástupců francouzské psychosomatické školy Martyho, M'Uzana, Davida a Faina, které systematizovali Hoffman a Hochapfel (1999, in Heretik, 2007):

1. **Operacionální myšlení** (z *pensée opératoire*) – špatný vztah pacienta k vlastním psychickým obsahům. Nepocituje vztah mezi symptomem, který ho trápí a životními událostmi, kterými prošel, nebo je jim vystavován. Svou chorobu

popisuje jako objekt, ne subjekt, dívá se na ni, jako by byla cizí.

1. **Poruchy struktury Já** – používání nezralých, rigidních obranných mechanismů. Pacienti mají narušenou schopnost symbolizace.
2. **Zdvojení** – tendence vnímat druhé stereotypně, jako součást nebo odnož sebe sama. Snaha používat druhé výhradně pro uspokojování vlastních potřeb. Stephanos (in Heretik, 2007) vymezuje mechanismus zdvojení jako „*primitivní adaptační mechanismus, který slouží ke zvládnutí konfliktů*“.
3. **Psychosomatická regrese**.

2.3. Teorie vzniku a nejvýznamnější teoretické modely

Autoři se samozřejmě brzy začali zajímat o to, co je předpokladem vzniku alexithymie. Později pak, jestli se jedná o vrozený, trvalý rys osobnosti nebo zda jde spíše o situační, proměnný stav závislý na momentálním rozpoložení člověka. Každý významný směr jak psychologický, sociologický či biologický (neurobiologický) se snaží na tyto otázky odpovědět a nabízí teoretický základ. Uvedeme nejznámější z nich.

2.3.1. Neurofyziologický model

Nemiah (1977) spolu se svými kolegy navrhl, že by mohl existovat neurobiologický základ alexithymie a navázal tak na MacLeana a jeho teorie o třech víceméně samostatně funkčních celcích mozku. MacLean předpokládal, že neschopnost správně analyzovat emoce tkví v poruše spojení limbického systému a neokortexu. Limbický systém se dělí na dorzální septum a ventrální obast amygdaly. Ta je důležitou součástí limbického systému pro neurofyziologickou aktivitu u těchto poruch. (Mohapl, 1990, Nyklíček, Temoshok, Vingerhoets, 2004) Právě uvědomování si pocitů a vnitřní prožitky jsou produkty fungování limbického systému. Ventrální oblast amygdaly dává impulsy k jejich uvědomování těchto impulsů a paleostriatum spolu s neostriatem je regulují a modulují. Kvůli špatnému propojení limbického systému a neokortexu pak nedochází ke správnému zpracování všech emočních podnětů a ty se projevují somaticky. Alexithymik není schopen si své pocity patřičně uvědomovat a ani je verbalizovat.

Český neurolog Piťha (in Mohapl, 1990) upozornil na význam alokortexu a jeho vztahu k tvorbě afektivních přízvuků jednotlivých psychických pochodů.

Alternativní hypotézu nastínili Hope a Bogen (1977, in Nyklíček, Temoshok, Vingerhoets, 2004), kteří si všimli, že pacienti s přerušným interhemisférovými konexemi (tzv. Split brain studies) vykazovali zhoršenou fantazijní schopnost a sníženou schopnost popsat vlastní prožitky. Tito pacienti původně nevykazovali žádné známky alexithymie, alexithymické rysy se u nich objevily až po podstoupení tzv. „commisurotomie“ - oddělení mozkových hemisfér pro léčbu rezistentní epilepsie. Pravá hemisféra se specializuje na percepci a expresi neverbálního, emocionálního chování a levá je specializována spíše na verbální fungování. (Galín, a kol. 1974, Gazzaniga, 1989, Joseph, 1982, a další) V normální, běžné situaci dochází k neustálé výměně informací a spolupráci mezi oběma hemisférami, ale po tzv. commisurotomii dochází k přetěti, přerušení mezihemisférových propojení. Hope a Bogen tento efekt nazvali „*funkční commisurotomie*“. Toto se zdá, že prokazují některé novější studie.

Díky pokrokům v možnostech využití zobrazovacích metod se nyní ve výzkumech uplatňují pozitronová emisní tomografie (PET), funkční magnetická rezonance (fMRI) a elektroencefalografie (EEG) (Taylor, Bagby, 2004)

2.3.1.1. Další neurobiologické studie

Od počátku zkoumání alexithymie se pozornost zaměřovala na mozkové funkce a mozkové deficity. Jak již bylo uvedeno výše, zkoumali se tzv. „split-brain“ pacienti, kteří měli přerušeny, nebo poškozeny interhemisférové přenosové dráhy.

Později, s využitím pozitronové emisní tomografie (PET) se začalo spekulovat, že alexithymie může být zapříčiněna poškozením ACC – anterior cingulate cortex – předního cingulárního kortexu (Lane a kol., 1998). Výsledky výzkumů potvrzovaly, že z neurologického hlediska je alexithymie zapříčiněna nižší aktivitou corpus callosum stejně jako cingulárního kortexu. Jiný výzkum (Hariri a kol, 2000) zaměřující se na spojitost amygdaly a pravého prefrontálního kortexu, zjistil, že spojování emočních výrazů je doprovázeno vzrůstem aktivity levé a pravé amygdaly, a pojmenování, nálepkování těch samých výrazů je spojeno se snížením aktivity amygdaly a zvýšením aktivity pravého prefrontálního kortexu.

Odlišnou metodou je sledování a zachycování křivky EEG během prezentace emočních stimulů. Probandům se předkládaly neutrální, pozitivní a negativní obrázky a sledovala se jejich aktivita. Výsledky navrhují, že alexithymie je spojena s dysregulací předních kortikálních regionů v průběhu vystavení emočním stimulům (Aftanas, Varlamov,

Reva, Pavlov, 2003).

2.3.1.2. Výzkum snů a snění

Od počátku výzkumu alexithymie se předpokládalo, že jeden z hlavních rysů alexithymie je právě snížená schopnost fantazie, tedy potažmo schopnost vytvářet imaginace a také snížená snová produkce. Výzkumníci se proto zaměřili na zhodnocení obsahu snů a množství snového materiálu. Výzkumy snění ale nyní předkládají různorodé výsledky v závislosti na použitých metodách a designech výzkumu. V Některých studiích alexithymičtí probandi měli stejnou četnost a délku snů, lišili se ale v „živosti“ svých snů, kterou měli mnohem nižší, sny alexithymických probandů byly méně přesvědčivé, méně plné fantazie. (Parker, Bauerman, Smith, 2000, in Taylor & Bagby, 2004) Jiné výzkumy ukazují naopak nižší četnost snů avšak o stejné živosti (De Gennaro a kol., 2003, in Taylor & Bagby, 2004). Ogden (2003, in Taylor & Bagby, 2004) zjistil, že alexithymičtí probandi mají sníženou schopnost si sny pamatovat, nebo je reprodukovat, v jejich snech se dále projevuje menší schopnost imaginace.

2.3.2. Psychologické modely

2.3.2.1. Psychodynamický model

V jádru samotné teorie alexithymie stojí psychodynamicky/psychoanalyticky orientovaní autoři. V rámci jejich pojetí je možno dále rozeznat tři školy (Rosta, in Mohapl, 1990, str. 42)

První z nich je tzv. francouzská škola reprezentována M'Uzanem a dalšími. Podle nich jsou psychosomatické příznaky důsledkem poruch ve vývoji a výstavbě „já“, tedy „ego-deficitů“ (Mohapl, 1990, str. 42). Jedná se však o proces opačný vzniku neurotické struktury. Zatímco u neurotických pacientů jsou hlavními obrannými mechanismy represe a únik do fantazie, u psychosomatických pacientů toto nenacházíme, tyto mechanismy jim chybí, nebo jsou přinejmenším deficitní. „Z vývojového hlediska se u strukturálních defektů jedná o důsledek poruchy rané socializace.“ (Poněšický, 1999, str. 51) To znamená porucha raného vývoje vztahu matka-dítě, porucha vazby a zejména porucha

identifikačního procesu. Citové struktury dítěte se dále nediferencovaly, neboť na základě narcistické vztahové poruchy u matky nedošlo k vytvoření příslušných interakčních forem a jejich vnitřních reprezentací mezi matkou a dítětem. (Poněšický, 1999, str. 51) Matka nereaguje na dítě adekvátním způsobem a nereaguje také na jeho potřeby. Tím, že se nedostatečně vytvoří mentální reprezentace těchto potřeb, tužeb a přání dítěte, nedojde ani k plnému ohraničení vlastní mentální reprezentace – reprezentace sebe sama, reprezentace vztahového objektu (matka, nebo osoba pečující) a také jejich vzájemného vztahu a emocí, které jsou v něm přítomny. Podle Poněšického (1999) tím samozřejmě trpí také řeč, která je u psychosomatických pacientů nápadně chudá. Vztahové objekty (osoby) nejsou vnímány jako celek, ale pouze jejich část a to ta, která má za úkol redukovat stavy napětí a nastolit stav pohody. Stav pohody je však opakovaně ohrožován možností ztráty pečující osoby. A naopak jedincův předpoklad, že vztahové osoby budou neustále redukovat jeho stavy napětí a nepohody, vede k opakujícím se prožitkům zklamání a frustrace. Prožitek frustrace vede ovšem znovu k nepříjemnému fyzickému, tělesnému stavu a do emoční roviny se tento prožitek nepromítne.

Představitelé německé tradice – Stephanos, Freyberger a Overbeck, jak již bylo uvedeno výše, pro popis alexithymických příznaků používali označení Pinocchiův syndrom. Hlavní představitel psychoanalytického směru M. von Rad předpokládá, že za vznikem alexithymických rysů stojí také porucha v raném vztahu matka-dítě. Hyperprotektivní nebo odmítavá mateřská osoba chápe dítě jako součást sebe. Podle svého momentálního rozpoložení reaguje na potřeby dítěte necitlivě a vytváří tím patologickou vazbu. Tělesné příznaky pak mohou být narcistickou reakcí na ztrátu vztahové osoby.

Třetí školu představuje britská škola objektních vztahů reprezentovaná Kleinovou, Fairbairnem, Winnicottem a Kernbergem. Ti podobně „považují alexithymii za projev poruchové socializace časného vývojového období dítěte“. (Mohapl, 1990, str. 43)

2.3.2.2. Poznatky získané z vývojových studií

Biologické studie pomohly odhalit odlišnosti v mozku alexithymických pacientů, ale nenašly odpověď na otázku, čím jsou tyto odlišnosti zapříčiněny. Potenciálem pro objevení nových souvislostí se zdají studie kombinující neurobiologické poznatky, raný vývoj dítěte a jeho prostředí, faktory environmentální a kulturní.

Vcelku vlivnou teorii navrhl Krystal (1971, 1982), který zkoumal alexithymii a dospěl k závěru, že alexithymie úzce souvisí s posttraumatickou stresovou poruchou.

Konkrétně že alexithymie může vzniknout jako důsledek raného psychického traumatu a toto trauma může ovlivnit jak neuroanatomické, tak i psychologické aspekty vývoje. Později se Krystal a kol. (1992) věnoval také zkoumání alexithymických rysů u dospělých jedinců s posttraumatickou stresovou poruchou a zejména predikci úspěšnosti léčby ve vztahu k alexithymii. Zjistil, že i naopak alexithymie může zvyšovat možnost propuknutí posttraumatické stresové poruchy a že takoví pacienti jsou pro psychoterapeutické intervence méně vhodné, reagují spíše na farmakologickou léčbu.

Některé jiné výzkumy se zaměřily na zkoumání alexithymie u dospělých a došlo ke zjištění, že mnozí z nich prožili ve svém dětství psychické nebo sexuální zneužití (Kooiman, a kol, 2004) Další výzkumy ukázaly možnou spojitost i mezi alexithymií a nechtěným těhotenstvím. Narození se do rodiny s mnoha dětmi, kdy dítě není rodiči chtěné a přijímané, také může zapříčinit alexithymii (Taylor and Bagby, 2004).

2.3.2.3. Studie vztahu matka - dítě a jejich vzájemné vazby (attachement)

Pomocí některých studií došlo ke zjištění, že „morfogenetický vývoj orbitofrontální kůry je ovlivněn kvalitou emočních interakcí mezi dítětem a jeho pečovatelem“ (Taylor and Bagby, 2004) Stále se poukazuje na velikou důležitost vztahu rodiče (rodičů) a dítěte, na kvalitě jejich vzájemné interakce, vzájemné pochopení a realizace svých potřeb a emočních projevů. A také se znovu potvrdilo (jak již dlouho udávají psychoanalyticky orientovaní autoři), že alexithymie je asociována s nejistou vazbou, stejně tak i nejednoznačným postojem rodičů k dítěti, odmítáním dítěte z jejich strany, zúzkostňující výchovou, nebo úplným chyběním objektního vztahu. Počátky alexithymických rysů jsou tak asociovány s nejranějšími obdobími lidského života. V raných obdobích však můžeme nalézt i protektivní faktory, kdy vřelý, empatický, přijímající a stálý výchovný styl a postoj rodičů k dítěti vytváří dobré předpoklady pro budoucí osobnostní vývoj dítěte.

2.3.3. Sociologický výkladový model

Ahrens a kolektiv už v roce 1979 navrhli jiný pohled na problematiku alexithymie. V duchu sociologických teorií předpokládají, že neschopnost prožívat a vyjadřovat emoce je dána společenským uspořádáním a společenským tlakem. V moderní, technizované

společnosti není čas ani prostor pro emoce a prožívání pocitů, ať už libých či nelibých je bráno na závadu, jako obtěžující a brzdicí výkon. Při dobrém fungování ve společnosti je potřeba emoce kontrolovat, korigovat jejich intenzitu a polaritu. V rámci tohoto modelu se jeví tendence k alexithymickým projevům jako adaptivní a plně účelné. To, co je pro terapeuta vážný terapeutický problém, může velmi dobře fungovat v běžném životě. (Thoma a Kachele, 1996, in Baštecká a Goldman, 2001) „*Alexithymii je proto třeba pojímat ze sociologického hlediska jako interiorizaci hodnotových metanorem společnosti, odvozených z jejího technického pokroku, z tohoto hlediska je tedy v podstatě instrumentální orientací*“ (Mohapl, 1990, str. 43)

2.4. Další aspekty a souvislosti alexithymie

2.4.1. Alexithymie jako prediktor úspěšnosti léčby

Jak už bylo uvedeno, Krystal spolu s kolegy (1992) se věnoval nejen výzkumu vztahu alexithymie a raného traumatu, zkoumal také posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP) u vojáků z Vietnamu. Došel k závěru, že alexithymie nemusí být důsledkem traumatu v dětském věku, nýbrž také jako výsledek prožité katastrofy, obrovské zátěže v pozdějším, dospělém věku. Také předpokládal, že alexithymické rysy mohou současně potencovat vznik PTSP, protože jedinec má menší vztah ke svým emocím a hůře s nimi zachází.

2.4.2. Vztah alexithymie k jiným konstruktům psychologie zdraví

Pozornost psychologů se také zaměřila na otázku, zda se alexithymie odlišuje od jiných konstruktů známých v psychologii zdraví. Nejvíce se mluvilo o vztahu k inhibičním tendencím a represivním copingovém stylu. (Taylor & Bagby, 2004) Například Lane a kol. (2000) zjistili, že alexithymiky a jedince používající represivní copingový styl spojuje podobné narušení schopnosti rozpoznávat příjemné a nepříjemné emoce. Není však jasné, zda je to důsledkem stejného způsobu zpracovávání emočních podnětů. Více než s neurotickými obranami se však zdá alexithymie více spojená s primitivními obranami jako štěpení (splitting), projektivní identifikací a somatizací.

2.4.3. Alexithymie a illness behavior

Alexithymie má vztah k celému spektru onemocnění, zejména však k onemocněním bez zjevné organické příčiny. Je to dáno již samotnou podstatou alexithymie a její základní charakteristikou znamenající poruchu v rozeznávání a manipulaci s pocity. Lidé s alexithymickými rysy jsou orientováni na somatickou oblast, jelikož v ní se mnohem lépe vyznají a proto je také somatická stránka příliš neznepokojuje, nezážnostňuje. Kooiman a kol. (2000) například shrnuje, že alexithymičtí pacienti častěji vyhledávají pomoc odborníka, protože nejsou schopni rozeznat somatický doprovod různých afektů a emocí od somatických příznaků nemoci. Nesprávně interpretují signály, které jim tělo zasílá a špatně rozlišují mezi jednotlivými malými niancemi, mezi různými podobnými emocemi, nebo mezi emocemi, které mají velmi podobný doprovod.

Ve vztahu k nemocem se velmi často jedná o somatoformní či funkční poruchy, nebo také o psychosomatickou problematiku. (Porcelli, a kol. 1999, Duddua, a kol., 2003) Všechny tyto poruchy mají určité společné rysy, které odkazují na to, že v těle se něco odehrává, nějaké příznaky většinou objektivně existují. Neexistuje k nim však organický korelát. Tyto problémy také mají tendenci se opakovat v určitých momentech, situacích, často spojených se stresem, s nakumulovaným napětím či vyčerpaností. Jyvasjarvi a kol. (1999) například došel k závěrům, že alexithymičtí pacienti častěji navštěvují odborné zdravotnické oddělení než pacienti nealexithymičtí. U mužů pak navíc zjistil vyšší tendenci k vytváření hypochondrických přesvědčení.

Zejména jeden z hlavních rysů alexithymie se jeví mít spojitost s illness behavior – a to potíže s identifikací pocitů. Opakovaně se zjišťuje, že zejména potíže při identifikaci pocitů mají vliv na rozvoj poruch a onemocnění. Jak již bylo uvedeno, souvislost je zjevná, jelikož zejména tento rys znesnadňuje intersubjektivní orientaci jedince v sobě sama. Patrná je souvislost s celou řadou psychických onemocnění jako je deprese (Grabe, 2004), disociace (Sayar, Kose, Grabe, Topbas, 2005), poruchy příjmu potravy (Deborde, Berthoz, Wallier, Fermanian, Falissard, Jeammet, a kol., 2008) ale také s rozvojem somatické nadstavby (Bailey, Henry, 2007).

2.4.4. Studie zaměřující se na vztah alexithymie a deprese

Z dosavadních výzkumů je zřejmé, že alexithymie je signifikantně spojena s depresí a také s úzkostí a to jak u klinické, tak i neklinické populace. Zejména u těžkých forem depresí se častěji vyskytuje také alexithymie. (Lipsanen, Saarijärvi, Lauerma, 2004, Honkalampi, Hintikka, Laukkanen, Lehtonen, Viinamäki, 2001, Saarijärvi, Salminen, Toikka, 2001, 2002) Souvislost alexithymie s negativním prožíváním byla potvrzena v mnoha studiích. Není však dosud dobře objasněno, zda alexithymie předchází vzniku deprese, nebo zda je tomu naopak a k rozvoji alexithymických rysů dochází až po rozvinutí depresivních příznaků. Některé výsledky ukázaly nevýznamnou změnu alexithymických rysů při současné redukci distresu (Honkalampi, Hintikka, Saarinen, Lehtonen, Viinamäki, 2000, in Taylor and Bagby, 2004) jiné vedly k signifikantním změnám, na jejichž základě se výzkumníci domnívají, že alexithymie by mohl být ovlivnitelný, na okolnostech závislý konstrukt, zejména u pacientů s depresí (Luminet, Bagby, Taylor, 2001, in Taylor and Bagby, 2004). U jiných onemocnění se nicméně alexithymie zdá jako poměrně trvalý rys, ale přes všechno výše uvedené se zdá, že vzájemné souvislosti jsou složitější a bude potřeba provést mnoho studií, aby byly všechny aspekty odhaleny.

2.4.5. Další duševní choroby a alexithymie

Alexithymie je dávana velmi často do souvislosti s některými typy onemocnění, zejména psychosomatického a také neurotického okruhu. Lumley, Stettner, Wehmer (1996, in Bach a Bach, 1996) ukázali, že alexithymie je signifikantně více spojena s okruhem somatoformních onemocnění, než s čistě somatickými potížemi. Tendence k somatizaci mohou být důsledkem potíží s identifikací pocitů. Mnoho duševně nemocných pacientů (i mimo alexithymické) prožívá různorodé pocity, které nejsou schopni dostatečně identifikovat a poté transformovat do smysluplnějšího prožitku. Naproti tomu potíže ve vyjadřování pocitů a externě orientovaný způsob myšlení se nejeví jako predikátor potíží. (Grabe, Spitzer, Freyberger, 2004)

Ve studiích s pacienty a pacientkami trpícími poruchami příjmu potravy byla taktéž prokázána souvislost s alexithymickými rysy. (Cochranová, 1993)

2.5. Typy alexithymie

Alexithymická typologie dle Toronto Alexithymia Scale (TAS), která rozděluje alexithymické rysy do tří hlavních kategorií:

- A. porucha/ problémy s identifikací vlastních pocitů, až neschopnost rozlišovat mezi jednotlivými emocemi
- B. problémy v deskripci pocitů, snížená schopnost/neschopnost popisovat a hovořit o vlastních pocitech
- C. externě orientovaný styl myšlení

Jiný možný pohled na alexithymickou problematiku představuje rozdělení na subtypy dle dotazníku BVAQ (in Nyklíček, Themoshok, Vingerhoets, 2004):

Alexithymie I. Typ

Jedinci spadající do tohoto typu mají problematické sociální vztahy. Jejich problémy vyplývají z omezené schopnosti dávat před druhými (možná i sami před sebou ?) najevo své emoce, okolí o nich soudí, že jsou neempatičtí, citově chladní, nezaujatí pro druhé a bez zájmu o své sociální prostředí. Jednoduše by tito lidé mohli být charakterizováni jako chladně racionální, přísně technické typy, které se snaží vše prožívat bez zbytečné emocionální investice. Snížená schopnost identifikace pocitů, také emocionálního prožitku, nedostatky v rozpoznávání a kognici emocí a také oslabenou schopnost fantazie – všechny oblasti jsou u nich v deficitu! Jejich obrannou strategií je projekce.

Alexithymie II. Typ

Naopak jedinci tohoto typu oslabené emocionální prožívání nemají, mají však oslabenou schopnost své pocity rozpoznávat. Své potíže často somatizují na nejrůznějších úrovních, těžko se orientují ve svých pocitech a jsou emočně nestabilní. Častěji mohou trpět psychiatrickými poruchami, jako jsou deprese, úzkosti, poruchy spánku. Mají nedostatečné copingové strategie, takže v situacích stresu, nebo vypětí reagují úzkostí, depresí či disociací (Moormann, Bermond, Albach, 2004, in Nyklíček a kol. 2004) Lidé spadající pod tento subtyp jsou nejvíce zatíženi stresovými událostmi, neboť své pocity prožívají, uvědomují si je, nedokáží se v nich však orientovat a mohou z nich mít obavy. Únik do somatiky je proto pro ně nejjednodušší obranou. Mívají nejvíce negativně

zasaženo své sebevědomí a sebehodnocení. Častěji tento typ nalezneme mezi ženami a dětmi, které mají ve své anamnéze sexuální zneužívání (Albach, Moormann, Bermond, 2004, in Procházka 2009)

Alexithymie III. Typ

Tento typ je charakterizován sníženou schopností prožívat emoce a také omezenou fantazijní schopností při dobře rozvinuté emocionální kognici. Předpokládá se, že tito lidé dokáží rozpoznávat a dobře se orientovat v emocích druhých, ale své vlastní emoce příliš neprožívají. Bývají tedy pro tyto své charakteristiky sociálně přijatelní. Citlivě dokáží reagovat na emocionální ladění druhých, ale mohou mít tendenci manipulovat s ostatními. Jsou orientováni na emoce druhých a ve vlastním případě reagují obrannou strategií represe. Je s podivem, že tyto mechanismy nevedou k rozvoji mnoha poruch, ale zřejmě je jejich emoční reaktivita natolik oslabena, že v nich pocitově vypjaté situace a prožitky vyvolávají pouze nepatrné chvění.

Lexithymie

Mohli bychom říci, že tento typ představuje jakýsi ideál. Má všechny uvedené složky dobře až velmi dobře rozvinuty. Prožívá kladný vztah ke světu a svým emocím se nebrání, díky úzkému vztahu ke svým emocím mívají dobrou emoční inteligenci a hodnotí sami sebe pozitivně. Pozitivní přístup mívají i ke druhým, jelikož se dobře orientují i v cizích pocitech, není to pro ně tedy ohrožující. V rámci lexithymického typu lze rozlišit ještě dva subtypy: ***Dramatický*** až teatrální typ, který má výborné schopnosti empatie. Druhý subtyp označován jako ***odchozí*** (Procházka, 2009, str. 37) je orientován více směrem ke družnosti, kolektivitě, než k předvádění se. To, co mají společné je však vynikající schopnost orientovat se a proplouvat v mezilidských interakcích.

Modals typ, který je možno také zařadit pod Lexithymii by mohl být vyložen jako plně přizpůsobený, průměrný, nevybočující. Všechny výše uvedené složky (emocionální reaktivita, schopnost fantazie, emocionální kognice) jsou průměrné úrovně. Jelikož je jakýmsi průměrem, nebývá většinou nijak nápadný. Může však mít tendenci k depresivnímu ladění.

2.6. Metody měření alexithymie

Způsoby zhodnocování alexithymie se vyvíjí už více než 30 let a zahrnují nesčetné množství výzkumů zkoumající jejich validitu. Možnosti měření sahají od klinických rozhovorů přes testování pomocí Rorschachovy metody, zkoumání verbální odezvy až po sebeposuzovací škály a objektivní výpovědi třetí osoby. (Lumley, Neely, Burger, 2007, Taylor & Bagby, 1988)

Existují tři metody založené na interviu. Sifneos (1973) uznal, že je nutné měřit alexithymii spolehlivě a vytvořil Beth Israel Hospital Questionnaire (BIQ). Po upravení se z něj stal 12-ti složkový dotazník, který se zaměřuje na zhodnocení emocionálního uvědomění a operacionálního myšlení.

Skupina vědců zabývajících se psychosomatickou problematikou vytvořila „Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research“ (DCPR) – diagnostická vodítka pro výzkum/zkoumání psychosomatiky. Obsahuje metodu strukturovaných rozhovorů vztahující se k nejrůznějším psychosomatickým problémům včetně alexithymie. Doposud není jasné, zda je DCPR dostatečně validní pro samostatné měření alexithymie bez dalších nástrojů, může však být užitečná jako orientační metoda.

Skupina dalších vědců z Toronta vytvořila set 24 položek využitelných pro rozhovor: Toronto Structured Interview for Alexithymia. Má čtyřfaktorovou strukturu a teprve se prokáže jeho použitelnost v praxi.

Jiným přístupem je měření alexithymie pomocí výpovědí terapeutů nebo blízkých osob o daném jedinci. 33 položkový Observer Alexithymia Scale (OAS) byl vytvořen pro zhodnocení výskytu uvedených znaků: nedostatek vhledu, zdrženlivost, somatizování, nedostatek humoru, rigidita. Tato nová metoda ještě nebyla plně prověřena, takže její validita je nejistá. Jelikož jsou však výpovědi třetích osob víceméně objektivní, dá se předpokládat i vysoká validita výsledků.

Také Rorschachův test a jiné projektivní techniky jako TAT může být použit pro zhodnocení jednotlivých deficitů jako nedostatek kreativity, schopnosti symbolizace, a samozřejmě zhodnocení afektů (Porcelli, 2007).

Zcela jiným přístupem je i možnost posouzení alexithymie pomocí verbální odpovědi na emočně vzrušivé situace. K tomu se používá Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS), kdy proband má za úkol vyjádřit se k 20 emočně náročným situacím. LEAS zhodnocuje schopnost rozlišovat, rozpoznávat emoce, zároveň také fyziologickou a mozkovou odezvu na emoční stimuly. LEAS kromě alexithymie může zhodnotit celou řadu

odlišných témat, přesto se zdá být vcelku validní (Lumley, Neely, Burger, 2007).

Sebevypovídající škály jsou však nejvíce využívanou metodou. Byla vytvořena 26 položková – později přepracovaná škála Toronto Alexithymia Scale (TAS, nyní TAS-20). TAS zachycuje: 1. neschopnost rozpoznávat pocity, 2. potíže v popisování pocitů a 3. externě orientované myšlení. Jedná se o nejvíce používanou metodu měření alexithymie, u které byla prokázána vnitřní stabilita, validita a reliabilita. (Bach and Bach, 1996 a jiní) Je to poměrně snadná a rychlá metoda, která přináší kýžené výsledky, neboť přesně ohraničuje alexithymii. Je také poměrně kulturně přenosnou metodou. (Taylor, Bagby, 2004)

Novější sebeposuzovací metodou je Bermond – Vorst Alexithymia Scale (BVAQ) (2001), která zahrnuje několik subškál korespondujících s TAS, 1. subškála analyzování (BVAQ) – externě orientovaný styl myšlení (TAS-20), 2. verbalizování (BVAQ) – obtíže v popisování pocitů (TAS-20), 3. identifikování (BVAQ) – potíže v identifikaci pocitů (TAS-20), další dvě subškály 4. emocionalizování (emocionalizing) a 5. fantazírování (fantasizing) jsou v BVAQ navíc a TAS-20 pro ně nemá alternativu. Subškála emocionalizování zachycuje rozsah, ve kterém jedinec je vzrušen emocionálními událostmi, subškála fantazírování ukazuje tendence člověka zažívat denní snění, imaginace a fantazie (Morera a kol., 2005).

3. Disociace

3.1. K pojmu disociace

Konstrukt disociace je v českém, ale i světovém povědomí mnohem lépe zakořeněný a známý, také obecně přijatý, než koncept alexithymie. O disociaci se mluví již déle než sto let, během té doby disociace prošla vývojem. Dnes však jistě ještě nejsou známy všechny spojitosti a i přes velký zájem odborné veřejnosti se jedná o problematiku popisovanou pouze minoritně, v běžné klinické praxi se takřka nevyskytující. Můžeme říci, že dnes se pojmu disociace užívá zejména v psychopatologickém kontextu k vymezení a popisu určitých poruch. To však není jediný možný úhel pohledu, na disociaci lze nahlížet i jinak. Nyní se pokusím tuto problematiku blíže rozvést a nastínit i jiná východiska než jen disociace = porucha.

3.2. Počátky teorie disociace

Je to právě Pierre Janet, který je pokládán za zakladatele a průkopníka disociativní teorie, jakožto také za průkopníka terapie posttraumatických a disociativních poruch. (Nerad, Neradová, 2005) Jeho práce také vedla pozdější odborníky k pohledu v souvislostech disociace a traumatu. Janet svůj koncept uvádí poprvé ve své práci *Psychologické automatismy* (Janet, 1890), jak uvádí Ptáček and Bob (2009). Zabýval se mimo jiné hysterií a hypnózou, zejména léčebným využitím hypnózy u hysterie a jiných poruch a byl ovlivněn Charcotem, který byl v té době již velmi známý a uznávaný lékař. Pro označení disociace používal tehdy pojem „*désagregation psychologique*“ (van der Hart, Friedman, 1989) Později se ale ujalo slovo disociace, které nahradilo původní Janetův výraz.

Janet se nejvíce zasloužil o popularitu a pozornost, která byla i později disociaci věnována, také on se ale opíral o práce svých předchůdců a současníků. K teorii disociace byly pro něj nejinspirativnější myšlenky Jacquese-Josepha Moreau (de Tours) (van der Hart, Friedman, 1989). Vycházel z knih: *O hašiši a mentálním odcizení* a *Psychologie chorob*. Nerad a Neradová (2005) ve svém příspěvku uvádějí, že Moreau (de Tours) používal pro jeden jev tři názvy: disoluce, dekompozice a desagregace, přičemž Janet

pokládal za nejuvýstižnější právě slovo *desagregace*, které pak nadále používal. Později byl jeho termín přeformulován do pojmu *disociace* a u něj se nadále zůstalo. Janetovo pojetí pak také ovlivnilo práci S. Freuda, C. G. Junga a dalších významných osobností té doby. Janet předpokládal, že široké spektrum somatických příznaků pramení právě v disociaci (Van der Hart a Friedman, 1989). Také se domníval, že symptomy hysterie jsou důsledkem nedostatečného množství psychické energie. Toto vede k projevům nevědomých traumatických odštěpených vzpomínek (Tolmunen, Honkalampi, Hintikka, Rissanen, Maaranen, Kylma, a kol., 2010). Od počátku byla disociace úzce spjata s výzkumem hypnózy, kterou se zabýval jak Janet, tak i mnoho jeho současníků, tehdy kapacit na poli rodící se psychiatrie.

3.2.1. Janet a Freud

Janet na svém konceptu pracoval v poměrně podobném období, když Freud rozvíjel svou teorii potlačení (*represe*). Jak uvádí ve své disertační práci Ptáček (2006), často se v odborné literatuře tyto dva pojmy dvou různých autorů zaměňují, nebo ztotožňují. Uvádí, že je to dáno jak historickými souvislostmi, tak i pojmovou souvstažností. Pro odlišení obou uvádí několik rozdílů:

První rozdíl souvisí se zdrojem jevu, kterému se subjekt snaží vyhnout. Potlačení je dle Steinberga (1995, in Ptáček and Bob, 2009) reakcí na intrapsychický konflikt, ale disociace se vztahuje zejména k událostem z vnějšího prostředí. Dokladem je souvislost s posttraumatickou stresovou poruchou.

Druhým rozdílem, jak uvádí Steinberg (in Ptáček and Bob, 2009) a také Frankel (1994) je předpoklad aktivity psyché v obranné strategii. Zatímco disociace představuje z větší části pasivní mechanismus, potlačení je naproti tomu aktivní způsob odstranění nechtěných, nevhodných či nepřijatelných obsahů (většinou libidinózního charakteru) z vědomé oblasti.

Třetím a pro klinickou práci velmi důležitým rozdílem je jak Ptáček & Bob (2009) dále navrhuje podstata obou mechanismů a také jejich komplexita. Při potlačení dochází k odsunutí určitých konkrétních obsahů z vědomí, zatímco proud vědomí a ostatní složky psyché nejsou nijak narušeny. Naopak u disociace vlivem traumatických zkušeností dochází, nebo může dojít k rozdělení, rozštěpení, fragmentaci *self*. Množství disociovaného materiálu není přesně ohraničeno, může se jednat o vcelku komplikované, komplexní obsahy.

3.3. Terminologické vymezení pojmu

Podíváme-li se na pojem disociace, mohl by být přeložen jako: „*rozpojení asociací, rozštěpení psychických souvislostí*“. (Ptáček, 2006, str. 20)

Například Janetovo pojetí disociace jako stavu, kdy dva mentální procesy nebo obsahy nejsou asociovány nebo integrovány. (Hilgard, 1974)

Podobně jednoduše definuje disociaci také Howell (2005, str. 18): „*disociace odkazuje na separaci mentálních či prožitkových obsahů, které by za normálních okolností měly být spojeny*.“ Dále uvádí, že slovo disociace má různé významy a zahrnuje jak fenomény, procesy, tak i okolnosti. Má adaptivní, ale také maladaptivní potenciál, může být také příčinou či následkem.

Jiná definice disociace zahrnuje zhroucení, selhání či narušení integrovaného fungování. Tyto skutečnosti mohou zahrnovat úlety, útěky do imaginárního, snového světa (například denní snění), změny ve vědomí (například stavy transu), změny v percepci (derealizace), činnost většího množství více či méně nezávislých proudů vědomí (nepoznatelné změny rychlosti při konverzaci zatímco něco upoutá naši pozornost), stejně jako fenomény, které jsou produktem některých složek osobnosti (amnésie). (Vermetten a kol., 2007)

3.4. Tři různé pohledy na disociaci podle Cardeny (1994)

- **Disociace jako existence nevědomých nebo neintegrováných mentálních modulů či systémů** – Pojem disociace je užíván k popisu polonezávislých mentálních modulů či systémů, které nejsou přístupny vědomí a/nebo nejsou integrovány do vědomí, paměti, identity, volního systému osoby.

V rámci tohoto přístupu ještě navrhuje rozlišit tři subkategorie:

A: Disociace jako absence vědomého uvědomování si právě probíhajících stimulů nebo chování.

B: Spoluexistence samostatných mentálních systémů nebo identit, které by měly být integrovány ve vědomí, paměti nebo identitě

C: Chování nebo percepce, které nejsou v souladu s introspektivní verbální

výpovědí osoby

- **Disociace jako alterace vědomí** - zahrnující poruchu spojení/ komunikace uvnitř self, nebo mezi self a okolím.
- **Disociace jako obranný mechanismus** – Tento koncept vznikl k vysvětlení fenoménů přítomných v běžném životě. Zejména v situacích nebezpečí nebo hrozby se aktivuje mechanismus disociace za účelem psychické ochrany integrity osobnosti. Jejím výsledkem pak může být například neorganická amnézie a jiné. (Cardena, 1994)

3.5. Disociace jako nepatologická adaptační funkce

Dnes je pohled na disociativní fenomenologii značně roztržštěn a někteří autoři se přiklánějí i k vysvětlení disociace jako obecného adaptačního mechanismu (Putnam, 1989). Zde je disociace ve funkci jakéhosi zvládacího (copingového) mechanismu, který chrání integritu osobnosti v situacích vážného ohrožení. Tím, že se oddělí obsahy, které pro psychiku nejsou přijatelné, se zabrání kolapsu celého systému. Zejména v situacích, kdy osoba nemá možnost úniku, ani přiměřené konfrontace, se lze předpokládat větší riziko výskytu těchto mechanismů. Také by se dalo předpokládat, že děti budou obecně náchylnější k disociativním projevům, ve vztahu k jejich schopnostem racionálního zdůvodňování.

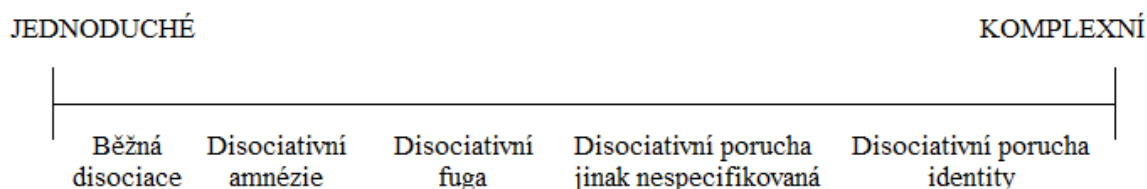
Při dlouhodobějším, nebo opakovaném vystavení traumatických situacích hrozí, že osoba tuto strategii postaví do popředí svých copingových mechanismů a disociace se stane hlavní či výlučnou metodou aplikovanou i v jiných situacích.

Dalším zajímavým bodem je vztah disociace a hypnózy, hypnability, který také zasahuje spíše do neklinického než do psychopatologického spektra. „*Disociace může být chápána jako kapacita, díky níž může být obohacen lidský život, stejně jako obrana*“ (Howell, 2005, str. 19). Disociace může být přítomná u příjemných tak i nepříjemných zážitků. Nebo například fenomén známý jako „dálniční hypnóza“ (highway hypnosis) – kdy si člověk, který jede po velmi známé trase na jejím konci uvědomí, že si samotnou cestu nepamatuje. Tento zážitek je také zachycen na škále DES.

Někteří autoři chápou disociativní fenomény také z hlediska disociativního kontinua (Ptáček, 2006, Braun, 1993, Putnam, 1989, Steinberg, 1995). Nebo také kontinua zdraví – psychopatologie. Rozpětí sahá od vcelku běžné, častěji vyskytující se fenomény,

kteře nejsou nijak závažné, až po relativně vzácné děje, které svou podstatou představují velmi závažnou patologii – například mnohočetnou poruchu osobnosti. (Putnam, 1989)

Ross (1997) navrhl jednoduché schéma třídění disociativních problematiky dle závažnosti – také jakási obdoba kontinua zdraví – patologie.



Podle tohoto schématu se postupuje zleva doprava, přičemž problematika stojící více vpravo je vždy závažnější. Disociativní porucha identity je tudíž nejzávažnější poruchou v daném spektru. Při jejím výskytu se již neuvádí žádná jiná z disociativního spektra nacházejícího se více levo.

Jakýsi rozšířený model představuje dvouosý model Cardeny (1994). Ten zohledňuje umístění na ose dle závažnosti (patologičnosti), druhou osou je předpokládaná příčina (psychologická či neurologická).

3.6. Disociace jako porucha

Disociace se v klinické, psychiatrické a psychologické praxi vžila natolik, že již dnes je celá problematika zahrnuta do Mezinárodní klasifikace nemocí - desáté revize (MKN-10, 1996), tak i do americké klasifikace DSM-IV (1994). V klinickém kontextu se o disociaci mluví zejména z hlediska psychopatologického. Specifikují je jako množinu příbuzných poruch. V MKN-10 tento soubor nalezneme pod označením disociativní (konverzní) poruchy F 44, do kterých spadá: disociativní amnézie, disociativní fuga, disociativní stupor, disociativní trans a stavy posedlosti, disociativní poruchy motoriky, disociativní křeče (psychogenní neepileptické záchvaty), disociativní poruchy citlivosti a poruchy senzorické, smíšené disociativní (konverzní) poruchy a jiné disociativní (konverzní) poruchy – mezi něž patří i Ganserův syndrom, mnohočetná porucha osobnosti, přechodné disociativní poruchy vyskytující se v dětství a v adolescenci, jiné specifikované disociativní poruchy a disociativní porucha nespecifikovaná.

Diagnostický manuál MKN-10 popisuje disociační poruchy jako v minulosti hysterické neurózy (Ptáček, 2006) Definují je jako: „*Úplnou ztrátu integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím vlastní identity, aktuálními pocity a kontrolou tělesných pohybů.*“ (MKN-10)

DSM-IV udává tyto následující:

- Disociativní amnézie
- Disociativní fuga
- Depersonalizační porucha
- Disociativní porucha identity
- Nespecifická disociativní porucha

Za základní symptomy jsou pokládány amnézie, depersonalizace, derealizace, zmatení identity, alterace identity. Neopomenutelnou součástí bývají také prožitky fragmentace self či oddělení vědomí od běžného fungování.

Mohlo by se zdát, že tento okruh poruch je dobře definován, ohraničen a vymezen, diagnostikování potíží tohoto druhu bývá často znesnadněno následujícími faktory (Steinberg, 1995):

- Přesah symptomů (souvislosti i s jinými poruchami)
- Různorodý obraz poruch
- Pacienti nejsou léčeni pro poruchu samotnou
- Vysoká komorbidita se závislostmi na návykových látkách
- Problémy s přesným označením a vymezením disociativních příznaků a odlišením od jiné psychopatologické problematiky

Disociace je zde definována jako: „*narušení obvykle integrovaných funkcí vědomí, paměti, identity nebo percepce prostředí*“ (Americká Psychiatrická Asociace, 1994).

Podobně Spiegel a Cardena (1991) definují disociaci jako „*strukturální separaci duševních procesů (např. myšlenek, emocí, konání, paměti a identity), které jsou obvykle integrovány.*“

Často jsou také zdůrazňovány právě nezávislost odštěpených částí – jejich relativní autonomie a také vysoká integrita těchto částí (Steinberg, 1995).

3.7. Neodisociativní teorie Hilgarda

Jedná se v současnosti o nejucelenější a nejuznávanější teorii disociace, která si

klade za cíl překročit rámec klinické symptomatologie a snaží se popsat, zhodnotit struktury, které se na tomto fenoménu mohou podílet. Sám autor teorie uvádí, že jeho inspirací byli Tolman, Lewin, Bartlett, Miechenbaum, Gilmore, Chomsky. Svou teorii Hilgard prezentoval poprvé v roce 1973 (Hilgard, 1994) – tehdy v souvislosti s hypnotickou redukcí bolesti, hypnotickou analgesií. Hypnóze se dále věnoval a v souvislosti s ní hovoří o fenoménu tzv. „*skrytého pozorovatele*“ (hidden observer)

Hilgard předpokládá existenci podřízených kognitivních systémů, kde každý z nich má určitý stupeň jednoty, přetrvávání a autonomie fungování. Tyto systémy spolu interagují, ale někdy, za určitých okolností, mohou být jeden od druhého izolovány. (Hilgard, 1994)

„Dalším předpokladem je existence určitého druhu hierarchické kontroly, která zajišťuje interakci nebo soutěž mezi těmito strukturami.“ (Hilgard, 1994, str. 38) Hilgard uvažuje, že v případě neexistence takového mechanismu výběru, bychom byli zaplaveni informacemi a selhala by selekce podnětů ve vědomí. Při přehlčení informacemi bychom nebyli schopni fungovat.

Posledním předpokladem je existence nadřazené monitorující a kontrolní struktury. Touto centrální kontrolní strukturou by dle Hilgarda mohlo být exekutivní ego. Sám však připouští, že tento předpoklad je do jisté míry problematický.

Na výzkumy Hilgarda navázal Kihlstrom, který se snaží neodisociativní teorii přiblížit moderní kognitivní psychologii, zejména interpretacím modelů paměti (Hilgard, 1994).

3.8. Disociace a trauma

Trauma je k disociaci, jak se ukázalo, velmi úzce vázáno. Traumatická disociace bývá vnímána jako druh disociace, která se objevuje následkem velkého traumatického distresu (Vermetten, 2007) Jak dále uvádí, disociace se v tomto kontextu může manifestovat jako symptom, jako proces nebo jako určitá osobnostní struktura. Projevuje se zejména u poruch vázaných na stres, akutní stresové poruchy, ***posttraumatické stresové poruchy*** a disociativních poruch.

Trauma bylo dáváno do souvislosti už od počátku výzkumu disociace (Bleuer a Freud 1893/2001, Janet, 1889/1898, vše in Vermetten, 2007), ale vztah mezi nimi nebyl přesněji vysvětlen. Později se však názory na vzájemné souvislosti obou oblastí začaly různit a nedošlo k přijetí nějaké obecně uznané platformy. Trauma bylo ponejvíce

zkoumáno v souvislostech velkých neštěstí nebo přírodních či společenských katastrof, už mnohem menší pozornost byla věnována zkoumání dětského zneužívání a výzkumu vazby (attachement), zejména poruchy vazby mezi matkou a dítětem.

V souvislosti s disociací byl pak nejvíce zkoumán syndrom CAN (Child Abuse and Neglect). Syndrom týraného, zneužívaného a/nebo zanedbávaného dítěte. (Chu, Dill, 1990) Tyto výzkumy potvrdily spojitost raného traumatu s výskytem disociace. Je nutné zmínit, že neexistuje přímá souvislost mezi zneužíváním, týráním a zanedbáváním a vznikem disociace. Prožité trauma může, ale nutně nemusí mít za následek vznik disociativních poruch, nemusí dokonce vyústit v žádnou patologii

Vermetten (2007) dále uvádí, že od počátku výzkumu disociace do dnešní podoby může být vztah mezi disociací a traumatem rozlišen do 4 kategorií, přičemž tato klasifikace je založena na interakci následujících faktorů: vystavení traumatickému stresu, struktura či organizace osobnosti a fenomén disociace.

První kategorie, disociace per se přičítá nulový vztah disociace a traumatu.

Druhá kategorie, strukturální disociace (disociace pojímaná jako určitý osobnostní rys či predispozice), disociativní fenomén, bez přiznání vlivu traumatu odkazuje na pohled, v rámci nějž se na disociaci nahlíží jako odvozující se od oddělení (disociace) osobnosti, ale stále nevnímá vztah mezi disociací a traumatem.

Třetí kategorie, trauma a disociativní symptomy se zabývá vztahem mezi traumatem a fenoménem disociace, ale nebere v úvahu disociativní strukturu osobnosti.

Čtvrtá kategorie, trauma, strukturální disociace a disociativní symptomy předpokládá, že traumatický stres může vést k oddělení, disociaci vědomí či osobnosti, která dává vzniknout disociativnímu fenoménu. V rámci této kategorie je disociace pojímána z úzkého úhlu pohledu.

Větší množství výzkumů potvrdilo, že trauma může vést k disociativním fenoménům, ale pouze málo studií se dosud zaměřilo na to, jakým způsobem dochází k jejich vzniku. Může to být zapříčiněno faktem, že moderní psychiatrické teorie předpokládají více příčin vzniku, než pouze jednu.

3.9. Teorie založená na výzkumech vazby (attachement)

Trauma bylo od počátku spojováno spíše s velkými, hromadnými neštěstími a

katastrofami, bylo realizováno mnoho výzkumů vojáků ve válkách. Avšak pozornost k běžnějším formám traumatizace - v domácím prostředí se obrátila až relativně nedávno. Výzkum raných vazeb mezi matkou a dítětem, jejich vzájemné vztahy a interakce, tedy zejména jejich narušení či špatné fungování nebo nefungování, se stal předpokladem pro vysvětlení mnohých problémů a poruch vyššího věku.

Fairbairn formuloval model, který předpokládá esenci self v objektových vztazích (vztahovost) (Howell, 2005). Formuloval libido jako sílu hledající objekty a člověka jako primárně objektově vztahového.

Lyons-Ruth (2003, in Howell, 2005) zjistil, že disorganizovaný vztahový model vazby představuje lepší předpoklad pro vytvoření disociace ve věku 19 let, než trauma.

Odborníci se domnívají, že disorganizovaný styl vazby vytváří u dětí hlavní zdroj vulnerability k reagování na traumatizující události psychopatologicky. (Lyons-Ruth and Jacobvitz, 1999, van Ijzendoorn a kol. 1999) Tato disorganizace má příčinu v genetických faktorech, jak se dnes zkoumá, ale také také ve zkušenosti rané výchovy. Tyto zkušenosti nezahrnují pouze zastrasování, zneužívání, které bylo již dříve uvedeno ve spojitost s disociací, ale také vystrašené chování rodičů s jejich vlastním nevyřešeným traumatem. Tedy nejen to, že rodiče uplatňují na děti nevhodné výchovné strategie, ale také jejich vlastní nezpracované negativní zkušenosti mají vliv na vývoj dítěte. Rodiče mají také tendence opakovat výchovný styl svých vlastních rodičů a to včetně chyb. Naopak organizovaný, jistý typ vazby se jeví jako protektivní faktor (Liotti, 1999).

3.10. Strukturální disociace

Psychopatologický model Van der Harta a kol. (2004), model strukturální disociace osobnosti. V jejich pojetí disociace představuje organizované oddělení částí osobnosti. *„Dva či více systémů fungování, které mohou být na různých stupních vypracovanosti, kde každý má „ své pojetí self (sense of self) nezáležíce na tom jak široce propracované“* (Van der Hart, 2004, str. 907, in Howell, 2005, str. 21) Van der Hart předpokládá, že ne vždy prožitky disociace, jako absorpce, změněné stavy, depersonalizace a derealizace zahrnují strukturální disociaci. (2004) Pokud nedochází k rozdělování, oddělování psychických struktur, jako například pozorující a zažívající ego (Howell, 2005), nelze je považovat za strukturální disociaci.

Van der Hart (2004) velmi dobře odlišuje ten typ disociace, který vede ke změnám v osobnosti a self.

Disociace jako proces nebo výsledek

Disociace může být nahlížena také z hlediska procesu a jeho efektu. (Howell, 2005) Disociace jako proces (tedy určitý fenomén jako například absorpce) může, nebo také nemusí mít strukturální efekt. Pak samotný efekt, výsledek je tímto strukturálním výstupem disociace. Disociativní proces tedy může, ale také nutně nemusí vést k výslednému disociačnímu efektu, jakým je například vznik mnohočetné poruchy osobnosti.

3.12. Disociace a alexithymie

Někteří odborníci si začali klást otázku, zda se jedná opravdu o dva nezávislé konstrukty, které mohou být popisovány, vnímány a měřeny odděleně, nebo zda se jedná o jeden konstrukt. Třetím možným úhlem pohledu je vidění těchto dvou konstruktů ve vzájemném vztahu. Jelikož jsou výsledky studií prozatím různorodé, nedá se přesně definovat vztah, jaký mezi sebou tyto dva teoretické moduly mají. Zejména díky multietologii se jejich vztah kombinuje a lze předpokládat, že u různých poruch se mohou vzájemné vztahy lišit. Alexithymie i disociace se velmi často vyskytují u somatických, somatoformních poruch. Alexithymie může vytvářet predispozice k pozdějšímu rozvinutí poruch, obzvláště psychosomatického spektra (Sifneos, 1972, 2000). Alexithymii často doprovází deprese, která je také projevem velké řady onemocnění jak somatického, tak psychického spektra. Pokud ale budeme onemocnění nahlížet z jeho eko-bio-psycho-sociálně spirituální podstaty, mohli bychom shrnout, že vlastně všechny nemoci jsou psycho-somatické, neboť choroba se projeví jak v tělesné stránce, tak psychické i sociální.

Výzkumy vztahu alexithymie a disociace prozatím nepřinesly žádné jednotné, obecně platné stanovisko, longitudiální výzkumy by však byly velmi potřebné (Sayar, Kose, Grabe, Topbas, 2005) Někteří autoři uvádějí, že mezi alexithymií a disociací není žádný vztah, že se jedná o dva různé koncepty (Wise, Mann, Sheridan, 2000, Tolmunen, Honkalampi, Hintikka, Risaanen, Maaranen, Kylma, a kol., 2010). Podle nich disociace zahrnuje změny ve vnímání sebe sama, ve vnímání self, kdežto alexithymie reprezentuje kognitivní stav externě orientovaného myšlení a potíže s identifikací a vyjádřením různých, odlišných emocí. (volně přeloženo z Wise, Mann, Sheridan, 2000, str. 123)

Jiní autoři (Lipsanen, Saarijarvi, Lauerma, 2004) se domnívají, že přestože se jedná

o rozdílné teoretické modely, alexithymie a disociace spolu korelují. Korelují také se somatizací a depresí. Ve výzkumech se opakovaně objevuje, že škála „ obtíže v identifikaci pocitů“ je úzce spojena s tendencí disociovat, může se tedy jednat o významný prediktivní faktor disociativních potíží. Elzinga, Bermond, van Dyck (2002) zjistili, že u neklinické skupiny disociace může znamenat způsob, jakým se tito lidé vyrovnávají se stresujícími událostmi, a tento copingový mechanismus je asociován s potížemi při identifikaci pocitů. Tento vztah byl částečně potencován stresem a v jejich výzkumu trauma nebylo předpokladem pro vytvoření disociativních poruch. Uvádí, že přichází v úvahu existence dvou typů disociace – 1. typ disociace vázaný na povahový rys osobnosti, který je asociován s náchylností k fantazírování a 2. typ disociace vázaný na traumatickou událost, který se mnohem častěji objevuje u klinické skupiny osob. Wise, Mann a Sheridan (2000) došli k závěru, že alexithymie jak patologická, tak nepatologická disociace má vazbu na alexithymii, ale z toho patologická má mnohem silnější vazbu, zejména subškály „potíže s identifikací pocitů“ a „potíže s vyjadřováním pocitů“ byly signifikantně vyšší.

3.13. Diagnostické nástroje měření disociace

Protože vzrůstá potřeba správně identifikovat a diagnostikovat disociativní poruchy, tříbí se i nástroje k jejich měření. Využívají se různé strategie, které bychom mohli rozdělit do čtyř skupin (Carlson and Armstrong, 1994):

- Některé speciální postupy zahrnuté do hodnocení pacientů s disociativní poruchou
- Použití sebevypovídajících škál k měření disociace
- Použití strukturovaného klinického rozhovoru
- Použití standartních psychologických testů a metod k hodnocení a diagnostice disociace

Použití sebevypovídajících škál

Od poloviny osmdesátých let 20. století vznikalo mnoho nástrojů, které vycházely ze sebevypovídajících škál a byly konstruovány za účelem měření disociace. Bohužel pouze DES (dissociative experiences scale) – škála disociativních zkušeností se nadále publikuje a vešla ve všeobecnou známost. DES, vytvořená autory Bernsteinová a Putnam, byla poprvé publikována v roce 1986. Jedná se o 28 – položkovou škálu, která se zaměřuje na frekvenci amnestických zážitků, mezery ve vědomí (v bdělosti – awareness),

depersonalizaci (narušení percepce sebe sama), derealizaci (narušení v percepci okolí, okolního prostředí), absorpci a imaginativní zahrnutí jedince (Bernstein and Putnam, in Carlson and Armstrong, 1994) Příkladem těchto prožitků uvedených v DES jsou například situace, kdy si subjekt nepamatuje, že vykonával některé činnosti, které ve skutečnosti opravdu vykonával (amnézie) (Carlson and Armstrong, 1994). Důležité je, že tyto události se nestaly pod vlivem alkoholu nebo jiných drog. Ukázalo se, že DES měří poměrně dobře fenomény disociace (Carlson and Armstrong, 1994), při posuzování diagnostických kritérií disociačních poruch je však potřeba opírat se o více zdrojů, výsledky DES nejsou dostačující.

Tvůrci DES (Bernstein a Putnam, 1986) uvádějí, že totální skóre DES někdy může znamenat něco jiného u různých lidí. DES skóre u neklinické populace odkazuje síše na tendenci k absorpci, imaginativnosti a dennímu snění. Jinak je tomu u psychiatrických pacientů, kde skóre DES vypovídá o disociativních procesech.

Vznikla ještě celá řada dotazníků k měření disociace, pouze málo z nich však vstoupilo v obecnější povědomí a našla své využití. Pro přehled můžeme zmínit: State Scale of Dissociation (SSD), Cambridge Depersonalization scale, Dissociation Questionnaire (DIS-Q) a další.

Existuje však také dotazník vytvořený k měření somatoformní disociace, jelikož většina dotazníků k měření disociace se zaměřuje na disociaci psychickou. Vytváří tak vhodnou doplňující metodu měření disociace, pomocí jejíchž výsledků můžeme dostat komplexnější obraz o probíhající disociaci. Nijenhuis (1996), jak uvádí ve své práci Ptáček (2006), pojímá disociaci v souvislosti s DSM-IV a domnívá se, že je potřeba zaměřit pozornost nejen k psychické disociaci, ale také k somatické, neboť ta má v badatelské tradici své místo. Vytvořil proto se svými kolegy dotazník zaměřený na somatoformní projevy disociace – Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). Dotazník je zaměřen na zhodnocení pozitivních (bolest určitého konkrétního místa na těle) a negativních (analgesie lokální či celková) disociačních projevů. Je však potřeba je pečlivě oddělit od lékařských organických, somatických nálezů, smíchání těchto příznaků dohromady by vedlo ke znehodnocení výsledků.

Použití strukturovaného klinického rozhovoru

Existují dva hlavní strukturované rozhovory a jeden polostrukturovaný pro posouzení disociativních poruch.

Steinberg (in Carlson and Armstrong, 1994) v roce 1985 vytvořil Strukturované Klinické Interview pro DSM-III (SCID-D - Structured Clinical Interview). Toto Interview bylo dále přepracovááno pro potřeby DSM-IV. Prokázalo vynikající reliabilitu a také schopnost rozlišovat mezi disociativními a nedisociativními pacienty. SCID-D při používání zkušenými klinickými odborníky prokáže existenci pěti disociativních symptomů: amnézie, depersonalizace, derealizace, zmatení identity a alterace identity. Může být také použito k diagnostikování pěti disociativních poruch: psychogenní amnézie, psychogenní fuga, depersonalizační porucha, mnohočetná porucha osobnosti, nespecifická disociativní porucha. Může být ale potíží v její aplikaci na evropský systém MN-10, který má odlišné kódování. Lze použít také variantu Mini-SCID-D.

Ros, Heber, Norton a Anderson publikovali v roce 1989 DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule). DDIS obsahuje 131 položek a zahrnuje mimo jiné fyzické a sexuální zneužívání v dětství, charakteristiky spojené s prožitým traumatem.

Použití standartních psychologických testů a metod

Klasické psychodiagnostické metody se uplatňovaly v posuzování jednotlivých případů a jejich generalizace je proto problematická. Rorschach nebo MMPI se využívají při diagnostice zejména mnohočetné poruchy osobnosti. Armstrong a Loewenstein (1990) v rámci Exnerova interpretačního rorschachovského systému vytvořili TCI (Traumatic Content Index – index traumatických obsahů) reprezentovaných obsahy: anatomie, krve, agresivních a morbidních odpovědí.

Metody zjišťování disociace lze také rozdělit podle jejich zaměření. Jelikož všechny dotazníky neměří přesně totéž, je potřeba kombinovat více metod. Samozřejmě nejhodnotnějším nástrojem je klinické interview, to je však také časově nejnáročnější. Můžeme tedy shrnout hlavní dotazníkové metody použitelné pro zjišťování disociace:

disociace psychická (nejčastěji měřena dotazníky DES, A – DES)

disociace somatoformní (měřena dotazníkem SDQ-20)

disociace emocí, která je reprezentována konstruktem alexithymie (nejčastěji měřena dotazníkem TAS-20) (Ptáček, 2006).

4. Selfkoncept

4.1. Definice

V současnosti se k sebepojetí vyjadřuje mnoho autorů v sociální psychologii a psychologii osobnosti a jejich definice se vzájemně liší. Určitý přehled definic sebepojetí shrnuje ve svých pracích Marek Blatný (1993, 2001, 2003). Uvedeme zde některé z nich:

„Sebepojem je složitým konstruktem implikujícím kognitivní strukturu, ač ne výlučně, pozůstávající z verbálně nebo sémanticky zakódovaných generalizací, do nichž se integrují nové údaje a snad také pro subjekt specificky důležité behaviorální vzorky. Tato zevšeobecnění zahrnují vlastnosti, schopnosti, vědomosti, hodnoty, postoje a sociální role, všechno, čím se subjekt definuje a zhodnocuje. Jsou to především ty charakteristiky, které považuje za sebeprofilující, a na nich závisí, jak bude s jakoukoli personální informací naloženo.“ (Papica, 1985, str. 19, cit. Blatný, 2001, str. 7)

Sebepojetí (self-concept) může být snadno definováno jako vidění nebo mentální reprezentace sebe. Jiná vyjádření jsou také běžná, např. „vnímané Já (percieved self)“ nebo „sebeobraz (self-image).“ (Van der Werff, 1990, str. 33, cit. Blatný, 2001, str. 7)

Blatný (2001, str. 9) pak shrnuje, že: *„sebepojetí je mentální reprezentace Já uložená v paměti jako znalostní struktura, která se utváří v procesu interakce jedince s prostředím, především sociálním. Je faktorem psychické regulace chování a slouží jako nástroj orientace a stabilizátor činnosti. Má složku kognitivní (obsah a struktura), emoční (vztah k sobě a sebehodnocení) a konativní (motivační a seberegulační funkce). Z hlediska procesu utváření a funkce sebepojetí v osobnosti je zároveň produktem i činitelem mediujícím intra- i interpersonální procesy.“*

Můžeme zmínit i definici Williama Jamese, ten sebepojetí definuje jako: *„sumu všeho, co člověk může nazvat svým vlastním“* (Blatný a Plháková, 2003, str. 95)

4.2. Různá pojetí Já: Já, self, sebesystém, sebepojetí

Pro Balcara (1991) je sebepojetí obrazem Já a dodává, že *„stejně jako činné Já je i obraz Já stále přítomen v prožívání a má tam svou jednotící úlohu.“* (Balcar, 1991, str. 155)

Macek (1997) používá pojem sebesystém a sebepojetí považuje za kognitivní obsah

či strukturu. Papica (1983) také používá pojem sebesystém a ten odlišuje od sebeuvědomění, které charakterizuje jako: „*souhrn psychických procesů, jejichž prostřednictvím si subjekt uvědomuje sebe jako zdroj činnosti.*“ (Papica, 1983, str. 133)

Blatný (2003) naopak „*self*“ překládá jako „*Já*“ či „*Jáství*“ a ztotožňuje jej také s pojmem „*sebepojetí*“.

Smékal (2004) používá souhrnné označení „*Jáství*“.

4.3. Dvojakost, dualita Jáství

První vědecké úvahy o Jáství a sebepojetí se většinou vztahují ke jménu Williama Jamese, který se později stal i zakladatelem psychologie Já. Jamese napsal zásadní publikaci: *The principles of Psychology* (1890), která ovlivnila na dlouhá léta směřování psychologie a pomohla nastínit některé otázky dalšího výzkumu. On sám ve své práci rozlišil pro Já dva pojmy „*I*“ a „*Me*“ (Řehan, 1992) a nastínil tak možnost duálního chápání vědomí člověka (Blatný, Osecká, Macek, 1993).

Já poznávající - „*I*“ - tento pojem W. James vyhradil pro součást Já, kterou je možno popsat: Já jako činitel nebo také činné Já (*self-as-knower*) (Blatný, Osecká, Macek, 1993). Podmětne Já, uvědomující si samo sebe (Macek, 1997). W. James v rámci činného Já navíc odlišil tři součásti: 1. materiální Já – zahrnující vnímání vlastního těla i světa hmotných statků jako například oděvy, bydlení, automobil a statusové symboly, 2. sociální Já – vztahující se k našim interpersonálním relacím a vztahům s okolím, přáteli, rodinou, 3. duchovní Já-obsahující systém norem, hodnot, etických a mravních zásad a dalších. (Blatný a Plháková, 2003)

Já poznávané - „*Me*“ - je pak: „*Já jako předmět vlastního poznávání*“ (Macek, 1997, str. 183), Já jako subjekt hodnocení (*self-as-known*). (Macek, 1997, str. 183) Balcar (1991, str. 152) dále doplňuje: „*Lidské vědomí je tedy zakotveno dvojím vztahem: má svůj předmět (vědomí čeho) a také podmět (čí vědomí).*“

Někteří autoři hovoří v souvislosti s Já také o Egu (Říčan, 1972) jakožto psychické struktuře, kterou definoval a dále rozvinul S. Freud ve svých pracích. Ego je od té doby ústředním pojmem psychoanalytických autorů (například práce A. Freudové *Ego a obranné mechanismy*, 2005)

Je však zřejmé, že jakékoli dělení je vhodné pouze pro potřeby studia a výkladu, ale ve skutečnosti se obě části vzájemně doplňují a existují v neoddělitelném vztahu. Nelze

proto zkoumat pouze jednu modalitu bez druhé, jakékoli snahy o popis pouze jednotlivé součásti se mine cílem. Také je potřeba zmínit, že při úvahách o sebepojetí je třeba mít na paměti, že se jedná zejména o hypotetický konstrukt, který pomáhá lépe popsat a vysvětlit chování a člověka. V realitě bychom jeho zakotvení těžko hledali. (Shavelson, Hubner a Stanton, 1976, In Blatný a Plháková, 2003)

4.4. Některé teoretické konstrukty Já

4.4.1. Sociologizující pojetí a symboličtí interkcionisté - C.D.Cooley, G.H.Mead

Oproti psychoanalytickým autorům, kteří se později zaměřili spíše na oblast patologie self - například Heinz Kohut věnující se teorii narcismu a možnostem léčby narcistické poruchy osobnosti (Siegel, 1996) - se tyto přiklonili k výkladu utváření a stabilizace Já skrze sociální situace a sociální vztahy. Tito dva teoretici byli první, kdo zaměřil svou pozornost k mezilidským vztahům jako předpokladu pro vytváření identity vztahované k rolím. (Segal a Blatt, 1993) Pojali Já jako sociální konstrukt, který je výsledkem mezilidských interakcí a utváří se zejména prostřednictvím používání jazyka. (Blatný a Plháková, 2003)

C. D. Cooley už v roce 1902 pojem Já obohatil o přívlastek „zrcadlové Já“ (looking-glass self). V krátkosti lze shrnout, že se Cooley domníval, že v průběhu dospívání mají pro jedince vrstevníci, rodina a okolí funkci i jakéhosi zrcadla, které odráží, dává zpětnou vazbu o tom, jak se člověk vztahuje ke světu a jak na druhé působí. V průběhu socializace si člověk tyto signály zvnitřňuje a pomocí nich se pak vztahuje sám k sobě. Každý člověk tyto zpětné vazby zpracovává a utváří si tak trvalejší „představu sebe“ (self-idea) (Blatný a Plháková, 2003)

G. H. Mead – navázal na práce Cooleyho a rozvinul dále teorii o utváření Já prostřednictvím jazyka. Podle něj lidé reagují spíše na generalizované, větší skupiny významných osob (zavedl také pojem „generalizovaný druhý“ - generalized other), než na pouhé jednotlivce. Vytvořené Já je pak představa o tom, jak my sami si myslíme, že nás vnímají, hodnotí a myslí o nás druzí lidé a zejména ti, na jejichž mínění nám záleží (tzv. significant others) (Mead, 1934, in Macek, 1997)

4.4.2. Současný pohled

V současnosti se ve výzkumu Já hovoří zejména o „multifacetové, hierarchicky uspořádané struktuře a dynamice fungování v závislosti jak na tzv. Já motivech, tak na situačním kontextu“ (Bandura, 1999, Harter, 1996, Markus a Wurf, 1987, in Blatný a Plháková, 2003, str. 97)

Multifacetové pojetí – Termínem multifacetové pojetí je vyjádřena skutečnost, že sebepojetí je tvořeno řadou dílčích **mentálních reprezentací Já**, označovaných různými autory jako percepce, schémata či prototypy, které tvoří ucelený systém, nebo (strukturovaný) prostor významů vztahovaných k Já (Blatný a Plháková, 2003, str. 97).

Hierarchické uspořádání – Tento pohled na sebepojetí vychází z prací CH. D. Cooleyho, G. H. Meada a modernějších autorů jako například A. Bandury. V jejich pohledu se sebepojetí konsteluje na základě kontaktu se sociálním okolím, důsledkem učení, sociálního srovnávání, ale také na základě vlastních introspektivních závěrů při pozorování sebe sama při různých příležitostech a aktivitách. Sebepojetí v tomto kontextu tedy představuje výsledek, či proces generalizace poznatků o své osobě, přičemž tyto poznatky jsou hierarchicky uspořádány a tvoří ucelený systém. (Blatný a Plháková, 2003)

Dynamické sebepojetí – Kromě již dvou zmíněných konceptů se rozvíjí dynamické pojetí sebepojetí, jelikož to má nejen svou strukturální stránku, ale také dynamickou. Markus a Wurf, 1987 (in Blatný a Plháková, 2003) přijali koncepci tzv. aktivovaného sebepojetí, která předpokládá, že v různých situacích se vždy aktivuje nějaká z mentálních reprezentací Já a ta zaujme ústřední postavení v systému sebepojetí.

Sebepojetí jako Jáský systém – Již od dob W. Jamese se hovoří o duálním charakteru Já a jeho rozdělení na objekt a subjekt činnosti. Moderní sociální psychologie sice tyto kategorie respektuje, pojímá však Já spíše jako vzájemnou propojenost a neoddělitelnou interakci obou částí. Dělení na dvě samostatné kategorie Já považují někteří odborníci (Bandura, 1999) za bezpředmětné. V rámci tohoto pohledu Blatný (2003) preferuje pojem „Jáský systém“ (self-system) a píše o něm, že: „*zahrnuje jak procesuální, tak strukturální stránku Jáství a dynamiku jejich vzájemného ovlivňování.*“ Macek (1997) používá pro český překlad pojem „sebesystém“ a termín sebepojetí vymezuje pro kognitivní složku sebesystému.

4.5. Činné Já a jeho charakteristiky

Říčan (1972, str. 289) popisuje vnitřní Já jako „*jádro osobnosti*“ a uvádí, že Já se jeví jako nositel vůle, nositel citu, Já se podle něj jeví také jako subjekt myšlení a smyslového vnímání, Já je jediné a totožné v čase. Dalším hlavním aspektem je, že Já si lidé představují uvnitř těla. Macek také (1997) hovoří o Jáské zkušenosti, která se vyznačuje zejména subjektivitou a jedinečností. Hovoří ale také o hlavních charakteristikách činného Já, kterými jsou selektivní vědomí, pozornost a souvztažnost s pamětí. Znamená to, že lidé selektivně významněji hodnotí situace, které se nějakým způsobem vztahují k nim stejně, jako významněji reagují na prezentaci svého jména, než jména cizího. Brehmová a Kassin (1989, in Macek, 1997) uvádějí jako příklad tzv. „coctail party phenomenon“.

Blatný (2003) shodně s Mackem (1997) přičítají velkou váhu vztahu mezi Já a pamětí, které od sebe nelze oddělit a dokonce bývají označovány za totožné. Oba uvádějí tři způsoby, jakými činné Já podle Greenwalda ovlivňuje průběh paměťových procesů:

Sebeprodukční efekt (self-generation effect), který je možné vysvětlit tak, že člověk si lépe uchovává v paměti obsahy, situace, fakta, které sám aktivně vyprodukoval či na jejichž vývoji se podílel než ty, které jen pasivně přijal.

Sebe-vztažný efekt (self-reference effect), který vypovídá o obecné schopnosti člověka zapamatovat si lépe obsah vztahující se k jeho Já, než jakýkoli jiný obsah.

Sebezapojující efekt (ego-involvement effect) odkazuje na fakt, že lidé si lépe pamatují neukončení úkoly, než hotové.

Z uvedeného je zřejmé, že paměť má velmi významný vztah k Já a také člověk si selektivně uchovává v mnohem větší míře informace vztahující se nějakým způsobem k jeho Já.

4.6. Já jako objekt vlastní reflexe

Proces získávání vlastního vztahu k sobě je velmi náročný a zdoluhavý proces, během nějž vstupují do interakce nejrůznější vlivy. Schopnost odlišit své vlastní Já od okolního neJá je však také jednou ze základních charakteristik Jáství. Macek (1997) vycházející z myšlenek Greenových (1986, in Macek, 1997) vidí čtyři hlavní procesy, které se podílejí na utváření vztahu k sobě. 1. fenoménem „zrcadlového Já“ popsany Cooleym,

jak již bylo uvedeno výše, 2. pomocí sociálního srovnávání, 3. přijímáním sociálních rolí a 4. percepcí sociální odlišnosti.

4.6.1. Aspekty Sebeпоjetí

4.6.1.1. Kognitivní složka

Kognitivní složku, kterou Macek (1997) nazývá sebeпоjetí, lze rozlišit na část týkající se obsahu a struktury.

Obsah sebeпоjetí

Sebeпоjetí je v tomto kontextu natolik široký pojem, že je téměř nemožné přesně vymezit, co všechno tento pojem v sobě skrývá a obsahuje. Lze položit velmi jednoduchou otázku - „*Kdo jsem*“ a můžeme na ni obdržet nesčetné množství odpovědí. Vlastně vše, co víme, nebo se o sobě domýšlíme je obsahem našeho sebeпоjetí. Naše obsahová stránka také po celý život narůstá na objemu, jelikož o sobě v procesu socializace získáváme stále nové informace.

Struktura sebeпоjetí

S obsahovou stránkou úzce souvisí i strukturace sebeпоjetí. Jak uvádí Blatný (2001) dnes se hovoří o několika vlivných teoriích organizace sebeпоjetí. Jsou jimi: teorie Já jako systému kognitivních schémat navržená H. Markusovou (1977, 1980, in Blatný, 2001), koncepce Já jako prototypu (Kihlstrom a Cantor, 1984 in Blatný, 2001), dále Já jako hierarchické kategoriální struktury (Rogers, 1981, in Blatný, 2001) a jako asociativního systému (Bower a Gillian, 1979, in Blatný, 2001)

kognitivní schémata – „*Schéma je obecný pojem pro mentální strukturu určenou pro kódování a reprezentování informací*“ (Segal a Blatt, 1993, str. 11) Každý člověk má těchto schémat mnoho a jsou vytvořeny na základě zobecňování informací a poznatků o své osobě, přičemž velkou roli hraje právě systém opakování podobných zážitků a hodnocení. Sebe-schéma pak může být definováno jako: „*kognitivní generalizace poznatků o sobě odvozených z minulé zkušenosti, která organizuje a vede zpracovávání informací vztahujících se k Já obsažených v sociálních zážitcích jednotlivce.*“ (Markus, 1977, str. 63, cit. Segal a Blatt, 1993, str. 11)

prototypy – Pojetí Já jako prototypu vychází z předpokladů Kihlstroma a Cantora (1984, in Blatný a Plháková, 2003). Jak Blatný (2003, str. 107) uvádí: „*prototypické pojetí Já*

vychází ze dvou předpokladů – že každý akt percepce je současně aktem kategorizace, tedy vytvářením pojmu, a že pojem Já uložený v paměti jako struktura znalostí je svou povahou podobný ostatním pojmům, které si člověk vytváří o svém sociálním a fyzikálním světě.“

4.6.1.2. Emocionální složka sebepojetí - sebehodnocení

Přestože sebehodnotící složka je velmi významnou součástí Já, je těžké ji přesně vymezit. Každé sebehodnocení se vztahuje k nějaké situaci, nějakému prožitku (přicházejícímu at' už z vnějšího prostředí, nebo z vnitřního prožívání, který lze nejjednodušeji rozdělit na aspekty + s pozitivním nábojem a – s negativním nábojem. Blatný (2003, str. 115) popisuje sebehodnocení jako „*představu sebe z hlediska vlastní kompetence*“ Jelikož se sebepojetí vytváří na základě sociálních interakcí, jeho složky jsou pak výsledky sociálního srovnávání (Markus a Wurf, 1987, Suls a Sanders, 1982, in Blatný a Plháková, 2003). Při samotné konstelaci sebehodnocení mají nejvýznamnější roli mínění tzv. „*significant others*“ (významní druzí)

Sebediskrepační teorie

Higgins (1987) navrhl koncept, ve kterém začal rozlišovat ideální Já (ideal self) a požadované Já (ought self). Ideální já tvoří soubor představ o tom, jací bychom si v ideálním případě přáli být, jsou to konkrétní přání, naše směřování. Oproti tomu požadované Já je souborem charakteristik, které my se domníváme, že bychom měli mít. Zdrojem požadovaného Já jsou povinnosti, úkoly a závazky, které nemusejí pramenit z našeho vnitřního přesvědčení. Pokud jsou rozdíly (diskrepance) mezi ideálním a požadovaným velká, má to za následek snižování pozitivního sebehodnocení. Můžeme srovnat s Rogersem a jeho teorií ideálního a aktuálního Já a techniku Q-třídění.

K sebehodnocení lze přidat i pojmy jako: vědomí vlastní hodnoty (self-worth), sebepřijetí (sebeakceptace). Na závěr můžeme zmínit, že „*uvědomění si vlastní hodnoty nede k důrazu na přání být také uznáván druhými. Na straně druhé, kdo si sám sebe tolik necení, nevidí ani dosažení sociální prestiže jako důležitou osobní perspektivu*“ (Macek, 1994, str. 502).

Je to zejména emocionální složka sebepojetí, sebevědomí a sebehodnocení, které má vztah k problematice uvedené v dřívějších kapitolách. Lze velmi dobře předpokládat, že to, jak člověk hodnotí sám sebe v různých oblastech svého působení (tělesná stránka,

intelekt, interpersonální vztahy) se bude velkou měrou podílet i na celkové spokojenosti. Na druhou stranu lidé mající alexithymické potíže mohou mít s realizací pozitivních interpersonálních vztahů potíže. Stejně tak by lidé trpící psychosomatickými obtížemi mohli hodnotit své „tělesné Já“ negativně, jelikož jejich somatické potíže jim brání v mnohých realizacích svých přání, tužeb a záměrů.

4.6.1.3. Konativní složka

– **seberegulace** (Blatný a Plháková, 2003), **sebe prezentace** (Macek, 1997)

Je poslední, ale nedílnou částí našeho Já a vyjadřuje způsob, jakým dáváme najevo obsahy kognitivní a emocionální složky, které jsme si zvnitřnili. Právě konativní složky Já se stává hlavním zdrojem regulace a modulace chování.

Mark Snyder formuloval velmi vlivnou teorii sebemonitorování. Na základě svých výzkumů došel k faktu, že lidé přizpůsobují a obměňují své chování a pro vysvětlení tohoto faktu navrhl právě teorii sebemonitorování (self-monitoring), která předpokládá, že lidé neustále sami sebe sledují, monitorují své chování a své reakce. Lidé se však mezi sebou liší právě v úrovni svého sebemonitorování a lidé, kteří vykazují vyšší míru jsou zároveň situačně citlivější, více proto přizpůsobují své chování dané situaci. (Blatný, 2001)

Sebe prezentace, jak konativní složku popisuje Macek (1997) tedy rozhodně není rigidní a může nabývat dle situace nejrůznějších podob. Sebe prezentace také není vždy uvědomovaná, z velké části funguje nevědomě.

Výzkumná část

5.Vymezení výzkumného problému a cílů výzkumu

5.1. Výzkumný problém

Ve výzkumné části se pozornost zaměřuje na problematiku alexithymie, disociace a self-konceptu u psychosomatických pacientů. Míru výskytu uvedené problematiky zjišťuji pomocí dotazníků běžně používaných pro jejich diagnostiku. Alexithymie je posuzována dle výsledků TAS-20, disociace dvěma dotazníky, z nichž jeden je zaměřen na somatoformní disociaci (SDQ-20) a druhý na psychickou disociaci (DES). Pro zkoumání selfkonceptu byl vybrán dotazník TSCS:2, který je v americkém prostředí velice populární, bohužel však nemá české normy, proto jej lze interpretovat jen s nejvyšší opatrností, i přesto jsem jej do své práce zařadila, budu pracovat zejména s jeho hlavním skóre.

Souvislosti alexithymie, disociace a self byly již zkoumány, ale jak je uvedeno v teoretické části, východiska autorů jsou velmi různá. Panuje sice všeobecný názor o nezávislosti konstruktů alexithymie a projevů disociace, zároveň se však ukazuje, že spolu nějakým způsobem souvisí. Zajímavé je také sledovat, jestli se objeví zvláštnosti self-konceptu u osob s vyšší mírou alexithymie nebo také disociace nebo psychosomatickými potížemi.

V posledních letech se intenzivně začíná zkoumat, jaký může mít alexithymie podíl či vliv na psychosomatických či psychických onemocněních. Jak již bylo uvedeno v teoretické části, zjistila se souvislost s depresí, s posttraumatickou stresovou poruchou (Krystal, 1992) a jinými potížemi. Problematické zvládnutí vlastních pocitů a neschopnost se ve svých pocitech adekvátně vyznat tedy může mít za následek rozvinutí nejrůznějších obtíží. Zasazení do kontextu psychosomatiky se pak jeví jako logické východisko, neboť lze předpokládat, že lidé s psychosomatickými potížemi mohou mít potíže s uvědomováním a vyjadřováním svých emocí, také mohou ve zvýšené míře užívat obranné strategie disociace v psychopatologicky méně závažné formě. Zároveň se však vynořují velká úskalí, neboť oblast psychosomatiky je stále vymezena velmi vágně a různí autoři pojmají tuto problematiku různě. Od tradičních psychosomatických onemocnění tak, jak je formuloval Franz Alexander, až po pojetí, které předpokládá vliv psychické stránky na každém onemocnění – tedy obecně choroba či jakákoli nedostačivost jako psychosomatický fenomén.

Uvádí se, že osoby trpící psychosomatickými potížemi ovládají méně strategií zvládání stresu, nebo rigidně používají strategie maladaptivní (Poněšický, 2002). Uvést tedy alexithymii, disociaci a self do kontextu schopností zvládat stres by mohlo přinést zajímavé zjištění, proto jsem zařadila mezi metody také dotazník zaměřený na strategie zvládání stresu, i když zvládání stresu není obsaženo v teoretické části práce. Budu vycházet zejména z jeho dvou hlavních výsledků, celkových pozitivních a celkových negativních strategií.

5.2. Cíle výzkumu

Objasnit míru výskytu alexithymie pomocí dotazníku TAS-20 a to u zkoumaných psychosomatických pacientů a u studentů vysoké školy oboru psychologie Univerzity Palackého v Olomouci (dále jen UP). Zároveň vyhodnotit self-koncept pomocí dotazníku TSCS:2 u zkoumaných osob a porovnat výsledky mezi oběma soubory. Dalším cílem je prozkoumat výskyt disociace u obou souborů a to disociace psychické (zkoumané dotazníkem DES) a také disociace somatoformní (a to dotazníkem SDQ-20). Dalším dílčím cílem je u zkoumaných osob zhodnotit strategie zvládání stresu pomocí dotazníku SVF-78.

6.Hypotézy

H1: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách dotazníku TAS-20 (zjišťující alexithymii) u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

H2: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách subškály DIF dotazníku TAS-20 (zjišťující alexithymii) u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

H3: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách subškály DDT dotazníku TAS-20 (zjišťující alexithymii) u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

H4: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách dotazníku SDQ-20 (zjišťující somatoformní disociaci) u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

H5: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách dotazníku DES (zjišťující psychickou disociaci) u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

H6: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách TOT škály dotazníku TSCS:2 (mapující self-koncept) u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

H7: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách celkových pozitivních strategií zvládnání stresu (POZ) dotazníku SVF:78 u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

H8: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách celkových negativních strategií zvládnání stresu (NEG) dotazníku SVF:78 u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

Doplňujícím úkolem této je zjistit, zda existuje souvislost mezi výskytem alexithymie (Měřeným TAS-20) a disociace (měřeným SDQ-20 a DES) u psychosomatických pacientů. A také zjistit jiné významné souvislosti zkoumaných jevů.

7. Výzkumný soubor

Rozhodla jsem se porovnávat mezi sebou dvě skupiny. Do své práce jsem tedy zařadila dva soubory. První soubor lze nazvat výzkumným a druhý kontrolním souborem.

První soubor

První soubor tvoří osoby s některou z okruhu psychosomatických obtíží. Z teoretické části práce vyplývá, že oblast psychosomatických chorob či psychosomatické problematiky je velice rozsáhlá a ne příliš pevně ohraničená. Další její charakteristika je, že neexistuje žádný obecně platný a přijímaný manuál, jak psychosomatickou problematiku diagnostikovat. Diagnostikují se pouze dílčí poruchy zařazené v MKN-10 či DSM-IV, ale chybí možnost pevného stanovení psychosomatické problematika Ano/Ne. Přesto mým požadavkem bylo, aby psychosomatické potíže u konkrétních poruch byly evidentní, stály v popředí jejich problémů. U lidí trpících psychosomatickými potížemi však tradičně nacházíme většinou více problémů, které stojí v popředí, ne pouze jeden. Pokud bych tedy chtěla psychosomatické pacienty více třídit podle diagnóz, narazila bych na problém, že se jednotlivé oblasti výskytu chorob překrývají a nakonec bych dostala opět jeden celek. Mým úkolem však bylo z okruhu psychosomatických obtíží vyřadit ty, kteří trpí zároveň závažnými obtížemi jiného druhu, jako například těžší formy deprese, psychózy, závislosti, poruchy osobnosti, nebo závažné somatické onemocnění, které by mohly negativně ovlivnit výsledek šetření.

První soubor jsem tedy vybrala na základě studia odborné literatury, ze které vyplývá, že právě u lidí s psychosomatickými potížemi se vyskytují zkoumané fenomény alexithymie a disociace signifikantně častěji. Zároveň jejich symptomatologie předpokládá, že budou ovládat méně pozitivních strategií zvládat stres, nebo také celkově méně funkčních copingových strategií a jejich self bude nějakým způsobem narušené, podhodnocené, jejich sebehodnota bude nižší, než u zdravé populace, a to z mnoha důvodů.

Druhý soubor

Druhým souborem jsou vysokoškolští studenti psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci (dále jen UP v Olomouci). U těchto studentů předpokládám, že se jedná o vcelku relativně zdravou populaci, proto se budou umět lépe orientovat ve svých emocích. Předpokládám také, že se u nich nebude vyskytovat disociace ať už psychická (měřená DES) nebo somatoformní (měřená SDQ-20). Předpokládám také, že tito studenti budou umět lépe zvládat stres, budou mít více copingových strategií protože studium vysoké školy je náročné z hlediska míry stresu a klade na jedince nároky na jeho zvládnání, například u zkoušek. Tento soubor jsem si vybrala také pro jeho dobrou dostupnost. (Je/není student psychologie na UP Palackého) Je však problematické určit, zda se i u studentů nevyskytují nějaké psychosomatické potíže. Zejména pro obrovskou variabilitu psychosomatických obtíží není možné postihnout všechny symptomy a také není vždy možné s naprostou jistotou určit etiologii potíží. Do vzorku jsem proto zařadila probandy/probandky, kteří udali, že se neléčí s žádnými obtížemi u somatického lékaře, na psychiatrii ani nenavštěvují pravidelně psychologa.

7.1. Metody výběru výzkumných vzorků

Metoda výběru prvního (výzkumného) vzorku

Podle odhadů autorů tvoří psychosomatictí pacienti zhruba okolo 20% všech návštěvníků zdravotnických zařízení (Morschitzky, Sator, 2007, Tress, Krusse, Ott, 2008). To je poměrně velké číslo, pokud budeme odhady odborníků brát vážně. Jelikož však psychosomatika postrádá ucelenější rámec, diagnostika psychosomatiky, nebo také určení psychosomatické etiologie potíží je poměrně obtížné. Dalším faktorem znesnadňujícím orientaci v problematice je také to, že samotný pojem psychosomatika není zařazen v diagnostických a statistických manuálech jako je MKN-10 či DSM-IV, psychosomatická příčina potíží pacientů se tedy vždy pouze předpokládá, ale explicitně se nevyjadřuje, neuvádí. Dalším problémem z toho vyplývajícím je to, že každý odborník může chápat psychosomatický okruh velmi odlišně, v širším či užším smyslu. Zde odkazuji na teoretickou část, ve které jsou popsány různé možnosti pohledu, které se vzájemně liší.

Všechny výše uvedené faktory se podílely na ztížené možnosti výběru vzorku psychosomatických pacientů. Prvním problémem, se kterým jsem se potýkala, bylo samotné vymezení okruhu psychosomatických poruch či potíží, které budu sledovat a které do výzkumu zařadím. Poté jsem se setkala s dalším problémem, neboť mnou vymezená skupina pacientů se jevila jako naprosto nedosažitelná. Zaměřila jsem se tedy na pacienty s psychiatrickou anamnézou (to znamená, že jsou nebo byli léčeni psychiatrem či psychiatry ať již ambulantně či na pobytových zařízeních). Tito pacienti splňovali kritéria: trpí převážně psychosomatickými potížemi (psychosomatické potíže u těchto pacientů tvoří těžiště jejich zdravotních problémů), ale nemají přidružené potíže jiného psychiatrického okruhu, pouze občasně vyskytující se úzkostné poruchy. Kritériem pro mě tedy bylo, že osoba je vedena u lékaře - psychiatra a zároveň v popředí jsou problémy psychosomatického rázu. Tato kritéria také pomohla vyřadit z výzkumu, ty, kteří měli navíc jiné obtíže, neboť psychiatr měl vše uvedené v anamnéze a proto mohl ihned říci, zda není v pozadí i jiný problém.

Oslovila jsem mnoho zařízení i ambulancí a několik velmi ochotných z nich se rozhodlo mi v mé žádosti vyhovět a umožnilo mi sesbírat potřebná data. Zde je uvádím: MUDr. Michal Kryl z psychotherapeutického oddělení psychiatrické léčebny ve Šternberku, Mgr. Martina Mahrová z oddělení 17D psychiatrické léčebny v Opavě, doc. MUDr. Libuše Stárková, Csc., která pracuje v soukromé ambulanci v Olomouci, MUDr. Ladislav Chvála z Institutu skupinové terapie v Liberci, MUDr. Konečný a MUDr. Dagmar Humenská z psychiatrického oddělení nemocnice v Ostrově nad Ohří a také MUDr. Krejčová ze soukromé psychosomatické ambulance u Vojenské nemocnice v Praze. Všechny uvedené lůžkové oddělení či ambulance jsem vybrala se zřetelem na jejich zaměření, jedná se o oddělení či ambulance pro léčbu lehčích psychiatrických případů, zaměřené spíše na neurotický okruh potíží, poruchy související se stresem, poruchy příjmu potravy, vzácněji úzkostně-depresivní poruchy a podobně. Některé zařízení dokonce jsou profilována na internetu jako psychosomatická pracoviště.

Předem jsem se s nimi dohodla na konkrétní podobě spolupráce a společně jsme vymezili okruh psychosomatických obtíží. Z tohoto okruhu pak lékaři a psychologové vybírali vhodné osoby.

Metoda výběru druhého (kontrolního) vzorku

Studenty psychologie UP v Olomouci jsem vybírala na základě jejich dostupnosti a také ochoty studentů zúčastnit se výzkumu. Předpokládám, že studenti tvoří poměrně zdravou populaci, i když je potřeba v jednotlivých případech toto tvrzení ověřit. Ty, kteří souhlasili se svou účastí na výzkumu, jsem před vyplněním dotazníků požádala, aby uvedli všechny své choroby a také, zda se pro některé z nich léčí u lékaře nebo jestli navštěvují psychologa. Na základě uvedených údajů jsem pak vyřadila ty subjekty, kteří potenciálně mohli mít nějaké psychosomatické potíže (v diplomové práci nebyl prostor pro zjišťování etiologie potíží, proto bylo jednodušší preventivně vyřadit ty osoby, které by mohly trpět na některé z psychosomatických chorob či potíží). Věřím, že studenti odpovídali pravdivě a že nezamlčovali důležité informace. Vzhledem k tomu, že jsem jako druhý soubor vybrala vysokoškolské studenty a studentky (dále jen studenti), nebylo možné vzorek studentů věkově vyvážit s vzorkem psychosomatických pacientů.

Zároveň však kvůli relativní nedostupnosti (pro účely této práce) psychosomatických pacientů nebylo možno je vyvážit z hlediska jejich pohlaví.

Tab č. 1. Základní údaje o zkoumaném vzorku psychosomatických pacientů

		Vzdělání		Věk	
Pohlaví		ZŠ	4	Průměr	37,394
Muži	9	SŠ	13	Medián	39
Ženy	24	SOU	4	Max	57
Celkem	33	VOŠ	2	Min	18
		VŠ	10	SD	12,397

5 osob – poruchy příjmu potravy, 15 osob – přetrvávající somatoformní bolestivá porucha, 13 – bolestivé poruchy někdy v kombinaci s poruchami spánku a únavovými syndromy.

Tab č. 2. Základní údaje o zkoumaném vzorku studentů psychologie UP v Olomouci

		Věk	
Pohlaví		Průměr	20,303
Muži	8	Medián	20
Ženy	25	Max	25
Celkem	33	Min	19
		SD	1,489

8. Metodologický rámec

8.1. Typ výzkumu

Výzkum je vytvořen dle vzoru pro kvantitativní přístup. Alexithymie a disociace, stejně tak i self-koncept se tradičně zjišťují kvantitativními – dotazníkovými- metodami. Je samozřejmě možno posuzovat tyto jevy i pomocí rozhovorů, ale toto klade velké nároky na examinátora, zejména na jeho znalosti a zkušenosti, také je tento typ výzkumu časově velmi náročný. Proto bude sběr dat, jakožto i vyhodnocování a analýza dat probíhat podle kritérií pro kvantitativní přístup k výzkumu. Jedná se o explorační výzkum, jelikož v současné době není k dispozici dostatek relevantních dat, které by mapovaly problematiku alexithymie, disociace a self v souvislosti s psychosomatickými obtížemi. Výzkumem disociace u nás se dlouhodobě zabývá Bob (2000, 2003) spolu s Ptáčkem (2001, 2009).

Jádro celého výzkumu tvoří sběr výše uvedených dotazníkových metod, které vyplnili lidé z obou výzkumných vzorků, které jsem si zvolila. Výstupem je porovnání výsledků obou skupin mezi sebou a potvrzení H či H_0 .

8.2. Použité metody sběru dat

Sběr dat probíhal pomocí dotazníků, které osoby po obdržení příslušných instrukcí vyplňovaly samostatně. Dále jsou uvedeny všechny použité metody.

Měření alexithymie

TAS-20 – Toronto Alexithymia Scale – 20

Jedná se v současnosti o nejpoužívanější metodu měření míry alexithymie. Byla sestavena Taylorem, Bagbym a Parkerem v roce 1992 (Ptáček, 2006). Původní verze z roku 1985 vytvořená Bagbym, Parkerem a Taylorem obsahovala 26 položek, nynější, přepracovaná verze však obsahuje 20 položek uložených na pětibodové Likertově škále. Pět položek (4, 5, 10, 18, 19) má inverzní skórování a maximální dosažitelný počet bodů je 100. Kritické hodnoty pro posouzení míry alexithymie jsou:

- **méně nebo rovno 51 bodů** – nejsou patrné známky alexithymie
- **52- 60 bodů** – možnost, nebo pravděpodobnost alexithymie
- **nad 60 bodů** – alexithymie je téměř jistá

Dotazník TAS-20 se skládá ze tří základních faktorů, nebo také subškál:

DIF obtíže v identifikaci pocitů

DDT potíže s vyjadřováním pocitů

EOT externě orientovaný styl myšlení

Jak uvádí Ptáček (2006, str. 104) „*tyto tři faktory i celkový skór TAS-20 doposud vykazaly uspokojivou vnitřní konzistenci, test-retestovou reliabilitu jak u neklinické, tak u klinické populace.*“ Vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa = 0.81) a test-retestová reliabilita (0.77, $p < 0,01$) (Bagby, Parker a Taylor, 1994).

Měření disociace

DES – Dissociative Experiences Scale

Je sebesposuzovací metodou určenou ke zjišťování disociace. Jak uvádí Ptáček (2006), pojetí této metody vychází z DSM-III a kritérií patologických procesů rozpracovaných J. Nemiahem v roce 1981. DES zachycuje: alteraci identity jako důsledek disociativní reakce a poruchy paměti jedince v průběhu disociativních stavů. Je potřeba podotknout, že DES je také koncipován na základě výkladu disociace jako určitého kontinua od méně závažných až po velmi závažné děje, proto se odpovědi značí na úsečce dlouhé 100 mm na otázky, v jakém procentu času se u nich určitá zkušenost objevuje.

Celkový počet položek dotazníku je 28. Pro vyhodnocení se změří délky vyznačených úseček jednotlivých odpovědí (v mm), všechny údaje se pak sečtou a vydělí celkovým počtem otázek (28). Pozitivní nález je pak stanoven od **hranice 20 a výše**, u osob, u kterých předpokládáme například alexithymii je vhodné por větší jistotu výsledků tuto hranici posunout **na hodnotu 30** a výše. Pro dodržení objektivitu dotazníku je důležité, aby osoby dodržely instrukce napsané v záhlaví dotazníku a uváděly stupeň svých zkušeností, aniž byli pod vlivem alkoholu nebo drog.

Jak uvádí Ptáček (2006), reliabilita a validita původní anglické verze byla potvrzena v několika nezávislých studiích. Fritzholtz a kol. (1990 in Ptáček, 2006) uvádí Cronbachovo alfa 0.95 ($p < 0,0001$)

Ptáček (2006) dále uvádí, že z výzkumů zaměřených na faktorovou analýzu DES vyplývá, že byly sice nalezeny tři základní faktory tohoto dotazníku, později se však objevily nejasnosti ve statistickém zpracování těchto výzkumů a spolehlivě byl zjištěn pouze jeden faktor. Diskutuje se tedy o možnosti existence subškál, které by zpřesnily údaje zjištěné metodou DES.

Somatoform Dissociation Questionnaire – SDQ-20

Jedná se o ne tolik rozšířenou metodu měření disociace, zato však velmi přínosnou, jelikož postihuje (na rozdíl od většiny metod zjišťujících disociaci) disociaci somatickou, somatoformní. Nijenhuis (1996) uvádí, že zaměřovat se pouze na disociace psychickou je nekomplexní, je potřeba hodnotit také disociaci somatickou, neboť i příznaky disociace jsou jak psychického, tak somatického rázu. Proto vytvořil doplňující dotazník Somatoform Dissociation Questionnaire, který má za cíl zpřesnit a zkvalitnit diagnostiku disociace. Může být proto vhodným doplňkem více rozšířené metody DES.

Jak již napovídá název, dotazník obsahuje 20 položek založených také na Likertově pětibodové škále od 1- neodpovídá to mým zkušenostem a pocitům až do 5- velmi dobře odpovídá (podobně jako TAS-20) a nejvyšší dosažitelný počet bodů je 100. Vyhodnocení probíhá jednoduše sečtením všech bodů a pozitivní nález se hodnotí od **počtu bodů 30** a výše. Ptáček (2006, str. 100) uvádí poznámku, že „ klient by měl být také v souvislosti s vyšetřením dotázan, zda tělesné pocity, které uvádí v dotazníku, byly někdy spojovány s tělesnou nemocí.“ Tyto souvislosti by pak z celkového skóru měly být vyloučeny. Absence tohoto upřesňujícího dotazování může vést ke zkreslení výsledků tohoto dotazníku a

nadhodnocení jeho hodnot.

Psychometrické charakteristiky testu

Nijenhuis (1996) pro vnitřní konzistenci udává Cronbachovo alfa 0.95 a jiné studie (Putnam, 1997, in Ptáček, 2006) ukazují na uspokojivou reliabilitu a validitu dotazníku SDQ-20.

Selfkoncept

Tennessee Self-Concept Scale: Second Edition – TSCS:2

Fitts začal na TSCS pracovat už v roce 1955 a poprvé byl tento sebesuzující dotazník vydán roku 1965. Poté byly provedeny některé úpravy a v roce 1988 byl TSCS vydán s první edicí. Nyní je od roku 1996 k dispozici druhá edice škály self-konceptu TSCS:2, která je doplněná o validizační subškálu INC (Inconsistent Responding – Nekonzistentní odpovědi) a také o subškálu složky sebepojetí pojmenované ACA (Academic/Work – vztah ke škole a práci). Tato metoda byla vytvořena v USA a dosud nebyly pro tuto škálu vytvořeny České normy. Jedná se však o velmi spolehlivou a hodnotnou metodu, proto jsem ji zařadila i s vědomím, že interpretaci výsledků lze provádět jen velmi opatrně.

TSCS:2 je škála určená k měření některých základních charakteristik sebepojetí jedince. Obsahuje 82 položek založených na Likertově škále a bodové hodnoty se pohybují od 1- není to pravda, 2- částečně to není pravda, 3- částečně pravda a částečně lež, 4- částečně je pravda, do 5- je to pravda. Osoby své odpovědi kroužkují v zadání podle toho, zda s tvrzením souhlasí či nikoli. Vyhodnocení je poněkud složitější, neboť některé odpovědi se mají inverzní bodování a dotazník obsahuje více subškál, proto je potřeba použít vyhodnocovací listy a manuál. Ze sečtených hodnot se zjistí hrubý skór, který se převádí na T-skór, nebo také percentil. Norma se pohybuje mezi 40-60 T-skóru a v manuálu jsou uvedeny charakteristiky hodnot v normě, také hodnoty nad a pod normou pro každou subškálu.

TSCS:2 zjišťuje zejména tzv. TOT skór (Total Self-Concept), který je dle autorů (Fitts, Warren, 1996) nejdůležitějším skórem v celém dotazníku. Zhodnocuje selfkoncept jedince a souvisí se sebevědomím a odráží stav celkového sebehodnocení.

Test mimo jiné také obsahuje 4 škály validity: inkonzistence v odpovědích (nová), sebekritičnost, lži skór a distribuci.

Tab. č. 3. Nejdůležitější subškály sebepojetí TSCS:2

1	Physical Self – Concept (PHY)	Tato škála reprezentuje, jak daná osoba vnímá své tělo, své zdraví, svůj fyzický vzhled, schopnosti a sexualitu.
2	Moral Self – Concept (MOR)	Tato subškála zhodnocuje self z morálně-etických hledisek, vypovídá o tom, zda se osoba cítí jako dobrý nebo zlý člověk.
3	Personal Self – Concept (PER)	Personální selfkoncept vypovídá o tom, jak osoba vnímá svou hodnotu, zda se cítí dostatečně kompetentní, adekvátní osobou.
4	Family Self – Concept (FAM)	Subškála FAM ukazuje, zda se jedinec cítí být plnohodnotným členem rodiny a zda má v rodině dostatečnou váhu.
5	Social Self – Concept (SOC)	Zaměřuje se stejně jako předchozí FAM na to, jak se člověk vnímá ve vztahu k druhým.
6	Academic/ Work Self – Concept (ACA)	ACA skór hodnotí člověka ve školních či pracovních situacích a také, jak je druhými v těchto situacích viděn.

Psychometrické charakteristiky testu.

Jelikož není Tennessee Self-Concept Scale úplně novou metodou a také prošla několika úpravami, lze předpokládat, že bude vykazovat dobré psychometrické charakteristiky. Reliabilita byla zjišťována pomocí: metody vnitřní konzistence a test-retestu. Vnitřní konzistence se pohybuje v rozmezí 0.73 do 0.92 (medián 0.80) pro různé subtesty. Test-retestová reliabilita vyšla v rozmezí

0.47 (pro škálu inkonzistentních odpovědí) po 0.82 (totální, celkový skór selfkonceptu) (medián 0.76). Fitts, Warren (1996) dále popisují validitu TSCS:2, konstrukční, obsahovou, aktuální, diskriminační. Docházejí k závěrům, že metoda přináší velmi uspokojivé výsledky.

Zvládání stresu

Strategie zvládání stresu - SVF:78

Inventář SVF:78 je zaměřen na zjišťování postupů, které osoba používá ke zvládání stresových, nepříjemných či rozrušujících situací. SVF:78 je zkrácenou verzí dotazníku SVF a sestavili jej Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová (1997, 2002 in Janke a Erdmannová, 2003) a jedná se o vícedimenzionální sebezpozorovací inventář zachycující individuální způsoby reagování na stres. Inventář obsahuje 13 subtestů, viz tab. č. 4, mimoto dotazník zachycuje pozitivní a negativní strategie zvládání stresu. Pozitivní strategie (POZ) se vztahují k subtestům 1-7, negativní (NEG) k subtestům 10-13. Subtesty 8. Potřeba sociální opory a 9. Vyhýbání se najsou v těchto kategoriích zahrnuty, jelikož se dle autorů vyskytují pouze zřídka. Pozitivní strategie mohou být ještě pro doplnění rozčleněny na 3 podkategorie, pozitivní 1 (POZ 1), pozitivní 2 (POZ 2) a pozitivní 3 (POZ 3). S těmito ale nebude v této práci počítáno.

Tab. č. 4. Popis subtestů dotazníku SVF 78

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

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

lze zadávat jednotlivě, ale i skupinově. SVF 78 obsahuje 78 položek umístěných na Likertově škále bodované od 0 (vůbec ne) do 4 (velmi pravděpodobně). Vyhodnocení probíhá zapisováním bodů do vyhodnocovacího listu, ze kterého zjistíme hrubý skóre pro každý subtest. Ten je potřeba převést pomocí tabulek na T-skóre, který se zaznamená do testového profilu. Přitom je potřeba zhodnotit pohlaví zkoumané osoby.

Autoři uvádějí, že inventář má vysokou reliabilitu kolem 0.80, ale přesto je potřeba interpretovat výsledky opatrně a v kontextu celého vyšetření, tak i s přihlédnutím na ostatní subtesty. Jiné psychometrické údaje dotazníku byly měřeny metodou půlení (vnitřní konzistence a reliabilita) a hodnoty byly vyšší než 0.80, z části dokonce 0.90 (Janke a Erdmannová, 2003). Byla také provedena faktorová analýza, na jejímž základě bylo zjištěno 5 základních faktorů.

8.3. Administrace metod

Pokud to bylo možné, zadávala jsem dotazníky osobně, v ostatních případech jsem se dohodla na podmínkách a s instrukcemi jsem dotazníky zanechala lékařům, kteří je předali vybraným osobám a opět si je od nich vybrali.

Po svém souhlasu s účastí na výzkumu byli subjekti v krátkosti seznámeni s účelem výzkumu a způsobem vyplňování dotazníků. Bylo jim sděleno, že dotazníky jsou anonymní, také jim bylo sděleno, že mají uvést pouze své pohlaví a věk (u psychosomatických pacientů navíc dosažené vzdělání). Diagnózu, či stručné shrnutí psychosomatických potíží jsem zjistila předem od lékařů či psychologů. Ve Šternberku jsem se také s primářem MUDr. Krylem dohodla, že dám pacientům podepsat mnou vytvořený informovaný souhlas. Ten je přiložen jako příloha č. 2.

Celkový počet stran dotazníků byl 10, doba vyplnění všech stran dotazníků byla u jednotlivých osob značně individuální, pohybovala se od zhruba 30 minut až po necelé 2 hodiny. Některé osoby vyplňovaly dotazníky i po částech, protože jim připadalo zadání velmi dlouhé. U kontrolní skupiny jsem s vyplňováním nezaznamenala žádný problém. Délka dotazníků hrála velmi významnou roli při spolupráci s lékaři i pacienty. Mnohokrát jsem se setkala s odpovědí, že dotazníky jsou příliš dlouhé, a to také následně vedlo k odmítnutí spolupráce jak ze strany zdravotnických pracovníků, tak ze strany samotných psychosomatických pacientů. Musím zhodnotit, že samotní pacienti (ambulantní, ale i lůžkoví!) nemají přílišnou motivaci zapojit se do výzkumu, tak i personál bývá natolik

vytížen, že nemá o spolupráci zájem.

Sběr dat probíhal od října 2010 do března 2011.

8.4. Metody analýzy dat

Analýzu dat jsem prováděla pomocí počítačového programu microsoft Excel 2007 a Statistica. Postupovala jsem podle pokynů uvedených ve skriptech Evy Reiterové (2003, 2007). Výsledky popisné statistiky výsledků jednotlivých testů u obou skupin jsou uvedeny pro větší přehlednost až v přílohách, v textu dále následují výsledky analýzy rozptylu a korelace.

9. Výsledky testových metod

Výsledky popisné statistiky jednotlivých metod provedené pomocí programu Excel jsou přiloženy jako příloha č. 1, v příloze jsou také uvedeny výsledky hrubých skóreů jednotlivých testů (příloha č. 8). Zde uvádím výsledky dalších výpočtů.

9.1. Výsledky výpočtů

Nejprve jsem ověřila normalitu rozložení pomocí Shapiro-Wilk. testu a zjistila jsem, že vychází nenormální rozložení, tzn. odlišné od Gaussovy křivky. Proto bylo potřeba k dalším výpočtům použít neparametrické metody. Rozhodla jsem se použít Mann-Whitneyův test. Počítala jsem s hrubými skóre, jelikož tyto výsledky mohou být přesnější, a také z důvodu absence českých norem k dotazníku TSCS:2. Převedení do T skóreů by mohlo pozměnit výsledky jednotlivých osob.

r.....míra účinku, vychází v záporných hodnotách

AUC.....uvádí, s jakou pravděpodobností bude mít jedinec z první skupiny vyšší hodnotu, než jedinec z druhé skupiny

Výsledky výpočtů Mann-Whitneyova testu

Tab č. 5. TAS-20

	U	Z	p	Průměr	Medián 1. skupiny	Medián 2. skupiny	r	AUC
Celkové	187	-4,59	<0,001	53,67	53	39	-0,56	0,83
DIF	219,5	-4,18	<0,001	19,39	20	12	-0,51	0,80
DDF	308	-3,04	<0,01	13,61	13	10	-0,37	0,72
EOT	284	-3,35	<0,001	20,67	22	17	-0,41	0,74

Z tabulky č. 5 vychází, že nejen celkové skóre TAS-20 (U=187, p <0,001), ale i škála DIF (U=219,5, p <0,001), DDF (U=308, p <0,01) a EOT (U=284, p <0,001) vykazují velmi vysoce signifikantní rozdíly v obou skupinách.

Tab č. 6. SDQ-20 a DES

	U	Z	p	Průměr	Medián 1. skupiny	Medián 2. skupiny	r	AUC
SDQ-20	235,5	-3,98	<0,001	34,21	29	22	-0,49	0,78
DES	372,5	-2,21	0,03	14,03	11,68	5,93	-0,27	0,66

Z šesté tabulky vyplývá, že i ve výsledcích somatoformní disociace (U=235,5, p <0,001) a disociace psychické (U=372,5, p =0,03) jsou rozdíly v naměřených hodnotách mezi skupinami vysoce statisticky významné.

Tab č. 7. SVF:78 celkové strategie pozitivní (POZ) a celkové strategie negativní (NEG)

	U	Z	p	Průměr	Medián 1. skupiny	Medián 2. skupiny	r	AUC
POZ	461	-1,07	0,29	11,44	11,71	12,57	-0,13	0,42
NEG	271	-3,51	<0,001	14,33	14,33	10,67	-0,43	0,75

Výsledky testu SVF:78 jsou nejednotné. Rozdíly v dosažených hodnotách jednotlivých skupin v pozitivních strategiích zvládání stresu vycházejí statisticky

nevýznamné ($U = 461$, $p = 0,29$), ale rozdíly v negativních strategiích zvládání stresu vyšly velmi vysoce statisticky signifikantní ($U = 271$, $p < 0,001$).

Tab č. 8. Výsledky TSCS:2, hlavního skóru TOT

	U	Z	p	Průměr	Medián 1. skupiny	Medián 2. skupiny	r	AUC
TOT	141,5	-5,17	<0,001	238,70	239	297	-0,64	0,13

Dle tabulky č. 8 jsou také výsledky rozdílů naměřených hodnot hlavního skóru dotazníku TSCS:2 vyjadřujícího stav sebehodnocení jedince velmi vysoce statisticky významné ($U=141,5$, $p < 0,001$).

Výsledky korelací

Rozhodla jsem se použít i korelace, abych zjistila vzájemné souvislosti mezi jednotlivými jevy, testy a jejich hlavními skóry. Pro zjištění míry souvislostí mezi různými proměnnými jsem použila Spearmanovu korelaci (ρ) pro pořadové hodnoty. Zde jsou výsledné údaje.

ρ Spearmanův korelační koeficient

Tab č. 9. Korelace mezi alexithymií a disociací (hodnotami dotazníku TAS-20 a dotazníky SDQ-20 a DES)

	SDQ-20	p	DES	p
TAS-20 celkový	0,490	<0,001	0,398	0,001
TAS-20 DIF	0,596	<0,001	0,393	0,001
TAS-20 DDF	0,365	0,003	0,376	0,002
TAS-20 EOT	0,117	0,349	0,156	0,211

Vyšla velmi vysoce signifikantní korelace mezi celkovým skóre alexithymie a skóre somatoformní ($\rho = 0,490$, $p < 0,001$), také psychické ($\rho = 0,398$, $p = 0,001$) disociace. Dále také vyšly velmi vysoce signifikantní korelace mezi škálou DIF a somatoformní ($\rho = 0,596$, $p < 0,001$) i psychickou ($\rho = 0,393$, $p = 0,001$) disociací, také na škále DDF vyšly vysoce signifikantní korelace se somatoformní ($\rho = 0,365$, $p = 0,003$) a psychickou ($\rho = 0,376$, $p = 0,002$) disociací. Pouze na subškále EOT nevyšly dle očekávání signifikantní korelace ani u psychické ($\rho = 0,156$, $p = 0,211$) ani u somatoformní ($\rho = 0,117$, $p = 0,349$) disociace.

Tab č. 10. Korelace mezi alexithymií, strategiemi zvládnání stresu a selfkonceptem (hodnotami dotazníku TAS-20 a hlavními faktory dotazníků SVF:78 a TSCS:2)

	SVF:78 POZ	p	SVF:78 NEG	p	TSCS:2 TOT	p
TAS-20 celkový	-0,309	0,011	0,457	<0,001	-0,568	<0,001
TAS-20 DIF	-0,330	0,007	0,472	<0,001	-0,610	<0,001
TAS-20 DDF	-0,282	0,022	0,353	0,004	-0,482	<0,001
TAS-20 EOT	-0,147	0,240	0,249	0,044	-0,242	0,05

Pro celková skóre alexithymie vyšla korelace s pozitivními strategiemi zvládnání stresu signifikantně negativní ($\rho = -0,309$, $p = 0,011$), s negativními strategiemi zvládnání stresu vyšla korelace velmi vysoce signifikantně pozitivní ($\rho = 0,457$, $p < 0,001$), velmi vysoce signifikantní, ale negativní korelace vyšla také ve vztahu k hlavnímu skóru TSCS:2 ($\rho = -0,568$, $p < 0,001$). Podobně signifikantní vztahy vyšly také v subškálách DIF a DDF, pouze u škály EOT jsou výsledky nejednoznačné.

Tab č. 11. Korelace mezi psychickou a somatoformní disociací (hodnotami dotazníků SDQ-20 a DES)

	DES	p
SDQ-20	0,452	<0,001

Bylo ověřeno, že výsledky obou testů zjišťujících míru disociace spolu vzájemně úzce souvisejí ($\rho = 0,452$, $p < 0,001$), jejich vzájemná korelace je velmi vysoce signifikantní.

Tab č. 12. Korelace mezi disociací a strategiemi zvládnání stresu (hodnotami dotazníků SDQ-20, DES a SVF:78 POZ, NEG)

	SVF:78 POZ	p	SVF:78 NEG	p
SDQ-20	-0,205	0,099	0,371	0,001
DES	-0,300	0,014	0,117	0,350

Mezi dotazníky zjišťujícími disociaci a strategiemi zvládnání stresu korelace nejsou celkově statisticky významné. Vyšší míra souvislosti je mezi výsledky SDQ-20 a negativními strategiemi ($\rho = 0,371$, $p = 0,001$), a naopak záporná korelace mezi výsledky DES a pozitivními strategiemi ($\rho = -0,300$, $p = 0,014$).

Tab č. 13. Korelace mezi disociací a selfkonceptem (hodnotami dotazníků SDQ-20, DES a TSCS:2)

	TSCS:2 TOT	p
SDQ-20	-0,559	<0,001
DES	-0,482	<0,001

Z výsledků tabulky č. 13 je patrné, že existuje velmi vysoce signifikantní negativní korelace mezi disociací a sebehodnocením. Pro somatoformní disociaci vyšly hodnoty ($\rho = -0,559$, $p < 0,001$) a pro psychickou ($\rho = -0,482$, $p < 0,001$). Z uvedeného je patrné, že disociace velmi negativně ovlivňuje celkové sebehodnocení a sebevědomí.

Tab č. 14. Korelace mezi strategiemi zvládnání stresu a selfkonceptem (hodnotami dotazníku SVF:78, POZ, NEG a hodnotami hlavního skóru dotazníku TSCS:2)

	TSCS:2 TOT	p
POZ	0,470	<0,001
NEG	-0,479	<0,001

Existuje velmi silná spojitost mezi strategiemi zvládnání stresu a sebehodnocením. Pozitivní strategie velmi významně souvisí s vyššími hodnotami sebehodnocení ($\rho = 0,470$, $p < 0,001$), naopak negativní strategie negativně korelují se sebehodnocením ($\rho = -0,479$, $p < 0,001$), to znamená, že vyšší hodnoty NEG mají souvislost s nízkými hodnotami sebehodnocení.

Ověření hypotéz

Ze získaných výsledků uvedených testových metod a jejich výpočtů jsem dospěla k:

Přijetí hypotézy H1: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách dotazníku TAS-20 (zjišťující alexithymii) u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

Přijetí hypotézy H2: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách subškály DIF dotazníku TAS-20 u (zjišťující alexithymii) u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

Přijetí hypotézy H3: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách subškály DDT dotazníku TAS-20 (zjišťující alexithymii) u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

Přijetí hypotézy H4: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách dotazníku SDQ-20 (zjišťující somatoformní disociaci) u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

Přijetí hypotézy H5: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách dotazníku DES (zjišťující psychickou disociaci) u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

Přijetí hypotézy H6: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách TOT škály dotazníku TSCS:2 (mapující self-koncept) u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

Zamítnutí hypotézy H7 a přijetí nulové hypotézy Ho7: Není statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách celkových pozitivních strategií zvládnání stresu (POZ) dotazníku SVF:78 u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

Přijetí hypotézy H8: Existuje statisticky významný rozdíl v naměřených hodnotách celkových negativních strategií zvládnání stresu (NEG) dotazníku SVF:78 u psychosomatických pacientů a studentů psychologie UP v Olomouci.

9.2. Interpretace výsledků

Výsledky rozdílů mezi skupinami

V dotazníku TAS-20 z výpočtů vyšlo najevo, že jak v celkovém skóre, tak i ve všech jeho subškálách (DIF, DDF, EOT) se obě skupiny mezi sebou velmi vysoce signifikantně lišily ve výsledcích. První skupina psychosomatických pacientů vykazovala signifikantně vyšší hodnoty (ve všech bodech), než kontrolní skupina. Z toho můžeme usuzovat, že alexithymie se u psychosomatických pacientů vyskytuje signifikantně častěji, než u relativně zdravé populace vysokoškolských studentů.

Dále bylo zjištěno, že také u obou dotazníků zjišťujících disociaci se obě skupiny signifikantně lišily, rozdíl byl větší u disociace somatoformní. Je tedy jasné, že u skupiny psychosomatických pacientů se disociace vyskytovala častěji, než u studentů. Rozdíly v somatoformní disociaci mohly vyjít signifikantnější také z důvodu určité nepřesnosti dotazníku, kdy SDQ-20 může obsáhnout i situace spojené s určitým onemocněním, které by měly být předem vyloučeny a toto nevyloučení, jak již bylo uvedeno, může negativně ovlivnit výsledky. Dotazník samotný však na exkluzi těchto nechtěných situací předem uzpůsoben není, proto mohlo dojít k takovémuto nevhodnému navýšení skóre.

U dotazníku zaměřeného na zjišťování strategií zvládnání stresu byly výsledky nejednoznačné. V pozitivních strategiích vyšla hodnota nesignifikantní, to znamená, že se obě skupiny v pozitivních strategiích zvládnání stresu nelišily. V čem se ale obě skupiny lišily, byly negativní strategie, tam vyšly hodnoty velmi vysoké. Můžeme tedy shrnout, že obě skupiny se příliš neliší v pozitivních strategiích zvládnání stresu, avšak v negativních strategiích jsou výsledky u psychosomatických pacientů mnohem vyšší. Mohlo by to znamenat, že osoby s psychosomatickou symptomatikou častěji volí neadaptivní strategie zvládnání stresu, i když pozitivní také ve svém repertoáru mají a mohou je používat. Studenti naopak častěji volí právě adaptivní strategie.

V posledním dotazníku zaměřeném na sebehodnocení, sebehodnotu, sebevědomí vyšly opět velmi vysoce signifikantní rozdíly mezi oběma skupinami. Psychosomatictí pacienti měli výrazně nižší celkové sebehodnocení a také sebevědomí, než skupina studentů.

Výsledky korelací

Dále jsem se rozhodla zhodnotit vzájemné vztahy jednotlivých proměnných, aby bylo možné prokázat, jestli spolu nějakým způsobem souvisí, i když toto již nebylo součástí hypotéz.

V první řadě se pozornost zaměřila na alexithymii a zjišťovala jsem nejen souvislosti celkového skóru, ale také jednotlivých subškál testu. Celkové skóre alexithymie velmi vysoce signifikantně pozitivně koreluje s disociací, somatoformní i psychickou. Také subškály DIF a DDF pozitivně korelují s disociací somatoformní a psychickou. Pouze u subškály EOT nevyšla korelace signifikantní, což odpovídá předpokladům z teoretické části, že právě externě orientované myšlení příliš s disociací nesouvisí a nevztváří tak silný předpoklad pro vývoj patologie, jako zbylé dvě.

Dále v celkovém skóre alexithymie vyšla negativní korelace s pozitivními strategiemi zvládnání stresu a negativní korelace s celkovým skóre sebehodnocení. To znamená, že přítomnost alexitymie velmi negativně ovlivňuje pozitivní strategie zvládnání stresu a také celkové sebehodnocení. Pozitivní korelace však vyšla u negativních strategií zvládnání stresu. Je tedy možno přepokládat, že přítomnost alexithymie bude spojena spíše s negativním sebehodnocením a vyšší mírou maladaptivních strategií zvládnání stresu.

Dále jsem ověřovala těsnost vztahu mezi oběma dotazníky zjišťujícími disociaci, vyšla velmi vysoce signifikantní pozitivní korelace mezi oběma testy. Jiné zjištění by bylo spíše překvapující, vzhledem k tomu, že oba dotazníky mají pokrývat podobnou

problematiku, i když v úhlech pohledu se mezi sebou liší.

U korelací mezi disociací a strategiemi zvládání stresu nevyšly výsledky plně jednoznačně, avšak existuje negativní korelace mezi pozitivními strategiemi a disociací a naopak pozitivní korelace mezi disociací a negativními strategiemi zvládání stresu.

Jednoznačné výsledky však vyšly ve vztahu disociace a sebehodnocení. U obou testů (SDQ-20, DES) vyšly velmi vysoce signifikantní negativní korelace s celkovým skóre sebehodnocení. Z toho je možno usoudit, že ne pouze alexithymie, ale také přítomnost disociace (somatoformní i psychické) velmi významně negativně ovlivňuje celkové sebehodnocení a také sebevědomí.

Dalším velmi zajímavým zjištěním bylo, že přítomnost pozitivních strategií zvládání stresu velmi významně pozitivně ovlivňuje i celkové sebehodnocení a že naopak výskyt vyšší hodnoty negativních strategií celkové sebehodnocení ovlivňuje negativně. Lze předpokládat, že právě strategie zvládání stresu se velkou měrou podílí na utváření, nebo udržování pozitivního sebehodnocení a sebevědomí a to, jakým způsobem jedinci reagují na stres, může výrazně měnit valenci sebehodnocení.

10. Diskuze

Tato práce byla věnována některým vybraným souvislostem psychosomatických potíží. Byly zkoumány koncepty alexithymie a disociace, míra jejich výskytu u psychosomatických pacientů. Pozornost byla zaměřena také na otázku selfkonceptu, zejména sebehodnocení u osob trpících těmito potížemi a také na jejich zdroje zvládnání stresu.

Na základě výpočtů jsem dospěla k přijetí hypotéz H1, H2, H3, H4, H5, H6, H8, a zamítnutí hypotézy H7. Většina mých předpokladů se tedy potvrdila, zjistila jsem, že u osob s psychosomatickými obtížemi se významně častěji vyskytuje alexithymie, také disociace a jejich sebehodnocení, potažmo sebevědomí je nižší, než u „zdravých“ osob, v mé práci reprezentovaných studenty psychologie UP v Olomouci. Také jsem dospěla k závěru, že psychosomatictí pacienti ve větší míře (než studenti) využívají negativní, maladaptivní strategie zvládnání stresu, i když mají podobný potenciál využívat také strategie adaptivní. Nepotvrdil se pouze jeden předpoklad, a to, že psychosomatictí pacienti budou ovládat také méně pozitivních strategií, psychosomatictí pacienti se v pozitivních strategiích nijak výrazně od studentů neliší.

Pro zpřesnění jsem vypočítala také korelace mezi jednotlivými testy a jejich hlavními skóry, ze kterých vyšlo najevo, že výskyt alexithymie úzce souvisí s výskytem disociace psychické i somatoformní. Alexithymie však také úzce souvisí s negativními strategiemi zvládnání stresu a negativním sebehodnocením. Stejně tak obě formy disociace souvisí s negativními strategiemi zvládnání stresu a s negativním sebehodnocením. Pro úplnost je vhodné uvést, že také strategie zvládnání stresu souvisí se sebehodnocením a to: pozitivní strategie souvisí s pozitivním sebehodnocením a negativní strategie naopak s negativním sebehodnocením.

Z uvedeného by bylo možné usuzovat, že všechny proměnné spolu úzce souvisí a pozitivní nález jedné z nich vytváří předpoklad pro nález dalších.

Při srovnávání výsledků této práce s již proběhlými výzkumy, nacházím mnoho paralel. Výsledky této studie v mnohém potvrzují výsledky zahraničních studií věnujících se alexithymii, disociaci, self a jejich vztahu k somatizaci. Bailey a Henry (2007) například našli souvislost mezi somatizací a alexithymií, zejména některými jejími aspekty jako je

fantazírování a potíže v identifikaci pocitů. Oni sami popisují alexithymii také v kontextu několika typů, či subtypů, které se vzájemně liší. I typ (poškození v kognitivní i afektivní oblasti alexithymie), II typ (poškození pouze v kognitivní sféře emocí, afektivní zůstává bez poškození) a nealexithymický typ (nepoškozen). V jejich výzkumu vyšlo najevo, že právě II typ alexithymie je více náchylný k somatizaci, než ostatní uvedené. V této práci výsledky nasvědčovaly také pro poškození v afektivní oblasti, výsledky byly signifikantní na subškálách obtíže v identifikaci emocí i obtíže ve vyjadřování emocí.

Ve srovnání se studii zaměřujícími se na vztah alexithymie a disociace jsou výsledky této práce velmi podobné. Byly shledány souvislosti s celkovým skóre dotazníku TAS-20 a disociací somatoformní i psychickou, souvislosti byly nalezeny také na subškálách obtíže v identifikaci emocí i obtíže ve vyjadřování emocí. Pouze subškála externě orientovaný způsob myšlení se nejeví mít větší souvislost s disociací (ale také s dalšími negativními jevy – negativní strategie zvládání stresu a negativní sebehodnocení). Toto zjištění odpovídá zjištěním zahraničních studií, kde také vyšla souvislost pouze na prvních dvou subškálách (obtíže v identifikaci emocí i obtíže ve vyjadřování emocí) (Grabe, Rainermann, Spitzer, Gansicke, Freyberger, 2000).

Vztah psychosomatických obtíží a disociace se zkoumal v jiných studiích (Lipsanen, Saarijarvi, Lauerma, 2004). Tito autoři došli k závěrům, že u psychosomatických potíží se významně častěji objevují alexithymie, disociace a v neposlední řadě také deprese.

Schwab, Clemmon a Marder už v roce 1966 zjistili, že někteří psychosomatictí pacienti mají celkově nižší sebehodnocení. Podle autorů je to důsledkem toho, že tyto lidé velmi dlouho obcházejí nejrůznější somatická oddělení, kde se setkávají s nesouhlasem a nepochopením. Jejich potíže bývají bagatelizovány, pokud dlouhou dobu nejsou nalezeny žádné fyziologické koreláty jejich symptomů. Toto nepochopení a odmítání ze strany lékařů může vést k postupnému snižování sebehodnocení, sebevědomí ale také vědomí vlastní kompetence. V této práci psychosomatictí pacienti vykazovali

Můžeme se také zabývat otázkou možnosti praktického využití výsledků práce. Její přínos spatřuji zejména v oblasti diagnostiky. Je velmi vhodné u komplikovanějších případů také zjistit všeobecné souvislosti, například zjištění přítomnosti alexithymie může odborníkům pomoci lépe pochopit povahu potíží jejich pacienta. Následně tato lepší diagnostika může posloužit i cílenější intervenci. Pochopení souvislostí je také důležitou součástí vytváření klinického obazu, umožňuje pak vidět více souvislostí a umět zasadit

tyto souvislosti do všeobecnějšího rámce.

Psychosomatické obtíže nevznikají samy od sebe. Je k tomu potřeba určitý předpoklad, nebo soubor předpokladů. Proto je důležité vědět, které jevy psychosomatické potíže doprovází. Bez hledání souvislostí se ocitáme v situaci, kdy známe diagnózu, ale prakticky nevíme, co tato diagnóza pro toho konkrétního člověka znamená. Pouze za předpokladu, že budeme vědět, jaké souvislosti tyto potíže mají, proč vznikly, co je doprovází, proč jsou udržovány, můžeme efektivně pomoci.

Je však třeba podotknout, že tato práce má významné limity, zejména z hlediska výzkumných vzorků, jejich rozsahu, metod jejich výběru, také nevyváženosti z hlediska věku a pohlaví a také nejednotnosti psychosomatických potíží. Oba výzkumné vzorky jsou velmi malé ($N = 33$). Bylo by vhodné vzorky rozšířit, ale zároveň zahrnout do výzkumu pouze jedinou diagnózu, čímž by se výsledky teoreticky zpřesnily, otázkou pak je praktické využití těchto výsledků. Dále by bylo vhodné oba vzorky, jak vzorek psychosomatických pacientů, tak také vzorek studentů vyvážit z hlediska pohlaví a věku, nebo vybrat jiný kontrolní vzorek pohybující se v pásmu středních let, jelikož velká většina psychosomatických pacientů se do péče dostává právě v tomto věku a jsou pro výzkum v tomto věkovém rozmezí dostupní.

Dalším vhodným opatřením by mohlo být vypracování preciznější diagnostiky psychosomatického okruhu potíží, na jejímž základě by bylo možno z kontrolního vzorku vyloučit osoby právě s těmito potížemi, které mohou být zdrojem chyb ve výzkumu.

K použitým metodám lze uvést také několik připomínek. Dotazníky TAS:20, DES a SDQ-20 jsou přeloženy z angličtiny, ale přestože se autoři překladu snažili o co nejlepší převedení jednotlivých položek dotazníku do češtiny, otázky či tvrzení nejsou vždy formulovány plně srozumitelně a i přesto, že účastníci tohoto výzkumu neměli s vyplňováním větší problémy, mohly tyto formulace občas působit zmateně a znervózňovat tyto osoby.

Dalším problematickým bodem je použití dotazníku Tennessee Self-Concept Scale, jelikož ten není prozatím standardizován na použití v české populaci a nejsou vytvořeny české normy. V této práci jsem proto pracovala pouze s hrubými skóry, vyjadřují přesnější hodnoty.

11. Závěr

Tato práce byla zaměřena na zjištění některých souvislostí psychosomatických potíží. Cílem bylo zjistit, zda se psychosomatictí pacienti odlišují od „zdravé“ populace v určitých jevech, zda se u nich častěji či ve větší míře objevuje alexithymie, disociace. Dalším cílem bylo zjistit, zda se sebehodnocení psychosomatických pacientů nějakým způsobem výrazně liší od zdravých jedinců a také se zjišťovaly strategie zvládnání stresu těchto osob ve vztahu ke strategiím používaným zdravými jedinci.

Uvedená práce přinesla několik zajímavých výsledků. Předně bylo zjištěno, že psychosomatictí pacienti se vyznačují určitými specifiky.

Zjistila jsem, že tito pacienti jsou výrazně častěji alexithymičtí, jejich hodnoty se pohybují v pásmu vysokého nadprůměru a se svými emocemi mají tedy výrazné problémy. Z kvalitativního výzkumu by se dalo přesněji zjistit, v čem jejich problematické vztahy s emocemi spočívají, v této práci vyšly významné výsledky v potížích v identifikaci pocitů a v potížích s vyjadřováním pocitů. Externě orientovaný styl myšlení, který lze nazvat také komputerním myšlením, odosobněným, se nejevil jako prediktor dalších potíží.

Psychosomatictí pacienti také podle zjištění významně častěji prožívají asociativní stavy, a to somatoformní a psychické. Jejich vědomí se někdy stává nezávislé na těle a psyché. Ve srovnání se zdravou skupinou vykazují psychosomatictí pacienti mnohem vyšší hodnoty, průměrně jsou však jejich výsledky v pásmu normy, u somatoformní disociace na hranici normy.

Psychosomatictí pacienti ve větší míře používají negativní, maladaptivní a nevhodné strategie zvládnání stresu. Přesto, že pozitivní strategie ovládají a používají ve stejné míře jako zdravá populace, také často používají právě maladaptivní strategie. Z toho lze tedy usuzovat, že zatímco zdravá populace volí spíše pozitivní strategie zvládnání stresu, psychosomatictí pacienti volí strategie pozitivní i negativní ve stejné míře.

Celkové sebehodnocení psychosomatických pacientů je také výrazně snižené. Ve srovnání se zdravou populací je jejich sebevědomí a vědomí vlastní hodnoty mnohem nižší.

V této práci také vyšlo najevo, že existuje souvislost mezi výskytem alexithymie a disociace. Zjistila jsem souvislost mezi nízkým sebehodnocením a alexithymií spolu s disociací. Negativní strategie mají souvislost také s výskytem alexithymie, disociace a také nízkým sebehodnocením.

12. Souhrn

Tato práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou.

Teoretická část práce se zabývá shrnutím dosavadních vědomostí o zkoumaných proměnných a je rozdělena do několika částí, které za sebou následují.

První kapitola je věnována úvodu do psychosomatického rámce výkladu chorob a má uvést čtenáře do souvislostí se zkoumanými jevy.

Další kapitolou se dostáváme do oblasti alexithymie. Nejprve se hovoří o vzniku a vývoji alexithymie jako konstrukt, pozornost je věnována také definicím. Pak následuje podkapitola obsahující nejvýznamnější teoretické teorie výkladu alexithymie, psychologický výklad a jeho souvislosti, sociologický a neurobiologický. Následně jsou načrtnuty v krátkosti vztahy alexithymie k jiným oblastem výzkumu, například vztah alexithymie a illness behavior, nebo deprese. Podkapitola typy alexithymie má za úkol navrhnout možné (spíše teoretické) členění alexithymie na několik odlišných typů a poslední část je věnována metodám zkoumání alexithymie.

Třetí kapitolou teoretické části je disociace. V této kapitole je shrnuto nejhlavnější teoreticko-praktické poznání a jsou zde také nastíněny různé úhly pohledu na téma disociace. Nejprve je text zaměřen na shrnutí historického vývoje konceptu disociace, zejména se zřetelem na osobnost P. Janneta. Poté jsou uvedeny definice, které nastiňují současný pohled na tuto problematiku. Další text se ubírá ke třem modelům výkladu disociace dle Cardeny, ze kterých pak vychází dva oddělené, ale vzájemně se doplňující pohledy na disociaci jako na nepsychopatologickou adaptační funkci či disociaci jako určitou poruchu, chorobu. V dalším textu je rozebrán dnes nejucelenější a nejuznávanější model disociace Hilgarda. V následujících podkapitolách se probírají další souvislosti disociace, její vztah k traumatu, výzkumům teorie vazby a také vztah disociace k alexithymii. Posledním úsekem textu je oblast metodiky diagnostikování disociace, obdobně jak tomu bylo v kapitole o alexithymii.

V poslední, čtvrté hlavní kapitole teoretické části jsou shrnuty podstatné souvislosti self, selfkonceptu. Tato kapitola vychází z teorií Já, Jáské struktury, Jáských funkcí atd. Jsou zde shrnuty hlavní definice, různé pojmy používané různými autory a rozdíly mezi těmito jednotlivými výklady pojmů, také je v této kapitole zohledněna dualita Jáství. Popisuje se zde Já jako subjekt, Já jako objekt a také jejich tři hlavní aspekty: kognitivní, emocionální a konativní. Jsou zde také uvedeny teoretické možnosti souvislostí s výše

uvedenými koncepty.

Druhou částí je výzkumná část.

První její kapitolou je nastínění výzkumného problému a výzkumných cílů. Zde se v krátkosti shrnují souvislosti uvedené v teoretické části a je zde uvedeno, že se budou zkoumat souvislosti alexithymie, disociace a self a to u psychosomatických pacientů.

Další kapitolou je formulace výzkumných hypotéz, které budou v práci ověřovány. Je zkoumána signifikantní odlišnost výsledků jednotlivých použitých testů u psychosomatických pacientů a u kontrolní skupiny studentů UP v Olomouci.

Další kapitola je věnována výzkumnému souboru, vymezení okruhu psychosomatických pacientů pro účely této práce, vymezení také kontrolního souboru vysokoškolských studentů psychologie UP v Olomouci a pozornost je věnována také metodám výběru vzorků obou skupin. Jsou zde také popsány hlavní charakteristiky uvedených výzkumných vzorků.

Poté je popsán metodologický rámec výzkumu, je popsáno, že se jedná o výzkum kvantitativní, jehož těžištěm je sběr několika dotazníkových metod. Je popsána administrace těchto metod, způsob, jakým jsem vybírala spolupracující zařízení a také způsoby, jakými byly dotazníky zadávány a jakým způsobem byl zajištěn souhlas osob s účastí na výzkumu. Popis Použitých metod je pak dále rozveden. V práci byly použity dotazníky: TAS-20, SDQ-20, DES, SVF:78, TSCS:2.

Stěžejní částí je kapitola: výsledky výzkumů, kde jsou uvedeny zejména výsledky výpočtů rozdílů rozptýlů naměřených hodnot mezi vzorky, korelace mezi nimi a také ověření platnosti hypotéz. Pozornost je věnována interpretaci výsledků, jelikož jsem hledala nejen rozdíly mezi skupinami, ale také vzájemné vztahy mezi jednotlivými konstrukty alexithymie, disociace, self a zvládání stresu. Nejprve se zjišťovaly rozdíly mezi skupinami a bylo zjištěno, že u psychosomatických pacientů se signifikantně více vyskytuje alexithymie, psychická a somatoformní disociace, negativní strategie zvládání stresu a psychosomatictí pacienti mají významně nižší celkové sebehodnocení.

Byly ale také nalezeny významné souvislosti mezi alexithymií a disociací, mezi alexithymií a negativními strategiemi zvládání stresu a také negativím sebehodnocením. Byla dále zjištěna souvislost disociace a negativních strategií zvládání stresu a také negativním sebehodnocením. V neposlední řadě vyšlo najevo, že pozitivní strategie zvládání stresu korelují s pozitivním sebehodnocením a naopak negativní strategie zvládání stresu souvisí s negativním sebehodnocením.

V další části věnované diskuzi se nastínily možné chyby ve výzkumu, například malý a nevyvážený výzkumný vzorek a možnosti zpřesnění výsledků. Také možnosti praktické aplikace výsledků práce a nastínění cest budoucího vývoje.

Závěrem jsem v krátkosti dosažené výsledky shrnula.

Literatura

- Aftanas, L. I., Varlamov, A. A., Reva, N. V., Pavlov, S. V. (2003). Disruption of early event-related theta synchronization of human EEG in alexithymics viewing affective pictures. *Neuroscience Letters*, 340, 57-60. *
- American Psychiatric Association (1994). DSM IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Armstrong, J. G., Loewenstein, R. J. (1990). Characteristic of patients with multiple personality disorders on psychological testing. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 178, 448-454.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32. *
- Bach, M., Bach, D. (1996). Alexithymia in Somatoform Disorder and Somatic Disease: A Comparative Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 150-152.
- Bailey, P. E., Henry, J. D., (2007). Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry research*. In press.1-8. *
- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: Mach.
- Bandura, A. (1999). *Self-efficacy - The exercise of control*. New York: Freeman.
- Baštecká, B., a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Potrál.
- Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J., Svoboda, V. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.
- Bernsten, E. M., Putnam, F. V. (1986). Development, Reliability, and Validity of Dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 174, 12, 727 – 735. *

- Blatný, M. (2001). *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.
- Blatný, M., Osecká, L., Macek, P. (1993). Sebepojetí v současné kognitivní a sociální psychologii. *Československá psychologie*, 37, 5, 444-454.
- Blatný, M., Plháková, A. (2003). *Temperament, inteligence, sebepojetí. Nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR.
- Bob, P. (2000). Disociativní procesy a jejich měření. *Česká a slovenská psychiatrie*, 96 (6), 301-309.
- Bob, P. (2003). Dissociation and neuroscience: History and new perspectives. [Abstr.]. *Journal of Neuroscience*, 113, 903.
- Bob, P., Ptáček, P. (2001). Disociativní komponenty v etiopatogenezi epilepsie a možnosti jejich sledování. *Československá psychologie*, 45 (4), 360-366.
- Braun, B. G. (1993). Multiple personality disorder and post-traumatic stress disorder. In: Wilson, J. P., Raphael, B. (Eds). *International Handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenu press, 103-111.
- Cardena, E.(1994). The Domain of Dissociation. In: Lynn, R., Rhue, J. W. (Eds). *Dissociation – clinical and Theoretical Perspectives*. New York: Guilford Publications. 15-32.
- Carlson, E. B., Armstrong, J. (1994). *The diagnostic and assessment of dissociative disorders. dissociation: Clinical and research perspectives*. New York: Guildford Press.
- Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P. M., Dill, D. L., a kol. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *American Journal of Psychiatry*. 150, 1030-1036. *
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B., Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in Eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 219-222. *

- Deborde, A. S., Berthoz, S., Wallier, J. M., Fermanian, J., Falissard, B., Jeammet, P. a kol. (2008). The Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire cutoff scores: A study in eating-disordered and control subjects. *Psychopathology*, 41(1), 2008, 43-49. *
- Duddu, V., Isaac, M. K., Chatuverdi, S. K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 435-438. *
- Elzinga, B. M., Bermond, B., van Dyck, R. (2002). The relationship between dissociative pronenes and alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 7, 104-111.
- Fitts, W. H., Warren, W. L. (1996). *Tennessee Self-Concept Scale: Second Edition*. Los Angeles: western Psychological Services.
- Frankel, F. H. (1994). Dissociation in Hysteria and Hypnosis: A Concept Aggrandized. In: Lynn, R., Rhue, J. W. (Eds). *Dissociation – Clinical and Theoretical Perspectives*. New York: Guilford Publications. 80-94.
- Freudová, A. (2005). Já a obranné mechanismy. Portál: Praha.
- Galín, D., Doyle, J. C., Orstein, R. (1974). Lateral Specialization of Cognitive Mode: II. EEG frequency Analysis. *Psychophysiology*, 11, 5, 567-578. *
- Gazzaniga, M. S. (1989). The organization of the human brain. *Science*, 245, 947-952. *
- Grabe, H. J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gansicke, M., Freyberger, H. J. (2000). The Relation between Dimensions of Alexithymia and Dissociation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 128-131.
- Grabe, H. J., Spitzer, C., Freyberger, H. J. (2004a). Alexithymia and Personality in Relation to Dimension of Psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 7, 1299-1301. *
- Hariri, A. R., Bookheimer, S. Y., Mazziotta, J. C. (2000). Modulating emocional responses: Effect of a neocortical network on the limbic system. *Neuro-Report*, 11, 43-48. *
- Heretik, A., a kol. (2007). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof.

- Higgins, E., T. (1987). Self-discrepancy: A theory relation self and affect. *Psychological Review*, 94, 319 – 340. *
- Hilgard, E. R. (1994). Neodissociation Theory. In: Lynn, R., Rhue, J. W. (Eds). *Dissociation – clinical and Theoretical Perspectives*. New York: Guilford Publications. 32-52.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., Lehtonen, J., Viinamäki, H. (2001). Alexithymia and depression. A prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*, 42, 229-234. *
- Howell, E. F. (2005). *The dissociative mind*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Chu, J., Dill, D. (1990). Dissociative Symptoms in Relation to childhood Sexual and Physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 887-892. *
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. New York: Holt.
- Janke, W., Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládání stresu*. Praha: Testcentrum.
- Joseph, R. (1982). The neuropsychology of development: Hemispheric laterality, limbic language, and the origin of thought. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 1, 4-33. *
- Jyväsjarvi, S., Joukamaa, M., Väisänen, E., Larivaara, P., Kivelä, S. L., Keinänen-Kiukaaniemi, S. (1999). Alexithymia, Hypochondriacal Beliefs, and Psychological Distress Among Frequent Attenders in Primary Health Care. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 292-298. *
- Kooiman, C. G., Bolk, J. H., Brand, R., Trejsburg, R. W., Rooijmans, H. G. M. (2000). Is Alexithymia a Risk Factor for Unexplained Physical Symptoms in General Medical Outpatients? *Psychosomatic Medicine*, 62, 768-778. *
- Kooiman, C. G., van Rees Vellinga, S., Spinhoven, P., Draijer, N., Trijsburg, R. W., Rooijmans, H. G. M. (2004). Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 107-116.

- Kosten, T. R., Krystal, J. H., Giller, E. L. Jr., Frank, J., Dan, E. (1992). Alexithymia as a Predictor of treatment Response in Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 4, 563- 573. *
- Krystal, H. (1971). Trauma: Consideration of severity and chronicity. In Krystal, H., Niederland, W. (Eds). *Psychic Traumatization*. Boston: Little, Brown, 11-28.
- Krystal, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 353-378. *
- Lane, R. D., Reiman, E. M., Axelrod, B., Lang-Sheng, Y., Holmes, A., & Schwartz, G. E. (1998). Neural correlates of levels of emotional awareness: Evidence of an interaction between emotion and attention in the anterior cingulate cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10, 525-535. *
- Lane, R. D., Sechrest, L., Riedel, R., Shapiro, D. E., Kaszniak, A. W. (2000). Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive coping style [Abstr.]. *Psychosomatic medicine*, 62, 492.
- Liotti, G. (1999). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic inquiry*, 19 (5), 757-783. *
- Lipsanen T, Saarijarvi S, Lauerma H. (2004). Exploring the relations between Depression, Somatization, Dissociation and Alexithymia: Overlapping or independent constructs? *Psychopathology*, 37, 200–206. *
- Lumley, M. A., Neely, L. C., Burger, A. J., (2007). The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *Journal of personality assessment*, 89(3), 230–246. *
- Lyons-Ruth, K., Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy, J., Shaver, P. R. (Eds). *New Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press. 520-554 .
- Macek, P. (1994). Důležitost budoucích očekávání a sebesystém adolescentů. *Československá psychologie*, 38, 6, 489 - 502.

- Macek, P. Sebesystém, vztah k vlastnímu Já. In: Výrost, J. & Slaměnik, I. (1997). *Sociální psychologie*. Praha: ISV. 181-209.
- MKN 10 (1996). *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Mohapl, P. (1984). Alexithymie. In: *Acta Universitatis Palackianae Olomouensis, Facultas philosophica, Pedagogica-Psychologica 22. Varia psychologica III*. Praha: SPN, 99-108.
- Mohapl, P. (1990). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Morera, O. F., Culhane, S. E., Watson, P. J., Skewes, M. C. (2005). Assessing the reliability and validity of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire among U.S. Anglo and U.S. Hispanic samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 289–298.
*
- Morschitzky, H., Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla*. Praha: Portál.
- Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 199-206. *
- Nemiah, J. C. (1996). Alexithymia: Present, past – and future? *Psychosomatic medicine*. 58. 217-218. *
- Nerad, J. M., Neradová, L. (2005). Příspěvek k diskuzi o problematice disociativních stavů s přihlédnutím k dílu Pierra Janeta (1859-1947). *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 101,2, 98-104.
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688–694. *
- Nyklíček, I., Temoshok, L., & Vingerhoets, A. (Eds.). (2004). *Emotional expression and health: advances in theory, assessment and clinical applications*. Hove, NY: Brunner-Routledge.

- Papica, J. Sebesystém a sebeuvědomění. In: *Psychologie v péči o člověka*. Kolektiv autorů (1983). Praha: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Poněšický, J. (1999). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
- Porcelli, P. (2007). Alexithymie a Rorschachův test. Rorschach a projektivní metody. *Ročenka české společnosti pro Rorschacha a projektivní metody*, 3, 11-38.
- Porcelli, P., Taylor, G. J., Bagby, R. M., de Carne, M. (1999). Alexithymia and Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 263-269.
- Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *E-psychologie*, 3, 34-45. Dostupný z <http://e-psycholog.eu/pdf/prochazka.pdf>, 2. 10. 2010.
- Ptáček, R. (2006): *Obecně psychologické a osobnostní souvislosti disociace*. Nepublikovaná doktorská disertační práce. Brno: Fakulta sociálních studií MU.
- Ptáček, R., Bob, P. (2009). Disociace v dějinách psychologického myšlení. *Československá psychologie*, 53, 2, 184-193.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Reiterová, E. (2003). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: FF UP.
- Reiterová, E. (2007). *Statistické metody v psychologickém výzkumu*. Olomouc: FF UP.
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, D., Anderson, G., Barchet, P. (1989). The dissociative disorders interview schedule: A structured interview. *Dissociation*, 2, 169-189.
- *
- Ross, C. A. (1997): *Dissociative identity disorder*. New York: Wiley.
- Řehan, V. (1992). *Filozofické přístupy k sebeuvědomění*. Olomouc: AUPO.

- Říčan, P. (1972). *Psychologie osobnosti*. Praha: Orbis.
- Saarijarvi, S., Salminen, J. K., Toikka, T. B. (2001). Alexithymia and depression: A 1-year follow-up study in outpatients with major depression [Abstr.]. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 729. *
- Saarijarvi, S., Salminen, J. K., Toikka, T. B. (2002). Alexithymia and depression: A 5-year follow-up study [Abstr.]. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 365. *
- Sayar, K., Kose, S., Grabe, H. J., Topbas, M. (2005). Alexithymia and Dissociative tendencies in an adolescent sample from Eastern Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 127- 134. *
- Schwab, J. J., Clemmons, R. S., Marder, L. (1966). The Self Concept: Psychosomatic Applications. *Psychosomatics*, 7, 1, 1-5.
- Segal, Z., V., Blatt, S., J. (1993). *The Self in emotional distress*. New York: Guilford Press.
- Siegel, A., M. (1996). *Heinz Kohut and the Psychology of the Self*. London: Routledge.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Harvard University Press: Cambridge.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of „alexithymic“ characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Sifneos, P. E. (2000). Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69, 3, 113-116.
- Smékal, V. (2004). *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal.
- Spiegel, D., Cardena, E. (1991). Disintegrated Experience. The Dissociative Disorders Revised. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-376. *
- Spitzer, C., Siebel-Jurges, U., Barnow, S., Grabe, H. J., Freyberger, H. J. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 240–246.

- Steinberg, M. (1995): *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. (1988). Measurement of Alexithymia. Recommendations for Clinical Practice and Future Research. *Psychiatric Clinics of North America* ,11, 351-366. *
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73, 68-77.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1999). Alexithymia and its measurement. *European Journal of Personality*, 13, 511-532. *
- Tolmunen, T., Honkalampi, K., Hintikka, J., Rissanen, M-L., Maaranen, P., Kylma, J., a kol. (2010). *Adolescent dissociation and alexithymia are distinctive but overlapping phenomena*. *Psychiatry Research*, 176, 40-44. *
- Tress, W., Krusse, J., Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
- Vacek, J. (1996). *Onemocnění duše, kapitoly z psychiatrie*. Praha: Mladá Fronta.
- van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K, Brown D.(2004).Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38,906-914. *
- van der Hart, O., Friedman, B. (1989). A Reader's Guide to Pierre Janet on Dissociation: A Neglected Intellectual Heritage. *Dissociation*, 2 (1), 3-16. *
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-249. *
- Vermetten, E., Dorahy, M. J., Spiegel, D. (Eds). (2007). *Traumatic dissociation: neurobiology and treatment*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Wise, T. N., Mann, L. S., Sheridan, M. J. (2000). Relationship between Alexithymia, Dissociation and Personality in Psychiatric Outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 123-127

* staženo z databází EBSCO, J-STOR, MEDLINE a ELSEVIER

Seznam zkratk

Abstr. - abstrakt

A kol. - a kolektiv

Č – číslo

DSM IV – diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, čtvrtá revize

MKN 10 – mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize

Tab. – tabulka

Tzn. - to znamená

Tzv. – tak zvaný

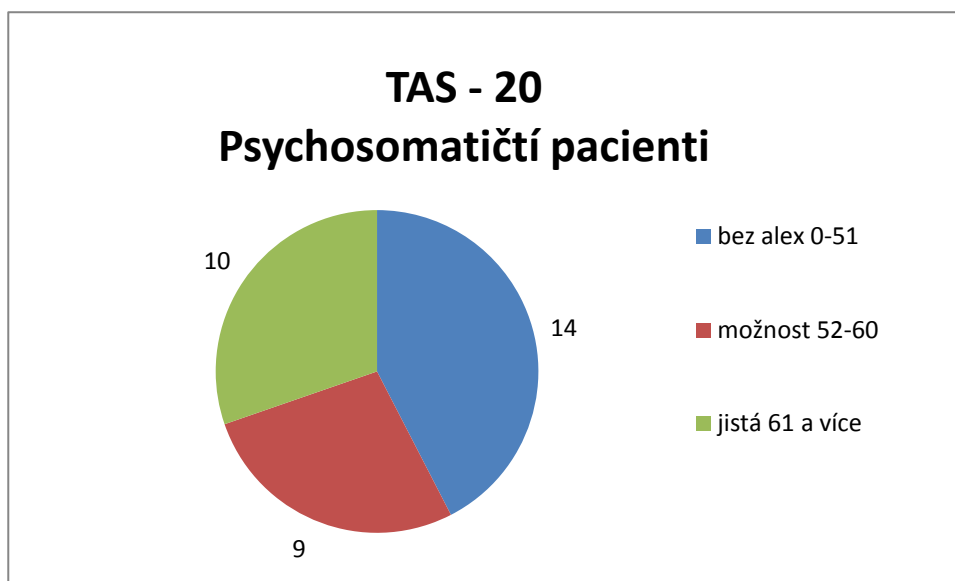
UP – Univerzita Palackého

Příloha č. 1 Popisná statistika jednotlivých testových metod

Výsledky TAS-20

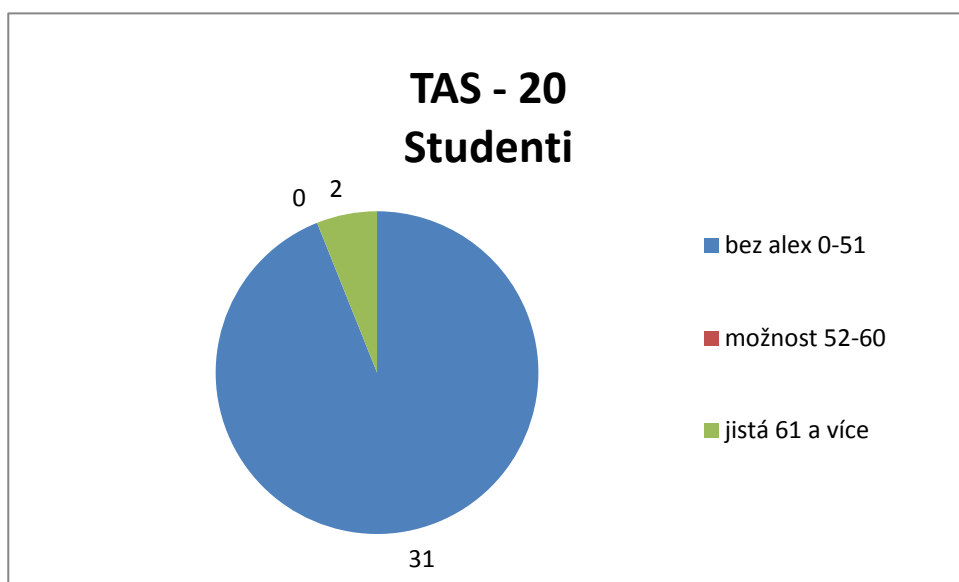
Psychosomatické pacienti

	N	Průměr	Medián	Min	Max	SD
TAS Celk.	33	53,667	53	31	75	12,226
DIF	33	19,394	20	8	32	6,699
DDF	33	13,606	13	6	22	4,880
EOT	33	20,667	22	13	29	4,635



Studenti

	N	Průměr	Medián	Min	Max	SD
TAS Celk.	33	39,424	39	26	61	8,250
DIF	33	12,61	12	8	23	3,905
DDF	33	10,091	10	5	18	3,358
EOT	33	16,727	17	8	27	3,785



Výsledky SDQ-20

Psychosomatické pacienti

	N	Průměr	Medián	Min	Max	SD
SDQ-20	33	34,212	29	20	94	16,127

Studenti

	N	Průměr	Medián	Min	Max	SD
SDQ-20	33	5,07	22	20	41	5,07

Výsledky DES

Psychosomatické pacienti

	N	Průměr	Medián	Min	Max	SD
DES	33	14,032	11,68	0,46	57,14	12,117

Studenti

	N	Průměr	Medián	Min	Max	SD
DES	33	8,743	5,93	0,39	38,67	8,447

Výsledky SVF:78

Psychosomatické pacienti

	N	Průměr	Medián	Min	Max	SD
Podhodnocení	33	8,394	6	0	14	4,250
Odmítání viny	33	11,030	11	0	21	4,469
Odklon	33	11,424	11	4	19	4,000
Náhradní uspokojení	33	9	8	1	18	4,743
Kontrola situace	33	14,697	15	4	23	5,108
Kontrola reakcí	33	14,424	15	2	21	4,671
Pozitivní sebeinstrukce	33	13,030	13	2	22	5,405
Potřeba sociální opory	33	13,758	14	4	24	5,196
Vyhýbání se	33	12,212	15	4	24	4,872
Únikové tendence	33	13,364	14	2	24	5,355
Perseverace	33	13,970	20	7	24	5,152
Rezignace	33	13,242	14	0	24	5,585
Sebeobviňování	33	13,727	13	4	23	5,713
POZ–pozitivní strategie	33	11,440	11,71	1,86	16,71	3,304
POZ1	33	8,7470	8,5	0	15	3,643
POZ2	33	10,212	10	2,5	18,5	3,986
POZ3	33	14,057	14	2,67	21,67	4,387
NEG–negativní strategie	33	11,046	14,33	7,5	20,83	3,346

Studenti

	N	Průměr	Medián	Min	Max	SD
Podhodnocení	33	8,394	8	0	17	4,569
Odmítání viny	33	10,188	10	5	17	2,866
Odklon	33	12,424	12	3	21	3,945
Náhradní uspokojení	33	10,485	10	1	17	3,922
Kontrola situace	33	15,697	15	8	23	3,432
Kontrola reakcí	33	14,697	15	5	23	3,965
Pozitivní sebeinstrukce	33	14,424	15	5	21	4,500
Potřeba sociální opory	33	13,273	13	0	24	5,137
Vyhýbání se	33	12,212	11	1	23	4,885
Únikové tendence	33	9,909	9	2	19	3,971
Perseverace	33	13,970	13	5	23	5,632
Rezignace	33	6,879	6	1	18	4,037
Sebeobviňování	33	10,727	10	4	21	4,056
POZ–pozitivní strategie	33	12,329	12,57	5,43	16,71	2,667
POZ1	33	9,288	9,5	3	15	3,279
POZ2	33	11,455	11,5	2	18,5	3,394
POZ3	33	14,939	15	6,67	20,33	3,449
NEG–negativní strategie	33	11,046	10,67	3	18,17	3,397

Výsledky TSCS:2

Psychosomatické pacienti

	N	Průměr	Medián	Min	Max	SD
Totální	33	238,697	239	187	314	30,149
PHY	33	39,727	38	20	54	7,572
MOR	33	43,273	44	29	60	7,547
PER	33	38,636	40	23	52	8,276
FAM	33	40,091	39	26	52	6,798
SOC	33	39,242	39	21	56	7,525
ACA	33	37,727	36	24	53	7,434

Studenti

	N	Průměr	Medián	Min	Max	SD
Totální	33	289,697	297	173	342	34,985
PHY	33	57,485	58	30	69	7,843
MOR	33	46,576	48	24	58	6,722
PER	33	48,818	51	21	57	7,947
FAM	33	46,121	48	22	56	8,023
SOC	33	46,182	47	28	55	5,981
ACA	33	44,515	47	24	56	7,442

Příloha č. 2

Informovaný souhlas

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

Ve Šternberku dne
Podpis:

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

Ve Šternberku dne

Monika Biolková

Příloha č. 3. Dotazník TAS-20

TAS-20

Jméno a příjmení..... Rodinný stav..... Věk

Zaměstnání..... Vzdělání.....

Odpověď znázorněte na škále od 1 (neodpovídá to mým zkušenostem a pocitům) do 5 (velmi dobře odpovídá).

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Bývám často zmatený(-á) pokud jde o to, jaké emoce cítím. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Je pro mne těžké najít správná slova pro mé pocity. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Mám fyzické vjemy, kterým ani lékaři nerozumí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Jsem snadno schop(-na) popsat mé pocity. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Dávám přednost analyzování problémů před jejich popisováním. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Když se necítím dobře, nevím jestli jsem smutný(-ná),
vyděšený(-ná) nebo rozhněvaný(-ná). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Jsem často zmatený(-ná) z pocitů v mém těle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Dávám přednost tomu ponechat věcem volný průběh, před tím
než bych se snažil(-a) porozumět tomu proč se takto dějí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Mívám pocity, které nemohu zcela identifikovat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Být ve styku s emocemi je zásadní. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Zjistil(-a) jsem, že je těžké popsat to, co cítím o lidech. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Lidé mi říkají, abych více popsal(-a) své pocity. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Nevím co se ve mně děje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Často nevím, proč jsem rozhněvaný(-á). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Raději hovořím s lidmi o jejich denních aktivitách
spíše než o jejich pocitech. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Raději se koukám na „lehký“ zábavný pořad
než na psychologické drama. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Je pro mne těžké odhalit moje nejvnitřnější city
a to i blízkým přátelům. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Cítím se blízko někoho i v okamžicích mlčení. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Zkoumání mých pocitů považuji za užitečné
pro řešení osobních problémů. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Hledání skrytých významů ve filmech nebo hrách
odvádí od zábavy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Příloha č. 4. Dotazník SDQ-20

SDQ-20

Jméno a příjmení..... Rodinný stav..... Věk

Zaměstnání..... Vzdělání.....

Odpověď znázorněte na škále od 1 [neodpovídá to mým zkušenostem a pocitům] do 5 [velmi dobře odpovídá]. Občas se mi stává [že]:

Jakoby moje tělo nebo jeho část zmizela.	1	2	3	4	5
Jsem na chvíli paralyzován[a].	1	2	3	4	5
Nemohu mluvit [nebo pouze s velkým úsilím], nebo mohu pouze šeptat.	1	2	3	4	5
Moje tělo nebo jeho část je necitlivá vůči bolesti.	1	2	3	4	5
Zažívám bolest v průběhu močení.	1	2	3	4	5
Na chvíli nemohu vidět [jako bych byl[a] slepý[á]].	1	2	3	4	5
Mám potíže při močení.	1	2	3	4	5
Nemohu na chvíli slyšet [jako bych byl[a] hluchý[á]].	1	2	3	4	5
Slyším zvuky zblízka, jakoby přicházely zdaleka.	1	2	3	4	5
Na chvíli zůstanu strnule stát.	1	2	3	4	5
Nemám rýmu a k tomu mám buď mnohem lepší nebo horší čich než je tomu obvykle.	1	2	3	4	5
Cítím bolest v genitálu [zvláště po sexuálním styku].	1	2	3	4	5
Mám záchvat, který se podobá epileptickému.	1	2	3	4	5
Jsou mi nepříjemné vůně, jež mám obvykle rád[a].	1	2	3	4	5
Jsou mi nepříjemné chutě, jež mám obvykle rád[a] [pro ženy, mimo průběh těhotenství nebo menstruace].	1	2	3	4	5
Vidím věci kolem mne jinak než je tomu obvykle [Například, jako když hledím skrze nějaký tunel, nebo vidím pouze část nějakého objektu].	1	2	3	4	5
Nemohu spát v průběhu noci až do jejího konce, ale přesto zůstávám velmi aktivní během dne.	1	2	3	4	5
Nemohu polykat, nebo jen s velkým úsilím.	1	2	3	4	5
Lidé a věci vypadají větší, než jaké ve skutečnosti jsou.	1	2	3	4	5
Mé tělo, nebo jeho část, vnímám jako znečitlivělou.	1	2	3	4	5

Příloha č. 5. Dotazník DES

DES

Jméno, příjmení:	Věk:	Pohlaví:
Zaměstnání:	Rodinný stav:	Datum:

Pokyny: Tento dotazník obsahuje 28 otázek, jež se týkají zkušeností, které se mohou vyskytovat ve vašem každodenním životě. Zajímá nás, jak často se Vám tyto události stávají. Je však důležité, aby Vaše odpovědi ukázaly, jak často tyto zkušenosti prožíváte, aniž jste pod vlivem alkoholu nebo drog. K tomu, abyste mohli odpovědět na otázku, je nutné, abyste vyjádřili odpovídající stupeň zkušenosti vyjádřené v otázce ve vztahu k sobě a vyznačili jej vertikální čarou na příslušném místě, jak je ukázáno na příkladu.

Příklad:

0% |—————/—————|100%

1. Někteří lidé mají zkušenost, že si při řízení auta náhle uvědomí, že si nemohou vzpomenout na to, co se událo v průběhu celého výletu nebo jeho části. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% |—————|100%

2. Někteří lidé občas shledají, že si při poslechu něčí řeči náhle uvědomí, že neslyšeli část nebo vůbec nic z toho, co bylo řečeno. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% |—————|100%

3. Někteří lidé mají zkušenost v tom, že shledají sebe sama na nějakém místě a nevědí, jak se tam dostali. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% |—————|100%

4. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že naleznou sebe sama oblečené v oděvu a nevzpomínají si, že se oblékali. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% |—————|100%

5. Někteří lidé mají zkušenost, že naleznou nové věci mezi těmi, jež vlastní a nemohou si vzpomenout, že je kupovali. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% |—————|100%

6. Někteří lidé občas shledají, že se setkají s lidmi, které neznají a kteří je nazývají jiným jménem a trvají na tom, že se spolu již setkali. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% |—————|100%

7. Někteří lidé mají občas zkušenost, že cítí, jakoby stáli vedle někoho, nebo hledíce na sebe sama něco dělají a vidí sebe sama, jakoby hleděli na jinou osobu. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% |—————|100%

8. Někteří lidé říkají, že občas nepoznávají přátele nebo členy rodiny. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% | _____ |100%

9. Někteří lidé někdy shledají, že si nevzpomínají na důležité události ve svém životě [například svatba, promoce, maturita a podobně]. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% | _____ |100%

10. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že jsou obviňováni ze lhaní, aniž by lhali. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% | _____ |100%

11. Někteří lidé mají zkušenost, že hledí do zrcadla a nepoznávají sami sebe. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% | _____ |100%

12. Někteří lidé mají občas zkušenost s tím, že cítí, že jiní lidé, věci nebo svět kolem nich nejsou reálné. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% | _____ |100%

13. Někteří lidé mají občas zkušenost s tím, že cítí, jakoby jim jejich tělo nenáleželo. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% | _____ |100%

14. Někteří lidé mají zkušenost, že si občas vzpomenou na nějakou minulou událost, tak živě, že cítí, jakoby tuto událost znovu prožili. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% | _____ |100%

15. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že si nejsou jisti, zda události, na něž si vzpomínají, se opravdu staly, nebo si je jen vysnili. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% | _____ |100%

16. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že se octnou na známém místě, které jim připadá zvláštní a neznámé. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% | _____ |100%

17. Některým lidem se stává, že když hledí na televizi nebo film, jsou tak pohlceni příběhem, že si nejsou vědomi ostatních událostí kolem nich. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% | _____ |100%

18. Některým lidem se občas stává, že jsou tak pohlceni fantazií nebo denním snem, že pociťují, jakoby se jim to opravdu stalo. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% | _____ |100%

19. Některým lidem se stává, že jsou občas schopni ignorovat bolest. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.
- 0% | _____ |100%
20. Některým lidem se stává, že občas sedí a upřeně hledí před sebe, o ničem nepřemýšlí a nejsou si vědomi uplynulého času. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.
- 0% | _____ |100%
21. Některým lidem se občas stává, že když jsou sami, hovoří nahlas sami se sebou. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.
- 0% | _____ |100%
22. Někteří lidé shledávají, že v některé situaci jednají tak odlišně ve srovnání s jinou, že se cítí téměř tak, jako by byli dvěma různými lidmi. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.
- 0% | _____ |100%
23. Některým lidem se občas stává, že v některých situacích jsou schopni vykonávat věci, které jsou pro ně obvykle obtížné s úžasnou lehkostí a spontaneitou [například sport, práce, sociální situace]. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.
- 0% | _____ |100%
24. Někteří lidé si občas nemohou vzpomenout, zdali něco udělali, neboť mají jen myšlenku o tom, že tu věc udělali [například nevědí, zdali poslali dopis, nebo si jen myslí, že jej poslali]. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.
- 0% | _____ |100%
25. Někteří lidé někdy shledají, že udělali věci, na něž si nemohou vzpomenout, že je dělali. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.
- 0% | _____ |100%
26. Někteří lidé občas naleznou zápisky, kresby, nebo poznámky, mezi těmi, jež jim náleží, které museli sami učinit, ale nemohou si vzpomenout kdy. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.
- 0% | _____ |100%
27. Některým lidem se občas stává, že slyší hlasy uvnitř své hlavy, které jim říkají, co mají dělat, nebo komentují to, co dělají. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.
- 0% | _____ |100%
28. Někteří lidé občas pocítují, jako když hledí na svět skrze mlhu, takže lidé a objekty se jim jeví být vzdálenými a nejasnými. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.
- 0% | _____ |100%

Příloha č. 6. Dotazník SVF:78

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ...	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
1) ... snažím se soustředit své myšlenky na něco jiného	0	1	2	3	4
2) ... řeknu si, že se nedám vyvést z míry	0	1	2	3	4
3) ... snažím se, aby mě někdo jiný při řešení podpořil	0	1	2	3	4
4) ... dtím se nějak bezmocný(-á)	0	1	2	3	4
5) ... řeknu si, že si nemám co vyčítat	0	1	2	3	4
6) ... nemohu dlouhou dobu myslet na nic jiného	0	1	2	3	4
7) ... ptám se, co jsem už zase udělal(a) špatně	0	1	2	3	4
8) ... promyslím přesně své další jednání	0	1	2	3	4
9) ... mám tendenci od toho utéct	0	1	2	3	4
10) ... řeknu si, že to vydržím	0	1	2	3	4
11) ... vyhnu se napříště takovým situacím	0	1	2	3	4
12) ... vyrovnám se s tím rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
13) ... snažím se ujasnit si všechny detaily situace	0	1	2	3	4
14) ... přejdu k nějaké jiné činnosti	0	1	2	3	4
15) ... požádám někoho o radu, jak bych měl(a) postupovat	0	1	2	3	4
16) ... sním něco dobrého	0	1	2	3	4
17) ... pak o tom přemyslím znovu a znovu	0	1	2	3	4
18) ... řeknu si: „co možná pryč od toho“	0	1	2	3	4
19) ... mám špatné svědomí	0	1	2	3	4
20) ... řeknu si: „musíš se sebrat“	0	1	2	3	4
21) ... řeknu si, že si přece nemusím dělat výčitky svědomí	0	1	2	3	4
22) ... příště se hned při prvních náznacích vyhnu takovým situacím	0	1	2	3	4
23) ... mám tendenci hned ustoupit	0	1	2	3	4
24) ... jsem sám (sama) se sebou nespokojen(a)	0	1	2	3	4
25) ... podívám se na něco pěkného v televizi	0	1	2	3	4
26) ... myslím si: „jen se nedat odradit“	0	1	2	3	4
27) ... prostě musím s někým o tom hovořit	0	1	2	3	4

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ...	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
28) ... přepadají mne myšlenky na útěk	0	1	2	3	4
29) ... udělám vše, abych odstranil(a) příčinu	0	1	2	3	4
30) ... jsem rád(a), že nejsem tak přecitlivělý(-á) jako druzí	0	1	2	3	4
31) ... zabývám se pak ještě dlouho touto situací	0	1	2	3	4
32) ... dělám něco, co mě od toho odvádí	0	1	2	3	4
33) ... umiňuji si, že se příště takovým situacím vyhnu	0	1	2	3	4
34) ... snažím se potlačit své vzrušení	0	1	2	3	4
35) ... řeknu si, že za to nemohu	0	1	2	3	4
36) ... řeknu si, že druzí by to tak snadno nestrávili	0	1	2	3	4
37) ... dělám si výčitky	0	1	2	3	4
38) ... řeknu si: „nesmíš to v žádném případě vzdát“	0	1	2	3	4
39) ... nevím, jak bych mohl(a) takové situaci čelit	0	1	2	3	4
40) ... udělám něco dobrého pro sebe	0	1	2	3	4
41) ... pouze si přeji, abych z této situace co nejrychleji vyvázl(a)	0	1	2	3	4
42) ... požádám někoho o pomoc	0	1	2	3	4
43) ... vytvořím si plán, jak mohu tyto nesnáze odstranit	0	1	2	3	4
44) ... myslím si, že já za tu situaci nezodpovídám	0	1	2	3	4
45) ... říkám si: „jen se nedat zbavit odvahy“	0	1	2	3	4
46) ... myslím si, že bych se nechtěl(a) v budoucnu dostat do takové situace	0	1	2	3	4
47) ... nejde mně ta situace dlouho z hlavy	0	1	2	3	4
48) ... snažím se, abych si zachoval(a) pevný postoj	0	1	2	3	4
49) ... všechno se mně zdá tak beznadějně	0	1	2	3	4
50) ... vrhnu se do práce	0	1	2	3	4
51) ... řeknu si, že to nakonec byla moje chyba	0	1	2	3	4
52) ... lépe se kontroluji než druzí v téže situaci	0	1	2	3	4
53) ... koupím si něco, co už jsem dlouho chtěl(a) mít	0	1	2	3	4
54) ... obvykle se mně všechno zdá nesmyslné	0	1	2	3	4

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ...

	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
55) ... ujasním si, že mám možnosti situaci zvládnout	0	1	2	3	4
56) ... myslím si, že na tom nemám vinu	0	1	2	3	4
57) ... potřebuji k tomu slyšet mínění někoho jiného	0	1	2	3	4
58) ... snažím se o kontrolu svého chování	0	1	2	3	4
59) ... pokouším se vymanit se ze vzniklé situace	0	1	2	3	4
60) ... v myšlenkách si pak situaci znovu a znovu přehrávám	0	1	2	3	4
61) ... aktivně se snažím situaci změnit	0	1	2	3	4
62) ... řeknu si: „dokážeš se s tím vypořádat“	0	1	2	3	4
63) ... přece se zase uklidním rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
64) ... dbám na to, aby příště k takovým situacím vůbec nedocházelo	0	1	2	3	4
65) ... hledám něco, co by mě mohlo potěšit	0	1	2	3	4
66) ... snažím se od toho odpoutat pozornost	0	1	2	3	4
67) ... hledám vinu sám (sama) u sebe	0	1	2	3	4
68) ... snažím se s někým o problému hovořit	0	1	2	3	4
69) ... prostě se pak nemohu zbavit myšlenek na tuto situaci	0	1	2	3	4
70) ... myslím si, že k tomu nedošlo mou vinou	0	1	2	3	4
71) ... řeknu si, že se nesmím dát vyvést z klidu	0	1	2	3	4
72) ... splním si nějaké dlouho vytoužené přání	0	1	2	3	4
73) ... беру to lehčeji než jiní ve stejné situaci	0	1	2	3	4
74) ... nějak se od toho odpoutám	0	1	2	3	4
75) ... mám sklon rezignovat	0	1	2	3	4
76) ... snažím se přesně si ujasnit důvody, které k situaci vedly	0	1	2	3	4
77) ... uvažuji, jak se mohu příště vyhnout takovým situacím	0	1	2	3	4
78) ... nejraději bych od toho jednoduše utekl(a)	0	1	2	3	4

Příloha č. 7. Dotazník TSCS:2

TSCS:2

Věk:

Pohlaví:

Vzdělání:

Prosím zakroužkujte vybranou odpověď v číselné řadě vpravo. Na tyto otázky nejsou správné a špatné odpovědi, proto prosím zkuste pravdivě odpovědět na všechny.

Hodnoty odpovědí jsou následující:

1 = není to pravda, 2 = částečně to není pravda 3 = částečně pravda a částečně lež, 4 = částečně je pravda, 5 = je to pravda

	Číselná řada				
1. <i>Jsem atraktivní osoba</i>	1	2	3	4	5
2. <i>Jsem upřímná osoba</i>	1	2	3	4	5
3. <i>Jsem členem šťastné rodiny</i>	1	2	3	4	5
4. <i>Rád bych byl více důvěryhodnější</i>	1	2	3	4	5
5. <i>Cítím se nesvůj v přítomnosti ostatních lidí</i>	1	2	3	4	5
6. Matematika je pro mě těžká	1	2	3	4	5
7. Jsem přátelská osoba	1	2	3	4	5
8. Jsem spokojený se svým morálním chováním	1	2	3	4	5
9. Nejsem, tak chytrý, jako lidé kolem mě	1	2	3	4	5
10. Neumím jednat způsobem, jakým si myslí moje rodina, že bych mohl	1	2	3	4	5
11. <i>Jsem pěkný a hezký tak, jak bych měl</i>	1	2	3	4	5
12. <i>Je pro mě snadné se učit novým věcem</i>	1	2	3	4	5
13. <i>Jsem spokojený s mými rodinnými vztahy</i>	1	2	3	4	5
14. <i>Nejsem tou osobou, kterou bych chtěl být</i>	1	2	3	4	5
15. <i>Rozumím své rodině, tak dobře, jak bych měl</i>	1	2	3	4	5
16. Pohrdám sebou	1	2	3	4	5
17. Necítím tak dobře to, co bych měl	1	2	3	4	5
18. Umím dobře matematiku	1	2	3	4	5
19. Jsem spokojený s tím, jaký právě jsem	1	2	3	4	5
20. Jsem za dobře s jinými lidmi	1	2	3	4	5
21. <i>Mám zdravé tělo</i>	1	2	3	4	5
22. <i>Považuji se za sentimentální osobu</i>	1	2	3	4	5
23. <i>Jsem slušná a decentní osoba</i>	1	2	3	4	5
24. <i>Snažím se utíkat od mých problémů</i>	1	2	3	4	5
25. <i>Jsem veselá osoba</i>	1	2	3	4	5
26. Jsem nikdo	1	2	3	4	5
27. Moje rodina mi vždy pomůže s jakýmikoliv potížemi	1	2	3	4	5
28. Někdy jsem rozhněvaný	1	2	3	4	5
29. Jsem plný bolesti	1	2	3	4	5
30. Jsem nemocná osoba	1	2	3	4	5
31. <i>Jsem morálně slabá osobnost</i>	1	2	3	4	5
32. <i>Ostatní lidé si myslí, že jsem chytrý</i>	1	2	3	4	5
33. <i>Jsem nenávistná osoba</i>	1	2	3	4	5
34. <i>Ztrácím svůj rozum</i>	1	2	3	4	5
35. <i>Moje rodina mě nemá ráda</i>	1	2	3	4	5
36. Cítím, že moje rodina mi nevěří	1	2	3	4	5
37. Nejsem dobrý v práci, kterou dělám	1	2	3	4	5
38. Jsem naštvaný na celý svět	1	2	3	4	5
39. Je těžké se mnou přátelit	1	2	3	4	5
40. Jednou za čas myslím na věci, o nichž je darmo mluvit	1	2	3	4	5
41. <i>Někdy, když se necítím dobře, jsem podrážděný</i>	1	2	3	4	5

42. Nejsem ani příliš hubený ani tlustý	1	2	3	4	5
43. Nebudu nikdy tak chytrý, jako ostatní lidé	1	2	3	4	5
44. Mám rád práci s čísly	1	2	3	4	5
45. Jsem společenský, tak jak bych chtěl být	1	2	3	4	5
46. Mám potíže dělat to, co je správné	1	2	3	4	5
47. Někdy za čas se zasměji nevhodným vtipům	1	2	3	4	5
48. Byl jsem více sexuálně přitažlivější	1	2	3	4	5
49. Neměl bych tolik lhát	1	2	3	4	5
50. Neumím moc dobře číst	1	2	3	4	5
51. Jednám s rodiči dobře, tak jak bych měl	1	2	3	4	5
52. Jsem citlivý na to, jak ostatní mluví o mé rodině	1	2	3	4	5
53. Měl bych více milovat svoji rodinu	1	2	3	4	5
54. Jsem spokojen se způsobem, jakým jednám s ostatními lidmi	1	2	3	4	5
55. Měl bych se lépe dostat mezi lidi	1	2	3	4	5
56. Občas pomlouvám druhé	1	2	3	4	5
57. Občas si rád zakleji	1	2	3	4	5
58. Starám se dobře o svůj psychický stav	1	2	3	4	5
59. Dbám pečlivě o svůj vzhled	1	2	3	4	5
60. Jsem věrný své víře v mé každodenní činnosti	1	2	3	4	5
61. Někdy dělám velmi špatné věci	1	2	3	4	5
62. Umím si v každé situaci dát na sebe pozor	1	2	3	4	5
63. V každé práci dělám tak dobře jak chci	1	2	3	4	5
64. Většinu času se cítím dobře	1	2	3	4	5
65. Opravdu se zajímám o svoji rodinu	1	2	3	4	5
66. Snažím se pochopit i hledisko druhé osoby	1	2	3	4	5
67. Raději hry vítězím, než prohrávám	1	2	3	4	5
68. Nejsem dobrý ve hrách a ve sportu	1	2	3	4	5
69. Jsem spokojený s tím, jak právě vypadám	1	2	3	4	5
70. Nevím, jak pracovat lépe	1	2	3	4	5
71. Mám potíže se spánkem	1	2	3	4	5
72. Dělán v pravý čas to, co je správné	1	2	3	4	5
73. Nejsem dobrý ve všech sociálních situacích	1	2	3	4	5
74. Poměrně snadno řeším své problémy	1	2	3	4	5
75. Jsem špatný člověk	1	2	3	4	5
76. Jsem spokojený s mým vztahem k Bohu	1	2	3	4	5
77. Hádám se svou rodinou	1	2	3	4	5
78. Na každém koho potkám, vidím něco dobrého	1	2	3	4	5
79. Je pro mě obtížné mluvit s cizími lidmi	1	2	3	4	5
80. Někdy to, co mám udělat dnes, odkládám na zítra	1	2	3	4	5
81. Snadno chápu to, co čtu	1	2	3	4	5
82. Mám vysokou sebekontrolu	1	2	3	4	5

Příloha č. 8. Hrubé skóry jednotlivých dotazníků

subjekt	pohlaví	věk	vzdělání	skupina	TAS TOT	TAS DIF	TAS DDF	TAS EOT	SDQ-20	DES	SVF Poz	SVF POZ1	SFV POZ2	SVF POZ3	SVF NEG	TSCS TOT	PHY	MOR	PER	FAM	SOC	ACA
1	M	29	VŠ	1	38	18	6	14	44	22,46	13,57	11,5	14,5	14,33	12,67	191	30	30	30	43	32	26
2	Ž	35	ZŠ	1	66	25	20	21	94	14,68	14,57	9	18,5	15,67	17,83	226	36	42	36	34	36	42
3	Ž	50	ÚSO	1	45	16	7	22	25	8,53	13,29	13	10	15,67	13	280	45	52	47	46	50	40
4	M	42	VŠ	1	52	20	9	23	23	16,53	9,14	6,5	7	12,33	14,33	267	36	48	52	36	46	49
5	Ž	24	VŠ	1	33	10	9	14	23	1,14	15,86	6,5	17,5	21	13,33	273	53	46	48	42	36	48
6	Ž	23	ZŠ	1	69	25	16	28	39	16,32	14,57	15	15	14	17,5	222	49	35	36	28	39	35
7	Ž	20	SŠ	1	56	19	21	16	22	13,39	1,86	0	2,5	2,67	13,67	204	31	40	24	38	34	37
8	Ž	49	SŠ	1	74	31	22	21	35	12,75	9,57	5,5	7	14	15,5	213	33	57	23	48	28	24
9	Ž	46	SŠ	1	60	25	18	17	62	40,35	10,29	9	7	13,53	13,33	191	34	29	33	37	28	30
10	Ž	41	SOU	1	68	25	18	25	50	11,25	7	5	7	8,33	18	204	36	40	38	26	32	32
11	Ž	24	SŠ	1	58	15	15	28	24	7,57	8,43	4	12,5	8,67	20,17	220	33	46	29	40	41	31
12	Ž	49	SŠ	1	61	21	13	27	33	23,82	9,71	10	7	11,33	20,83	258	36	46	42	47	49	38
13	Ž	34	SŠ	1	65	28	22	15	40	57,14	12,71	9,5	12,5	15	18,67	208	20	51	25	30	36	46
14	Ž	30	VŠ	1	75	32	21	22	77	20,57	10	7,5	7,5	13,33	19,33	219	30	38	28	50	38	35
15	Ž	52	ZŠ	1	48	13	6	29	29	4,39	13,86	12	17	13	12,67	275	38	51	51	52	45	38
16	Ž	57	ZŠ	1	53	21	9	23	36	9,43	10,57	13	7,5	11	12	255	37	51	45	47	41	34
17	M	40	SŠ	1	53	21	13	19	37	13	12,14	8	10	16,33	17,67	211	33	39	29	42	39	29
18	M	53	VŠ	1	40	16	10	14	35	12,04	6	6	3,5	7,67	16,83	236	45	29	35	50	41	36
19	Ž	54	VOŠ	1	31	9	9	13	20	3,43	15,57	10,5	14,5	19,67	12,67	279	54	46	44	45	51	39
20	M	24	VŠ	1	46	11	11	24	25	9,5	14	14	10	16,67	13,83	254	45	51	45	43	42	28
21	Ž	50	VŠ	1	51	22	12	17	29	10,11	16,71	13	16,5	19,33	15,33	279	50	44	52	45	46	42
22	M	33	SŠ	1	51	14	13	24	31	5,18	11,71	8,5	12	13,67	11,33	216	37	33	33	39	37	37
23	M	42	VŠ	1	48	17	9	22	28	6,68	12,71	10,5	10,5	15,67	11,17	243	36	42	44	34	34	53
24	Ž	55	SOU	1	66	24	18	24	22	1,82	14,71	9	11	21	10	314	45	60	50	51	56	52
25	M	37	SŠ	1	34	11	9	14	28	0,46	11,71	7	9	16,67	8	237	35	46	41	35	37	43
26	Ž	39	VŠ	1	56	27	13	16	34	2,29	15,57	14,5	7,5	21,67	16,83	239	44	38	42	37	43	35
27	Ž	42	VŠ	1	65	26	15	24	22	5,64	11,57	8,5	12,5	13	15,83	251	47	42	40	42	45	35
28	Ž	36	SŠ	1	34	8	6	20	22	11,68	11,71	2,5	8	20,33	12	245	43	47	38	36	46	35
29	M	49	SOU	1	53	13	15	25	28	13,18	9,14	6	7	12,67	18,17	246	47	46	40	38	42	33
30	Ž	21	VOŠ	1	47	16	15	16	28	24	13,57	14,15	10	15,33	7,5	255	48	40	44	39	42	42
31	Ž	18	SŠ	1	45	11	14	20	22	32,75	9,57	6	11,5	10,67	16,17	234	42	44	42	37	33	36
32	Ž	18	SŠ	1	60	21	17	22	28	3,75	10,43	8,5	7,5	13,67	15,83	245	43	45	39	37	29	52
33	Ž	18	SŠ	1	70	29	18	23	34	27,25	5,71	5	6	6	1,00	187	40	34	30	29	21	33

subjekt	pohlaví	věk	vzdělání	skupina	TAS TOT	TAS DIF	TAS DDF	TAS EOT	SDQ-20	DES	SVF POZ	SVF POZ1	SVF POZ2	SVF POZ3	SVF NEG	TSCS TOT	PHY	MOR	PER	FAM	SOC	ACA
1	M	20	SŠ	2	39	13	9	17	21	10,42	12,86	10	10,5	16,33	3	294	58	44	51	43	50	48
2	M	20	SŠ	2	41	9	9	23	21	11,64	14,57	12	10	19,33	8,33	297	66	49	53	38	48	43
3	Ž	20	SŠ	2	40	11	10	19	23	5,28	16	14	15,5	17,67	10,5	295	56	47	51	45	48	48
4	Ž	20	SŠ	2	46	18	14	14	23	8,32	11,71	7	12,5	14,33	13,5	243	49	51	40	39	34	30
5	Ž	20	SŠ	2	39	9	12	18	21	3,1	15,29	13	13	18,33	12,83	299	60	46	54	42	50	47
6	Ž	21	SŠ	2	39	10	11	18	20	0,39	11	6,5	11,5	13,67	8,5	307	57	52	51	47	53	47
7	Ž	23	SŠ	2	34	12	8	14	21	5	12	7	12,5	15	11,17	266	47	45	46	43	41	44
8	Ž	20	SŠ	2	39	12	8	19	20	10,5	13,86	11	15	15	11,83	278	56	38	45	53	47	39
9	Ž	21	SŠ	2	28	8	6	14	20	3	14,57	12,5	12	17,67	8,67	300	60	49	52	52	52	35
10	Ž	20	SŠ	2	45	15	11	19	32	5,25	12,71	10,5	14,5	13	14,83	287	58	49	50	48	46	36
11	Ž	19	SŠ	2	29	8	7	14	22	5,93	15,71	12,5	14	19	9,83	319	58	51	57	51	53	49
12	Ž	20	SŠ	2	26	11	7	8	23	0,64	16,71	14,5	18,5	17	13,17	308	58	48	52	48	50	52
13	Ž	20	SŠ	2	61	20	14	27	20	2,07	10	4	14	11,33	17,5	275	58	40	47	50	42	38
14	Ž	19	SŠ	2	31	10	5	16	21	3,14	5,43	7	2	6,67	11,67	294	62	46	52	49	41	44
15	Ž	20	SŠ	2	36	13	7	16	24	6,32	10,29	5	15,5	10,33	12	293	54	47	48	53	48	43
16	Ž	20	SŠ	2	42	13	17	12	29	10	12,29	8	10,5	16,33	8,5	342	68	56	57	54	52	55
17	Ž	19	SŠ	2	37	12	7	18	22	2,04	11,14	10	11	12	9	302	61	49	51	48	45	48
18	M	22	SŠ	2	33	8	6	19	29	7,07	15,43	15	11	18,67	10,5	307	62	50	51	48	46	50
19	M	19	SŠ	2	36	13	8	15	23	27,75	14,57	13	11,5	17,67	10,67	311	55	48	55	56	50	47
20	M	20	SŠ	2	61	23	17	21	37	38,67	6,71	5,5	7	7,33	14,17	173	30	36	21	34	28	24
21	Ž	20	SŠ	2	33	10	8	15	27	17	10	9,5	6	13	5	267	60	38	47	24	45	53
22	Ž	20	SŠ	2	26	9	5	12	29	2,82	9,57	8	7,5	12	15,17	311	61	52	40	52	50	56
23	M	19	SŠ	2	39	9	12	18	22	17,39	13,86	10,5	12	17,33	9,5	271	54	38	49	45	46	39
24	Ž	20	SŠ	2	42	13	12	17	20	9,5	10,57	7	13	11,33	9,5	314	67	51	54	48	45	49
25	M	19	SŠ	2	51	21	18	12	41	16,75	9,86	9	5	13,67	6,83	262	53	45	44	22	45	53
26	M	24	SŠ	2	40	9	11	20	21	5,53	12,86	12	11,5	14,33	7,67	328	69	51	57	54	53	44
27	Ž	20	SŠ	2	38	17	9	12	23	7,6	8,43	3	11,5	10	18,17	203	44	24	26	40	35	34
28	Ž	19	SŠ	2	46	17	12	17	24	2,36	11,71	9	10	14,67	14,67	286	57	48	49	50	47	35
29	Ž	19	SŠ	2	42	12	11	19	22	6,1	12,14	4,5	10	18,67	14,17	254	49	38	46	40	38	43
30	Ž	19	SŠ	2	45	12	11	22	21	3,1	15,86	13,5	17	16,67	8,33	330	68	58	57	53	48	46
31	Ž	23	SŠ	2	42	15	12	15	20	3,82	13,29	10	10	17,67	12,83	299	59	54	48	47	43	48
32	Ž	20	SŠ	2	30	9	8	13	30	5,07	13,29	6,5	9,5	20,33	14,33	332	68	51	55	52	55	51
33	Ž	25	SŠ	2	45	15	11	19	23	24,96	12,57	6	13	16,67	8,17	313	55	48	55	54	50	51