

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

DISOCIACE, ALEXITHYMIE A SELF U LIDÍ ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU

**DISSOCIATION, ALEXITHYMIA AND SELF IN PEOPLE DEPENDENT
ON ALCOHOL**



Disertační práce

Autor: PhDr. Mgr. Procházka Roman

Školitel: doc. PhDr. Vladimír Řehan

Olomouc

2011

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny řádně citoval a uvedl.

V Olomouci 7. dubna 2011

Na tomto místě bych rád poděkoval panu doc. PhDr. Vladimíru Řehanovi za podnětné a konstruktivní připomínky a laskavé vedení této disertační práce. Dále bych rád poděkoval za ochotu všem spolupracujícím institucím a také samotným pacientům za jejich účast na výzkumu.

Obsah

Úvod:	7
1. Stručný nástin disociace v historickém kontextu.....	8
1.1. Normální a patologická disociace.	9
1.2. Teorie struktury disociace u osobnosti.....	9
1.3. Primární, sekundární a terciární struktura disociace	11
1.4. Kognitivní teorie disociace	13
1.5. Neurobiologické modely disociace	15
1.6. Disociace a neuronové sítě.....	16
1.7. Trauma a disociace.....	17
1.8. Dissociativní (konverzní poruchy) poruchy F44.....	19
1.8.1. Klasifikace dissociativních poruch.....	19
1.8.2. Jiné dissociativní poruchy F 44.8.	24
1.9. Somatoformní disociace.....	25
2. Somatoformní poruchy F45	26
2.1. Etiopatogeneze somatizace a somatoformních poruch	26
2.2. Klasifikace somatoformních poruch	27
3. Vymezení alexithymie	34
3.1. Alexithymie I. typ	36
3.2. Alexithymie II. typ	36
3.3. Alexithymie III. typ.....	37
3.4. Lexithymie	37
3.5. Teorie vzniku alexithymie.....	40
3.5.1. Psychoanalytický a psychodynamický výklad vzniku alexithymie	40
3.5.2. Sociologický model alexithymie	41
3.5.3. Kognitivně neuropsychologické koncepce alexithymie.....	42
3.5.3.1. Corpus callosum a alexithymie.....	42
3.5.3.2. Commisura anterior a alexithymie.....	42
3.5.3.3. Pravá hemisféra a alexithymie.....	43
3.5.3.4. Přední cingulum a alexithymie	44
3.6. Neurochemické výklady alexithymie.....	44
3.6.1. Dopaminová teorie a alexithymie.....	44
3.7. Alexithymie a vztah k alkoholu	45
3.7.1. Studie vztahu alexithymie a závislosti na alkoholu.....	45
3.7.2. Alexithymie a spotřeba alkoholu.....	46
3.7.3. Alexithymie jako rizikový faktor ve vývoji problémů s alkoholem.....	46
3.7.4. Alexithymie a bažení	47

4. Problematika závislosti na alkoholu	47
4.1. Psychologické teorie závislosti	48
4.1.1. Klasická psychoanalýza.....	48
4.1.2. Neopsychoanalýza, ego-psychologie	49
4.1.3. Behaviorální psychologie	50
4.2. Genetické podklady závislosti.....	51
4.3. Závislost z pohledu neurobiologie	52
4.3.1. Systém odměny v mozku.....	53
4.3.2. Behaviorální efekt působení alkoholu	55
4.3.3. Abúzus a závislostní potenciál alkoholu	56
4.4. Vztažné teorie vzniku závislosti na psychoaktivních látkách	58
4.4.1. Teorie oponentního procesu	58
4.4.2. Teorie odchylného učení	59
4.4.3. Teorie senzitivace vůči podnětu.....	59
4.4.5. Teorie rozhodování a ztráty inhibiční kontroly	60
4.4.6. Syndrom I-RISA	60
5. Integrativní model závislosti.....	62
6. Problematika Self.....	63
6.1. Pojem já.....	63
6.2. Význam self-konceptu	65
6.2.1. Kognitivní složka self-konceptu	66
6.2.2. Emocionální složka self-konceptu.....	67
6.2.3. Konativní složka self-konceptu	68
6.3. Vztah self-konceptu k závislosti na alkoholu.....	68
Empirická část.....	71
7. Vymezení výzkumného problému	72
8. Výzkumné otázky	73
8.1. Design výzkumu.....	74
8.1.1. Typ výzkumu.....	74
8.1.2. Metoda zpracování a analýzy dat	74
8.1.3. Metoda získávání dat.....	75
7.1.3.1. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).	75
7.3.1.2. Dissociation Experiences Scale (DES)	76
7.3.1.3. Somatoform Dissociation Questionnaire	77
7.3.1.4. Strategie zvládání stresu (SVF-78)	77
7.3.1.5. Tennessee Self Concept Scale II (TSCS-II)	78
7.4. Výzkumný soubor.....	82

8. Popis výsledků analýz.....	84
8.1. Power analýza a stanovení rozsahu výběru.....	84
8.2. Analýza a popisné charakteristiky	87
8.2.1. Dotazníky TAS-20, SDQ-20, DES,.....	87
8.2.2. Dotazník SVF-78.....	90
8.2.3. Dotazník TSCS-II.....	91
8.3. Korelační analýza a faktorová analýza DES, SDQ-20, TAS-20.....	92
8.3.1. Cílená korelační analýza.....	94
8.3.2. Faktorová analýza DES, TAS, SDQ-20	95
8.4. Shrnutí hlavních výsledků.....	98
8.5. Vztah TAS-20, SDQ-20 a DES ke strategiím zvládnání stresu	100
8.5.1. Vztah alexithymie ke strategiím zvládnání stresu	100
8.5.1.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy alexithymie a strategií zvládnání stresu	105
8.5.2. Vztah somatoformní disociace ke strategiím zvládnání stresu	107
8.5.2.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy somatoformní disociace a strategií zvládnání stresu	110
8.5.3. Vztah psychické disociace ke zvládnání stresu	112
8.5.3.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy psychické disociace a strategií zvládnání stresu	115
8.7. Vztah TAS-20, SDQ-20 a DES k self konceptu.....	116
8.7.1. Vztah alexithymie a self konceptu.....	116
8.7.1.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy alexithymie a self konceptu.....	118
8.7.2. Vztah somatoformní disociace a self konceptu	119
8.7.2.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy somatoformní disociace a self konceptu	121
8.7.3. Vztah psychické disociace a self konceptu.....	122
8.7.3.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy psychické disociace a self konceptu	124
8.8. Vztah strategií zvládnání stresu a self konceptu.....	125
8.8.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy strategií zvládnání stresu a self konceptu	126
9. Diskuze	128
10. Závěr	134
11. Souhrn	135
Literatura.....	137
Příloha č.1: Anotace disertační práce	
Příloha č.2: Dotazník DES a SDQ-20.....	
Příloha č.3. Dotazník TAS-20.....	
Příloha č.4. Dotazník SVF-78.....	
Příloha č.5. Dotazník TSCS-II.....	

Úvod:

Tato disertační práce s názvem disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu se zabývá výzkumech těchto fenoménů u zvolené zkoumané skupiny tj. zda jsou přítomny, jak spolu souvisejí. Základním východiskem nad kterým se zamýšlíme, je zkoumání vztahu disociace, alexithymie a self-konceptu u alkoholově závislých osob. Z hlediska dostupného stavu poznání, jež v oblasti výzkumu disociace a alexithymie bylo dosaženo, se také zaměřujeme na mapování strategií zvládnání stresu, protože stres může ve své chronické podobě vést k alexithymii či disociaci. Alexithymie představuje emoční dysregulaci, která se projevuje v malaadaptivních stylech emoční modulace. Výzkumy poukazují na vztah mezi alexithymií a závislostí na alkoholu. Dále se věnujeme mapování self-konceptu a jeho vztahu k alexithymii a disociaci a strategiím zvládnání stresu. Excesivní pití s sebou nese četné problémy v rodině, v práci a v osobním životě. Některé prožívané problémy se mohou podobat traumatům vedoucí ke vzniku disociativních a somatoformních symptomů či projevy alexithymie. Proces odvykání od alkoholu je velice náročný a dlouhodobý a představuje pro mnohé problém, který může vyústit až v disociaci nebo somatoformní disociaci či změnám Já. Nutno zmínit, že disociativní a somatoformní symptomy jsou četně zkoumány u dalších poruch jako: schizofrenie, epilepsie, posttraumatická stresová porucha, poruchy osobnosti apod. My se budeme snažit v této práci rozšířit oblast poznání disociace, alexithymie a self u pacientů závislých na alkoholu a nabídnout některé závěry pro terapeutickou práci.

1. Stručný nástin disociace v historickém kontextu

Koncept disociace zavedl Pierre Janet roku 1889. Tímto konceptem popisoval u hysterických pacientů zjevný rozvrat v normálních integrovaných funkcích paměti, identity, vnímání a vědomí (Bowers, Meichenbaum, 1984, s. 9-48). Z hlediska historie se před Janetem zabývali problematikou disociace např. Moreau De Tour, který užíval pojmu psychologický rozklad (psychological dissolution), dále Jackson Hughlings, který také užíval pojmu psychologický rozklad a dále termínu snivý stav (dreamy state). Snivý stav znamenal rozštěpení vědomí vedoucí k amnézii a dalším symptomům jako jsou derealizace, depersonalizace, halucinace nebo poruchy vnímání (Bob, 2005, s. 12). Nyní se vraťme ještě k Janetovi. Ten ve své knize Psychologický automatismus (Psychological automatism, 1889) popsal koncepci disociace, kterou často pozoroval u hysterie, hypnózy, ve stavu sugescie či ve stavu posedlosti. Jeho myšlenky byly ovlivněny také spoluprací s J. M. Charcotem v Paříži (Howel, 2005).

Složitost Janetových teorií vyjadřuje přítomnost děje, který nazývá totální psychologický automatismus, v němž dominuje ve vědomí poslední zkušenost. V případě částečného psychologického automatismu a částečného uvědomování je dominantní poslední zkušenost, která může být uvědomována, ale sekundárně. Například během hypnotické anestézie v níž si jedinec neuvědomuje, že drží nějaký předmět, může dojít k jeho uvědomění si právě pomocí sekundárního uvědomění, které později Hilgard nazval skryté pozorování (Bob, 2005, s.13). Předpokládá se, že během automatických psychologických procesů systém nevědomí fixuje myšlenky, které jsou potlačovány vědomou kontrolou, jež představuje důležitou roli v percepci. Fixované myšlenky však mohou existovat v izolovaném stavu či mohou vytvářet kreativně komplexní struktury. Tyto komplexní struktury byly později Jungem nazvány komplexy, které vznikají na základě traumatu, či emočního šoku. Komplexy jsou definované jako odštěpené části psyché a jsou obrazem psychické situace, která je neslučitelná s vědomým postojem a jako takové se komplexy projevují nevědomě, jako velmi naléhavé pohnutky chování (Plháková, 2006, s.192).

Z hlediska historie na problematiku disociace a hysterie poukazoval Breuer a Sigmund Freud, který v roce 1947 vydal studii o hysterii. Breuer zastával názor, že určité osoby mohou být náchylnější ke změněným stavům vědomí, čili ke stavům mimo sebe, čímž mají větší sklon k hysterii.

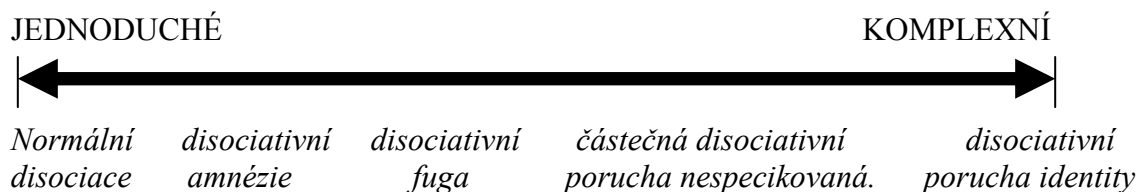
S. Freud zastával názor, že patologní vzpomínky a pocity jsou disociovány nikoli na základě změněného stavu vědomí, ale proto, že vlastní obsah patologních vzpomínek je zneklidňující, nepřijatelný a je v rozporu s ostatními pacientovými představami a pocity (Mitchell, Blacková, 1999, s.24). P. Janet považoval za hysterii defekt v psychické celistvosti.

V současné době je disociace popisovaná v širokém poli normálních a abnormálních projevů od denního snění, amnézie, hypnotické odpovědi, derealizace a depersonalizace (Brunet, et al, 2001). D. Spiegel, E. Cardeña (1991, s. 366-378) uvádí, že základní charakteristikou disociativních procesů je jejich oddělení od vzájemných mentálních procesů, které jsou obvykle integrované a mají přístup do vědomí. V následujících kapitolách si blíže přiblížíme problematiku disociace.

1.1. Normální a patologická disociace.

V této kapitole se zaměříme na rozdíl mezi normální a patologickou disociací. Tradičně na základě odborné zkušenosti je disociace rozložena na tomto kontinuu viz. obr.1

Obr.1: Spektrum disociativních poruch z hlediska stupně složitosti



Normální disociací rozumíme např. denní snění, automatické vykonávání činnosti apod. Za patologickou disociací rozumíme vše, co je v kontinuu za normální disociací. Patologickým disociacím se budeme podrobněji věnovat v dalších kapitolách. Studium porozumění normální a patologické disociace ležící v kontinuu subjektivní zkušenosti je stále předmětem debat mezi výzkumníky.

1.2. Teorie struktury disociace u osobnosti

Teorie struktury disociace u osobnosti byla formulována a zavedena do literatury O. Nijenhuiem, Van der Hartem (1999a). Tito autoři syntetizují klasické přístupy k disociaci, teorie traumatu a jeho vztahu k disociaci. Disociací se primárně rozumí strukturální rozdělení osobnosti dané nedostatkem integrity mezi biologickými systémy, které osobnost konstituují (Van der Hart et al., 2004, p. 906). Teorie struktury disociace je založena na základním strukturálním rozdělení osobnosti, tj. emoční část osobnosti (EO) a zřejmě

normální část osobnosti ZNO). Deficity v integraci těchto částí souvisejí s existencí disociovaných obsahů osobnosti. Na výše uvedené rozdělení osobnosti navazuje další teorie, která zahrnuje akční psychobiologický systém, který je vrozený a self-organizující behaviorální systém. Obě základní struktury zahrnují dva akční systémy z nichž první systém se věnuje denní péči a problémům každodenního života. Druhý systém se nazývá defenzivní akční systém, který se zaměřuje na individuální přežití v podmínkách či situaci hrozby. Tento systém zahrnuje jako reakci na hrozbu: hypevigilanci, útok, útěk, zmrznutí a totální submisivitu. Reakce totální submisivita je doprovázená anestézií, zmrznutím a analgezií. Při působení chronického traumatu dochází mezi zmíněnými systémy k oddělení od sebe navzájem, čímž vzniká tzv. základní a primární forma traumatu. Ohrožení tělesné integrity a ohrožení života vede k základní a primární formě traumatu a vede k disociaci osobnosti způsobenou nedostatečnou integritou prvního a druhého systému (Howell, 2005). Tyto dva systémy pozoruhodně korespondují s částmi osobnostmi, které popsal ve vztahu k disociaci C. Myers (in Van der Hart, 2000). Defenzivní systém odpovídá emoční části osobnosti a systém věnující se dennímu fungování odpovídá zřejmě normální části osobnosti. C. Myers (1940) vycházel ze zkušenosti z léčby traumatizovaných vojáků 1. Světové války a zavedl termín shell shock. Tento termín lze přeložit jako šok z výbuchů granátů. Jeho teorie dvou částí osobnosti byla zachována, ale v současném stavu poznání se tyto části přisuzují k self. Z hlediska struktury disociace emoční část obsahuje zakořeněné zbytky či pozůstatky traumatu, které se často znovuaktivují a projevují se v úzkém rozpětí projevů, které jsou relevantně vztaženy k prožitému traumatu. Část zřejmě normální osobnosti, která se věnuje dennímu žití a prožitkům vznikajících během dne, může ve své podobě interferovat s traumatickými vzpomínkami uloženými v emoční části (Howell, 2005). C. Myers (1940) (in Howel, 2005) poukázal, že emoční část je důležitá pro vznik traumatu svou segregací od systému zřejmě normální osobnosti. Tímto mechanismem lze objasnit vyhýbavé chování tj. jedinec své afekty a informace drží v emoční části. Právě emoční část podporuje vyhýbavé chování. Jedinec se vyhýbá denním situacím zpracovaných v ZNO, která je EO periodicky rušena a ovlivňována. Disociace emoční části se projevuje nočními můrami, somnabulismem, intruzivními myšlenkami, flashbacky či echo-fenomény a somatoformními symptomy. V další kapitole volně navážeme na tuto problematiku a poukážeme na strukturu primární, sekundární a terciární disociace.

1.3. Primární, sekundární a terciární struktura disociace

Primární struktura disociace zahrnuje jednu emoční část a jednu část zřejmě normální osobnosti. Mezi příklady primární disociace patří jednoduchá posttraumatická stresová porucha, dissociativní amnézie, jednoduché somatoformní poruchy a konverzní poruchy (dissociativní poruchy). Ve výše uvedených případech část zřejmě normální osobnosti (ZNO) směřuje k disociaci a znecitlivění informací, které jsou charakterizované parciální či komplexní amnézií na prožitá trauma či stresovou událost. Zatímco emoční část (EO) je obvykle limitována rozsahem přijímání těchto informací, což se funkčně projevuje hypermnézií na zažitá trauma a znovuprožíváním zažitého traumatu či stresové události vyvolávající trauma (Howell, 2005, s.134). Struktura sekundární disociace je tvořena jednou částí zřejmě normální osobnosti (ZNO) a více než jednou emoční částí (EO). Příkladem sekundární struktury disociace jsou komplexní posttraumatická porucha, komplexní poruchy spojené s akutní reakcí na stres, komplexní dissociativní amnézie, komplexní somatoformní poruchy, hraniční poruchy osobnosti a jinak nespecifikované dissociativní poruchy. Sekundární disociaci charakterizuje oddělení dvou či více defenzivních subsystémů. Defenzivní subsystém, který zahrnuje emoční část osobnosti se věnuje takovým reakcím, jako jsou útok, útěk, zmrznutí, totální submise, hypervigilance. Tyto reakce mezi sebou komunikují a projevují se v části zřejmě normální osobnosti. Praktickým příkladem může být případ pacienta závislého na alkoholu. Tento pacient neměl diagnostikovanou poruchu osobnosti přesto udával, že se cítí být někdo jiný. Jeho alkoholovou kariéru odstartovala prožitá autonehoda, při které zemřela jeho partnerka. Tato situace s následnými pocity viny vedla k tomu, že začal pít alkohol, aby redukoval úzkost. Následkem prožitého traumatu se stal rigidní osobností s úzkostnými projevy. Dále se u něho vyskytovaly další projevy emoční části osobnosti tj. prožívání děsu, noční můry a přetrvávající úzkost. Tyto prožitky pacient umocňoval pitím alkoholu, čímž prohluboval bludný kruh užívání a posiloval oddělené a neřešené emoční části v defenzivním subsystému (tento příklad vychází z praxe autora disertační práce).

Terciární struktura disociace zahrnuje dvě a více zřejmě normálních částí osobnosti (ZNO) a dvě a více emočních částí osobnosti (EO). Terciární struktura disociace zahrnuje dissociativní poruchu identity, která má častou komorbiditu s komplexní posttraumatickou poruchou osobnosti a některými poruchami osobnosti. Van der Hart et al. (2004) zmiňuje, že oddělené části zřejmě normální osobnosti se funkčně projevují v běžném životě např. v práci, při výchově dětí a hře.

Disociativní porucha identity se často projevuje dezorganizovaným připoutáním (attachment), ke kterému dochází v raném období života, a které často vede k závislosti na objektu v podobě připoutání či odmítání. Tato dezorganizace se projevuje alternací mezi odlišnými systémy připoutání tj. závislost oproti odmítání. Jako příklad (vychází z praxe autora disertační práce) lze uvést pacientku, která byla v dětství pohlavně zneužívána a sexuálně traumatizovaná svým otcem. V období rané adolescence byla znásilněná mužem, který s ní bydlel na squatu (výraz pro byt, kde společně žijí a bydlí uživatelé drog). Tato dívka se stala postupem času závislá na alkoholu (začala pít kolem 13 let) a pervitinu (injekčně od 15 let). Alkohol jí sloužil jako kompenzační mechanismus traumatických prožitků, pocitů bezmoci, beznaděje a zrady. Pervitin představoval stimulující a regulující prvek, který ji aktivoval a dával sílu tyto prožitky a negativní myšlenky vyvracet. Při dojezdu pervitinu se znovuobjevovaly negativní pocity devalvující self. Tyto pocity byly tlumeny alkoholem a nakonec i alkoholem prohlubovány. V průběhu léčby vykazovala posttraumatickou poruchu osobnosti a disociativní poruchu identity. Výrazná byla amnézie na určité části jejího života. Symptomy byly tvořeny flashbaky a znovuprožíváním traumatických zážitků, které byly velmi silné a vedly k aktivaci motivačního okruhu vedoucího k užití psychoaktivních látek (o okruhu a teoriích užívání návykových látek bude pojednáno v samostatné kapitole). Mechanismem obrany její psychické integrity bylo, že vzpomínka na trauma, které zažila nebyla převedená do narativní roviny tj. do hippocampu, ale byla disociována do horkého subsystému paměti v amygdale (podrobněji v kap. trauma a disociace)

Na základě výše uvedených informací stručně shrneme funkci emoční části (EO) a zřejmě normální části osobnosti (ZNO). Emoční část obecně koresponduje s pozitivním intruzivními symptomy, jako je znovuprožívání traumatu. Zřejmě normální část osobnosti obecně koresponduje s negativními symptomy tj. ztrátou a inhibicí, která se projevuje amnézií, znecitlivěním, disociativní slepotou a mutismem (Howell, 2005). Vztah mezi těmito částmi lze funkčně objasnit takto. Zřejmě normální osobnost se jeví klidná a nenarušená, přestože má v sobě uloženou vzpomínku, jež byla na základě traumatu či stresové situace disociována.

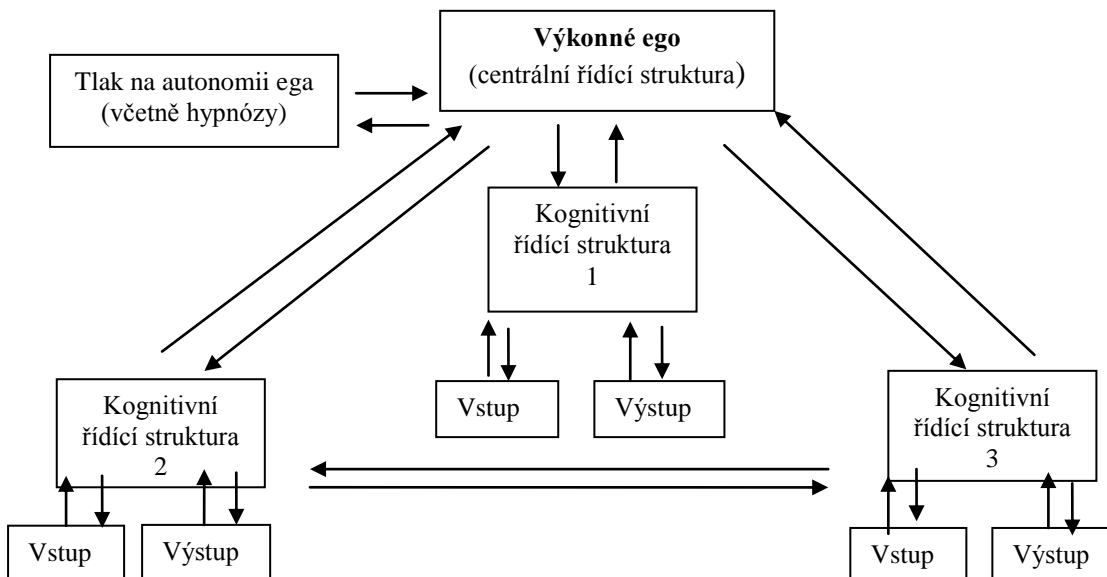
Pokud se setkáme se spouštěčem, jenž aktivuje disociované vzpomínky, tak se jí ZNO vyhne a podrží ji v části EO s jejími projevy, což se projevuje právě parciální nebo totální amnézií na trauma. Zřejmě normální část osobnosti (ZNO) se tímto průběhem stává fobická na projevy emoční části a všechny informace od ní ukládá mimo sebe. Trauma se

pak projevuje v kognici, emocích a v traumatických vzpomínkách, které se postupně zakódovávají do těla daného jedince (Van der Hart et al., 2004).

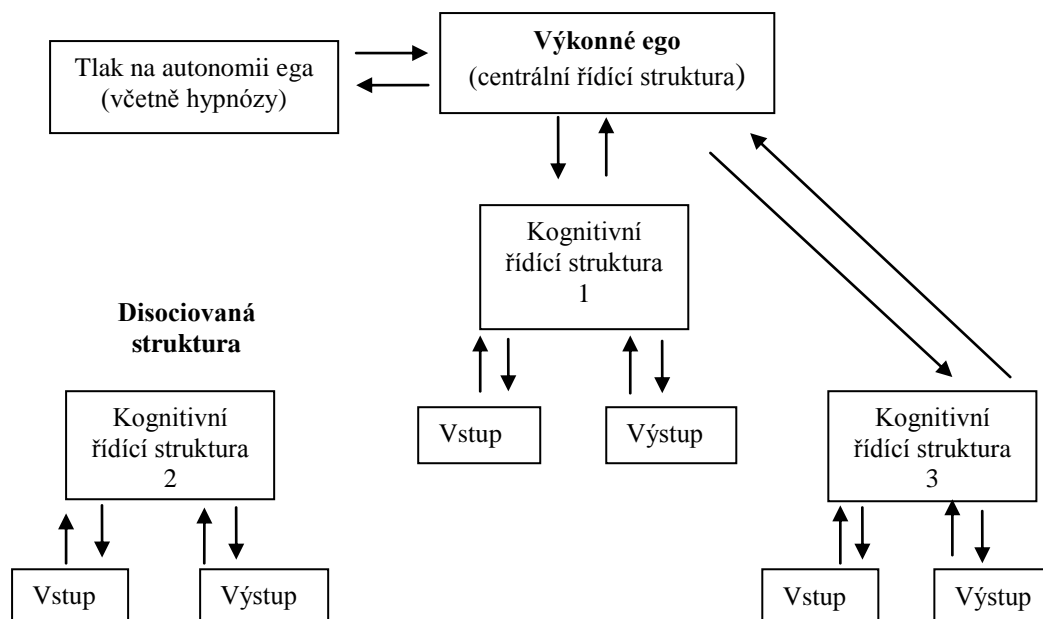
1.4. Kognitivní teorie disociace

Mezi kognitivními teoretickými modely, které se snaží vysvětlit disociaci se zaměříme na Hilgardovu neodissociální teorii. Tato teorie vysvětluje normální čili nepatologickou disociaci. Základem této teorie je, že podvědomí tvoří podřízený kognitivní subsystém způsobu kontroly v exekutivním monitorovacím systému. V určitých podmínkách však může být exekutivní kontrolní systém vypnut a mohou do něj z podvědomí vcházet skrze amnestickou bariéru disociované obsahy. Tak se tomu děje například v hypnóze. Tyto disociované obsahy vycházející z podvědomí mohou být vnímány ego-dystonně nebo ego – syntonně. E. W. Hilgard (in Ptáček, Bob, 2009) uvažoval nad sekundárně disociovaným podvědomím, jako nad skrytým pozorovatelem, který běží pod hlavním centrálním proudem vědomí a sbírá informace z mnoha dalších sekundárních proudů nebo sekundárních charakteristik různých objektů. Tento fenomén byl pozorován u poruch osobnosti v podobě obranných mechanismů (Gabel, 1989, s. 560-568). Hilgardův model lze graficky ztvárnit takto:

Obr.2: Hierarchické uspořádání kognitivních řídicích struktur dle Hilgarda (1994) (in Ptáček, Bob, 2009, s. 184-192)



Obr. 3: **Princip disociace dle Hilgarda** (1994) in Ptáček, Bob viz výše



Na základě výše uvedeného schématu měla Hilgardova teorie tři předpoklady existence disociace. Za prvé existují podřízené kognitivní systémy, které jsou jednotné, perzistentní a autonomní. Ačkoli tyto podřízené kognitivní systémy jsou mezi sebou v interakci, mohou se stát v určitém čase či okamžiku od sebe izolované. Druhý předpoklad vychází z hierarchické kontroly, která řídí interakci mezi podřízenými kognitivními systémy. Třetí předpoklad vychází z existence centrální řídicí struktury (centrální ego), která monitoruje a kontroluje a spravuje podřízené struktury. Každý podřízený systém má své vstupy a výstupy, které jsou relativně nezávislé na ostatních. Z toho plyne hypotetický pohled, že každá z podřízených struktur má svůj exekutivní monitorovací systém a každý z těchto podřízených systémů se může projevat skrytě nebo aktuálně.

S. J. Lynn a J. W. Rhua (1994) uvádějí, že mnoho mentálních funkcí je prováděno nevědomě a automaticky na základě specializovaných kognitivních modulů. Což znamená, že určitý stupeň disociace je přirozeným stavem. Disociativní zkušenost je tedy následek selhání či poruchy integrace specializovaných kognitivních modulů na vyšších úrovních systému.

Teorii kognitivních modulů tří úrovní rozpracoval J. Fodora. Na nejnižší úrovni probíhá transdukce neboli transformace vnějších podnětů do podoby nervových impulsů, na druhé úrovni, která je označena vstupní systémová úroveň probíhá základní rozpoznávání a popis informací (Plháková, 2003, s.52).

Subsystémy druhé úrovně zpracovávají informace autonomně a nezávisle na ostatních modulech. Vyšší úrovně zpracování informací mají přístup ke všem informacím, které kognitivní systém jedince obsahuje. Vědomí je uspořádáno modulárně tj. je rozděleno do vymezených modulů, které jsou činné víceméně nezávisle (Sternberg, 2002, s.314). Další kognitivní modely jsou zaměřeny na vztah mezi disociací a traumatem. Tento vztah si vysvětlíme v samotné kapitole.

1.5. Neurobiologické modely disociace

Neurobiologické modely vychází z výzkumu struktur mozku a neurochemických systémů. V tomto ohledu se disociace dává do vztahu k traumatům, stresu, paměti. U těchto jevů probíhal výzkum zapojených nebo účastnících se mozkových struktur a neurochemických pochodů. Z neurochemických výzkumů se ukazuje na významný výskyt chemických substancí, jako jsou: yohimbin, metachlorphenylpiperazin, sodium-laktát u pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou či panickou poruchou, oproti kontrolní skupině (Bremer, Marmar, 1998). Podobně se předpokládá role locus coeruleus (noradrenergní systém), jenž reguluje strach, arousal (vzrušení) a má vliv na další části mozku, tj. frontální, parietální kůru, hypotalamus, hippocampus, amygdalu a páteřní míchu. Neurobiologické modely dále pracují se stresem, protože disociace je psychologickou formou reakce na traumatický stres (Bob, 2003).

Prožívaný stres má své biologické důsledky, mezi něž patří tachykardie a hyperarousal. Na biologické úrovni je stresová reakce charakterizována trvajícím či stále se opakující aktivací kortikálních a limbických struktur mozku, a také centrálně periferního noradrenergního systému. Tím dochází k jejich vzájemné potenciaci a k nadměrné aktivaci osy hypotalamus-hypofýza-nadledvinky vedoucí k masivní stimulaci buněk vyrábějících a vylučujících kortizol (Poněšický, 2004, s.123). Toto následné zvýšení glukokortikoidů se projevuje destabilizací dosavadních neuronových spojení v mozku. Po destabilizaci následuje vyčerpání a snížení hladiny noradrenalinu, které vede k inhibici mozkovému metabolismu, snížené produkci neurotrofních faktorů, až po degeneraci noradrenergních axonů v mozkové kůře a k zániku pyramidových buněk hippocampu (Poněšický, 2004, s.123). Atrofické zmenšení hippocampu (centrum, které organizuje a reorganizuje naši paměť a zážitky) bylo ověřeno u pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou (Koukolík, 2002, s.146). Neurobiologické teorie dokazují provázanost disociace se stresem s tím, že disociace je porucha integrity vědomí, v němž dochází k oddělení traumatické události od vědomí.

Toto oddělení traumatické události má za následek poruchy paměti ve vztahu k emočním aspektům traumatu až úplnou amnézií na traumatickou událost.

1.6. Disociace a neuronové sítě

První model neuronové sítě vhodný ke studiu procesu disociace vytvořil G. H. Bower (1981). Jeho model je založený na modelu paměti, v níž jsou jednotlivé elementy sítě uloženy. Obsah paměti může být vyvolán, když jsou aktivovány jednotlivé elementy paměti. Bower předpokládá, že disociativní poruchy mohou být důsledkem stavu závislého na učení (Bower, 1981). P. Bob (2007, s. 32) uvádí, že problematika modelování neuronálních sítí přináší atraktivní rámec pro vysvětlování procesu a mechanismu disociace. K objasnění těchto disociativních mechanismů je potřeba dvou či více paralelních informačních procesorů, které korespondují s disociačním stavem. Dezintegrací těchto informačních procesorů dochází k oddělení určitých obsahů či informací nacházející se v informačním procesoru. Paměť je paralelně distribuována ve volných prostorech neuronálních sítí. Tento poznatek otevírá zajímavý pohled na procesy disociace.

P. Bob (2007, s.32) toto vysvětluje tak, že v paralelních procesech distribuce neuronálních sítí je mikrostrukturální kognitivní model, v němž jsou aktivity neuronů popisovány jako konfigurace nebo neuronální vzory a jejich psychologické koreláty jsou nazvány mentálními reprezentacemi. Stav neuronální sítě představuje superpozici neuronálních vzorů, které jsou tzv. předmístem korespondujícím s mentálním místem. V případě aktivity neuronových vzorů jsou vybírány neuronální vzory ze superpozice.

Mnohé aktivity neuronálních vzorů v paralelním procesu distribuce jsou reprezentovány jako body v N-dimenzionální rovině, kde N označuje číslo neuronu v neuronové síti. V jednoduchém případě máme dva neurony a všechna jejich aktivity, která je dána silou synapse, lze vyjádřit na dvou osách. Třetí osa je pravděpodobně dána vlastní neuronální konfigurací. Krajina tohoto třídímenzionálního plánu s jeho vrcholy reprezentuje oblíbený stav aktivity, kdežto jsou-li vrcholy třídímenzionálního plánu izolované, tak reprezentují stav disociace (Li, Spiegel, 1992).

Jak je patrné z výše uvedeného, tak problematika nervových sítí a disociace je velmi komplikovaná, ale předkládá dobrý teoretický základ k vysvětlování fenoménu disociace, amnézie, posttraumatické stresové poruchy či mnohočetné poruchy osobnosti.

1.7. Trauma a disociace

Jak jsme již uvedli, disociace je jednou z forem psychologické reakce na traumatickou situaci. Pojmem trauma neoznačujeme jen traumatizující událost, ale i dopad této události na psychický a fyzický stav jedince. Jinými slovy můžeme říct, že u psychotraumatu jde o komplexní biologický, psychologický a sociální proces narušení normálního fungování, který se může projevit jako např. posttraumatická stresová porucha (Yehuda, et al, 1998). Zda jedinec bude traumatizován, je velice individuální a závisí na mnoha faktorech (životní zkušenost, kondice, aktuální stav, sociální vazby apod.). Aby událost mohla být považována za traumatickou, musí splňovat tyto základní charakteristiky dle A. Ševčíkové a H. Vojtové (2007, s.177):

- Ohromující ohrožení integrity organismu
- Neočekávanost
- Pocity bezmoci

Trauma, traumatická událost je charakterizována svou náhlostí a neočekávaností, stejně jako svou intenzitou a rozsahem.

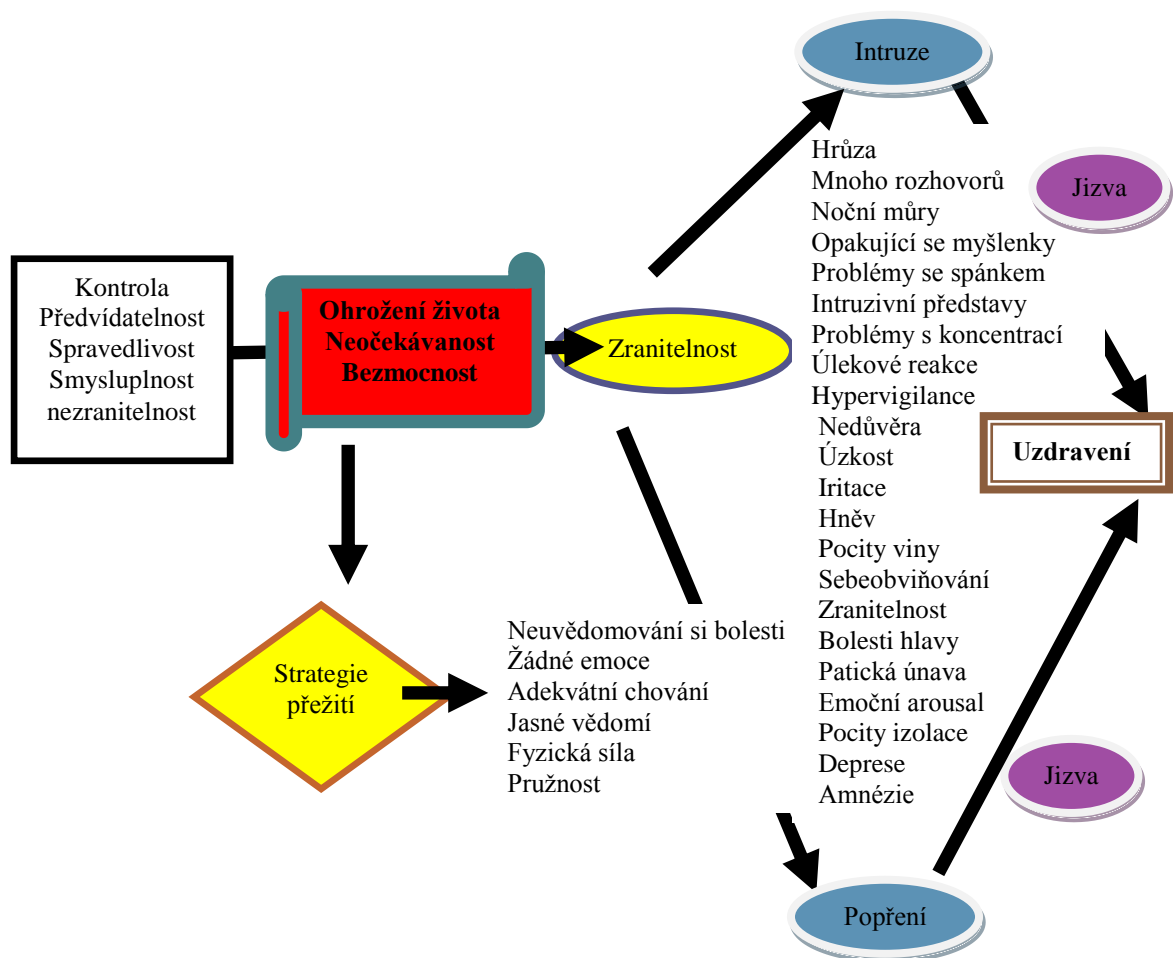
Poněšický (2004, s. 121) uvádí, že z hlediska postiženého, se zde jedná o jedince naprosto nepřipraveného, jenž je traumatické situaci naprosto vydán, ocitá se ve stavu bezmocné úzkosti, neutuchajícího stresu bez (biologické) možnosti obrany, tj. bez možnosti zareagovat útokem či útekem. Autoprotektivní reakce jedince se dají přirovnat k reflexu smrti, nehybnosti, k roztržitému percipovanému a tudíž neschopnosti uvědomit si obsah celé traumatické situace. V tomto okamžiku hovoříme o disociativních fenoménech, které mohou tento stav doprovázet za účelem, aby byla ochráněna část psychického já. Díky disociativním mechanismům dochází k fragmentaci zážitku a s ním spojených vjemů, jež se nepředvedou do narativní roviny či formy. Následkem je, že se traumatické vzpomínky nedostanou do slovní podoby, a tím se nezařadí do dosavadní osobní historie postiženého. Tato psychická obrana probíhá již na neurofyziologické a biochemické úrovni a někdy se nazývá psychosomatóza mozku (Poněšický, 2004, s.122).

Z hlediska neurofyziologického se vjemy stresové situace dále nerozpracovávají a neorganizují do smysluplných celků, čímž zůstávají od sebe izolovány. To znamená, že jednotlivé části celkového vjemu si zachovávají jakýsi svůj vlastní od ostatních smyslových počitků oddělený život i přes naši tendenci vnímat celostně. U traumatu se objevují různé myšlenky a afekty související s průnikem traumatické situace do nitra osobnosti a jsou také ochranou proti traumatickému působení a plnému uvědomění.

Afektivní reflexní obranné vnímání u zpracování traumatické situace je důsledkem toho, že se vjemy dostaly do tzv. horkého subsystému na zpracování stresu, který leží v amygdale, v níž je implicitní paměť. Díky působení traumatické situace a vzniku extrémního vzrušení je tedy zamezeno, aby se dále trauma zpracovávalo v tzv. chladném paměťovém subsystému. Centrum tohoto systému se nalézá v hippocampu, v němž je lokalizována explicitní paměť. Důvodem výše uvedeného děje je masivní stres s hyperprodukcí adrenalinu, noradrenalinu a kortizolu. S těmito hormony se však paralelně vylučují ve zvýšené míře vnitřní opiáty (endorfin, enkefalin), které snižují úzkost a percepci bolesti. Z psychologického hlediska lze dále pozorovat, že jedinci vystavení traumatické situaci reagují regresivně do bezmocného malého dítěte.

Možné reakce na traumatickou událost si ukážeme v následujícím obrázku, který přehledně vypracovaly A. Ševčíková a H. Vojtová (2007).

Obr. 4: **Reakce na traumatickou událost.** (Ševčíková, Vojtová, 2007, s. 177.)



1.8. Dissociativní (konverzní poruchy) poruchy F44

Základem této skupiny poruch je úplná či částečná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomí identity a bezprostředních pocitů a ovládnání pohybů těla. Předpokládaná etiologie je založena na psychogenním původu tj. tyto poruchy jsou ve vztahu k časově spjatým traumatizujícím událostem, neřešitelnými či nesnesitelnými problémy nebo narušenými vztahy. Etiologie těchto poruch je předmětem výzkumu a dosud neexistuje jednoznačná odpověď, která by osvětlila tajemství těchto poruch. Psychodynamické přístupy uvažují o nevědomém potlačení konfliktu tak, že sexuální či agresivní impulzy, které jsou pro ego nepřijatelné se manifestují v konverzní příznak (tělesné vyjádření). Teorii disociace jsme se věnovali v předcházejících kapitolách disertační práce.

Diagnostická vodítka dle MKN-10:

Pro určení konečné diagnózy se vyžaduje:

- a) *Klinické rysy, jak jsou specifikovány pro jednotlivé poruchy v F44.-,*
- b) *Žádné známky tělesné poruchy, která by mohla symptomy vysvětlit,*
- c) *Průkaz psychologické příčiny ve formě jasného časového vztahu ke stresovým událostem a problémům nebo k narušeným vztahům (i když to pacient popírá).*

V tomto ohledu může být obtížné najít přesvědčivý důkaz o psychogenním působení i když je na ně silné podezření. Pokud jsou přítomny známé poruchy centrálního a periferního nervového systému, měla by se diagnóza dissociativní poruchy stanovovat velmi opatrně. Nemáme-li důkaz o psychogenní příčině, měla by diagnóza dissociativních poruch zůstat prozatímní a mělo by se pokračovat ve vyšetřování jak tělesných, tak psychologických aspektů.

Zahrnuje:

Konverzní hysterii

Konverzní reakci

Hysterii

Hysterickou psychózu

1.8.1. Klasifikace dissociativních poruch

Dissociativní amnézie F44.0

Hlavním rysem této dissociativní poruchy je ztráta paměti, která se týká obvykle důležitých událostí. Příčinou ztráty paměti není organická duševní porucha a ztráta je příliš velká, než aby se mohla vysvětlit obyčejnou zapomnětlivostí nebo únavou.

Dissociativní amnézie se obvykle soustřeďuje na traumatické události a projevuje se jako částečná nebo selektivní. Z hlediska rozsahu a úplnosti se dissociativní amnézie mění ze dne na den i mezi jednotlivými vyšetřeními, ale má ve své podobě jedno společné jádro, které si pacient nemůže vybavit. V případě výskytu úplné a generalizované amnézie, která je obvykle součástí dissociativní fugy, by se neměla dissociativní amnézie klasifikovat jako primární. Dissociativní amnézii doprovázejí různé afektivní stavy, ale výskyt těžké deprese je vzácný. V afektivních projevech může být zřejmá bezradnost, pocity stísněnosti a chování vyvolávající pozornost, ale také se mohou vyskytovat projevy nápadného klidného přijímání stavu.

Diagnostická vodítka dle MKN-10

Konečná diagnóza vyžaduje:

- a) *Amnézii (buď částečnou nebo úplnou) na nedávné události traumatizující nebo stresující povahy (tyto skutečnosti se mohou objevit, jen když jsou k dispozici informace od jiných osob),*
- b) *nepřítomnost mozkových poruch, intoxikace nebo nadměrné únavy.*

Z hlediska diferenciální diagnózy se zaměřujeme na:

Organické duševní poruchy: U těchto poruch jsou obvykle jiné známky poruch nervového systému tj. konzistentnější a zřejmější známky zastřešeného vědomí, dezorientace a kolísání hladiny vědomí. Ztráta recentní paměti je typičtější u organických stavů bez ohledu na jakékoli možné traumatizující události či problémy.

Amnézie po kontuzi mozku: po kontuzi mozku či vážném poranění hlavy je amnézie obvykle retrogradní. I když ve vážných případech může být také anterogradní. Dissociativní amnézie je obvykle retrogradní a může být ovlivněna hypnózou nebo abreakcí.

Simulace amnézie: je velmi obtížné odlišit dissociativní amnézii od vědomé simulace amnézie, a proto je potřeba opakované a podrobné určení premorbidní osobnosti a motivace. Simulace amnézie je obvykle spojena se zřejmými problémy, které se mohou týkat financí, nebezpečí smrti v období války, problematiky odsouzení tj., vězení apod.

Dissociativní fuga F44.1

Dissociativní fuga má všechny rysy dissociativní amnézie a k tomu navíc zdánlivě účelné odcestování z domova či místa pracoviště, během kterého jedinec zachovává péči o sebe. V některých případech může pacient přijmout novou identitu, obvykle na několik dní, ale někdy i na dlouhé období s překvapujícím stupněm úplnosti.

V rámci dissociativní fugy se může vyskytnout organizované cestování a to na místa známá z dřívějška a pro pacienta nějak emočně významná. I když má pacient na dobu dissociativní fugy amnézii, může se jeho chování zdát nezávislému pozorovateli jako naprosto normální.

Diagnostická vodítka dle MKN-10

Pro konečnou diagnózu by měly být přítomny:

- a) *rysy dissociativní amnézie (F44.0)*
- b) *účelné cestování mimo obvyklý každodenní obsah (diferenciaci mezi cestováním a touláním musí provést někdo, kdo zná místní podmínky),*
- c) *zachování základní péče o sebe (jídlo, mytí atd.) a jednoduchá sociální interakce s neznámými lidmi (např. koupení lístku nebo benzínu, dotaz na směr, objednání pokrmů apod.).*

Z hlediska diferenciální diagnózy se zaměřujeme na:

Poiktová fuga: poiktová fuga vzniká po temporální epilepsii. Od dissociativní fugy se odlišuje epilepsií v anamnéze, nepřítomností stresujících událostí nebo problémů, méně účelným a více roztržitým chováním a cestování jedince s epilepsií.

Dissociativní stupor F44.2

Pacientovo chování splňuje kritéria pro stupor, ale lékařská vyšetření ani nálezy neukazují na žádnou tělesnou příčinu a kromě toho existuje pozitivní průkaz psychogenního působení ve formě buď stresujících, nebo význačných interpersonálních či sociálních problémů. Jak jsme již uvedli dissociativní stupor splňuje kritéria pro stupor, který se diagnostikuje na základě pronikavého omezení nebo úplného chybění volných pohybů a normální aktivity na externí podněty, jako je světlo, hluk či dotek. Pacient sedí, či leží dlouhou dobu bez pohybu. Úplně nebo téměř úplně chybí řeč, spontánní a účelné pohyby. I když může být přítomný určitý stupeň poruchy vědomí, svalový tonus, dýchání, držení těla, otevřené oči a koordinované pohyby očí někdy jasně svědčí o tom, že pacient nespí a že je při vědomí.

Diagnostická vodítka dle MKN-10

Pro konečnou diagnózu by měly být přítomny:

- a) stupor (jak je pospán shora),
- b) nepřítomnost tělesné nebo jiné psychické poruchy, která by mohla stupor vysvětlit,
- c) průkaz nedávných stresujících událostí nebo aktuálních problémů.

Z hlediska diferenciální diagnózy se zaměřujeme na:

Katatonní stupor: katatonnímu stuporu obvykle předchází symptomy nebo chování svědčící pro schizofrenii.

Depresivní a manický stupor: manický a depresivní stupor se rozvíjí obvykle poměrně pomalu. V tomto ohledu je zde rozhodující zpráva od jiné osoby. V rámci výskytu je depresivní a manický stupor v mnoha zemích stále vzácnější, což je dáno tím, že se afektivní poruchy včasně léčí.

Trans a stavy posedlosti F44.3

Patří mezi poruchy u nichž se projevuje dočasná ztráta pocitu osobní identity a plného uvědomování si okolí. Osoba s touto poruchou může jednat jakoby se jí zmocnila jiná osoba či duch, božstvo či jiná nespecifikovaná síla. Z tohoto hlediska může tato osoba zaměřovat pozornost a své uvědomění pouze na jeden či dva aspekty související s bezprostředním okolím s častým výskytem omezených, ale opakovaných pohybů, postojů a projevů.

Diagnostická vodítka dle MKN-10

- A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro dissociativní poruchu.
- B. Musí být přítomen některý z následujících znaků:
 - 1) Trans – dochází ke změně vědomí, která se projevuje dvěma ze tří následujících znaků:
 - a) Ztráta obvyklého pocitu osobní identity,
 - b) zúžené uvědomování se bezprostředního okolí nebo neobvykle úzké a selektivní soustředění na okolní předměty,
 - c) pohyby, postoje a řeč se omezují na opakování malého repertoáru.
 - 2) Stav posedlosti – jedinec je přesvědčen, že se ho zmocnil duch, mocnost, božstvo nebo jiná osoba.
- C. Oba stavy uvedené v kritériu B pod bodem 1) a 2) musí být nechtěné a rušivé a vyskytují se mimo náboženské nebo jiné situace, uznávané v jiné kultuře (nebo jsou jejich prodloužením).
- D. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka. Porucha se nevyskytuje současně se schizofrenií nebo s příbuznými poruchami ani s poruchami nálady s halucinacemi nebo obojí.

Dissociativní porucha motoriky F 44.4

Při dissociativních poruchách motoriky dochází ke ztrátě nebo narušení pohybů. U pacienta, který se jeví jako tělesně nemocný, nelze nalézt objektivní příčinu jeho potíží tj. tělesnou poruchu, která by vysvětlovala jeho symptomy. Symptomy, které pacient uvádí, se často neřídí anatomickými a fyziologickými pravidly a vychází z pacientovy představy o poruše. Z sociálního hlediska a po zhodnocení duševního stavu jedince lze u pacienta lokalizovat situaci, ze které pacient uniká svou neschopností motoriky, tj. uniká z nepříjemného konfliktu nebo nepřímo vyjadřuje svůj odpor a závislost. Premorbidně se obvykle objevují abnormality v osobních vztazích a v pacientově osobnosti. Nejobvyklejší typ této poruchy je ztráta schopnosti pohybovat buď celou končetinou nebo její částí. Ochrnutí se může projevovat jako komplexní nebo parciální při výskytu pohybů, které jsou pomalé a slabé. U této poruchy se může vyskytovat ataxie, tremor, apraxie, akineze, afonie, dysartrie, dyskineze a obrny.

Diagnostická vodítka dle MKN-10

- A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro dissociativní poruchu.
- B. Musí být splněn některý z následujících znaků:
 - 1) Úplná nebo částečná ztráta schopností vykonávat pohyby, které jsou normálně pod volní kontrolou (včetně řeči),
 - 2) různé nebo měnící se stupně nekoordinace nebo ataxie, nebo neschopnost stát bez pomoci.

Dissociativní křeče F 44.5

Dissociativní křeče nebo také pseudozáchvaty se mohou velmi podobat záchvatům epileptickým, pokud jde o epileptoformní křeče. Zřídka však dojde k pokousání jazyka, pohmožděninám vzniklých následkem pádu, inkontinence moči nebo ztráty vědomí nebo nahrazení stuporem či transem.

Diagnostická vodítka dle MKN-10

- A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro dissociativní poruchu.
- B. U jedince náhle dochází k náhlým a neočekávaným křečovitým pohybům, které se velmi podobají různým epileptickým záchvatům, ale nedochází u nich ke ztrátě vědomí.
- C. Příznaky podle kritéria B nejsou doprovázeny pokousáním jazyka, vážnými pohmožděninami nebo odřeninami následkem pádu a ani inkontinencí moče.

Dissociativní porucha citlivosti a poruchy senzoričné F 44.6

Tyto poruchy se projevují v hranicích, které nepřipouští pohyby o tom, že se jedná o pacientovu představu fungování tělesných funkcí mimo anatomickou realitu. V této poruše se vyskytují častěji ztráty zrakové ostrosti, rozmazané či tunelové vidění než ztráta zraku. Z ohledem na častost se udávané ztráty zraku či senzitivity vyskytují častěji než psychogenní hluchota a anosmie.

Diagnostická vodítka dle MKN-10

- A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro dissociativní poruchu.
- B. Musí být přítomen jeden z následujících příznaků:
 - 1) Částečná nebo úplná ztráta některých nebo všech normálních kožních vjemů u některých nebo všech částí těla (specificky: hmat, pocit píchání, vibrace, horko, chlad),
 - 2) Částečná nebo úplná ztráta zraku, sluchu nebo čichu.

1.8.2. Jiné dissociativní poruchy F 44.8.

Ganserův syndrom F44.80

Ganserův syndrom je doprovázen přibližnými odpověďmi např. $2+2=5$ a obvykle dalšími dissociativními symptomy. Jedná se o vzácnou poruchu, která je založena na psychogenní etiologii a častěji se objevuje u vězňů či u jedinců ve vazbě (také se nazývá vazbovou reakcí). Obvykle po vynesení rozsudku odeznívá.

Diagnostická vodítka dle MKN-10

- A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro dissociativní poruchu

Ganserův syndrom - přibližné odpovědi

Mnohočetná porucha osobnosti F44.81

Základním rysem této poruchy jsou dvě nebo více samostatných osobností u jednoho jedince, přičemž se projevuje jen jedna osobnost. Každá z těchto osobností je kompletní a obsahuje vlastní vzpomínky, chování a preference. Důležitým znakem je, že žádná jiná osobnost nemá přístup do obsahů jiné osobnosti. Osobnosti mezi sebou alternují zpočátku náhle, přičemž tyto změny jsou spojeny s traumatickými a stresovými událostmi, nebo se tyto změny mohou projevovat při terapeutickém sezení při relaxaci, hypnóze či abreakci.

Diagnostická vodítka dle MKN-10

- A. U jednoho jedince existují dvě nebo více rozdílných osobností, přičemž se projevuje vždy jen jedna.
- B. Každá osobnost má své vlastní vzpomínky, preference a vzorce chování a v určitém čase (a opakovaně) plně kontroluje chování jedince.
- C. Jedinec není schopen se vybavit důležité osobní informace, a to do takové míry, že to nelze vysvětlit obyčejnou zapomnětlivostí.
- D. Příznaky nelze přičíst organickým duševním poruchám ani poruchám vyvolaným účinkem psychoaktivních látek.

1.9. Somatoformní disociace

Somatoformní disociace vychází z dissociativních symptomů, které jsou prožívány somaticky a vedou k selhání prožívání aspektů somatické integrity (Howell, 2005). Dle E. R. S. Nijenhuse (2000) představují somatoformní disociace nedostačující integraci somatoformního prožívání somatoformních reakcí a somatoformních funkcí. E. R. S. Nijenhuis (2000) uvádí, že ačkoli mezi psychoformními a somatoformními disociacemi je úzký vztah, tak je mezi nimi důležitá konceptuální odlišnost. Somatoformní disociace nejsou zahrnuty v diagnostických kategoriích dissociativních poruch. V konceptech, které měří disociaci se pracuje více s disociacemi psychoformními, což je patrně založeno na předpokladu našeho nedostatečného či zavádějícího chápání disociace (Nijenhuis, 2004). Tento předpoklad vedl k závěrům, že integrace traumatických vzpomínek je zažívána somatoformně, a proto somatoformní disociace je nedílnou součástí znovuprožívání traumatu a může se projevovat různými sensorimotorickými fenomény (Van de Hart et al., 2000). Somatoformní disociace mají vysokou pozitivní korelaci s hlášeným prožitím traumatu, obzvláště pokud je trauma založené na psychickém či sexuálním zneužití (Nijenhuis, 2000). Somatoformní disociace jsou také významným prediktorem prožitého ohrožení vlastního těla či ohrožení života. Somatoformní disociace byly také nalezeny při výzkumu posttraumatické stresové poruchy s udávaným výskytem 94%. Jejich projevy v clusterech odpovídaly: zmrznutí, analgezi, totální submisi a urogenitální bolesti (Nijehuis et al., 1998a). Z toho vyplývá, že události které ohrožují naši tělesnou integritu či náš život, pravděpodobně aktivují psychobiologický defenzivní systém, který se manifestuje v podobě somatoformní disociace.

Tyto závěry jsou podpořeny i neuroimaginativními studiemi, které ilustrují s ohledem na emoční části osobnosti (EO), že u pacientů s dissociativní poruchou je zvýšený průtok krve

v insule a parietálním operculu a snížený průtok v oblasti mediální prefrontální kůry, parietální a okcipitální kůry (Nijenhuis et al., 2004, 685).

Závěrem podotýkáme, že v široké oblasti různých typů traumat mají somatoformní disociace těsný vztah k tělesnému ohrožení osobnosti, intenzivní bolesti a emočnímu opomíjení, které začalo v raném věku (Howell, 2005).

Somatoformní symptomy můžeme obecně zažívat v podobě analgezie, anestézie, motorické inhibice, zvýšení krevního tlaku a zrychlení srdeční činnosti.

2. Somatoformní poruchy F45

Somatoformní poruchy jsou charakteristické přítomností tělesných symptomů bez prokazatelných organických patologických změn, které se projevují opakovanými stížnostmi na tělesné příznaky např. bolest, únava, vegetativní příznaky, nauzea (Höschl et al, 2002, s. 511). Tito pacienti vyžadují opakované lékařské vyšetření i přesto, že nálezy jsou negativní a lékaři je ubezpečují, že příznaky nemají tělesný podklad. Pacienti tyto příznaky hodnotí jako nepříjemné a mají z nich obavy, což má za následek narušení schopnosti normálně fungovat v sociálních a v pracovních rolích. Často tito pacienti mohou trpět zároveň i somatickým onemocněním, které ale nevysvětluje intenzitu, povahu nebo rozsah symptomu a ani míru jejich starostí. V léčebné péči je třeba si uvědomit, že tito pacienti nesimulují, nepodvádí a zaslouhují si stejný přístup jako ostatní pacienti. V textu se nebudeme věnovat dysmorfofobii, která je v klasifikaci DSM-IV a výzkumně se nezaměřujeme na její projevy.

2.1. Etiopatogeneze somatizace a somatoformních poruch

Pravděpodobně nejstarší výklad somatoformních poruch vychází z teorie disociace od P. Janeta. Podle jeho teorie dochází u hysterických jedinců v traumatizující situaci k zúžení pozornosti, což vede ke vzniku organicky nevysvětlitelných tělesných příznaků. Tyto tělesné příznaky vznikají pomocí dvou mechanismů. První mechanismus vychází z návyku jedince ponechávat senzorické kanály mimo pozornost, takže jsou zpracovány mimovědomě. Tento mechanismus se také uplatňuje ve vzniku dissociativních poruch. Druhý mechanismus vychází z narušené interpretace vzpomínek, které v důsledku zúženého vědomí nemohou být integrovány s ostatními a nabývají kvalitu vjemu, podobně jako u procesu, který se předpokládá u hypnotické sugesce (Chromý, et al, 2005, s.41).

Biologické hypotézy vzniku somatoformních poruch

V rámci etiopatogeneze se uvažuje nad vlivy genetickými, dále na vztah k alkoholismu, kriminalitě, poruchám osobnosti, antisociální poruše osobnosti (Chromý, et al. 2000, s. 50). Biologické příčiny lze rozdělit následovně na metabolické, lokalizace v mozku, psychoneuroimunologické změny, psychofyziologické mechanismy

Psychofyziologické mechanismy vychází z kortikální elektrické iritability, která vzniká změnou zpracování somatických podnětů nervovou soustavou (Hammad, Barsky, Regenstein, 2001). Kortikální elektrickou iritabilitu lze sledovat při dráždivém tračnicku, který vyvolává somatické potíže s následným abnormním kognitivním zpracováním (Porcelli, 2004)

Lokalizace v mozku sledují příčinu především v dysfunkci temporálního laloku a v biochemických změnách resp. metabolických procesech s glukózou. Tyto změny v metabolismu se vztahují na zvětšení části bazálních ganglií především nucleus caudatus (Hakala, Karlsson et al, 2002). Dalším názorem z této oblasti je, že somatizační poruchy souvisí s hypoperfuzí v nedominantní hemisféře či jiných částech mozku.

Metabolické nálezy studují regionální mozkový metabolismus v rámci glukózy a to převážně ve struktuře bazálních ganglií (především ncl. caudatus), čímž se projevuje snaha lokalizovat část mozku, která participuje na vzniku somatoformních poruch. Dle W. Riefa et al (2004) souvisí s organickými nevysvětlitelnými tělesnými symptomy a somatoformními poruchami snížená krevní hladina serotonergních aminokyselin.

Psychoneuroendokrinnologické změny se projevují v oblasti HPA osy nazývanou také stresovou osou. Při výkladu somatoformních poruch se uplatňuje hypoaktivita osy HPA v mozkové činnosti.

2.2. Klasifikace somatoformních poruch

Somatizační porucha F45

Hlavními rysy této poruchy jsou opakované, mnohočetné a často se měnící symptomy. Většina pacientů měla dlouho historii styku jak s primárními, tak specializovanými lékaři, než se dostali do psychiatrické péče. V rámci nejrůznějších vyšetření a možných operačních zákroků, které tito pacienti absolvovali lze sledovat mnohdy jejich nadbytečnost. Symptomy somatizační poruchy se mohou týkat kterékoli části těla či orgánového systému. Nejčastěji se projevují symptomy somatizační poruchy v oblasti gastrointestinální (bolest, nauzea, zvracení), v oblasti abnormálních senzací na kůži (svědění, znecitlivělost, pálení, píchání).

Se somatizační poruchou se často vyskytují projevy úzkosti a deprese. Samotný průběh této poruchy je chronický a kolísavý s častým spojením s obtížemi a narušením interpersonálního, sociálního a rodinného chování.

Diagnostická vodítka somatizační poruchy dle MKN-10

Konečná diagnóza vyžaduje přítomnost všech následujících podmínek:

- a) *Alespoň 2 roky trvání mnohočetných a proměnlivých symptomů, pro něž nebylo nalezeno přiměřené somatické vysvětlení,*
- b) *Stálé odmítání přijmout radu nebo ujištění několika různých lékařů, že pro symptomy není somatické vysvětlení,*
- c) *Určitý stupeň zhoršení sociálního rodinného fungování, které lze připsat povaze symptomů a z nich vyplývajícího chování.*

Zahrnuje: ***syndrom mnohočetných obtíží***

mnohočetnou psychosomatickou poruchu

Z hlediska diferenciální diagnózy se zaměřujeme na:

Afektivní a úzkostné poruchy: jak jsme se již zmínili, tak somatizační porucha může být doprovázena různými stupni deprese či úzkosti. V tomto případě není potřeba je oddělovat. Oddělujeme je pouze v případě, že by patrné depresivní či úzkostné symptomy byly trvalé tak, aby opravňovaly diagnózu samotnou.

Hypochondrická porucha: na rozdíl od somatizační poruchy je u hypochondrické poruchy zaměřená pozornost více na přítomnost základního progresivního a vážnějšího chorobného procesu a jeho zneschopňující následky. U hypochondrické poruchy má pacient tendenci dožadovat se vyšetření, ve kterých by se potvrdila povaha základního onemocnění, což je také odlišné od somatizační poruchy, kde pacient žádá léčbu.

Tělesné poruchy: z hlediska dlouhodobosti u některých případů somatizační poruchy se u těchto pacientů nezávisle vyvinou tělesné poruchy, jako u kteréhokoliv jiného ve stejném věku. V tomto případě by se mělo zvažovat další vyšetření či konzultace. Zvláště v případech, když dojde ke změně zdůrazňování nebo stability tělesných stesků, které by mohly naznačovat již možnou somatickou nemoc.

Bludné poruchy (schizofrenii s tělesnými bludy a depresivní poruchy s hypochondrickými bludy): zde je důležité, že pro bludy platí jejich typický bizarní charakter přesvědčení s menším počtem a stálejším charakterem somatizací symptomů.

Nediferencovaná somatizační porucha F45.1

O kategorii nediferencované somatizační poruchy by se mělo uvažovat, když somatické stesky jsou mnohočetné, měnící se a trvalé, ale ještě plně neodpovídají typickému klinickému obrazu somatizační poruchy.

Zahrnuje:

Nediferencovanou psychosomatickou poruchu

V rámci diferenciální diagnózy se zaměřujeme na:

Je stejná jako pro plně rozvinutý syndrom somatizační poruchy (F45.0)

Hypochondrická porucha F45.1

Podstatným rysem hypochondrické poruchy je, že pacient se stále zabývá tím, že má jednu nebo více progredujících fyzických poruch, což se projevuje neustálými somatickými stesky nebo zabýváním se fyzickým vzhledem. Tito pacienti interpretují normální a všední pocity či projevy jako nenormální a vyvolávající tíseň. Obvykle zaměřují svou pozornost pouze na jeden či dva orgány či orgánové systémy. Pacient s určitým přesvědčením může udávat tělesnou poruchu či zohyzdění. Zdůrazňování jedné poruchy více než druhé se často mezi návštěvami lékaře mění. Často jsou přidružené deprese a úzkosti, které mohou ve svých projevech opravňovat dodatečnou diagnózu. Tento syndrom se vyskytuje stejně u mužů i žen.

Diagnostická vodítka dle MKN-10

Pro definitivní diagnózu by měly být splněny obě následující podmínky:

- a) *Stálé přesvědčení o přítomnosti jedné nebo více vážných somatických chorob, které se projevují symptomem nebo symptomy, i když opakovaná vyšetření a zkoumání nepřinesla žádné dostatečné somatické vysvětlení, nebo vytrvalé zabývání se domnělým zohyzděním nebo znetvořením,*
- b) *Pacient stále odmítá přijmout radu nebo ujištění několika různých lékařů, že podkladem symptomů není somatická nemoc nebo abnormalita.*

Zahrnuje:

dysmorfobobickou tělesnou poruchu

dysmorfobii

hypochondrickou neurózu

hypochondrii

nozofobii

Z hlediska diferenciální diagnózy se zaměřujeme na:

Úzkost a panická porucha

Na rozdíl od hypochondrické poruchy se úzkost a panická úzkost dá pacientovi vysvětlit tj. po vysvětlení fyziologických proměnných se pacient uklidní a dojde k přesvědčení, že se tělesná nemoc nerozvine.

Bludné poruchy

U hypochondrické poruchy není víra v onemocnění tak pevná, jako tomu je u depresivních poruch a schizofrenních poruch, které jsou doprovázeny somatickými bludy. Poruchy při nichž jsou pacienti přesvědčeni, že mají nepříjemné vzezření či dysmorfofobii by měly být klasifikovány jako F22 (bludná porucha)

Depresivní poruchy

Jestliže jsou depresivní symptomy zvláště významné a předcházejí rozvinutí hypochondrických představ, může být depresivní porucha označena jako primární.

Somatizační porucha

Diference mezi somatizační poruchou a hypochondrickou již byla popsána u somatizační poruchy.

Somatoformní vegetativní dysfunkce F45.3

V oblasti somatoformní vegetativní dysfunkce pacient popisuje symptomy, jako by byly vyvolány tělesnou poruchou systému nebo orgánu, který je z velké části či úplně pod vegetativní kontrolou (kardiovaskulární systém, gastrointestinální systém, respirační systém a zčásti urogenitální systém). Jako nejobvyklejší a nejnápadnější případy vyskytující se u pacientů je postihnutí kardiovaskulárního systému (srdeční neuróza), respirační (psychogenní) hypoventilace a škytavka, gastrointestinální (žaludeční neuróza a nervový průjem). V rámci somatoformní vegetativní dysfunkce se vykytují symptomy dvojího druhu. Žádný z těchto symptomů však není symptomem somatické poruchy dotyčného orgánu či systému. První typ se projevuje popisem stížností, které jsou založené na objektivních příznacích vegetativního podráždění (tremor, palpitace, červenání, hydróza) a druhý typ se projevuje více idiosynkratickými, subjektivními a nespecifickými symptomy jako jsou např. pálení, tíže, prchavé bolesti a potíže, sevřenost a pocity, že je pacient nafouklý či nadmutý. Charakteristický obraz somatoformní vegetativní poruchy je dán kombinací zaujetím vegetativními obtížemi s dodatečnými subjektivními a nespecifikovanými potížemi a stálého poukazování na určitý orgán nebo systém jako příčinu.

Diagnostická vodítka dle MKN-10

Pro definitivní diagnózu by měly být splněny obě následující podmínky:

- a) *Příznaky vegetativní aktivace, jako např. palpitace, pocení, tremor, červenání atd., které jsou trvalé a obtěžující,*
- b) *přídavné subjektivní příznaky, vztahující se ke specifickému orgánu nebo systému,*
- c) *zabývání se možností a obava z vážné (ale často nespecifikované) poruchy určitého orgánu nebo systému, které neodpovídá na opakované vysvětlování a ujišťování lékařů,*
- d) *neprokázala se žádná signifikantní porucha struktury nebo funkce dotyčného orgánu nebo systému.*

Z hlediska diferenciální diagnózy se zaměřujeme na:

Generalizovaná úzkostná porucha: její odlišení od somatoformní vegetativní dysfunkce spočívá v převaze psychických komponent vegetativní aktivace, jako je strach a úzkostná předtucha u generalizované úzkosti, zatímco u ostatních symptomů chybí důsledné zaměření na somatický zdroj.

Somatizační porucha: na rozdíl od somatoformní dysfunkce nejsou vyskytnuvší se vegetativní symptomy ve srovnání s jinými výrazné a trvalé. Trvalé pocity a symptomy nejsou úporně připisovány jednomu určitému orgánu či systému.

Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha F45.4

U této poruchy si pacient převážně stěžuje na stálou, skličující a těžkou bolest, kterou nelze plně vysvětlit fyziologickým procesem nebo tělesnou poruchou. Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha se vyskytuje v souvislosti s emočními konflikty nebo psychosociálními problémy, které dostačují k závěru, že jsou hlavními vyvolávajícími vlivy. Výsledek pak může být pozorován jako zvýšená pozornost za strany lékaře a okolí, což může vést k sekundárním ziskům u daného pacienta. V této kategorii se neklasifikují bolesti, které mají předpokládaný psychogenní původ a objevující se v průběhu depresivní poruchy nebo schizofrenie. Dále bolesti, které lze přičíst psychofyziologickým mechanismům s ohledem na jejich psychogenní původ např. bolest ze svalového napětí, migréna se kódují pod F54 (psychické obtíže nebo behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde) a přídavným kódem odjinud z MKN-10. Zahrnuje:

Psychalgií

Psychogenní dorzalgii nebo cefalii

Somatoformní bolestivou poruchu

Z hlediska diferenciální diagnózy se zaměřujeme na:

Problémem je odlišit přetrvávající somatoformní bolestivou poruchu od **histriónského zpracování bolesti organického původu**. U pacientů s organickou bolestí, kde ještě není stanovena či se nepodařilo ještě stanovit definitivní somatickou diagnózu se může snadno projevit rozmrzelost a ustrašenost, což může vyústit ve vyhledávání pozornosti.

Somatizační porucha: na rozdíl od přetrvávající somatoformní bolestivé poruchy nejsou různé bolesti příliš úporné nebo nepřevládají nad jinými stesky.

Jiné somatoformní poruchy F45.8

U těchto poruch nejsou potíže udávány ve spojení s vegetativním systémem, ale omezují se na specifické systémy či části těla. Klasifikují se zde také jiné poruchy pocitů, které nejsou způsobeny somatickými poruchami, a které mají úzké časové spojení se stresovými událostmi nebo problémy. Nebo pro pacienta znamenají zisk ze zvýšení pozornosti buď osobní či lékařské. Běžnými příklady jiných somatoformních poruch jsou pocity pálení, znecitlivění, pohyby na kůži a otékání. Mezi jiné somatoformní poruchy řadíme:

- a) globus hystericus (pocit cizího tělesa v hrdle, který je příčinou dysfágie) a jiné formy dysfágie,
- b) psychogenní torticollis a jiné křečovité pohyby (mimo Tourettův syndrom),
- c) psychogenní pruritus, ale mimo specifické kožní léze,
- d) psychogenní dysmenorea (mimo dyspareunie (F52.6) a frigidity (F52.0)),
- e) skřípání zubů (bruxismus).

Depersonalizační a derealizační syndrom F48.1

Depersonalizační a derealizační syndrom řadíme mezi poruchy idiognóze. V oblasti depersonalizace můžeme hovořit o autopsychické depersonalizaci či somatopsychické depersonalizaci. V rámci derealizace (alopsychická depersonalizace) je jedincem vnější okolí hodnoceno jako jiné a cizí. Na základě MKN-10 si jedinec stěžuje, že jeho vlastní duševní činnost, tělo a okolní prostředí se kvalitativně mění tj. je neskutečné, vzdálené nebo zautomatizované. Jedinec může mít pocit, že nevytváří vlastní myšlení, vzpomínky a představy, že jeho chování a pohyby jako by nebyly vlastní, že jeho tělo se zdá bez života, jako vzdálené nebo jinak anomální, že okolnímu světu chybí barva, život a zdá se jako umělé jeviště. Jedinec může mít i subjektivní pocit, že na sebe nahlíží z povzdálí nebo jako by byl mrtvý. Mezi těmito fenomény je nejčastější stesk na pocit ztráty emocí.

Běžněji se fenomény derealizace a depersonalizace vyskytují ve spojení s depresivními onemocněními, fobickou a obsedantně-kompulzivní poruchou.

U duševně zdravých jedinců se mohou prvky tohoto syndromu objevit při stavech únavy, senzorické deprivace, intoxikace halucinogeny nebo jako hypnagogický/hypnopompický fenomén. Syndrom depersonalizace a derealizace je fenomenologicky podobný prožitkům blízkým smrti, které jsou spojeny s okamžiky extrémního ohrožení život.

Diagnostická vodítka dle MKN-10

Pro definitivní diagnózu musí být splněna jedna nebo dvě podmínky z (a) a (b) plus (c) a (d):

- a) depersonalizační symptomy, tj. subjekt cítí, že jeho vlastní pocity a/nebo zážitky jsou oddělené, vzdálené, nejsou jeho vlastní, jsou ztracené,*
- b) derealizační symptomy, tj. objekty, lidé a okolní prostředí se zdají neskutečné, vzdálené, umělé, bezbarvé, bez života atd.*
- c) pacient si je vědom, že toto je subjektivní a spontánní změna, kterou nezpůsobily vnější síly nebo jiné osoby (tj. je zachován náhled),*
- d) jasné vědomí, nepřítomnost toxického stavu zmatenosti nebo epilepsie*

Diferenciální diagnóza:

Depersonalizační a derealizační syndrom musí být odlišen od jiných poruch, u nichž dochází ke změně osobnosti tj. schizofrenie (bludy transformace, bludy pasivity a pocity ovládnutí), dissociativní stavy (chybí uvědomování si změny) a některých případů demence. Depersonalizační a derealizační syndrom se může sekundárně projevit u předzáchvatové aury a temporální epilepsie. Pokud je syndrom depersonalizace a derealizace součástí diagnostikovatelné depresivní, fobické, obsedantně-kompulzivní nebo schizofrenní poruchy, měla by se těmto psychickým poruchám dát přednost při stanovení hlavní diagnózy.

3. Vymezení alexithymie

Koncept alexithymie je velice diskutovaný, odmítaný a nejasný. Alexithymie je zařazovaná mezi hraniční koncepce psychosomatiky. Toto zařazení vychází z problému její etiologie. Podle určení etiologie se pak alexithymie zařadí mezi koncepce specifické či nespécifické. Slovo alexithymie ve svém významu lze přeložit, jako beze slova pro pocity. Tento pojem poprvé použil roku 1972 psychiatr Peter E. Sifneos z nemocnice Beth Israel Hospital v Bostonu (Baštecká, Goldman, 2001). S ohledem na význam slova alexithymie zmíníme Řeka jménem Philippopoulos, který v alexithymii vidí řecký novotvar a nabízí termín jiný tj. a-thymo-alexia (Mohapl, 1984).

Alexithymii můžeme definovat jako deficit ve zpracování a regulaci emocí, což vede k malaadaptivním stylům emoční regulace. Jde tedy o verbální a neverbální poruchu poznávání emocí a překladů emocí do slov. Na alexithymii lze také nahlížet jako na vnitřní upozadění zraňujících negativních pocitů, ale bez jejich úplného oddělení od vědomí, jako tomu je u disociace. Toto upozadění se projevuje právě tím, že člověk nemá slova pro své pocity, což je spojeno s nedostatečnou schopností porozumět svým pocitům a se zhoršenou introspektivní funkcí. Zhoršená introspektivní funkce je kompenzována odvratem od vnitřního života k vnějšímu světu.

V současné době byla alexithymie prokázána u několika klinických poruch jako: somatoformní poruchy, panická porucha, deprese s dominancí vitálních a somatických symptomů, posttraumatické stresové poruchy a poruchy příjmu potravy (Vanheule, 2008). Samozřejmě nemůžeme tvrdit, že u každé z těchto poruch je nutnost přítomnosti alexithymie, ale k těmto poruchám je prokázán její vztah (Frewen, Pain, Dozois, Lanius, 2006; Hund, Espelage, 2005; Mueller, Buehner, 2006; Speranza, Laos, Wallier, Corcos, 2007; Taylor, Bagby, Parker, 1997; Vanheule, Desmet, Verhaeghe, Bogaerts, 2007; Verhaeghe, Vanheule, De Rick, 2007). Jak jsme již uvedli, alexithymii lze překládat jako beze slova pro pocity. Přítomnost alexithymie u psychosomatických pacientů představovala zvláštní situaci, která se projevovala v komunikaci v podobě stereotypního popisování tělesných změn bez vyjádření vlastní emoční odezvy, chudostí fantazijního života a myšlenkami svázané se zevními událostmi.

Projevy alexithymie u pacientů jsou dle J. Bašteckého et al (1993, s.48) následující:

- 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 se pláč 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 mívají narcistické, vzdávající se, pasivně agresivní nebo pasivně závislé či psychopatické.
- Lékař nebo terapeut je těmito pacienty obvykle znuděn, zdají se mu velmi hloupí.

Alexithymii můžeme rozdělit na primární a sekundární. Primární alexithymie představuje významný dispoziční faktor, který vede nebo udržuje somatické onemocnění. O sekundární alexithymii hovoříme pokud nasedá na určité somatické onemocnění. Sekundární alexithymii lze opatrně považovat za obranný mechanismus či protektivní faktor, který si jedinec vytvořil vztažně ke svému onemocnění. Posun v uvažování této problematiky přineslo škálové měření alexithymie. Škálové měření pomocí Toronto Alexithymia Scale (TAS) přináší dělení alexithymie na tři faktory.

1. Faktor: představuje poruchu identifikace vlastních emocí, jedinec zažívá nediferencované emoční vzrušení.
2. Faktor: představuje neschopnost deskripce emocí
3. Faktor: vychází z externě orientovaného myšlení a představuje omezení fantazijního života.

Další přístup, který je velmi zajímavý a koncept alexithymie rozdělil na subtypy, představuje Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ).

Podle těchto autorů je alexithymie snížená schopnost rozlišovat mezi emocionálními pocity, snížená schopnost fantazie, snížená schopnost verbalizovat emoční zkušenosti, snížená tendence přemýšlet či se zabírat examinací vlastních emocí.

Subtypy, které vznikly na základě této metody (BVAQ) se označují (dále v textu se na jednotlivé subtypy blíže zaměříme):

- alexithymie I. typ v opozici se nalézá lexithymie
- alexithymie II. typ v opozici se nalézá alexithymie III. typ,
- modals typ

3.1. Alexithymie I. typ

I. typ představuje sníženou schopnost emocionální prožívání a identifikace pocitů, oslabenou schopnost fantazie a nedostatečnou kognici doprovázející emoční pochody. Základním rysem jsou oddělené sociální vztahy a omezený rozsah vyjadřování emocí v mezilidských vztazích založených na nedostatku empatie a družnosti. Tito jedinci jsou sociálně i citově chladní. Ve stresových situacích reagují mechanismem projekce. Mají tendence k racionalizaci bez účasti emocionálního doprovodu. Díky jejich citově chladnému chování v intimních, přátelských či jiných vztazích mohou narážet na problémy.

3.2. Alexithymie II. typ

Tento typ je charakterizován dobrou schopností emocionálního prožívání a identifikace pocitů a fantazie, ale za omezené doprovázející kognice. Tito jedinci se projevují nedostatkem emocionální stability.

Vyskytují se u nich somatické stížnosti a problémy se spánkem. Trpí úzkostmi, panickými záchvaty a depresi. Občas se u nich vykytuje paranoidní postoj, díky kterému jsou obtížně manipulovatelní (Vingerhoets, Nyklíček, Denolet, 2008). Ve stresových situacích reagují úzkostí či depresí. Na zátěžovou situaci reagují disociací (Moormann, Bermond, Albach 2004, In Nyklíček et al, 2004). Jedinci s alexithymií typu II jsou nejméně odolní vůči stresu. Sebeúcta těchto pacientů je snížená a cítí se neschopní. Tento typ alexithymie se vyskytuje převážně u žen a často u dětí, které byly sexuálně zneužívány (Albach, Moormann, Bermond, 1996).

3.3. Alexithymie III. typ

Tento typ je charakterizován nízkou úrovní emocionality a fantazie, ale dobrou úrovní kognice. V tomto ohledu vzniká zajímavá otázka, jak mohou tito lidé mít dobře vyvinutou kognici v přítomnosti nízké emocionality a představitosti. Tento problém se snažili řešit kognitivní neuropsychologové, kteří dospěli k názoru, že tyto osoby mají i přes zmíněné nedostatky, stále schopnost reagovat na emoce druhých lidí sociálně akceptovaným způsobem (Moormann, Bermond, Albach 2004, In Nyklíček et al, 2004). Tito jedinci dokážou dobře vyjít s ostatními v sociálním prostředí díky své sociální dovednosti. Mají vysoké sebehodnocení a snaží se mít problémy či úkoly pod kontrolou. Lidé s tímto typem alexithymie mohou být označeni v reakci na nemoc či stresové situace jako represoři.

Dále výsledky ukazují, že jedinci s typem III alexithymie mají tendenci manipulovat (Niessen, 2001). Závěrem lze konstatovat, že alexithymie III. typu vykazuje určitou podobnost s narcistickou poruchou osobnosti.

3.4. Lexithymie

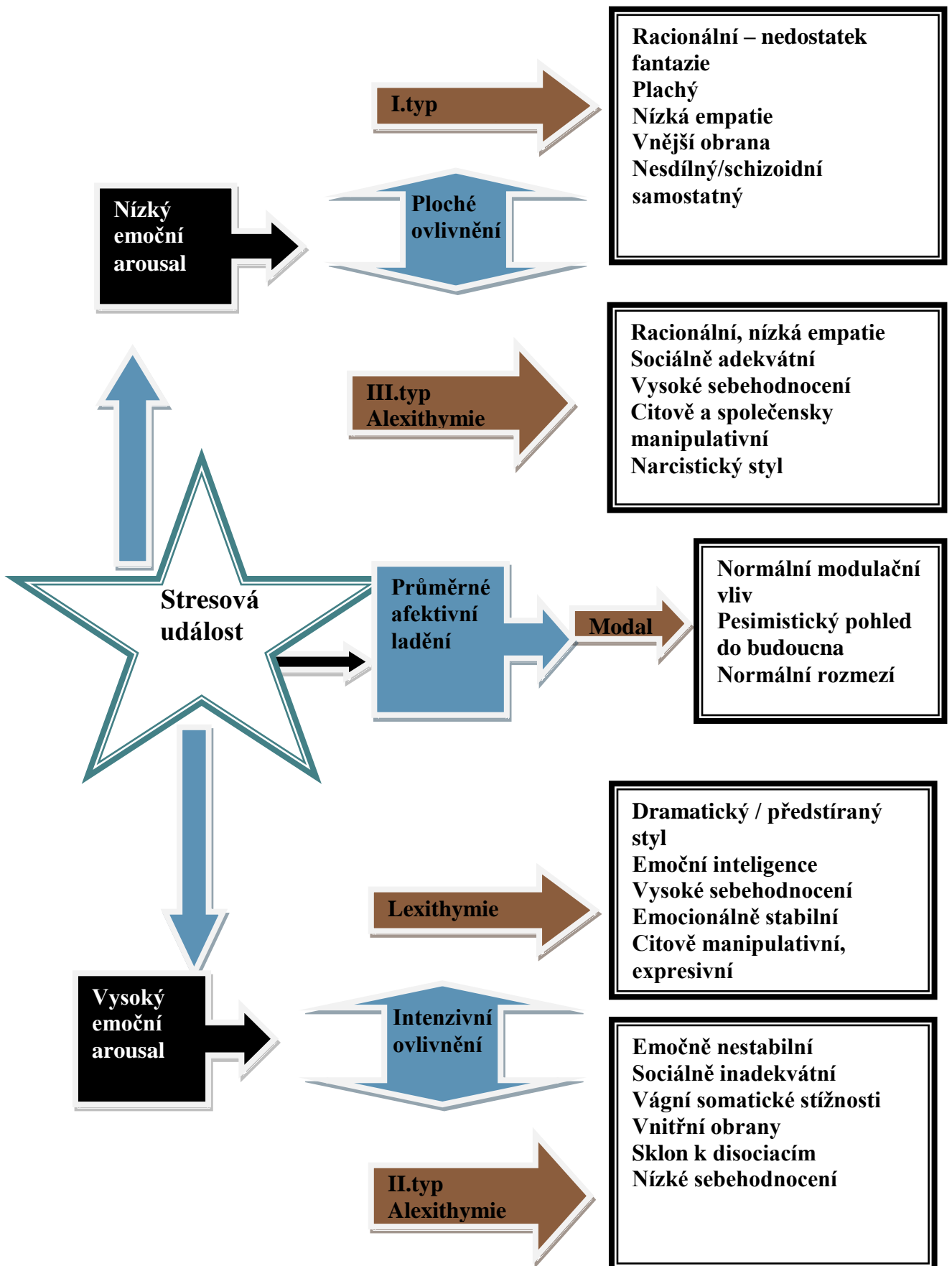
Lexithymie je charakterizována vysokou emocionalitou, dobrou úrovní fantazie a dobře rozvinutou kognicí, která emoce doprovází. Lexithymní lidé zažívali v dětství vřelý vztah matky, což potvrzuje představu, že zážitky v raném dětství určují osobnost později v životě (Moormann, Bermond, Albach, 2004, In Nyklíček et al, 2004. Tuto oblast zkoumali již S. Freud a E. Erikson tj. že vztah matka – dítě, který je vřelý a je založen na základní důvěře přispívá k optimálnímu rozvoji osobnosti (Carver, Scheier, 2000). Obecně jsou lexithymní jedinci emočně inteligentní a mají schopnost se přenést přes náročné životní situace. Mají též vysokou sebedůvěru a sebehodnocení, což je považováno za solidní základ pro realizaci jejich tvůrčího a expresivního potenciálu.

J. B. Oldham a L. B. Morris (1990) poukazují, že dramatický či teatrální styl bez potíží zdůrazňuje emoce a vyjadřuje se jednoduše a otevřeně. Dramatický či teatrální typ lze chápat jako jeden subtyp lexithymie. Lexithymní jedinci se oproti skupině modals významně lišili ve skóre v citové percepci, citovém vyjadřování a sociální inteligenci (Niessen, 2001). Z toho vyplývá, že jedinci s dramatickým stylem jsou více intuitivní a mají rozvinutý smysl pro empatii. Druhý subtyp lexithymie je označován jako odchozí styl. Lexithymní jedinci odchozího subtypu se zaměřují více na družnost, než na vystoupení (Millon et al, 1994). Mají velkou důvěru ve svůj šarm a svůj vliv na jedince a může se u nich projevat tendence k manipulaci. Opatrně lze uvažovat, že lexithymní

jedinci na základě své teatrality či víry ve svůj vliv a šarm jsou oblíbenými hosty nejrůznějších Talk-Show v televizi. Právě chování, které vyplývá z teatrality a dramatického stylu vlastní exprese emocí, predisponuje jedince k úspěchu v zábavných programech různého typu což poukazuje na určitý znak moderní západní struktury, který může být založen na exhibičním chování.

K alexithymii také přidáme **Modals typ**, který lze přeložit jako způsobový či typický typ. Je charakterizován průměrnou emocionalitou, fantazií a průměrnou doprovázející kognicí. Tento typ lidí není příliš nápadným i když se u nich může vyskytovat pesimistický pohled do budoucnosti. Na další stránce si znázorníme jednotlivé subtypy alexithymie v obrázku.

Obr. 5: Profily osobnosti k typům alexithymie (Vingerhoets, Nyklíček, Denolet, 2008, s.38)



3.5. Teorie vzniku alexithymie

Názory na vznik a příčinu alexithymie vychází z různých přístupů. V této části se budeme zabývat přístupem psychoanalytickým a psychodynamickým, sociologickým a neuroanatomickým (neurofyzilogickým) a neurochemickým. Jak jsme se již uvedli v předchozí kapitole, alexithymie díky neznámé etiologii patří mezi hraniční koncepce psychosomatiky a teprve rozpoznáním její etiologie se zařadí mezi koncepce specifické nebo nespecifické.

3.5.1. Psychoanalytický a psychodynamický výklad vzniku alexithymie

Psychoanalytické teorie předpokládají pro vznik alexithymie důležitost vývojových momentů. Mac Dougalová se domnívá, že u alexithymických pacientů nejsou instinktivní impulzy psychicky zpracovávány, ale že tyto impulzy přímo ovlivňují tělo. Příčinou je, že mezi matkou a dítětem dochází v nejranějším vztahu k poruše interakce, které u dítěte vedou k neschopnosti tvořit vnitřní reprezentace instinktivních impulzů.

Díky této neschopnosti jsou instinktivní impulzy vyjádřeny přímým uvolňováním na místo jejich filtrace a vázání se na fantazijní spoje a sémantické symboly. Tuto neschopnost pojmenovat, rozpoznávat a propracovávat afektivní stavy považuje Mac Dougalová za obrannou strukturu psychotického charakteru, která brání alexithymického pacienta před psychotickou úzkostí (z psychické či fyzické fragmentace, ze ztráty pocitu identity a nebezpečí nekontrolovatelné explorativní akce). Další zajímavý přístup zmiňuje De M'Uzan (1974), který pro vznik alexithymie vidí podstatné to, že dítě nemá nebo mu selhávají schopnosti využít halucinačních jevů jako prostředků pro získání slasti a ochrany. Tato neschopnost později vyústí v neschopnost provozovat ty psychické aktivity, které slouží ke stejnému účelu, tj. fantazie. De M'UZan je představitelem francouzské školy, která vidí za hlavní příčinu vzniku psychosomatických příznaků produkty dynamiky psychických konfliktů nebo důsledky specifických ego deficitů.

Na ego deficitní strukturu psychiky upozornil S. Stephanos (1975) tím, že u alexithymických pacientů je ego deficitní struktura psychiky pojímána jako obranný mechanismus z narušeného časného vztahu matka-dítě. Jde tedy o defekt v raném identifikačním procesu. S. Stephanos měl na mysli, že již v prvním roce života se vyvíjí absolutní závislost na objektu (matce), zatímco otec, je ze vztahu matka-dítě odstrčen do pozadí a tím se stává mdlý, nekonturovaný a bez oidipální potence. V tomto období se též uplatňuje vyvíjející fenomén reduplikace. Reduplikace znamená, že druhé osoby jsou

pacientem viděny stereotypně, bez jasně definovaných kontur a rozpoznatelného individuálního profilu (Mohapl, 1988). Psychosomatický pacient má problémy rozpoznat u druhých jejich charakteristiky a stahuje se do sebe. Má tedy tendenci percipovat objekt podle vzoru svého vlastního sebeobrazu, který je nestrukturovaný.

Heidelberská klinika pro označení alexithymických charakteristik využívala Pinocchioův syndrom (von Rad, Rüppel, 1975). Pinocchio je pohádková postava, která byla ztvárněna Lorenzinim. V jejich pojetí je vznik alexithymie dán matkou jenž přenáší na dítě své narcistické konflikty, manipuluje s tělesnými projevy dítěte a reaguje na dítě rejektivně nebo hyperprotektivně. V tomto smyslu je fixace jedince na zevní podněty, brána jako systém obrany čili jako specifická reakce na zátěž. V psychoanalytickém přístupu hraje velmi důležitou, ne-li klíčovou roli matka a její vztah k dítěti. V případě, že dojde ke ztrátě tohoto vztahu, může to u dítěte vést k formování tělesných příznaků s tím, že psychosomatický příznak můžeme také chápat jako narcistický projev nebo reakci na ztrátu klíčové osoby.

3.5.2. Sociologický model alexithymie

Neméně zajímavý je i sociologický model vzniku alexithymie, který poukazuje na to, že psychosomatické chování vzniká tlakem společenských norem a konvencí jimž se jedinec přizpůsobuje (Ahrens, Gyldenfeldt, Runde, 1979). Alexithymičtí pacienti se díky svému myšlení a řeči jeví jako nefunkční v ordinaci psychiatra, nikoli však v praktickém životě (Mohapl, 1988). Je zajímavé, že právě tabuizování emocí a alexithymický způsob komunikace patří do světa práce a povolání. Často není žádoucí, aby byl obsah emocí sdělován. Alexithymii v sociologickém smyslu lze chápat jako důsledek internalizace norem společnosti, které jsou odvozené právě z pokroku, kterého společnost dosáhla. Z tohoto hlediska lze tedy pojímat alexithymii jako instrumentální orientaci, která je indikátorem socializací podmíněné úrovně adaptace. Z hlediska instrumentální orientace se prožívání a emoční vyjadřování stává nefunkčním projevem osobnosti. Člověk má však své potřeby k nimž se váží afekty a tyto afekty jsou díky instrumentalizaci zatlačovány jako interní chování do vnitřní oblasti prožívání. Alexithymický pacient v tomto smyslu vykazuje konformitu se společností a vzdává se individuality, což odpovídá procesu reduplikace

3.5.3. Kognitivně neuropsychologické koncepce alexithymie

V této kapitole se zaměříme na poznatky, které byly nalezeny ve vztahu alexithymie a mozku. Již MacLean (1937) uváděl, že podstata problémů v prožívání emocí je zakotvena v potížích v limbickém systému a jeho spojení s neokortexem. Právě limbický systém se podílí na emocích, pociťování, prožívání, kdežto neokortex zabezpečuje inteligenci, percepci a motorické úkony. Etiologie alexithymie je z tohoto hlediska založena v potlačení impulsů v limbickém systému směřujících do neokortexu, s čímž se pojí poruchy v oblasti emocionálního a fantazijního života. Vztah alexithymie k EEG statisticky zpracovaný pomocí faktorové analýzy zmiňuje V. Nebycilin (1971), který vyslovuje hypotézu, že emoční chování vyplývá z aktivity frontolimbického systému. V tomto pojetí limbický systém vystupuje jako generátor emočních impulsů, zatímco mediobazální a orbitální kůry vystupují jako jejich modulátor. Nyní se zaměříme na poznatky vztahu alexithymie a konkrétních mozkových oblastí

3.5.3.1. Corpus callosum a alexithymie

Mapování funkční specializace hemisfér mozku poukázalo na to, že lidé mají verbální projev, vědomí a seriové informační procesy uloženy v levé hemisféře, zatímco nevědomí, nonverbalitu a paralelní holistické informační procesy v hemisféře levé (Gazzaniga, 1989). Tato zjištění vedla k závěru, že emoční procesy jsou připisovány pravé hemisféře což vedlo k předpokladu, že ageneze či přerušení struktury corpus callosum vede k alexithymii. Tento předpoklad byl ověřen několika pracovníky např. (TenHouten et al, 1988).

Na základě těchto zjištění se předpokládá blok ve funkci corpus callosum, který má za následek specifický typ alexithymie tj. osoba emocionálně prožívá, ale souběžně také prožívá nediferencované vzrušení, které si nevědomě vysvětluje a vztahuje ke konkrétním emocím.

3.5.3.2. Commissura anterior a alexithymie

Commissura anterior spojuje čichové oblasti mozku (paleocortex). Teorie M. Gazzanigy a Le Douxe (1989) predikovala, že lidé s porušenou funkcí commissury anterior nejsou schopni zkušenostního emocionálního pociťování, zatímco mohou v průběhu času mít přístup k doprovázející kognici. Předpoklad autorů byl vysloven na základě zkušenosti s pacientkou, která měla přerušovaný corpus callosum a commissuru anterior.

Tato pacientka reagovala chichotáním na emocionální stimuly, které jí byly prezentovány do levého vizuálního pole. Když se jí výzkumní pracovníci ptali, proč se chichotá, odpovídala takto: „to je zábavný stroj,“ (tím měla na mysli stroj, který jí v aktuální dobu snímal). Důležité je, že tato odpověď se objevuje u lidí, kteří mají pouze přerušovaný corpus callosum. Tento poznatek přinesl problém v dalším zkoumání emocí. Proto byl projev pacientky výzkumníky interpretován tak, že je třeba hledat vysvětlení tohoto chování v jiných příčinách, než usuzovat na poruchu transferu mezi hemisférami byť založenou na objektivních ukazatelích.

Proč se výzkumní pracovníci rozhodli, že je třeba hledat odpovědi v chování? Tato odpověď vychází z experimentů, v němž jedinci s přerušovaným corpus callosum neměli žádné potíže ve zpracování emočních stimulů, které jim byly prezentovány do levého zrakového pole, a tudíž zpracovávají pravou hemisférou. Toto bylo vysvětlováno tak, že kognitivní komponenty dosáhnou uvědomění v levé hemisféře, a to přímo přes corpus callosum, zatímco emocionální komponenta míří nejdříve do limbického systému, a poté skrze commisura anterior dosáhne levé hemisféry. Z uváděných výsledků je zjevné, že i s porušenou commisurou anterior jsou lidé schopni prožívat emoce.

3.5.3.3. Pravá hemisféra a alexithymie

E. D. Ros a A. J. Rusch (1981) se zabývali studiem pacientů s unilaterální lézí v oblasti kůry pravé hemisféry. Tito pacienti vykazovali symptomy deprese jako nechut k jídlu, nespavost, podrážděnost, sociální stažení se a dle dexamatozonového testu byla plazmatická hladina kortizolu nonsupresní, což bývá časté u depresivních poruch. Přesto tito pacienti říkali, že je jim dobře a cítí se v pořádku. Po podání antidepresiv všechny výše zmíněné symptomy zmizely až na nedostatek emocionálního zájmu. Autoři popisovali, že všichni pacienti nebyli schopni popisovat své emocionální reakce, ale byli schopni popisovat emocionální reakce druhých lidí. Přítomné emocionální reakce před vznikem léze poukazovaly, že alexithymické rysy nebyly výsledkem motorické či kognitivní neschopnosti. Právě nepřítomnost afektů při poranění pravé hemisféry byla zkoumaná na pacientech s výsledkem, že 30% pacientů s tímto poraněním vykazuje emoční znecitlivění (Gainotti, 1972). Tento poznatek vede k závěru, že poranění pravé hemisféry může mít za následek vznik alexithymie.

A. F. Wechsler (1973) uvádí, že pacienti s unilaterální lézí pravé hemisféry mají problémy s pamětními informacemi založených na emocionální bázi, ale nemají problémy s informacemi, které jsou neutrální.

A. F. Wechsler tento výsledek popisoval na základě toho, že u pacientů s lézí pravé mozkové kůry se mohou navodit cizí fyzické pocity jako elektrické výboje, bolest, otok, abnormální brnění či tuhost. Právě pro tyto pocity mohou být tito pacienti označeni, že trpí hypochondrickou poruchou. Tento předpoklad vede k závěru, že alexithymičtí pacienti trpí hypochondrickou poruchou. V tomto ohledu byl nakonec problém alexithymie finalizován tak, že tito pacienti někdy reagují emocionálním chováním bez přítomnosti afektu (Krystal, 1988).

3.6.3.4. Přední cingulum a alexithymie

Již v roce 1973 hovořil J. W. Papez o předním cingulárním kortexu (ACC) a o jeho podílení se na regulaci emocí, tj. emoce se vážou k této struktuře. Cingulární kůra se dále podílí na zpracování pozornosti, bolesti, mateřském chování, skeletomotorických funkcích. Cingulární kůru lze rozdělit na část dorsální a rostrální. Rostrální část se nazývá afektivní a dorsální část kognitivní. Afektivní rostrální část cingula je emocionální, zatímco dorsální kognitivní část je jí ovlivněna, ale není výhradně určena k citovému zpracování. Z tohoto hlediska lze na alexithymii nahlížet jako na deficit ve vědomém emočním prožívání spojeným s konkomitantní autonomní aktivací, které mohou být zprostředkované funkčním odpojením aferentní interoceptivní emocionální informace na ACC.

Alexithymie v tomto pojetí představuje určitý citový ekvivalent blindsight. Blindsight je jev, který je spojený s lézí primární zrakové oblasti V1 (pacienti tvrdí, že nevidí, přesto je dokázáno, že zrakově vnímají, ale nejsou schopni si to uvědomit). Dle výzkumu H. Gündela et al (2004) s alexithymií koreluje šíře pravého anteriorního cingula.

3.6. Neurochemické výklady alexithymie

3.6.1. Dopaminová teorie a alexithymie

Vzhledem k tomu, že dopamin byl dán do souvislosti s psychotickými stížnostmi, vyvstal předpoklad, že alexithymie souvisí s jeho funkčním omezením. Většina nervových struktur, které zprostředkovávají a posilují instrumentální mozkovou činnost jsou inervovány právě dopaminergními vlákny. Také pro mediální přední mozek, který má důležitou funkci v regulaci emocí, jsou důležitá právě dopaminergní vlákna. Dále léčba pomocí 6-OHDA (6.hydroxidopamin – následek je ničení dopaminových buněk) nebo blokátorů dopaminových receptorů (alfaflupentixol) vede ke snížení genitální odpovědi u mužů a žen. Z dalšího hlediska se zmiňme o nucleus accumbens, v němž se předpokládá systém odměny v mozku. Při prezentaci sexuálních podnětů se zvyšuje dopamin v této

části mezolimbického systému, s čímž se pojí závěr, že dopamin hraje také důležitou roli v regulaci sexuální motivace. Uveďme příspěvek J. P. C. De Bruina (1990), který tvrdí, že dopamin projikuje do prefrontálního kortexu a orbitofrontálního kortexu a pouze mírně je zastoupen v dorzolaterálním kortexu. V případně léze v oblasti orbitofrontální kůry pomocí 6-OHDA a zničením dopaminových buněk ve ventrálním tegmentu, dojde ke změnám emocionálního chování. Tuto problematiku výzkumník uzavírá tím, že dopaminové buňky ve ventrálním tegmentu a dopaminové receptory v orbitofrontálním kortexu participují na regulaci emocí.

3.7. Alexithymie a vztah k alkoholu

3.7.1. Studie vztahu alexithymie a závislosti na alkoholu

V následujících kapitolách se zaměříme na vztah alexithymie a alkoholové závislosti. Dle dostupných studií byla alexithymie identifikována u 45-67% jedinců závislých na alkoholu (Evren et al., 2008; Sauvage, Loas, 2006; Uzun et al., 2003). Ve studiích se dále sledoval negativní dopad alexithymie na jedince závislé na alkoholu i z hlediska komplikací v léčbě (Loas et al., 1997). V dalším poznávání vztahu alexithymie a závislosti na alkoholu se objevila i hypotéza, že alexithymie patří mezi rizikový faktor, který představuje důležitou roli v genezi závislosti na alkoholu (De Rick, Vanheule, 2006; de Timary et al., 2008). Vztah alexithymie a závislosti na alkoholu je založen na předpokladu, že lidé s alexithymií se ve společnosti druhých lidí necítí v optimální pohodě, a proto využívají alkohol jako copingový mechanismus. Užíváním alkoholu zlepšují vnímání svého interpersonálního fungování. Kriticky lze konstatovat, že vztah alexithymie a závislosti je potřeba dále zkoumat a verifikovat v dalších studiích. Potřeba výzkumu alexithymie a závislosti na alkoholu se ukazuje např. v těchto oblastech tj. zaměřit se na studium vztahu alexithymie a spotřeby alkoholu, na analýzu alexithymie a jejích faktorů či dimenzí s přihlédnutím k rizikovým faktorům vedoucím k užíváním alkoholu a zkoumání reakcí jedinců s alexithymií na užití alkoholu. Potřeba studia alexithymie se ukazuje také v jejím významu jako prediktoru možného relapsu ve vztahu k návykovým látkám, a také jako prediktoru v odpovědi na léčbu zaměřenou na závislost na alkoholu. Na některé tyto otázky, které jsme výše položili, se zaměříme níže v textu tohoto příspěvku.

3.7.2. Alexithymie a spotřeba alkoholu

Studie (Kauhanen et al, 1992), která byla provedena ve Finsku na 2297 mužích, mapovala vztah spotřeby alkoholu a alexithymie. Výzkumní pracovníci se zaměřili na mapování těchto proměnných: frekvence užívání alkoholu, počet sezení při kterých se pije alkohol, typologie jedinců závislých na alkoholu, množství vypitého alkoholu, frekvence intoxikace, pití v tazích (excesivní pití) po intoxikaci, poruchy vztažené k užívání alkoholu a míru stresu dle povahy práce, kterou zkoumaní jedinci vykonávali. Z výsledků vyplynul vztah alexithymie k pití v tazích, k vyšší spotřebě alkoholu a vyšší frekvenci užívání alkoholu spojenou s těžšími poruchami alkoholové závislosti. Z hlediska somatických poruch vztažných k užívání alkoholu byly nalezeny signifikantní korelace alexithymie k hypertenzi, ulcerózní nemoci, gastrointestinálním potížím, neurologickým poruchám. Tento vztah dále zkoumal např. O. V. Lyshova, V. M. Provotorov, Y. N. Chernov, 2002, kteří zjistili, že přítomnost alexithymie je rizikový faktor hypertenze, jakožto poruchy vztažené k užívání alkoholu. Dále Van Rossum L. G. M. et al (2004) zjistili, že gastrointestinální potíže spojené s užíváním alkoholu mají vztah k alexithymii. Z hlediska této studie nebyl nalezen vztah mezi stresem zažívaným v práci a alkoholovou spotřebou. Vztah alexithymie a spotřeby alkoholu však dále nebyl potvrzen na základě studie K. Junghannse et al (2005). Vztah alexithymie a spotřeby alkoholu je dále předmětem výzkumu. V současném stavu poznání lze konstatovat nedostatek relevantních informací, které by přinesly dostačující odpověď na to, jaký je vztah mezi alexithymií a frekvencí a kvantitou pití alkoholu u lidí závislých na alkoholu.

3.7.3. Alexithymie jako rizikový faktor ve vývoji problémů s alkoholem

Různými studiemi bylo postupně označeno mnoho rizikových faktorů, které jsou asociovány s užíváním alkoholu a vznikem závislosti. Psychosociální rizikové faktory tj. mentální a tělesné obtíže či poruchy, dysfunkční fungování rodiny a výskyt alkoholové závislosti v historii rodiny jsou považovány za psychosociální rizika, která mohou vést k alkoholové závislosti (Yoshino, Fukuhara, Kato, 2000). Pokud se zaměříme na specifické rizikové faktory vzniku alkoholové závislosti dostáváme se k učení, které je založené na posilujícím efektu alkoholu v psychosociálním kontextu tj. pití alkoholu je spojeno s očekáváním jeho účinku a toto očekávání v psychosociálním kontextu působí jako posílení pro užívání alkoholu (Connor et al, 2000). Z hlediska studia alexithymie, jako rizikového faktoru se předpokládá, že očekávaným účinkem alkoholu je redukce tenze a

modulace afektivní regulace, které jsou vyjádřeny v projevech alexithymie. Na alexithymii a také nedostatečnou vazbu (attachment) je nahlíženo jako na rizikový faktor hrající roli ve vzniku a vývoji závislosti na alkoholu (Haviland, Warren, Riggs, 2000; Vungkhanching et al, 2004). U jedince závislého na alkoholu s alexithymií může být základ pití založen na tom, že užívání alkoholu představuje copingový mechanismus emocionální self-regulace, která je ovlivněna alexithymií, a která je užíváním alkoholu modulována v pozitivním směru (De Rick, Vanhuele, 2007b; Thorberg, Lyvers, 2006a). S ohledem na emocionální regulaci lze zmínit, že studie sledovaly dále vztah deprese k závislosti na alkoholu s výsledkem, že deprese představuje negativní faktor pro alkoholovou abstinenci (Kodl et al, 2008).

3.7.4. Alexithymie a bažení

Bažení je jedním z důležitých projevů závislosti a představuje nutkavou touhu spojenou s kompulzivním užíváním drog a výrazně se vyskytuje při odnětí drogy, abstinenci a situačním kontaktu během něhož dochází k aktivitě dopaminu v systému odměny, protože se předpokládá, že bažení souvisí s dysbalancí právě dopaminergního systému (Kalina et al, 2008). Důležitou oblastí je uvědomění si či rozpoznávání bažení tj. malá schopnost sebeuvědomování. Přítomnost alexithymie komplikuje léčbu jedinců, kteří jsou závislí na droze. O vztahu alexithymie a bažení se hovoří jako o psychologickém obranném mechanismu sloužícím ke zvládnutí emoční zátěže, který bažení doprovází. Z výzkumu, který provedl C. Evren et al (2009) byla potvrzena existence vztahu mezi alexithymií, disociací a bažením u jedinců závislých na alkoholu. Z diskuse jejich výzkumů vyplývá, že bažení je negativní emocionální stav, který má zatěžující charakter na jedince a alexithymie představuje reakci na tuto zátěž, která je pro jedince stresová. S ohledem na projevy alexithymie a její dynamiku se předpokládá, že její přítomnost může být komplikací v léčbě závislosti na alkoholu.

4. Problematika závislosti na alkoholu

Nahlížení na podstatu závislosti procházelo v dějinách různým vývojem a změnami ve výchozích paradigmatech. Koncept závislosti byl postaven na různých výkladových modelech, až dospěl k dnešnímu pohledu bio-psycho-socio-spirituálnímu. V období 20. století se na závislost nahlíží jako na nemoc. Primárně pohled na závislost vycházel z klinické empirie místo objektivního teoretického modelu.

V rámci výzkumů a vzniku modelů, které vysvětlují kořeny závislosti, se naráží na komplexitu faktorů, které se spolupodílejí na vzniku či udržování závislosti. V následujících kapitolách se zaměříme na teoretické výklady vzniku závislosti. Nyní si uvedeme diagnostická kritéria syndromu závislosti na psychoaktivních látkách.

Diagnostická vodítka dle MKN-10-

- a) Silná touha nebo puzení užívat látku,
- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- c) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné látky) se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšení množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

4.1. Psychologické teorie závislosti

Psychologických otázek vzniku závislostí spíše přibývá a odpovědi na ně jsou zatím nejasné. V dějinách studie závislostí vzniklo mnoho přístupů a směrů, které se snaží na otázky příčin závislosti odpovědět. Psychologické teorie závislosti jsou nezbytnou součástí neurobiologických přístupů, protože sledují osobnost člověka v psychologických a sociálních souvislostech. V následujících kapitolách se zaměříme na stručný nástin základních bodů vybraných psychologických teorií závislosti na alkoholu.

Důkladný popis všech možných směrů a jejich výklady jsou nad rámec této disertační práce a zasloužilo by samotné zpracování v přehledové práci.

4.1.1. Klasická psychoanalýza

Psychoanalytické vysvětlení závislosti na alkoholu bylo odvozeno od Freudových interpretací a to Ferencziho pracemi z roku 1912 (in Kunda, et al.1988).

V oblasti psychoanalýzy se hledala tzv. prealkoholická osobnost, obsahující specifickou neurotickou strukturu osobnosti člověka závislého na alkoholu. V jazyku psychoanalýzy se jedná o strukturu osobnosti orálně pasivní či depresivně charakterovou. Centrální pojem, který ovlivnil hledání souvislosti jedince a alkoholismu je Freudovo libido vznikající v období orální fáze psychosexuálního vývoje. Z Freudova pojetí osobnosti a jeho teorie fungování libida vycházeli i další psychoanalyticky orientovaní autoři. O. Fenichel (1945) předpokládal u jedinců závislých na alkoholu predispozici, která je založena na specifické orální fixaci vznikající na základě frustrace v dětství, která se může dále manifestovat do orální či narcistické orální osobnosti. S dalším zkoumáním a tvořením teorie osobnosti jedince závislého na alkoholu se vytváří neurotický bludný kruh, který je vztažen k užívání alkoholu s funkcí určitého reduktoru libidózní energie (Knight, 1937). Na závislost na alkoholu se nazírá jako na autodestrukční mechanismus zabraňující těžkým formám autodestrukce jako je sebevražda či psychotická porucha. V průběhu vývoje libida může v každé jeho fázi vzniknout porucha. To znamená, že obraz závislosti a jeho dynamika je rozdílná v čase tj. pokud dojde k poruše vývoje libida v časnějších fázích, tím více je osobnost závislého na alkoholu infantilnější mající horší prognózu. V dalších přístupech lze zmínit teorii **n-po** (need power – potřeba moci, síly), podle níž k alkoholu inklinují jedinci se zvýšenou potřebou moci a kontroly nad ostatními.

4.1.2. Neopsychoanalýza, ego-psychologie

Neopsychoanalytické směry se namísto primárního studia hlubinné psychoanalýzy tj. otázky jaká je osobnost pijícího jedince, zaměřovaly na otázku, proč člověk pije a jakou funkci má alkohol v jeho životě. Otázky funkce alkoholu u osobnosti formuloval K. Levy (1958) (in Řehan, 1994), který se zaměřil na psychodynamické funkce jako jsou změny vědomí, chování a symbolické funkce, které se projevují vybitím a stažením. Dále se tyto funkce projevují v odreagování emoční tenze, zmírnění strachu a pocitů viny.

Pomocí alkoholu ve vyšších dávkách dochází ke kompenzaci nedostatečných sociálních kompetencí, infantomimetickému účinku (uvolnění masochistických, agresivních a potlačených sexuálních tendencí). Ego-psychologie předpokládá vztah mezi jedincem závislým na alkoholu a jeho ego-defenzivními mechanismy. Zkoumá problematiku obranných mechanismů a působení alkoholu na jedince s nedostatečně rozvinutými či narušenými ego-funkcemi. Z tohoto hlediska lze závislost na alkoholu považovat za autoterapeutický pokus jedince regulovat vnitřní vnímaná či tušená rizika představující dezintegraci osobnosti založené na poruše ega.

Ego-psychologie za základní možnou příčinu závislosti na alkoholu považuje extrémně nízkou frustrační toleranci a zábrany vzruchů ega.

4.1.3. Behaviorální psychologie

Dalším vlivným směrem zkoumající teorie vzniku závislosti byl behaviorismus, který ve své základní podobě redukoval zkoumání člověka na objektivně měřitelné projevy tj. chování. Důležitým předmětem studia behaviorismu je učení. Behaviorismus nazírá na alkoholismus jako na naučenou reakci či chování vznikající na základě odměňujícího efektu alkoholu a jeho anxiolytických a tenzoredukčních vlastností. Tímto působením dochází k posilujícímu efektu chování vedoucímu k užívání alkoholu. J. Skála (1977) chápe alkoholismus jako určitý naučený způsob reagování na zažívané stresové či konfliktní situace. S tímto názorem koresponduje i přístup A. Bandury (1991), který uzavírá, že lidé náchylnější či vnímavější ke stresu budou alkohol pro jeho centrálně stimulační účinky a tlumivé funkce více užívat. Odlišně nazírají na problematiku užívání alkoholu novější přístupy behaviorálního směru tím, že namísto redukce tenze jako primárního činitele vzniká model, který je zaměřen na růst a rozšiřování a vychází ze zažívaných pocitů extáze (extatických pocitů) z alkoholu samotného (Buda, 1972).

Z tohoto se odvozuje, že prožívání extatických zážitků a stavů je primární posilující a zpevňující činitel abúzu alkoholu více, než uváděná redukce tenze. Tato teorie se již více přibližuje odměňujícímu efektu alkoholu v centru odměny (mezolimbický dopaminergní systém) mozku. Z pohledu behaviorální teorie se postupem poznání dochází k závěru, že posilující vliv alkoholu není jednoznačný a uvažuje se, že účinky alkoholu a příčiny jeho úzu a abúzu jsou založeny na interindividuální variabilitě (Wilson, 1983). Koncepty teorie závislosti na alkoholu založených na behaviorálním přístupu přinášely kritický pohled na příčiny závislosti na alkoholu. V pojetí behaviorismu se předpokládá, že závislost na alkoholu je naučený proces, a proto jej jde přeučit. V podstatě se jedná o protichůdné tvrzení oproti medicínskému přístupu, který hovoří o ireverzibilitě ztráty kontroly pití (Řehan, 2007).

Dle V. Řehana (2007) se jedná o oprávněnou interpretaci některých vývojových souvislostí, současně se však uplatňují a prokazují jiné než behaviorální koncepty a to včetně konceptu alkoholismu jako onemocnění. Další koncepty se opírají o humanistické pojetí, v němž je závislost na alkoholu (či spíše alkoholické excesy) chápána a pojímána v symptomatologii tj. narušení přirozených seberealizačních tendencí a směřování jedince na základě ohrožení autentických vztahů k lidem, zpochybnění sebe sama s tím, že alkohol

reguluje prožitek sebeuchopení, eliminace pocitů pochybnosti a obnovu pocitu seberealizace pomocí imaginace či tvoření plánů (Řehan, 2007).

4.2. Genetické podklady závislosti

Závislostní potenciál alkoholu byl zkoumán na mnoha úrovních a pro zajímavost si stručně představíme pohled, který je založen na molekulární biologii a genetice.

Na základě studií molekulární genetiky je riziko dědičnosti alkoholové závislosti 50-60% (Prescott, Kendler, 1999). Z hlediska molekulární genetiky není tento vztah přesně objasněn, ale na základě prováděných studií byly zjištěny souvislosti v redukci v 5-hydroxyindoloctové kyselině (5HIAA), která je hlavním metabolitem serotoninu (Linnoila et al., 1994). Právě serotoninová dysregulace má vztah k impulzivnímu chování, podrážděnosti a násilnému chování u jedinců závislých na alkoholu. Alkoholová závislost je po dlouhá léta spojena s aktivací opioidních receptorů, jejichž aktivita byla sledována i v animálních studiích. Výzkumem byly nalezeny funkční polymorfni souvislosti μ receptorů a jejich vztahu k alele A118G a jejich vzájemném vztahu k závislosti na alkoholu u Švédské populace (Bart, et al, 2005). Tento výzkum přinesl další sledování vztahu alely A118G k závislosti na alkoholu s výsledky, že tato alela má vztah ke stresové odpovědi a terapeutické odpovědi na léčbu závislosti pomocí naltrexonu (Wandt, et al, 2002). Receptory, které jsou kódované alelou A118G mají až třikrát větší afinitu k beta-endorfinům, které jsou řazeny mezi vnitřní opiáty těla (Bond, et al, 1998). Další studie, které byly v tomto směru provedeny, nepotvrdily vztah alely A118G k riziku závislosti (Schinka, et al, 2002). Závěrem je třeba zmínit, že neurochemické vztahy mohou přispívat k možnému riziku rozvoji závislosti na alkoholu. Z hlediska genetiky závislosti na alkoholu se realizovaly studie dvojčat, které představují odhad dědičnosti resp. predispozice k závislosti na alkoholu u žen 51-65% a u mužů 48-73% (Prescott, Kendler, 1999, Enoch, Goldman, 2001). Z těchto odhadů dědičnosti byla dále zkoumána dědičnost frekvence konzumace alkoholu s výsledkem rizika u 66% žen a 42-75% mužů (Heath, Martin, 1994).

Genetické přístupy zkoumají, zda je genetické riziko hlavním činitelem při iniciaci pití, nebo zda je potřeba vysvětlovat vznik závislosti na alkoholu pomocí environmentálních vlivů a činitelů. Předpokládá se, že genetické faktory jsou důležité při vysvětlení frekvence intoxikace alkoholem u jedince (Viken, et al, 1999). Studium dvojčat se zkoumaly i další aspekty než frekvence pití např. odhadovaná dědičnost včasného pití alkoholu byla signifikantně vyšší u chlapců (55%) než u děvčat (11%) (Rose et al, 2001).

Bylo zjištěno, že muži nikoliv ženy, kteří jsou zařazeni v rizikovém genetickém vlivu, vykazují sníženou citlivost k alkoholu (Heath et al, 1999b). Dále byl zkoumán lokus na chromozómu 4q, který je vztažen k oblastem pro geny ADH (alkoholdehydrogenázy) (Saccone, et al, 2000). Tyto studie byly prováděny na indiánech a Američanech evropského původu a vykazovaly silný vztah mezi chromozómem 4q a závislostí na alkoholu. Lokus chromozómu 4q má vztah ke genům ADH (alkoholdehydrogenázy), která je zodpovědná za metabolizaci alkoholu na acetaldehyd. Acetaldehyd je metabolizován mitochondrickou formou ALDH2 (aldehyddehydrogenáza). Deficit ALDH2 vede k averzivní reakci na alkohol díky zvýšení koncentrace acetaldehydu, což vede ke zvýraznění ebriety a k reakci zčervenání po požití alkoholu nebo citlivosti na alkohol (Wall et al. 2000). ALDH2 má pozici na chromozómu 4q, který je vázaný ke vzniku závislosti na alkoholu u Asiatů a Evropanů. Problematika genetických podkladů závislosti je složitá a její podrobná analýza přesahuje rámec této disertační práce, a proto jsme v této kapitole poukázali na základní poznatky, které byly v tomto směru objeveny.

4.3. Závislost z pohledu neurobiologie

Neurobiologický model závislosti na základě rozvoje neurověd, nabírá vedoucí linii ve výkladu závislosti. Tento model je založen na dopaminergní hypotéze, podle které je odměňující efekt drogy závislý na činnosti mezolimbického dopaminergního systému tj. neuronálních sítí, které se nazývají systém odměny (Kalina, et al. 2008, s. 25). Systém odměny je spojován se striatem, v němž na základě užívání drog stoupá hladina dopaminu. S ohledem na poznatky neurověd o závislosti se dnes zvažuje v rámci komplexity mozku, participace i dalších funkčních a anatomických struktur, než jen samotný systém odměny lokalizovaný v mezolimbické dopaminergní oblasti.

Neurobiologický model hledá odpovědi na to, jak droga působí na mozek, a jak z tohoto mechanismu působení dochází k behaviorálním změnám v podobě závislostního chování. Na závislost lze nahlížet jako na chronické recidivující onemocnění mozku, které se projevuje některými klíčovými behaviorálními projevy, které jsou dle K. Kaliny (2008, s. 26) následující:

- Užívání drog získává kompulzivní charakter
- Závislý uživatel jednoznačně a silně preferuje užívání drog před přirozenými zdroji odměny
- Podněty spojené s užitím drogy (nebo s možností drogu užít) silně kontrolují chování

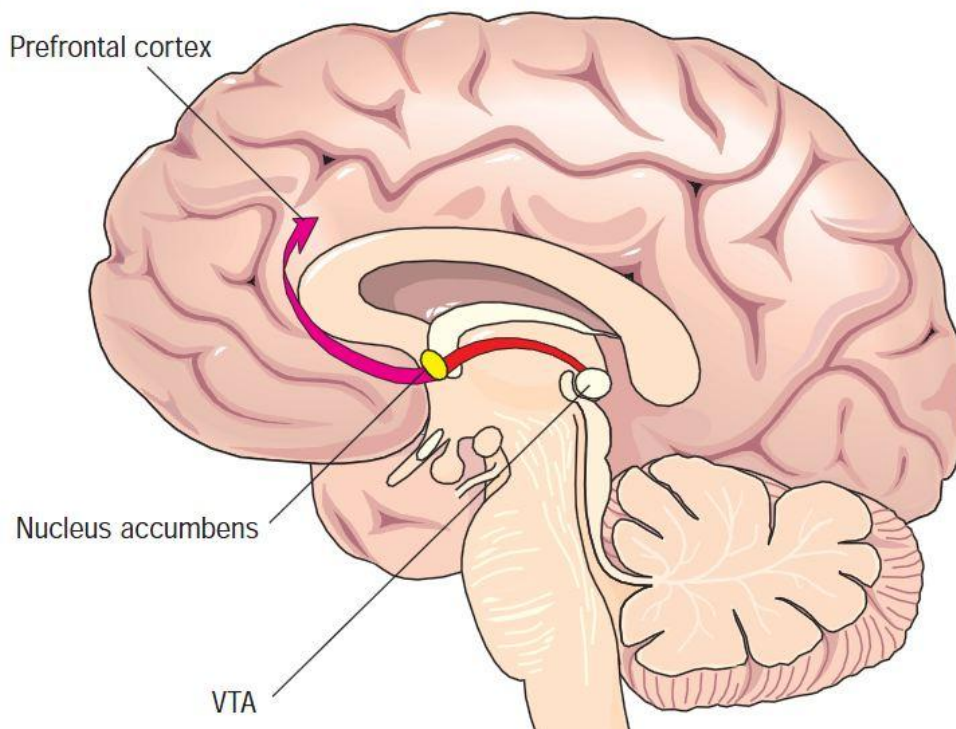
- Existuje vysoká tendence k relapsu a toto riziko relapsu přetrvává i po letech abstinence

4.3.1. Systém odměny v mozku

Systém odměny mozku patří mezi vývojově starší etáže mozkových struktur a slouží k autoregulaci pro děje, jako jsou: potřeby nutné k přežití, pocitu tělesné pohody, reprodukce a dalším dějům, které jsou potřebné pro přežití organismu a jsou spojovány s libým efektem. Tímto je zajištěna opakovanost těchto dějů, které patří do přirozených zdrojů odměny tj. potrava, sex a také sociální vztahy. Systém odměny se tedy podílí na transpozici podnětu a rozhoduje o tom, zda mu přisoudí určitou libou kvalitu či libostní hodnotu. V tomto mechanismu může dojít k asociaci mezi podnětem a odměnou čímž se později aktivuje behaviorální složka sloužící k dosažení odměny. K centru či systému odměny se primárně řadí struktura nucleus accumbens v němž odměna zvyšuje výdej dopaminu. Anatomicky je systém odměny tvořen propojením ventrální tegmenta (VTA) s ncl. accumbens a prefrontální kůrou. Systém odměny si můžeme anatomicky lokalizovat v následujícím obrázku

Obr. 6: Mezolimbická dopaminergní dráha (Saraceno, 2004) Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence, WHO

Fig. 3.1 Mesolimbic dopamine pathway



vysvětlivky k obr. 6: prefrontal cortex = prefrontální kůra, VTA = ventrální tegmentální area.

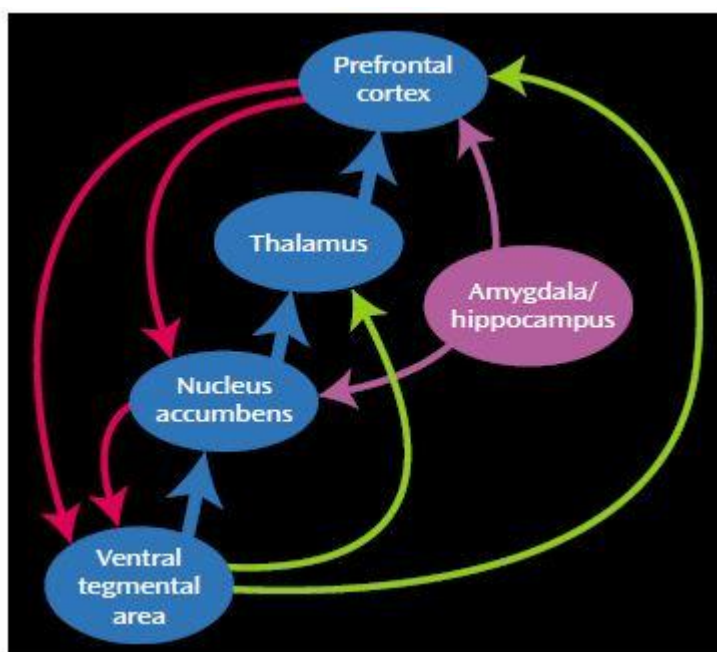
Systém odměny nepředstavuje izolovanou část mozku, ale spíše mozkové sítě, které jsou mezi sebou propojeny s dalšími etážemi mozku, které jsou systému odměny blízké. Mezi tyto blízké systémy patří zejména systémy stresu, prefrontálního kortexu, limbického systému a centrum paměti. Výše jsme poukázali na problematiku přirozené odměny. Droga však mezi přirozenou odměnu nepatří a zařazujeme ji do odměn umělých. Umělé drogy se od drog přirozených odlišují tímto (Kalina, 2008. s. 29):

- *Dosažení odměny je rychlejší a jednodušší*
- *Odměna po užití drogy je nepřiměřeně silná a z hlediska výdeje dopaminu účinnější*
- *Organismus nemá vytvořeny dostatečné zpětnovazebné mechanismy k zastavení přijímání umělé odměny.*

Alkohol je zařazen do látek tlumivých. Po užití stimuluje výdej dopaminu ve ventrální tegmentální arei (VTA) do ncl. accumbens, tedy struktury v níž se spojuje libost s biologicky významnými podněty. Efekt působení alkoholu jakožto sedativní drogy může fungovat jako odměna tím, že zvyšuje hladinu dopaminu v ncl. accumbens.

Pokud jedinec opakovaně užívá alkohol a tím zvyšuje výdej dopaminu v systému odměny, vyvolává tím sérii komplikovaných adaptací a následných změn ve funkci a vlastnostech tohoto systému. Tyto změny se začnou projevovat jako závislost se svým behaviorálním doprovodem. Graficky lze systém odměny znázornit rozšířeně také takto.

Obr.7: **Interakce mezolimbického a mezokortikálního systému z hlediska závislosti** (Goldstein, Volkow, 2002, s.1647).



4.3.2. Behaviorální efekt působení alkoholu

Studiem neurobiologie závislosti vyplývá, že molekulové mechanismy působení alkoholu nejsou ještě dostatečně známy, protože alkohol je látka nespecificky působící na řadu neurotransmitterových systémů. Předpokládá se, že alkohol působí nejen přes zvýšení inhibičního působení GABA_A (kyselina γ -aminomáselná) receptoru, ale také přes snížení excitační neurotransmise uskutečňované glutamátovými NMDA (N-metyl-D-asparát) receptory (Fišar, et al, 2009, s. 189). Z toho vyplývá, že tendence k opakování užití alkoholu je založena na změně aktivity GABAergního a glutamatergního systému a uvolňování dopaminu v mezolimbické dopaminergní dráze a patrně uvolňování opioidů a kanabinoidů v systému uspokojení respektive odměny (Fišar, et al, 2009, s. 189)

Alkohol má výrazný behaviorální efekt s účinkem sedativním a stimulačním. Alkohol jako sedativní hypnotikum vyvolává behaviorální efekt na člověka v podobě sedace (inhibice aktivity) a hypnotických účinků (spánek). Při nízkých hladinách alkoholu v krvi tj. 0,01-0,05 g% alkohol vyvolává změny v osobnosti člověka v podobě zvýšené družnosti, zvýšené mnohomluvnosti, expanzivním chování a antianxiózním a tenzoredukčním důsledkům (Koob, Moal, 2006). Dále se vyskytují euforické účinky, dobrá nálada, zvýšené sebevědomí, snížení zábran a určité zvýšení schopnosti reagovat agresivněji v konfliktních situacích. Zvýši-li se hladina alkoholu v krvi na rozmezí 0,08-0,10 g% přibývá euforie, výskyty citových výlevů s následným uvolněním zábran.

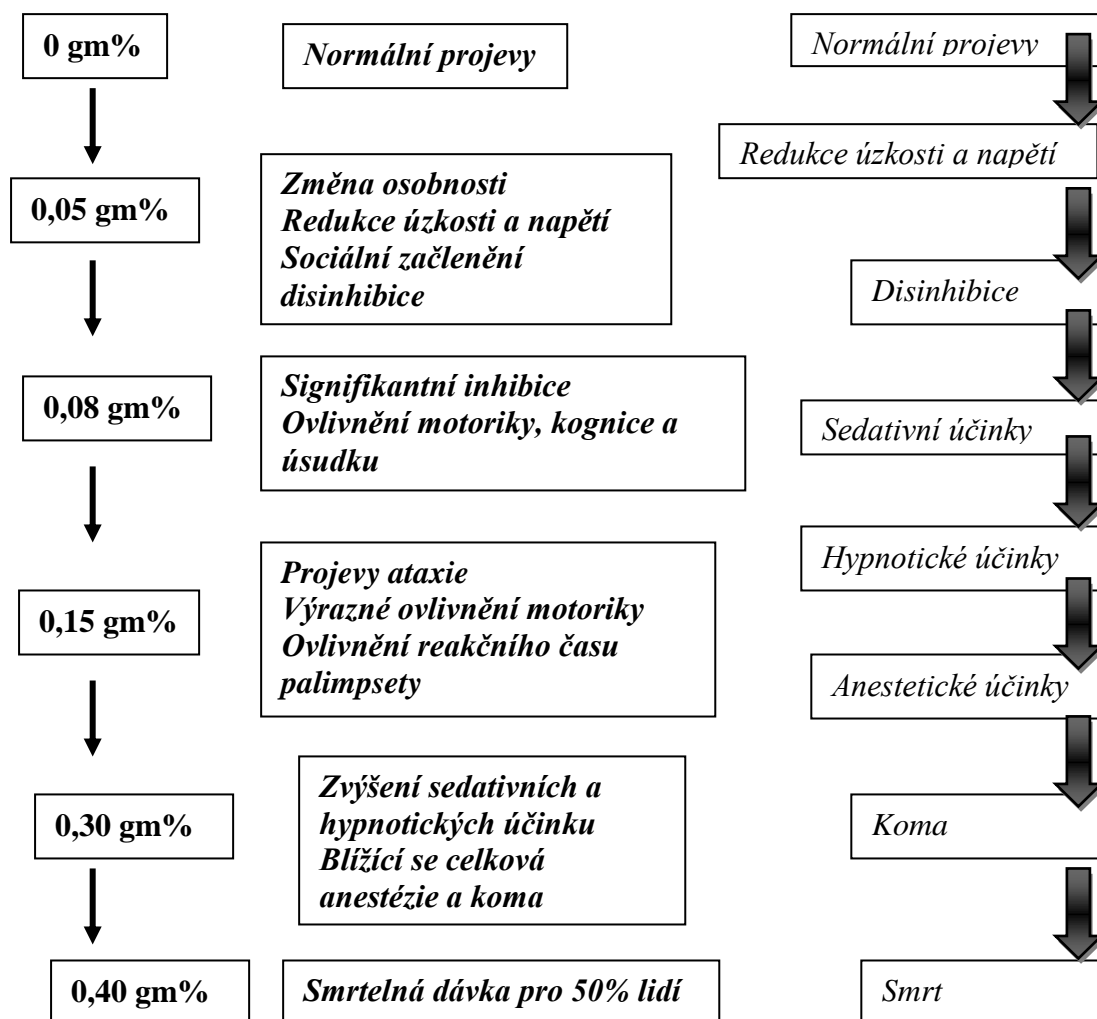
Na této hladině alkoholu v krvi se narušuje úsudek a motorické funkce. Při hladině alkoholu 0,15-0,20 g% se projevuje ataxie, nezřetelná řeč, snížení reakční doby a snížení smyslových reakcí z hlediska funkce vestibulárního ústrojí a snížení percepce bolesti.

Dále se projevuje narušení schopnosti se soustředit a diskriminovat podněty, emoční instabilita a výrazné rozvolnění zábran. V této úrovni se po postintoxikační době mohou vyskytovat palimpsesty. Při hladině alkoholu v krvi v úrovni 0,30g% se jedince jeví jako ospalý a otupělý, ale stále při vědomí. V této hladině se alkohol působí jako určité anestetikum tlumící reakce na výrazné podněty, těžkou poruchou motorických funkcí a rychlými a dramatickými změnami v náladě.

Smrtelná dávka alkoholu pro člověka se udává v rozmezí 0,40-0,50 g% zvláště pro jedince, kteří nejsou na alkoholu závislí.

Výše uvedené efekty jednotlivých úrovní hladin alkoholu v krvi si znázorníme v následujícím schématu.

Obr. 8: **Progrese subjektivní a psychologické změny v důsledku růstu hladiny alkoholu v krvi** (Koob, Moal, 2006, s. 176).



4.3.3. Abúzus a závislostní potenciál alkoholu

Alkoholová závislost je považována za chronické recidivující onemocnění mozku charakterizované obtížemi s pitím alkoholu, ztrátou kontroly pití, nárůstem tolerance, problémy v sociálním prostředí a problémy s fungováním v tomto prostředí. Závislost na alkoholu se dynamicky postupně v čase může manifestovat v určité fáze či stádia rozvoje závislosti.

- I. Stádium – prealkoholické: je založeno na zážitku drogového účinku alkoholu a progresí z občasného k častějšímu opakování a užívání alkoholu a růstu frekvence užívání alkoholických nápojů. V tomto stádiu je zachována kontrola pití, kdežto tolerance na alkohol postupně vzrůstá. Toto stádium v sobě obsahuje dva podtypy tj. pití příležitostné a pití pravidelné. V tomto stádiu se udrží značné množství lidí a nedochází u nich k progresi ve vztahu k alkoholu (Řehan, 2007).

- II. Stádium – prodromální: v tomto stádiu se vyskytují palimpsesty a objevuje se tajné pití či pití s předstihem, zrychlené pití alkoholu při současných pocitech viny, které vyplývají z chování vedoucího k pití alkoholu. Další důležitý bod tohoto stádia je postupné zvyšování tolerance a frekvence pití. Zvyšování se počtu palimpsestů postupně vede k začátku narušování kontroly pití, čímž se otevírá přechod do dalšího stádia.
- III. Stádium – kruciální: je charakterizováno ztrátou kontroly pití, odoláváním sociálního tlaku ohledně pití, racionalizací pití, agresivním chováním, narušením vztahu s přáteli a s rodinou, problémy v práci, ztrátou vedlejších zájmů. Jedinec se snaží dostat své pití pod kontrolu a po nějaké době abstinence následuje alkoholový exces a dochází k prohloubení alkoholové bludného kruhu tj. vytvoření mozkového motivačního okruhu. Pokud v tomto stádiu nedojde k léčbě či spontánní trvalé abstinenci, tak se izolované excesy v pití prováží a stáhnou do alkoholických tahů vedoucích k postupnému přechodu do stádia posledního (Řehan, 2007).
- IV. Stádium – terminální: toto stádium je charakterizováno prolongovanou opilostí a ranními doušky, jimiž jedinec vyrovnává hladinu alkoholu v krvi a řeší stále více problematický odvykací stav v podobě výrazných tělesných symptomů. Dále se prohlubuje morální deteriorace, narušuje myšlení, dochází ke snížení až k pádu tolerance, která je založena na exhausci jater, přidružují se duševní poruchy tj. alkoholické psychózy a závažné tělesné následky závislosti na alkoholu v podobě jaterních poruch apod (Řehan, 2007).

Další možnosti diagnostiky abúzu alkoholu rozpracoval E. M. Jellinek (1960), který rozlišil 5 základních typů abuzérů.

Typ alfa: v popředí je psychogenní souvislost užívání alkoholu, který slouží jako pozitivní regulátor vnitřních konfliktů tj. důležitý je jeho anxiolytický afekt. Tento typ abúzu nebývá většinou progresivní a nehrozí velké riziko vzniku závislosti.

Typ beta: je založen na sociogenně podmíněném abúzu tj. na základě vlivu přátel, kolegů z práce, pocitu nevybočovat z řady, někam patřit apod. Zde se může postupně projevat navýšení frekvence pití, tolerance a další rozvoj.

Typ gama: tento typ odpovídá stádiím, jenž jsou uvedené výše v textu.

Typ delta: je založen na samotářském pití, které se vyznačuje konzumací alkoholu do subintoxikace a v závěrečném stádiu do intoxikace. Toto pití může být také skrývané a maskované mimo sociální prostředí a přítomnost ostatních lidí ve společnosti.

Typ epsilon: jedná se o epizodický abúzus, který je založen na náhlých charakteristických nástupech vícedenních alkoholických excesů. Předpokládá se úzká souvislost mezi primární larvovanou afektivní poruchou a tímto typem abúzu alkoholu.

4.4. Vztažné teorie vzniku závislosti na psychoaktivních látkách

4.4.1. Teorie oponentního procesu

Tato teorie je založena na základech položených Solomonem (in Maser, 1997), a která vychází z psychologické etiologie vzniku závislosti tj. hledá odpověď proč lidé začnou užívat návykovou látku. Užívání návykové látky je založeno na získání slasti, kterou užívaná psychoaktivní látka reguluje a zvyšuje. Opakování užívání návykové látky vede k homeostatické neuroadaptaci a tím k toleranci a závislosti na dané psychoaktivní látce. V důsledku neuroadaptace se po vysazení či po ukončení užívání této látky, začnou objevovat příznaky odnětí v různých projevech. Příznaky odnětí jsou závislými lidmi regulovány opakovanou či nutkavou touhou návykovou látku užívat a vyhnout nepříjemným projevům charakterizují syndrom odnětí. Z hlediska oponentní teorie droga zpočátku aktivuje systém odměny a to způsobem, který je závislý na dávce. Tento proces se označuje jako a-proces. Na tento a-proces reaguje systém odměny tím, že se jej snaží regulovat negativním b-procesem, který je oponentní a-procesu. Syntézou a-procesu a b-procesu vzniká A-stav, který je příjemný. A-stav však vzniká tehdy, pokud a-proces převáží nad b-procesem. Pokud převažuje b-proces, tak dochází ke zvýšení B-stavu, který je nepříjemný. Z hlediska praxe to znamená, že A-stav zpočátku převyšuje nad B-stavem, ale z hlediska dynamiky těchto stavů se při dlouhodobém užívání návykové látky začne upevňovat a dlouhodoběji projevovat B-stav. Pro abstinenci je důležité tlumit B-stav. Dlouhodobá abstinence vede k tlumení B- stavu tj. pokud se b-proces vrátí k normě, lze hovořit o tom, že jedinec přestává být závislý (Koukolík, 2008). Tato teorie má svou podporu a podobu i v neuronálním ohledu. Z hlediska neuronálního pohledu odpovídá a-procesu právě systém odměny tj. mezolimbický dopaminergní systém, který vysílá své projekce do ncl. accumbens a amygdaly. Tyto projekce jsou důležité, protože zajišťují akutní zpětnovazebný posilující efekt drogy (Koukolík, 2008). A-stav se opakovaným užíváním drogy ve svých projevech inhibuje. Při odnětí drogy, či při jejím následném neužití, dopaminergní a serotoninergní transmise klesá pod normální stav, čímž se začne projevovat nepříjemný B-stav. Z hlediska této teorie lze namítnout, že mnozí jedinci užívají návykovou látku i bez výskytu symptomů odnětí (Robinson, Berridge, 2003).

4.4.2. Teorie odchylného učení

Teorie odchylného učení je založena na předpokládané schopnosti systému odměny se učit. Podílením se systému odměny na učení je důležitá anticipační aktivace tj., že v reakci na podněty, které předpovídají či naznačují odměnu se systém odměny výrazně aktivuje a to někdy výrazněji, než při užití drogy samotné. Vysvětlení tohoto mechanismu je založeno na implicitním nevědomém učení, kdy droga vede k jeho odchýlení. V rámci implicitní paměti se nejčastěji jedná o proces S-R (stimul – reakce) nebo S-S (podnět – podnět).. Jedinec se postupně naučí užívat danou látku, až se proces užívání drogy stane nevědomým, a tím vznikne v mozku nevědomý okruh, který toto chování vedoucí k užití drogy udržuje. Na základě této teorie nelze ovšem dostatečně vysvětlit nutkavost závislosti směrem k užití dané látky. Z hlediska kognitivně behaviorálního výkladu závislosti může být nutkavost dána patologickým bludným kruhem, který jedince tlačí k tomu, aby neustále uspokojoval dysfunkční kruh závislosti v podobě nevědomých koexistujících procesů v kognici, emocích, fyziologii a chování.

4.4.3. Teorie senzitivace vůči podnětu

Tato teorie vychází z toho, že užívání drogy má vztah k hypersenzitivitě systému ncl. accumbens, čímž vzniká patologická touha po užití drogy. Důležitá je behaviorální senzitivace, která je doprovázená rostoucí úrovní uvolňování dopaminu v systému nucleus accumbens. Následkem rostoucího uvolňování dopaminu se dopaminergní receptory D1 stanou hypersenzitivními. Dále se v tomto ději uplatňuje glutamát, kdy v důsledku senzitivace se mění jeho glutamátergní transmise (Koukolík, 2008). Změny ovšem nastávají i v dalších systémech tj. v transmisi serotoninergní, noradrenalinergní, acetylcholinergní, opiodní a GABAergní. Účinek drog zde vychází z kontextu, ve kterém byla droga užívána. Tento předpoklad je založen na myšlence, že pokud vznikla závislost v novém prostředí tj. mimo domácí prostředí, tak se předpokládá snadnější léčba. Toto podporuje výzkum A. I. Leshnera (1997), který zkoumal veterány z Vietnamské války, kteří se stali v bojovém prostředí závislí na heroinu, a kteří se po návratu do své vlasti snadněji zbavovali této závislosti. Z tohoto hlediska lze poukázat, že pokud jedinec užívá návykovou látku v nějakém městě a po léčbě se do tohoto města zpátky vrací, je ohrožen i tím samotným místem, které vyvolává vzpomínky na zážitky z doby, kdy zde užíval návykovou látku.

Tento závěr není vždy pravidlem, ale důležité je, že kontext místa užívání je velice důležitý prvek pro abstinenci, protože mozkové motivační okruhy vedoucí k užití návykové látky se

mohou právě aktivovat při setkávání se se známými podněty, které byly či jsou s užíváním návykové látky spojeny.

4.4.5. Teorie rozhodování a ztráty inhibiční kontroly

Tato teorie vychází z domněnky, že chování jedince, který je závislý na drogách je v podstatě iracionální. Závislým jedincům užívání drogy již nezprostředkovává slast, ale stále si ji nutkavě opatřují a to v takové úrovni, s jakou si ji opatřují jedinci, kteří jsou závislí, a jimž užití drogy ještě slast přináší (Koukolík, 2008, s. 156). Předpokládá se porucha exekutivních funkcí, protože přesto, že lidé ví, že droga jim slast nezprostředkovává tak si ji stejně opatřují, což se projevuje narušením rozhodování a odhadu budoucích důsledků. Exekutivní funkce zabezpečuje frontální lalok. Následkem užívání drog dochází ke zmenšení jeho prefrontální části a k změně perfúze v jeho oblasti a změně utilizaci glukózy.

4.4.6. Syndrom I-RISA

Tento syndrom definovali R. Z. Goldstein a N. D. Volkow (2002) na základě studia závislosti na psychoaktivních látkách. Syndrom I-RISA (impaired response inhibition and salience attribution) lze přeložit jako syndrom poškozeného tlumení a odpovědi a přisuzování významu. K výzkumu tohoto syndromu využívali zobrazovací metody mozku. Syndrom I-RISA se skládá ze čtyř typů chování, které jej charakterizují a mají mezi sebou zpětnou vazbu. Typy chování obsažené v tomto syndromu jsou následující: intoxikace (drogová odměna), touha po droze, tah, syndrom odnětí. Graficky lze tento syndrom znázornit i takto. (Níže uvedeme tento model i s příslušnými mozkovými partiemi).

Obr. 9: I-RISA model závislosti (Goldstein, Volkow, 2002, s.1643).



V této fázi působením drogy dochází ke zvýšení dopaminu v oblasti mozkového centra odměny především v nucleus accumbens. Tento stav zvýšení dopaminu se také projevuje v oblasti frontálního kortexu (Goeders, Smith, 1986).

Touha po droze

Touha po droze je asociována s naučenou odpovědí (uloženou v paměti) na účinek drogy, která je asociována příjemným, nebo nesnesitelným intenzivním prožíváním tohoto stavu. Neuroanatomickým podkladem paměti jsou uváděny hippocampus a amygdala. Z hlediska prožívání bažení se do popředí dostává thalamo-orbitofrontální okruh a přední cingulum, jenž hraje důležitou roli v prožívání aktuálního zážitku bažení (Wolkow et al. 1999).

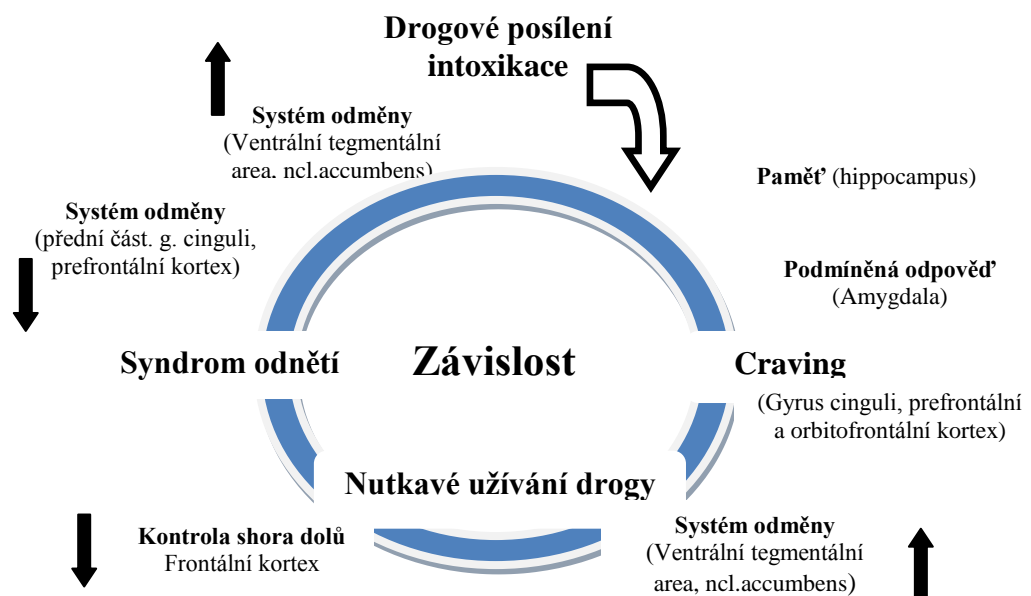
Nutkové užívání drogy

Nutkové užívání drogy se projevuje i když účinek dané psychoaktivní látky již není příjemný. Tento proces ztráty kontroly a zvyšování dávky látky je spojen s dopaminergním, GABAergním a serotoninergním okruhem a zřejmě také zahrnuje aktivaci thalamo-orbitofrontálního okruhu a předního cingula (Loh, Roberts, 1990)

Syndrom odnětí

Důsledkem opakovaného užívání drogy, která stimuluje systém odměny se po vysazení drogy může objevovat iritabilita, anhedonie a dysforie, vedoucí k možnému relapsu tj. ke zmírnění těchto stavů (Hodkins, el Guebaly, Armstrong, 1995). Syndrom odnětí zahrnuje narušení frontálního okruhu, neurotransmiterů (dopamin, serotonin) a CRH (kortikotropního stimulačního hormonu) (Koob, Le Moal, 2001).

obr. 10: I-RISA- s neuroanatomickou lokalizací (Goldstein, Volkow, 2002, s. 1648).



5. Integrativní model závislosti

Tento model vychází ze snahy o syntézu a seřazení určitých intervenujících proměnných, které by mohly postihovat vlivy vztažené k abúzu alkoholu a další problematice mimo oblast závislostí. Integrativní model drogových závislostí ve svých pracích představil K. Urban (1978), který sestavil tetraedr vzniku a rozvoje drogové závislosti. Základní intervenující proměnné, které se vzájemně ovlivňují lze vymezit takto:

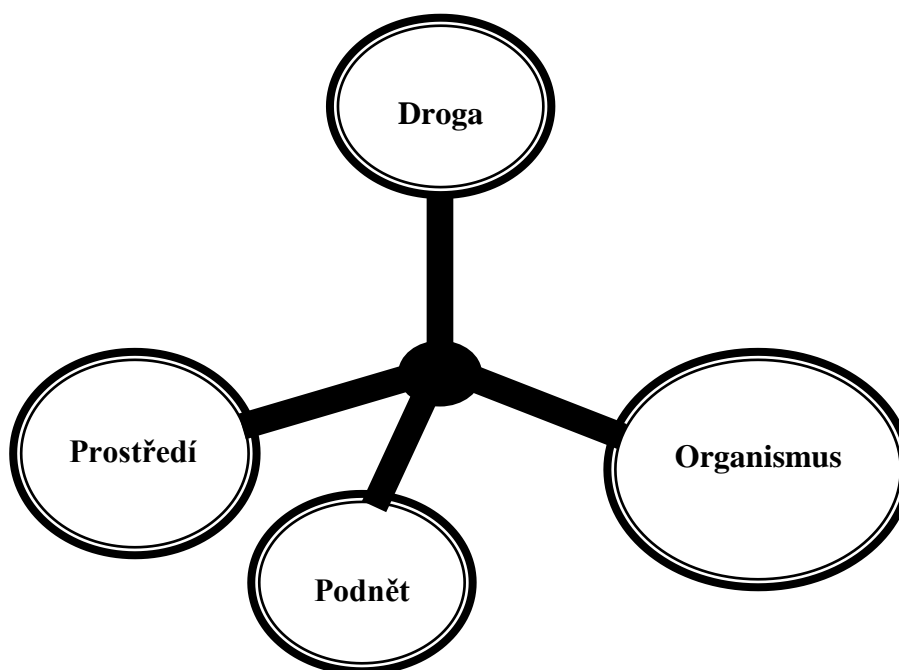
Farmakologické (droga) – jak jsme uváděli, alkohol působí na systém odměny a to jak na úrovni biochemické, tak na úrovni psychické.

Enviromentální (prostředí) – je založeno na lidské vztaženosti k vnějšímu světu a našem začlenění v něm. V této proměnné se zabýváme socializací, kterou lze definovat jako proces osvojování si způsobu chování a seznamování se s kulturním prostředím, osvojením si společenských norem a plné přizpůsobení se společenskému životu (Nakonečný, 2000). Rozdílné postoje ve vztahu k alkoholu jsou dány rozdílností současných kultur, kterou stát či národ má. V rámci socializace založené na specifikách daného národa a kultury je postoj k alkoholu a k jedincům závislým na alkoholu benevolentnější nebo radikálněji odmítavější.

Provokující (podnět) – je podmíněný situačním kontextem. Např. jedinec se v určitém aktuálním duševním rozpoložení setká s účinkem psychoaktivní látky, která může zapůsobit právě v tomto aktuálním kontextu pozitivně a poskytnout jedinci odměnu. Ten pak na základě této prožité zkušenosti, může dál pokračovat v užívání dané látky. S ohledem na studie alexithymie a vztahu k alkoholu se jedná např. o to, že pokud alkohol slouží u jedinců s alexithymií v sociální situaci jako self afektivní regulativum, může se zážitek či zkušenost, anxiolytického účinku alkoholu vedoucího ke změně vnímání situace pozitivním směrem, potencionovat a vést k dalšímu užívání.

Somatické a psychické (organismus) – tato proměnná představuje určitý průsečík všech ostatních proměnných, které jsme popsali výše.

Obr.11: Znázornění integrativního modelu



6. Problematika Self

6.1. Pojem já

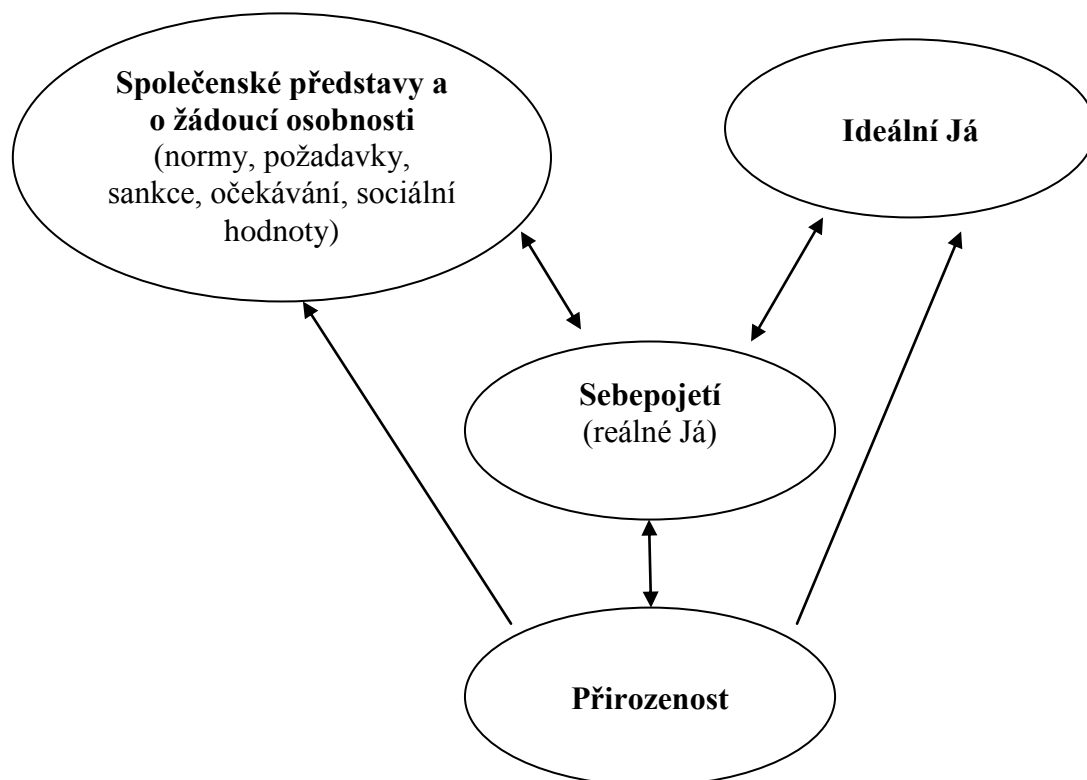
Já představuje prožitkovou strukturu, v níž se stýkají vazby vědomí, které k sobě mají vztah tj., vědomí je dáno dvojitým vztahem předmětu (vědomí čeho?) a podmětu (čí vědomí?) (Balcar, 1983). V podmětném vztahu Já vystupuje jako vnímající, hodnotící, činící a rozhodující činitel, kdežto v předmětném vztahu Já vystupuje jako obraz sebe tj. vnímaného, hodnotícího, činícího a rozhodujícího, zdokonalovaného a chráněného. W. James (1890) přinesl rozlišení já na základě prožitku vlastní osoby tj. já poznávající a já poznávané. Nyní se zaměříme na stručnou analýzu činného Já. To je založeno na prožitcích společného údělu a vzájemných setkáních a projevující se prožíváním konečného účinku obsahů a sil, jenž přicházejí z různých směrů a zdrojů vycházejících z vlastní osoby a okolí, dále ze současnosti, minulosti, ze snění a skutečnosti (Balcar, 1983). Činné Já je prožíváno, jako určitý výchozí zdroj obsahující myšlenky, vlastní snahy, hledání a činy, které směřují na různé strany s tím, že zážitek dotyku či styčnosti těchto dějů v určitém místě, čase a dění se nazývá Já. Jáství nebo také sebeobraz obsahuje kognitivní aspekt, který shrnuje představu a charakteristiky o podstatě vlastní osobnosti.

Dále obsahuje afektivní aspekt, v němž dominují projevy a různé varianty sebelásky od úplného přijetí až k odmítání sebe sama a jiné sebehodnotící pocity a dále konativní aspekt, který určuje míru sebeprosazení a sebeuplatnění (Smékal, 2004). Obrazy Já lze také členit do následujících kategorií:

- **Prezentované Já:** je založeno na charakteristikách, které jedinec druhým předvádí za účelem toho, jak by se chtěl jevit tj., jak by chtěl být druhými vnímán.
- **Percipované Já:** je založeno na pocitech, které jedinec prožívá v daném okamžiku tj., jedná se o souhrn toho, jak na sebe nazíráme resp., vidíme se v kontextu určité situace.
- **Ideální Já:** představuje ideální představu sebe sama tj., toho jaký by chtěl člověk být a jaký by měl člověk být.
- **Reálné Já:** je založeno na znázornění struktury a obsahu self-konceptu

Nyní poukážeme na model silového pole utvářející sebepojetí. Tento model vychází z utváření self-konceptu, na něhož působí genetické faktory a faktory vrozené (konstituční základ osobnosti). Na tyto faktory reaguje sociální prostředí a sociální okolí jedince a z obou těchto faktorů se formuje ideální Já. V tomto modelu silového pole se také vytváří reálné Já, jehož stabilita závisí na rovnoměrném či vyváženém rozložení sil jednotlivých komponent uvnitř modelu.

Obr. 12: Silové pole utváření sebepojetí (Smékal, 2004, s. 343).



6.2. Význam self-konceptu

Self-konceptu (sebepojetí) lze definovat jako: *organizovaný, konzistentní pojmový útvar složený z vjemů charakteristik Já (I nebo Me) a vjemů vztahů Já k druhým lidem a různým aspektům života, spolu s hodnotami, jež jsou s těmito vjemy spojeny* (Rogers, 1956, s.200 in Říčan, 2007, s. 177). P. Říčan (1972) pojednává o některých složkách a rozměrech daného osobního významu sebepojetí, na které níže v textu upozorníme.

Zobrazení: jsem – prostřednictvím sebepojetí si člověk uvědomuje a vytváří o sobě obraz, který může být zkreslený resp. vzdálený od skutečnosti, která může být také ale přiměřená. Základem zobrazení jsem je, že člověk na základě života se sebou samým, dochází relativně k poznání, kdo jsem a kdo nejsem.

Hodnocení: mám být – je dáno hodnotícím kritériem tj. člověk mimo obrazu o sobě sama, zaujímá k sobě i vztah hodnotící založený na dvou nebo i více obrazech o sobě. Tyto obrazy vycházejí z toho jací jsme (ego reálné) a tím jací bychom chtěli být (ego ideální). Hodnotící vztah k sobě samému je založen na citovém vztahu k sobě, který je v určité míře závislý na akceptovaných nárocích na sebe samého.

Směřování: chci být – tento rozměr vychází z motivace k budoucnosti s tím, že se zde vyskytuje činné směřování k určitému cíli v podobě volního úsilí vedoucí k sebeuskutečnění ve zvoleném směru. Cílem může být i vlastní já a jeho sebeuskutečnění.

Moc: mohu učinit – je založena na vztazích člověka k druhým lidem, věcem a událostem, jež tyto vztahy ovlivňují. Člověk k nim na základě svého obrazu zaujímá význam možnosti, která je založena na dosažení nějakého či spíše stanoveného výsledku vycházejícího z vlastní snahy, úsilí a vlastní zodpovědnosti.

Znamená to, že člověk si je vědom na základě své předchozí zkušenosti vztahu mezi vlastním chováním a důsledků z toho vyplývajících. Na základě vlastní zkušenosti, očekávání apod. si jedinec vykládá a vnímá příčiny událostí, kterými prochází, a také volí z různých vlastních způsobů, pomocí nichž se vyrovnává s různými situacemi (Balcar, 1983).

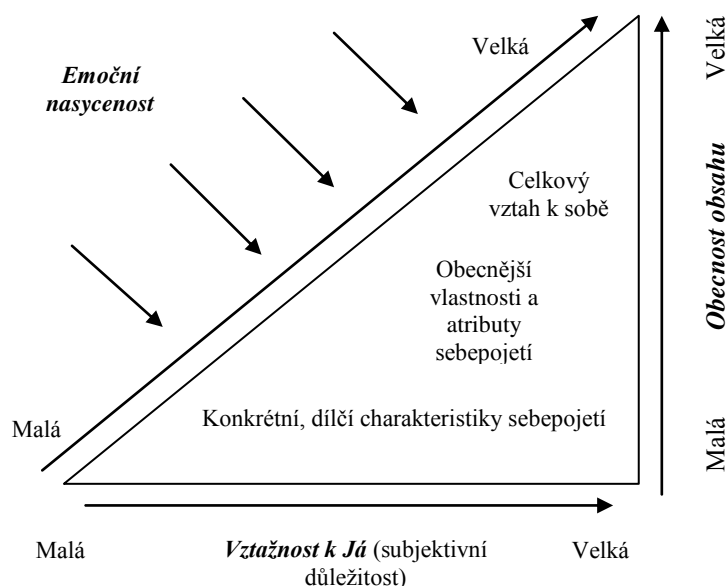
Role: mám učinit – vychází ze společenské role, která je významným modulujícím činitelem působícím na chování a prožívání člověka. Jedinec zaujme roli na základě určité situace, což je ovlivněno jeho sebevymezením a vztažením k pojmům dané situace či vztahu. Tímto pak na určitý druh projevujícího se vztažného chování.

K self-konceptu (sebepojetí) se váže jeho nejdůležitější složka, která je nazývána sebevědomí (self-esteem). Sebevědomí představuje „*hodnotící aspekt self-konceptu. Sebevědomí lze definovat jako hodnotící nebo afektivně-hodnotící komponentu postoje k sobě samému, tj. tážení se po pocitu své vlastní hodnoty, což znamená, že individuum se hodnotí jako více či méně dobré resp. provádí sebeevaluaci* (Mummendey, 2006, s. 70). Sebevědomí hraje důležitou roli v posuzování se, hodnocení sebe sama na základě různých hledisek. Albert Bandura ve své sociálně-kognitivní teorii učení a chování popisoval, že self lze použít při analýze procesů, jimiž jedinec dosahuje úspěchu v akci, která je zaměřená k nějakému cíli (Říčan, 2007). Dále A. Bandura (1982) zavádí termín self-efficacy (vnímána vlastní zdatnost), který je založen na přesvědčení, jak daný jedinec věří ve své kompetence zvládnout různé situace např. nakolik si jedinec, který je závislý na alkoholu věří, že zvládne bažení aniž by lapsoval či relapsoval. V další kapitole se zaměříme na popis jednotlivých hypotetických složek self-konceptu.

6.2.1. Kognitivní složka self-konceptu

Jak jsme nastínili výše, tak self-koncept tvoří především určité poznatky o nás samých tj., jedná se o hypotetický konstrukt, jímž se snažíme nějak popsat obsah vědomí vztahovaný k našemu Já (Výrost, Slaměnik, 2008). Studium self-konceptu se setkáváme s pojmem sebeschéma či schéma Já představující určitá vodítka k posouzení informace resp., jaké informace jedinec považuje za důležité k vlastnímu Já, a které nikoliv. Posouzení důležitosti či nedůležitosti informace vztažně k já je výsledkem procesů generalizace, opakovaného procesu sebepercepce a kategorizace s tím, že některé informace jsou pro Já důležité u většiny lidí (např. na základě kultury) a některé informace jsou specificky odlišné (Brehm, Kassin, Fein, 2005). Nad schémata lze uvažovat jako nad určitým filtrem, který propouští do našeho Já informace dané spojením self-konceptu s paměťovými strukturami. Skrze filtrované a propuštěné informace si dokážeme vybavit a znovu modelovat některé vzpomínky či události z minulosti. Pokud informace nějak nekorespondují s naším sebepojetím, tak tyto informace nejčastěji odmítáme. Hypotetický model self-konceptu a jeho obsahu lze znázornit v následujícím obrázku.

Obr. 13: Model obsahu sebepojetí (Výrost, Slaměník, 2008, s. 98).



6.2.2. Emocionální složka self-konceptu

Emocionální složka tj. prožívání a hodnocení je spojena s kognitivním obsahem a nelze ji vyčlenit, protože libost vs. nelibost či stabilita vs. instabilita stavů, které prožíváme se projevuje jako původce reakce sebepoznávání nebo jako vlastní sebehodnocení, při kterém se člověk srovnává či konfrontuje s vlastním ideálním Já či s nějakými definovanými pravidly či standardy společnosti (Wells, Marwell, 1976). Na toto navázal E. T. Higgins (1989), který pracuje s teorií sebediskrepance založenou na studiu souvislostí vztahu vlastní sebereflexe a prožívaných emočních stavů. Tento autor pracuje s:

- **požadované Já:** zahrnuje takové charakteristiky, o kterých se lidé domnívají, že by je měli mít.
- **skutečné Já:** zahrnuje takové charakteristiky, kterými skutečně disponujeme.
- **ideální Já:** zahrnuje takové charakteristiky, které bychom chtěli mít a jimž se více či méně přibližujeme.

Teorie sebediskrepance poukazuje na rozpor, který můžeme zažívat v tom, jak se vidíme, jací bychom měli být a jací bychom chtěli být. Nenaplníme-li např. požadavky druhých, můžeme pociťovat hanbu, stud, lítost či úzkost. V tomto ohledu je možné, že alkohol může zafungovat jako afektivní self-regulátor, který tyto pocity v počátku reguluje či anxiolyticky modifikuje pozitivním směrem.

6.2.3. Konativní složka self-konceptu

Konativní složku self-konceptu můžeme definovat „*jako tendenci či připravenost jednat takovým způsobem, který souvisí se sebepojetím a sebehodnocením*“ (Výrost, Slaměník, 2008, s. 102). Tuto připravenost lze považovat za určitou prezentaci sebe sama takovým způsobem, abychom ovlivnili to, co si o nás lidé myslí pomocí vědomé a nevědomé sebeprezentace. Sebeprezentace souvisí se sebereflexí, která je založena na sebehodnocení a sebepoznání. V tomto ohledu můžeme hovořit o různých strategiích sebeprezentace. Mezi tyto strategie patří strategie zavděčení, příkladnosti, sebepovýšení, zastrášování a pokorného chování (Výrost, Slaměník, 2008). Strategie pokorného chování je dána cílem vyvolat u druhých lidí pocit viny či zodpovědnost. Strategie zastrášování je založena na prezentaci vlastní síly a hrozby vůči druhým lidem.

Strategie sebepovýšení má základ v jedincově touze být nejlepší a vítěz, a to na základě vlastní vnímané prestiže, vzhledu nebo síly apod. Strategie příkladnosti je založena na morálním vystupování, které vychází z přesvědčení, že vlastní cena je dána právě morálními kvalitami jednotlivce.

Strategie zavděčení je podmíněna tím, že jedinec se na základě svých potřeb snaží zalíbit či zavděčit ostatním lidem. Dále se studují strategie sebepotvrzující založené na tom, aby nás ostatní lidé hodnotili tak, jak my sami hodnotíme sebe. Problematika self-konceptu je velmi složitá a my jsme se v této části disertační práce zaměřili jen na její stručný nástin. V další kapitole se zaměříme na některé poznatky, které byly získány v oblasti vztahu self-konceptu a závislosti na alkoholu.

6.3. Vztah self-konceptu k závislosti na alkoholu

Ve vzniku alkoholové závislosti hraje roli mnoho faktorů tj. faktory genetické, biologické (zahrnují odpověď metabolismu na přítomnost alkoholu v těle), neurovědní, psychosociální a enviromentální. V této části se zaměříme na faktor psychosociální, do něhož se zahrnuje self-koncept, který je v tomto směru považován za determinující faktor ve vztahu k vzniku závislosti na alkoholu, stejně jako faktor modifikující proces uzdravy (Colleen, 2007). Podle C. Colleena (2007), který se ve své studii věnuje vztahu self-konceptu a závislosti na alkoholu, není o této problematice mnoho informací. Spíše se vyskytují izolované studie namísto přímé linie výzkumů této problematiky. Jak jsme již uvedli v kapitole o self-konceptu, tak jednou z jeho důležitých složek je sebehodnocení.

Otázku sebehodnocení u lidí, kteří jsou závislí na alkoholu, výzkumně zkoumal E. M. Trucco et al. (2007). V jeho studii založené na 101 probandech závislých na alkoholu

se výzkumníci zaměřovali na sebehodnocení měřené Rosenbergovou škálou sebehodnocení. Výzkumníci zkoumali, zda je sebehodnocení spojeno s klinickými a demografickými charakteristikami, vnímáním vlastní zdatnosti (self-efficacy) a procesem změny v léčbě vedoucí k abstinenci. Výsledky vykazovaly, že u probandů bylo nízké sebehodnocení spojené s depresivními projevy a dalšími psychiatrickými poruchami. Po jednom roce výzkumníci provedli srovnání s prvními měřeními a neprokázali signifikantní vztah sebehodnocení k pohlaví, pití a vnímání vlastní zdatnosti.

Závěry výzkumů jsou interpretovány tak, že věk a psychiatrické poruchy jsou výrazné prediktory narušení vnímání vlastní sebeúcty se závěrem, že v rámci alkoholové závislosti a její léčby je důležité pracovat na vnímání sebe sama, jakožto jednoho z klíčových mechanismů, který je potřeba zpracovat, aby mohl pacient lépe směřovat k úzdavě. Tato studie reagovala na závěry vzniklé ze srovnávání výzkumných souborů pacientů se závislostí a bez závislosti. Srovnáváním těchto souborů se došlo k závěru, že lidé závislí na alkoholu mají oproti kontrolní skupině nízkou úroveň sebehodnocení (Schlesinger, Susman, Koenigsberg, 1990, Charalampous, Ford, Skinner, 1976). Další studie se zabývala porovnáním vnímané vlastní zdatnosti souboru normální populace a klinického souboru (závislí na alkoholu) a zaměřovala se na rozlišení vztahu obecného vnímání vlastní zdatnosti a specifického vnímání vlastní zdatnosti k abúzu alkoholu a možné predikci abúzu (Oei, Hasking, Phillips, 2007). Autoři vycházeli z kontrolního souboru normální populace $N=298$ a klinického souboru (jedinci s alkoholovou závislostí) $N=296$. Z výsledků této studie vyplynul rozdíl mezi zkoumanými soubory. V klinickém vzorku bylo snížení vnímání vlastní zdatnosti uzavřeno jako významný prediktor k užívání alkoholu. Tato studie poukázala na potřebu terapeuticky pracovat na změně vnímání vlastní zdatnosti v průběhu léčby. Na základě výsledků této studie se ukazuje, že vnímání vlastní zdatnosti hraje důležitou roli ve vývoji problémů s alkoholem. Tento závěr je založen na studiu konkrétních situací aktivujících vnímání vlastní zdatnosti založené na specifickém zhodnocení jak situace samotné, tak vlastním sebehodnocení (Bandura, 1982). Obecné vnímání vlastní zdatnosti, (čili rozšíření pojmu specifického vnímání vlastní zdatnosti) je založeno na celkovém sebehodnocení vlastních schopností k určitému chování (Shelton, 1990).

S ohledem na problémy s alkoholem je úkol specifické vnímané vlastní zdatnosti založen na odmítnutí alkoholu s doprovázející sebedůvěrou jedince, že je schopen zvládat specifické situace, které jsou provokativní či zatěžující a mohou vést k lapsu či relapsu (Lee, Oei, Greely, 1999, Hasking, Oei, 2002).

Studium specifických situací (např. nabízení alkoholu) v závislosti na specifickém vnímání vlastní zdatnosti (odmítnutí alkoholu) je propracováno ve větší míře a méně opomíjeno, než studium obecného vnímání vlastní zdatnosti (Kim, 2001, Lopez-Torrecillas et al., 2000). Diferenciálně lze odlišit specifické vnímání vlastní zdatnosti od obecného vnímání vlastní zdatnosti tak, že u specifické vnímání vlastní zdatnosti je jedinec seznámen s možnými specifickými situacemi např. v rámci kognitivně behaviorální terapie nebo na základě vlastní zkušenosti, kdežto obecná vnímání vlastní zdatnosti je založena na chování jedince při situaci pro něho nové.

Z hlediska vývojové psychologie se obecné vnímání vlastní zdatnosti vyskytuje převážně u mladých jedinců což je dáno tím, že nemají dostatek specifických zkušeností s užíváním alkoholu. Další studii mapující vztah self-konceptu u závislých na alkoholu a doby hospitalizace provedli W.F. White a T. L. Thomas (1996). Tato studie přinesla zajímavý závěr tj., že čím déle byl jedinec závislý na alkoholu hospitalizován a dodržoval abstinenci, tím více u tohoto jedince klesala škála pozitivního sebepojetí a objevovaly se pocity viny a oslabené ego. Autoři se vyrovnávali s otázkou, jak je možné, že jedinec, který abstinuje déle než 90 dní, se namísto stabilizace spíše fragmentuje. Tento jev se snažili vysvětlit pomocí pozitivní disintegrace dle K. Dabrowského (1964). Jeho teorie osobnosti je vývojově založena na působení vrozených instinktů, které se v určitých situacích projevují nespokojeností, až fragmentací dosavadní psychické struktury. K. Dabrowski (1964) dále zdůrazňuje, že bez rozpadu se nemůže konat růst, a že úzkost či přítomnost psychopatologického procesu, je často *conditio sine qua non* pro další růst osobnosti. V léčbě závislých na alkoholu jsou často přítomny projevy pozitivní disintegrace vznikající jako reakce na chráněné prostředí, abstinenci a mohou se projevovat ve sníženém sebevědomí i po 11 měsíční abstinenci (White, Gayer, 1965).

Studii, která sledovala změny self-konceptu v průběhu léčby tj. na počátku a na konci léčby provedl W. F. Gross (1971). W. F. Gross (1971) sledoval 60 jedinců závislých na alkoholu v průběhu 60-ti denní léčby a pomocí nástroje TSCS (Tennessee self concept scale) zkoumal změny v self-konceptu. Závěr této studie přinesl výsledky, které poukazyvaly na zlepšení v měřených složkách self-konceptu ke konci léčby oproti začátku léčby.

Pouze ve složce sociální self nedošlo k předpokládané změně k posunu k lepšímu, což lze vysvětlovat možným procesem pozitivní disintegrace. Tuto kapitolu uzavíráme s tím, že výzkumy orientované na self-koncept u jedinců závislých na alkoholu se objevují v současné době spíše okrajově.

Empirická část

7. Vymezení výzkumného problému

Problematika alexithymie, disociace a self konceptu nás zaujala na základě naší klinické praxe, kterou vykonáváme mimo jiné i u lidí závislých na psychoaktivních látkách. V průběhu léčby jsme si u některých alkoholově závislých jedinců povšimli určitých problémů s vyjadřováním emocí. Zpočátku léčby vykazovali potíže s emočním porozuměním dalších aspektů závislosti a přikláněli se převážně k rutinnímu popisování tělesných příznaků. Popisování tělesných příznaků bez přesnější identifikace emocí bylo také patrné při práci s bažením. Sledovali jsme odklon od vnitřního světa, prožívání s větším důrazem na vnější děje a přemýšleli, čím to může být způsobeno. Oslovil nás koncept alexithymie (i když vzhledem k našemu zájmu se nezabýváme psychosomatickými pacienty) a snažili jsme se nalézt, zda má nějaký vztah k závislosti na alkoholu. V soudobé literatuře a studiích jsme hledali existenci tohoto vztahu s výsledky, že výzkumy provedené v této oblasti jsou v ČR okrajové, zatímco v cizině se některé poznatky již objevují. Domníváme se, že alexithymie představuje rizikový faktor pro úspěšnou léčbu závislosti či pro vznik závislosti samotné. Nositelé alexithymie mohou často v sociálních situacích prožívat napětí a úzkost, které dokáže modulovat alkohol. Prožívání napětí a určitá schopnost zvládat zatěžující situace je dána mírou kvality strategií zvládnutí stresu. Domníváme se, že lidé závislí na alkoholu používají v zátěži spíše strategie negativní, které mohou vést k projevům alexithymie či disociace.

Z těchto témat se začala zvolna objevovat další proměnná, která je s alexithymií v určitém vztahu a to je disociace. Začali jsme dále uvažovat o míře vztahu disociace, alexithymie a závislosti na alkoholu. Docházeli jsme k úvaze, že odklon od svých emocí je doprovázen psychickou disociací či somatoformní disociací. Je tedy nějaký vztah těchto proměnných u lidí závislých na alkoholu? Domníváme se, že ano. Studium dalších poznatků jsme dospěli k self konceptu. Self koncept je důležitý hlavně z hlediska složky sebehodnocení, které je dle našeho názoru určitým prediktorem, zda stresovou situaci zvládneme lépe či hůře. Právě propojenost self konceptu se strategiemi zvládnutí stresu, alexithymií a disociací u lidí závislých na alkoholu dala vznik výzkumnému problému, kterému se v této disertační práci věnujeme. Uvědomujeme si, že v této oblasti nebylo dosud učiněno dostačující poznání, a proto tuto práci charakterizujeme spíše jako explorační či mapující s cílem zjistit, zda existují vztahy mezi zkoumanými proměnnými místo testování hypotéz.

8. Výzkumné otázky

Základním cílem naší disertační práce je popsat a analyzovat základní možné vztahy mezi disociací a alexithymií k strategiím zvládnání stresu a self konceptu u jedinců závislých na alkoholu. Disertační práce vychází z designu mapujícího, exploračního výzkumu z důvodu, že v odborné literatuře není dostatek informací o námi zkoumaných proměnných. Proto používáme spíše výzkumné otázky místo hypotéz.

Z tohoto záměru vyvozujeme bez vyšší úrovně operacionalizace základní výzkumnou otázku:

Existují mezi disociativními projevy, alexithymií a sledovanými strategiemi zvládnání stresu a self konceptem statisticky významné vztahy?

Rozvedeme-li tuto základní výzkumnou otázku, dostáváme se k dalšímu znění výzkumných otázek, na které se budeme v tomto výzkumu dle stanovených kategorií ověřovat.

1. Kategorie: vztahy mezi disociací, alexithymií a somatoformní disociací.

Výzkumná otázka č.1: *existují statisticky prokazatelné vztahy mezi konstrukty disociace, somatoformní disociace a alexithymie, které měříme pomocí příslušných dotazníků?*

Výzkumná otázka č.2: *jsou tyto vztahy v případě jejich existence založeny na relativní samostatnosti těchto konstruktů nebo se konceptuálně překrývají a měří to samé?*

2. Kategorie: vztahy souvislosti disociace a alexithymie ke strategiím zvládnání stresu

Výzkumná otázka č.3: *existují statisticky prokazatelné vztahy disociace k strategiím zvládnání stresu?*

Výzkumná otázka č.4: *existují statisticky prokazatelné vztahy somatoformní disociace k strategiím zvládnání stresu?*

Výzkumná otázka č.5: *existují statisticky prokazatelné vztahy alexithymie k strategiím zvládnání stresu?*

3. Kategorie: vztahy souvislosti disociace a alexithymie k self konceptu.

Výzkumná otázka č.6: *existují statisticky prokazatelné vztahy disociace k self konceptu?*

Výzkumná otázka č.7: *existují statisticky prokazatelné vztahy somatoformní disociace k self konceptu?*

Výzkumná otázka č.8: *existují statisticky prokazatelné vztahy alexithymie k self konceptu?*

4. Kategorie: vztahy mezi strategiemi zvládnání stresu a self konceptem.

Výzkumná otázka č.9: *existují statisticky prokazatelné vztahy mezi self konceptem a strategiemi zvládnání stresu?*

8.1. Design výzkumu

8.1.1. Typ výzkumu

Metodologie výzkumu této práce byla kvantitativní a sběr dat byl zajištěn dotazníkovými metodami. Předností dotazníkových metod je, že umožňují získat větší množství dat pro analýzu výzkumného záměru. Z hlediska pojetí výzkumu jsme zvolili tzv. korelační mapující výzkumný projekt, protože není zatím v ČR jednoznačně známo, jak námi měřené konstrukty a vztahy jsou přítomny u cílové skupiny jedinců závislých na alkoholu. Mapující výzkum poskytuje možnost nalézt základní souvislosti disociace, alexithymie, strategií zvládání stresu a self konceptu. Předností korelačního výzkumného projektu je nalézání směru a uvažování pro další výzkumy či podobně orientované studie (Kerlinger, Lee, 2000). Výhodu korelačního mapujícího výzkumu dále spatřujeme v tom, že ze získaných výsledků, lze pak vyvozovat závěry, které lze pak testovat jako samostatné hypotézy.

8.1.2. Metoda zpracování a analýzy dat

Jako první metodu zpracování dat jsme použili test normality. Jak uvádí Reiterová (2003. s. 13) tak hromadné jevy, především jevy biologické a jevy týkající se lidí mají sklon k normálnímu rozložení četností, ale současně se i u jednotlivých prvků projevují větší či menší výkyvy. Test normality jsme použili proto, abychom mohli dále stanovit následující povahu statistické analýzy tj. rozhodnout zda budeme užívat metody parametrické či neparametrické. Na základě výsledků testů normality jsme získali odpověď, že pro náš výzkum je třeba užít metody neparametrické. Nejdříve jsme se pokoušeli data normalizovat pomocí Mac Callovy plošné normalizace, Box-cox analýzy a chí-kvadrátu. Závěry z těchto normalizačních postupů vedly k tomu, že získaná data nelze statistickými nástroji normalizovat, a proto jsme se rozhodli využít neparametrickou statistiku i když se oproti parametrickým metodám jeví statisticky slabší. Jako metodu neparametrické statistiky jsme použili Spearmanovy korelace. Korelace používáme k určení, zda rozdíly v naměřených hodnotách dvou proměnných jsou ve vzájemném vztahu tj. zda korelují. Tento vztah u Spearmanovy korelace nabývá hodnot v intervalu (-1, +1). Při výpočtu korelačních koeficientů pro neparametrická data jsme využívali program STATISTIKA 9 a Microsoft Excel 2007, které vlastníme. Další metodu, kterou jsme využili ke zpracování dat je faktorová analýza.

Faktorová analýza je matematicko-statistická metoda, která redukuje velké množství vlastností, užívaných k popisu osobnosti na malý počet vlastností - faktorů, které jsou

zdroji korelací (Reiterová, 2003). Pokud dva a více testů spolu korelují, pak tyto testy obsahují společný rozptyl (faktorový rozptyl). Základním úkolem faktorové analýzy je určení faktorových nábojů (vah) společného faktoru. Výchozími daty z faktorové analýzy jsou korelace mezi proměnnými. Celkový rozptyl jakéhokoliv testu se dá vyjádřit jako součet rozptylů, který sdílí s ostatními testy a jedinečného rozptylu, který není obsažen v žádném jiném testu. Pro porovnání existence rozdílů uvnitř výzkumného souboru jsme použili Mann-Whitneův U test. Tento test patří mezi nejsilnější neparametrické metody a ověřuje, zda dva náhodné výběry byly pořízeny z téže populace nebo ze dvou identických základních souborů. Skóry pozorovaných výběrů musí být možné seřadit do společné vzestupné posloupnosti a pomocí testového kritéria pak ověřujeme počet inverzí (Reiterová, 2003).

8.1.3. Metoda získávání dat

Jako metody získávání dat jsme v našem výzkumném projektu zvolili následující dotazníkové metody. Používali jsme tuto baterii dotazníků: DES, TAS-20, SDQ-20, SVF-78, TSCS II. Celkový potřebný čas pro vyplnění této dotazníkové baterie byl cca 30-45 minut. V následujících kapitolách si tyto metody přiblížíme metody. Dotazníky budou přiloženy jakou součástí přílohy této disertační práce.

7.1.3.1. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) představuje sebesposuzovací dotazník měřící alexithymii tj. zjišťování její míry a přítomnosti. TAS-20 byl vytvořen G. J. Taylorem, R. M. Bagbym a J. D. A. Parkerem v roce 1992 s tím, že vznikla kombinací logických a empirických metod založených na konstrukci škál (Taylor, 1994).

Dotazník není náročný na administraci a doba jeho vyplnění se pohybuje okolo 3-6 minut. Obsahuje celkem 20 otázek, na něž proband odpovídá pomocí 5-ti bodové Likertovy škály. Získané odpovědi lze analyzovat na 3 faktory, které jsou v dotazníku TAS-20 obsaženy.

- **1.Faktor (TAS-f1):** představuje poruchu identifikace vlastních emocí, jedinec zažívá nediferencované emoční vzrušení. Zahrnuje otázky: 2, 4, 7, 12, 17.
- **2.Faktor (TAS-f2):** představuje neschopnost deskripce emocí. Zahrnuje otázky: 1, 3, 6, 11, 9, 13, 14.
- **3.Faktor (TAS-f3):** vychází z externě orientovaného myšlení a představuje omezení fantazijního života. Zahrnuje otázky: 5, 8, 10, 15, 16.

TAS-20 obsahuje také otázky s negativním klíčem tj. inverzními hodnotami. Tento negativní klíč hodnocení obsahují otázky 4, 5, 10, 18, 19.

Cronbach alfa dotazníku TAS-20 je 0.81 a test-retest reliabilita je (0.77, $p < .01$) (Taylor, 1994). Výsledek TAS-20 je dán celkovým skóre, které určuje přítomnost alexithymie. Bodové rozmezí přítomnosti či nepřítomnosti alexithymie vypadá následovně:

Tab. 1: Rozmezí bodů z hlediska přítomnosti alexithymie u TAS-20

Méně než 51 bodů	Nepřítomnost alexithymie
52 - 60 bodů	Možná přítomnost alexithymie
Rovno či více 61 - 100 bodů (100 = max. skór)	Přítomnost alexithymie

7.3.1.2. Dissociation Experiences Scale (DES)

DES neboli škála disociativních zkušeností patří mezi sebesupozovací dotazník zaměřený na kvantifikaci a zjišťování míry disociativních zkušeností v běžném životě dospělých lidí. Byl vytvořen J. Nemiahem v roce 1981.

Dotazník DES obsahuje celkem 28 otázek. Proband na tyto otázky odpovídá označením (čárkou) na 100 mm úsečce (0-100%) času tj. jak se daný symptom nebo zkušenost vztahuje právě k němu. Odpovědi se zaokrouhlují na 5mm. Celkový součet získaných dat je poté děleno počtem otázek (28) čímž získáme skóre disociativních zkušeností. Celkový čas vyplnění dotazníku se pohybuje mezi 5-10 minutami.

Obecně udávané rozmezí svědčící pro disociativní zkušenosti je **celkové skóre větší než 20**. U klinické populace je udávané rozmezí přítomnosti disociace celkové skóre větší než 25, ale protože pracujeme s cílovou skupinou, u které si nejsme na základě studií jisti přítomností disociace, použili jsme kritérium nižší tj. 20 bodů. Studie reliability přinesly poměrně vysoké výsledky, které si znázorníme přehledně v tabulkách.

tab.2: Studie test-retest spolehlivosti dotazníku DES

Studie	N	r	p	Test/retest
Pitblado, Sanders (1991)	46	0,79	<0,0001	6-8 týdnů
Frischholz et al (1990)	30	0,96	<0,0001	4 týdny
Bernstein, Putnam (1986)	26	0,84	<0,0001	4-8 týdnů

tab.3: **Vnitřní reliabilita DES**

Studie	N	r	p
Pitblado, Sanders (1991)	46	0,93	<0,0001
Bernstein, Putnam (1986)	73	0,83	<0,0001

7.3.1.3. Somatoform Dissociation Questionnaire

Představuje sebesposuzovací dotazník zaměřený na zjišťování míry somatoformní disociace vytvořený E. R. S. Nijenhuis et al. roku 1996. (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, Vanderlinden). SDQ-20 posuzuje tedy míru somatoformní disociace na základě pozorovaných somatoformních symptomů, které byly vysledovány u některých poruch osobnosti bez přítomnosti somatických souvislostí (Nijenhuis et al. 1996). Dotazník obsahuje celkem 20 otázek, na které proband odpovídá pomocí 5-ti bodové Likertovy škály. Doba vyplnění dotazníku se pohybuje okolo 5-7 minut. Otázky v dotazníku jsou také děleny na pozitivní a negativní disociativní jevy. Pozitivní jevy představují např. analgézi a negativní disociativní jevy jsou dány prožíváním bolesti v určitých místech. Celkový skóre dotazníku je dán součtem všech položek a činí rozmezí 20-100 bodů. Z psychometrických vlastností se uvádí vnitřní konzistence cronbach alfa 0,95 s přijatelnou test-retest reliabilitou (Nijenhuis et al. 1996). Bodové rozmezí pro stanovení výskytu či míry somatoformní disociace je celkové skóre **30 a více bodů**.

7.3.1.4. Strategie zvládání stresu (SVF-78)

Dotazník SVF 78 vytvořili Wilhelm Janke a Gissela Erdmanová v roce 1997, 2002. Tento dotazník patří mezi vícedimenzionální sebesposuzující inventář zachycující individuální tendence pro nasazení různých způsobů reagování na stres v zátěžových situacích. Pro zpracování dotazníku je určen čas cca 10-15 minut. Proband odpovídá na 4 bodové škále na otázky, které jsou v dotazníku zaměřené na mapování daných subtestů. Výsledné skóre je převedeno na T-Skór a zapsáno do testového profilu. Subtesty SVF 78 pak dále vytváří 2 kategorie tj. pozitivní strategie zvládání stresu POZ (je tvořen subtesty 1-7) a negativní strategie NEG (je tvořen subtesty 8-13). Jednotlivé reakce na zátěžové situace mapované v SVF-78 si pro větší přehlednost znázorníme v následující tabulce.

Tab. 4: subtesty v dotazníku SVF 78

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

7.3.1.5. Tennessee Self Concept Scale II (TSCS-II)

Test TSCS-II slouží k mapování struktury self-konceptu a vytvořili jej W. H. Fitts a W. L. Warren v roce 1996. Jeho předchůdce TSCS byl vytvářen od roku 1960 a TSCS-II je jeho znovu přepracovaná a revidovaná forma. TSCS –II má dvě varianty tj. pro děti a pro dospělé. Pro výzkum jsme používali formu pro dospělé, která má 82 otázek. Na otázky se odpovídá pomocí 5-ti bodové Likertovy škály. Součet hrubého skóre se pak převádí na T-skóry. TSCS –II se nám podařilo získat v originální podobě zakoupením z USA přímo u společnosti Western Psychological Servis. Otázky v testu jsme přeložili do českého jazyka. Celková doba vyplnění dotazníku se pohybuje mezi 15-25 minutami. Test není standardizován na ČR. Tím si uvědomujeme rizika a omezení jeho interpretace v našem výzkumu. Proto budeme oblast vztahů self konceptu s jinými proměnnými interpretovat opatrněji a volněji. TSCS-II měří následující kategorie: Celkové skóre self-konceptu, tělesné self, morální self, personální self, rodinné self, sociální self, pracovní (akademické) self a doplňkové kategorie skóre identity, skóre satisfakce, skóre chování. Nyní si jednotlivé kategorie stručně charakterizujeme.

Celkové skóre self konceptu: reprezentuje celkový součet všech dalších číselných hodnot dalších subkategorií. Celkové skóre je asociováno s celkovým sebehodnocením testované osoby. Jednotlivá pásma skórů a jejich interpretace je následující.

více než $\geq 70T$ – v tomto pásmu se nalézají lidé, kteří mají psychické obtíže, zažívají větší stres, přikládají zvýšenou důležitost své osobě.

více a rovno $\geq 60T$ – tito lidé se cítí vyrovnání a kompetentní, nemají potíže se sebezprezentovat, vidí se pozitivně.

méně rovno $\leq 40T$ – v tomto pásmu se nalézají lidé, kteří mají nízké sebehodnocení, zažívají úzkosti, deprese, mají nedostatek schopností se projevit ve společnosti.

méně a rovno $\leq 30T$ – v této kategorii jsou zařazeni lidé, kteří pravděpodobně zažívají pocit odcizení od společnosti, vyskytují se u nich různé psychické obtíže tj. poruchy příjmu potravy, velmi nízké sebehodnocení.

Tělesné self (PHY): je založeno na tom, jak člověk hodnotí své tělo, image, zdravotní stav a sexuální přitažlivost.

více než $\geq 70T$ – toto rozmezí může signalizovat defenzivní postoj k tělesným změnám a potíže ve zdravotním stavu.

více a rovno $\geq 60T$ – v tomto pásmu lidé své tělesné Já hodnotí pozitivně, jsou spokojeni se svým image.

méně rovno $\leq 40T$ – toto rozmezí indikuje potíže v hodnocení svého těla, které může být hodnoceno jako poškozené, nehezké.

méně a rovno $\leq 30T$ – toto skóre představuje rizikové pásmo pro vznik depresivních poruch, poruch příjmu potravy, somatoformních poruch.

Morální self (MOR): popisuje sebehodnocení v podobě morálně-etické perspektivy. Prozkoumává morální svědomí, hodnocení typu: dobrá x špatná osobnost.

více než $\geq 70T$ – toto rozmezí představuje osobnostní rigiditu a obtíže v učení se z vlastní etické či morální zkušenosti.

více a rovno $\geq 60T$ – v tomto pásmu jsou zařazeni lidé, kteří mají relativně vyrovnané ideální morální Já s morálním Já aktuálním.

méně rovno $\leq 40T$ ($\leq 30T$) – pro obě tato rozmezí jsou zařazeny následující charakteristiky: impulzivita v morálním rozhodování, nedostatečná kontrola svého chování, excesivní sebekritika.

Personální self (PER): představuje vnímání svého osobního já, prožívání se jako adekvátní osobnost a schopnost přiměřeného osobního sebehodnocení.

více a rovno $\geq 60T$ – představuje dobrou sebereflexi a osobní integraci.

méně rovno $\leq 40T$ – toto rozmezí poukazuje na variabilitu sebehodnocení.

méně a rovno $\leq 30T$ – toto rozmezí indikuje přítomnost možné sebenenávisti a self destruktivní chování.

Rodinné self (FAM): představuje sebehodnocení a individuální pocity ve vztahu k rodině a jejím členům. Představuje individuální vnímání vztahu self k rodinnému systému na základě podpory a pomoci.

více než $\geq 70T$ – toto rozmezí může signalizovat obranné vztahy k rodině, konflikt v rodině a relativní možnost ztráty vztahů.

více a rovno $\geq 60T$ – toto rozmezí představuje uspokojení s rodinnou situací a se vztahy v rodině.

méně rovno $\leq 40T$ – toto rozmezí indikuje určité odcizení se od rodiny, nepřátelství, chlad.

Sociální self (SOC): představuje sebehodnocení v sociálních situacích a v interakci s ostatními lidmi v sociálním prostředí.

více než $\geq 70T$ – toto rozmezí indikuje sebehodnocení jako grandiózní nebo vysoké, až neúměrně sociální situaci.

více a rovno $\geq 60T$ – představuje schopnost dobře komunikovat s lidmi, přátelskost.

méně rovno $\leq 40T$ – zde je v popředí nedostatek sociálních dovedností v sociální interakci, často se objevují pocity izolace.

méně a rovno $\leq 30T$ – toto rozmezí charakterizuje odcizení a izolaci od sociálních kontaktů a sociálního prostředí, objevuje se vyhyčivé chování a narušené interpersonální vztahy.

Pracovní (akademické)self (ACA): je zaměřeno na mapování, jak lidé vnímají a hodnotí své vzdělání, práci a dále jejich důvěru ve vlastní schopnosti nabitě studiem a pracovními zkušenostmi.

více než $\geq 70T$ – představuje jedince, kteří investují velkou část své energie do získávání vzdělání nebo do své práce. Přílišný odklon od sociálního prostředí z důvodu touhy vyniknout může vést k frustraci, hádkám a dalším konfliktům.

více a rovno $\geq 60T$ – v tomto rozmezí se pohybují lidé, kteří jsou kreativní, cítí se kompetentní v učení se a v pracovních situacích. Jsou zaměřeni na další prohlubování svých znalostí či pracovních zkušeností.

méně rovno $\leq 40T$ – toto rozmezí je charakterizováno obtížemi v práci a nedostatkem pozitivního vnímání svých studijních znalostí a schopností. Objevují se zde nereálná očekávání, která nejsou založena na přiměřeném odhadu a zvážení svých možností.

méně a rovno $\leq 30T$ – v tomto pásmu se zvažuje přítomnost možných kognitivních poškození, specifických poruch učení, které znesnadňují proces učení a získávání nových pozitivních zkušeností.

Doplňkové skóry:

Identita (IDN): představuje vidění sebe sama, hodnocení a uvědomování si vlastní identity.

více než $\geq 70T$ – toto rozmezí může indikovat ztrátu flexibility self konceptu, která brání procesům změny a osobnostnímu růstu.

méně rovno $\leq 40T$ – toto rozmezí představuje, že jedinec k sobě aktivně zaujímá negativní sebeobraz.

Chování (BHV): představuje percepci vlastního chování a hodnocení jeho funkčnosti.

více a rovno $\geq 60T$ – v tomto rozmezí je vlastní chování přísně hodnoceno a sledováno, což může vést k určité rigiditě v projevech chování.

méně rovno $\leq 40T$ – v tomto rozmezí se projevuje narušení vnímání svého chování a hodnocení jeho funkčnosti v podobě impulzivního chování a jednání. Dále hodnocení svého chování jako nedostačujícího.

Satisfakce (SAT): představuje uspokojení se svými individuálními pocity, vnímaným sebeobrazem a také podává informaci o sebepřijetí.

více a rovno $\geq 60T$ – v tomto rozmezí se projevuje narušení self konceptu v podobě přílišného zaobírání se svým sebeobrazem a problémům se sebepřijetím.

méně rovno $\leq 40T$ – v tomto rozmezí jedinec nezažívá uspokojení se svým sebeobrazem při sníženém sebepřijetí.

7.4. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen jedinci závislími na alkoholu. Kritéria pro zařazení probandů do výzkumného souboru této disertační práce byla následující:

1 - *pacient (klient) byl léčen primárně pro závislost na alkoholu*

2- *pacient (klient) byl minimálně 1 měsíc léčen tj. 1 měsíc abstinovat*

3 - *ze souboru byly vyřazeni jedinci, kteří trpěli vážnými tělesnými onemocněními, které by mohly korespondovat s projevy somatoformní disociace (toto opatření bylo zajištěno rozhovorem s příslušnými lékaři oddělení, na nichž probíral výzkum a vlastním studiem zdravotnické dokumentace při vedení svých pacientů).*

4 - *pacienti (klienti) souhlasili se zařazením do výzkumu - všem účastníkům byla zajištěna anonymita s tím, že jsme požadovali pouze údaje: věk, pohlaví, vzdělání.*

Celkem se výzkumu zúčastnilo 135 probandů, kteří splňovali výše uvedená kritéria. Po vyhodnocení všech dotazníků jsme však museli pro neúplné vyplnění některých položek 40 dotazníků z výzkumného projektu vyloučit. Celkem jsme tedy získali k analýze **95 správně vyplněných dotazníků**. Výzkumu se celkem zúčastnilo 23 žen a 72 mužů. Podle vzdělání jsme získali toto rozvrstvení ZŠ = 9, SOU =45, SŠ s maturitou = 28, VŠ = 13.

Sběru dotazníků jsme se převážně zúčastnili osobně a jejich administrace probíhala skupinově. Nejdříve jsme potenciálním účastníkům vysvětlili účel výzkumu a ponechali jim možnost se rozmyslet, zda se zúčastní. Sběr dat probíhal kontinuálně v průběhu roku 2010-2011. Dotazníky jsme administrovali v Psychiatrické léčebně Šternberk, Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě, Fakultní nemocnici Olomouc a P-centru v Olomouci. Sběr dat probíhal pod souhlasem primáře příslušných protialkoholních oddělení a v P-centru po souhlasu vedení organizace.

Okolnosti, které mohli ovlivnit sběr dat a získané dotazníky:

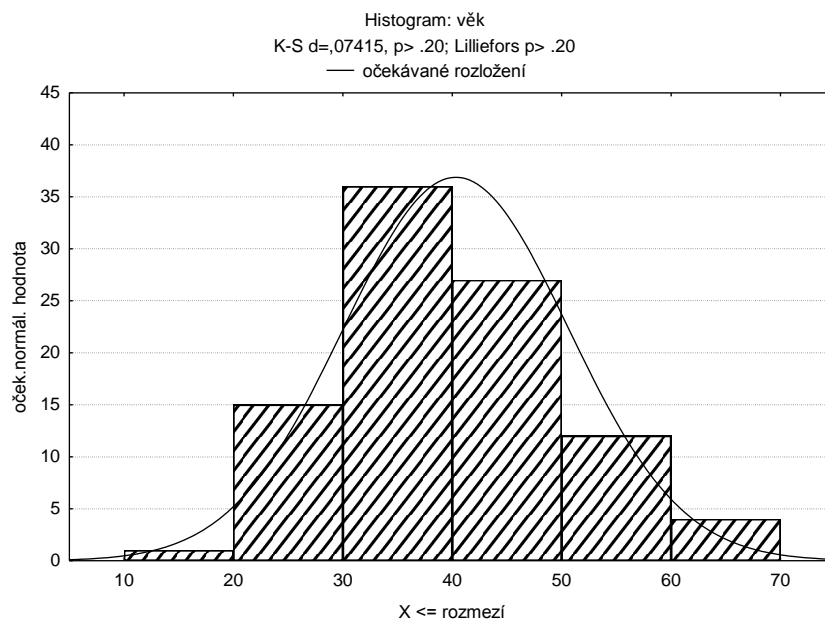
- nechuť probandů vyplňovat dotazníky (s tímto jsme se setkali, kdy jedinci souhlasili s vyplňováním a v průběhu administrace vyjadřovali nevoli a chtěli od výzkumu odstoupit)
- nepochopení dotazníku (což se v některých případech objevilo)
- časová náročnost vyplnění dotazníků - celkem bylo potřeba k vyplnění dotazníku minimálně 30 minut (u některých probandů byla zřetelná klesající motivace vedoucí k narušení pozornosti a tím k nesprávnému či neúplnému vyplnění dotazníku)

- nesprávně či neúplně vyplněné dotazníky mohly v sobě obsahovat námi hledané proměnné tj. klienti (pacienti), kteří nesprávně či neúplně vyplnili dotazník, mohli být důležitou součástí našeho výzkumu a dalších výsledků.

tab. 5: **Základní popisná statistika dle věku výzkumného souboru**

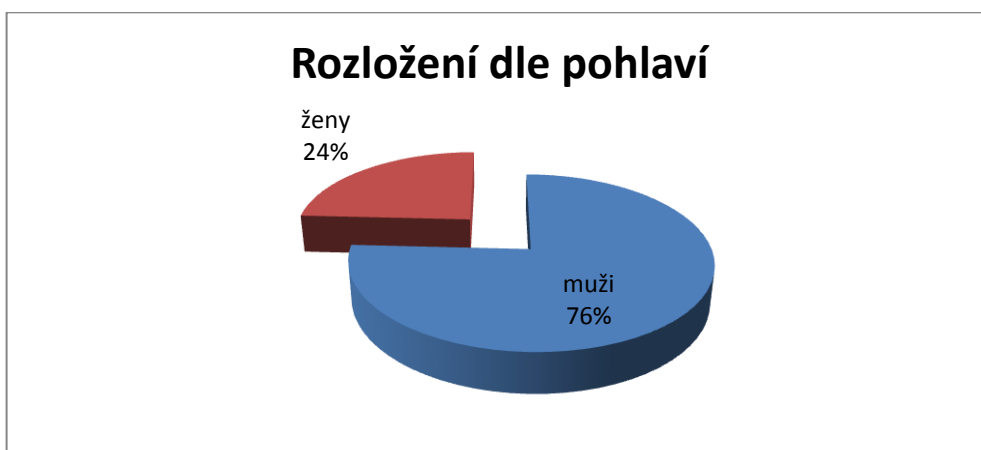
Proměnná	Popisné statistiky (výzkumný protokol dizertece)					Počet ChD
	Průměr	Sm.odch.	Minimum	Maximum	N	
věk	40,33684	10,27661	20,00000	69,00000	95	34

Graf. 1: **Grafické rozložení věku zkoumaných osob.**



Na základě uvedeného rozložení sledujeme, že distribuce našeho zkoumaného vzorku neodpovídá normálnímu rozložení populace. Celkem se výzkumu zúčastnilo 95 zkoumaných osob. Z toho 23 žen a 72 mužů. Náš původní záměr dosáhnout stejného počtu skupiny žen a mužů se v rozložení obsazenosti protialkoholních oddělení, kde je většina tvořena převážně pacienty z řad mužů, jsme nedosáhli. Důvod byl také, že ženy nám většinou odmítaly účast na výzkumu. Grafické rozložení mužů a žen v našem výzkumu je uvedeno v následujícím grafu.

Graf. 2: Rozložení dle pohlaví ve výzkumném souboru N=95



8. Popis výsledků analýz

Tuto kapitolu, ve které se budeme zabývat popisem výsledků použitých analýz, si z hlediska lepšího přehledu a upravenosti rozdělíme do čtyř částí. Toto dělení využíváme především proto, abychom mohli postupně odpovídat na stanovené výzkumné otázky.

8.1. Power analýza a stanovení rozsahu výběru

Power analýza s určením velikosti vzorku je velice důležitá součást výzkumného designu disertační práce. Přínos této metody lze spatřovat ve stanovení velikosti vzorku tak, aby výsledky byly reliabilní a méně náchylně k chybám z měření (Kerlinger, Lee, 2000).

Stanovili jsme si tyto základní cíle:

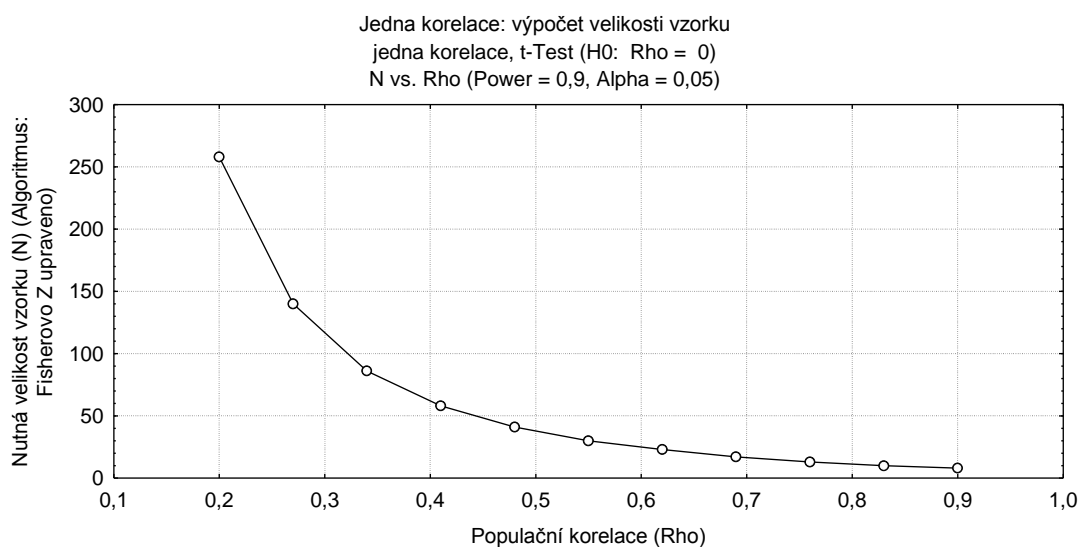
- Zjistit, jaká je potřebná velikost vzorku pro statistické šetření, abychom zachovali reliabilitu.
- Zjistit pravděpodobnost s jakou budou statistické testy schopny měřit efektivitu u námi zkoumaného vzorku

Tab.6: Určení rozsahu výběru

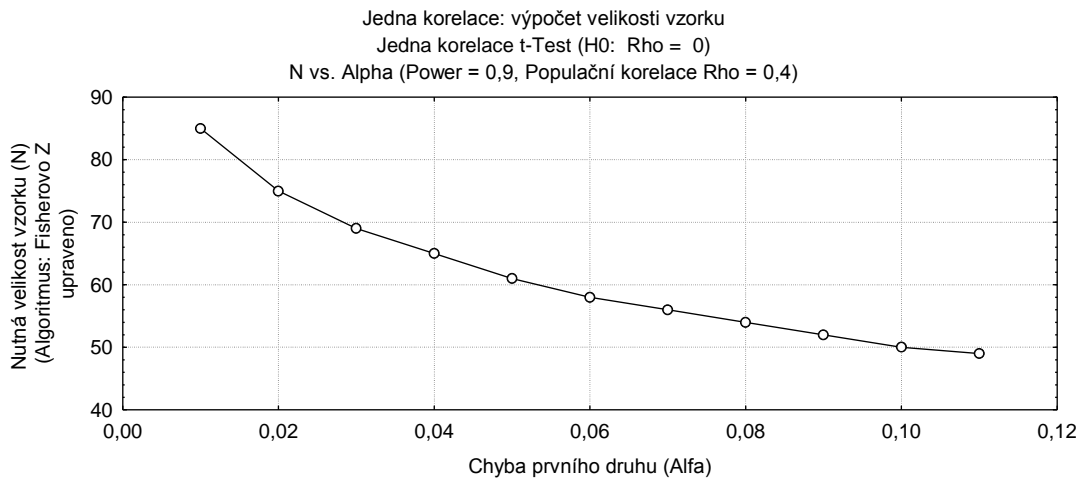
Výpočet velikosti vzorku Jedna korelace, t-test H0: $R_0 = 0$	
	Hodnota
Populační korelace (R_h)	0,4000
Chyba prvního druhu (Alfa)	0,0500
Požad. síla	0,9000
Aktuální síla pro požad. N	0,9021
Požadov. N (Fisher. Z upravené)	61,0000

V tab. č 6: znázorňujeme výsledky Power analýzy. Z tabulky vyplývá, že na základě populační korelace alexithymie u lidí závislých na alkoholu je potřebná velikost vzorku $N=61$. V následujících tabulkách pro přehlednost podáváme informace o N versus Rho (populační korelace), alfa vs. power (celková síla testu) a N vs. alfa.

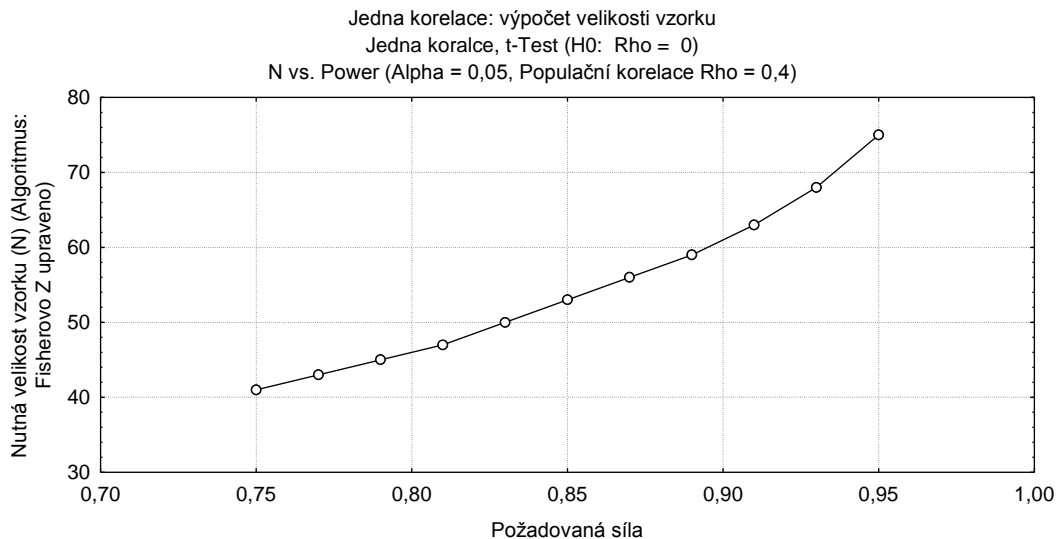
Graf. 3: N versus populační korelace (Rho)



Graf. 4: N versus Alfa



Graf. 5: N versus požadovaná síla (power)



Shrnutí: Ze získaných výsledků z výpočtů velikosti vzorku a Power analýzy dostáváme odpověď, že pro reliabilní výzkum vzhledem k populační korelaci alexithymie u závislých lidí na alkoholu je potřeba disponovat vzorkem N=61. My jsme pro náš soubor disponovali vyšším počtem zkoumaných osob (N=95), čímž jsme zajistili vyšší reliabilitu, jak je patrné z následující tabulky.

Tab. č. 7: Power analýza pro N=95

Power analýza jedna korelace, t-Test H0: Rho = 0	
	Value
Velikost vzorku (N)	95,0000
Korelace nulové hypotézy (Rho0)	0,0000
Populační korelace (Rho)	0,4000
Pravděpodobnost chyby 1 druhu (Alfa)	0,0500
Síla (upravené Fisherovo Z)	0,9832

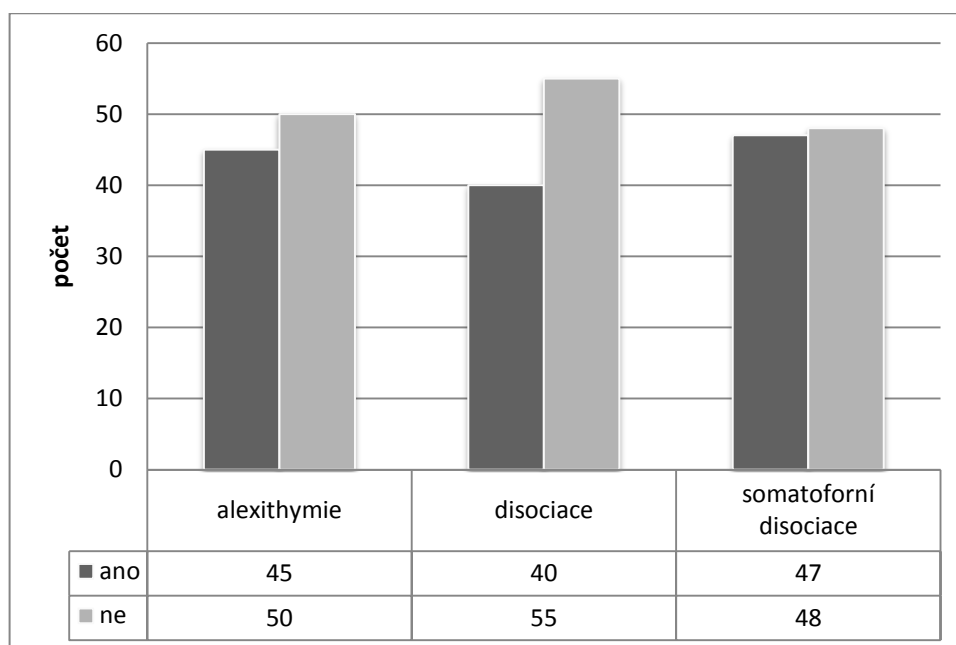
8.2. Analýza a popisné charakteristiky

V této části se zaměříme na popisné statistiky jednotlivých dotazníků a ověření psychologické normality získaných dat. Na základě výsledků testů normality poukážeme na důvod volby neparametrických statistických metod.

8.2.1. Dotazníky TAS-20, SDQ-20, DES,

Nejprve se zaměříme na analýzu základních sledovaných parametrů tj. psychické disociace (DES), alexithymie (TAS-20) a somatoformní disociace (SDQ-20). Při analýze výskytů sledovaných proměnných jsme došli k závěru, že u výzkumného souboru se **alexithymie vyskytuje v 43 %**. Psychická disociace je **přítomna u 38 % jedinců**. Somatoformní disociace je **přítomná u 45 % jedinců**. Získané výsledky si pro přehlednost znázorníme v grafu.

Graf: 6: Přítomnost zkoumaných proměnných ve zkoumaném souboru.



Z uvedených výsledků můžeme konstatovat, že přítomnost alexithymie v našem výzkumném souboru odpovídá závěrům studií, které předpokládají její výskyt u závislých na alkoholu v rozmezí 45-65% (Evren et al., 2008; Sauvage, Loas, 2006; Uzun et al., 2003).

Tab. 8: **Popisné charakteristiky DES, SDQ-20, TAS-20 u výzkumného souboru**

	popisná statistika							
	průměr	Median	Mode	Frkv. modu	Min	Max	Std. odch.	Šikmost
DES tot	21,55989	15,78000	Multiple	2	0,00000	68,67000	17,65566	0,860317
TAS -tot	55,94737	56,00000	61,00000	12	29,00000	76,00000	10,65950	-0,268240
TAS-F1	16,97895	17,00000	Multiple	8	7,00000	31,00000	5,82909	0,237120
TAS-f2	14,09474	13,00000	13,00000	11	5,00000	24,00000	4,84235	0,200456
TAS-f3	25,02105	25,00000	26,00000	13	13,00000	34,00000	4,33928	-0,376901
SDQ-20	33,68421	29,00000	20,00000	8	20,00000	97,00000	14,50918	2,033318

V tab. č. 8: sledujeme základní rozložení získaných dat. U **psychické disociace** je průměrné skóre **21,55** což nám poukazuje na její průměrnou přítomnost. U alexithymie není splněná hodnota poukazující na její přítomnost v průměru celého souboru. **Průměrná hodnota 55,94 nás informuje o tom, že můžeme zvážit její přítomnost.** **Somatoformní disociace** dosahuje průměrnou hodnotu v celém zkoumaném souboru **33,68**, což značí její častější zastoupení ve zkoumaném souboru. Z faktorů alexithymie lze sledovat nejvyšší průměr u jejího **3 faktoru** (25,02).

Na tyto výsledky navazujeme v testech normality, které nám zobrazí, zda data pochází z normálního rozložení. K výpočtům testu normality jsme využili Saphiro-Wilks W test, Lilliefors test a Kolmogorow-Smirnow test, které slouží k ověření reliabilního rozložení (Hendl, 2004). Výsledky testu normality si znázorníme v tabulce.

Tab. 9: **Test normality pro DES, SDQ-20, TAS 20**

Proměnná	Testy normality (výzkumný protokol dizertece)					
	N	max D	K-S p	Lilliefors p	W	p
DES tot	95	0,156138	p < ,05	p < ,01	897152	0,000002
TAS -tot	95	0,134883	p < ,10	p < ,01	980241	0,161545
SDQ-20	95	0,172804	p < ,01	p < ,01	796826	0,000000

Komentář k DES: na základě provedených analýz konstatujeme, že distribuce psychické disociace nesplňuje požadavky na normální rozložení. V distribuci zkoumaného souboru lze sledovat i dvě odlehlé hodnoty. Vzhledem k nesplnění statistických požadavků na normalitu budeme v dalším výzkumu s touto proměnou užívat neparametrickou statistiku.

Komentář k SDQ-20: zde platí závěry jako pro psychickou disociaci tj. na základě provedených analýz konstatujeme, že distribuce somatoformní disociace nesplňuje požadavky na normální rozložení. V distribuci zkoumaného souboru lze sledovat více odlehlých hodnot. Vzhledem k nesplnění statistických požadavků na normalitu budeme v dalším výzkumu s touto proměnou užívat neparametrickou statistiku.

Komentář k TAS-20: na základě provedených analýz konstatujeme, že distribuce alexithymie splňuje požadavky normálního rozložení alexithymie v populaci. I přes prokázanou normalitu budeme v dalších analýzách u této proměnné také používat neparametrickou statistiku.

Shrnutí hlavních výsledků: Při analýze výskytů sledovaných proměnných jsme došli k závěru, že u výzkumného souboru se **alexithymie vyskytuje v 43 %**. Psychická disociace **je přítomna u 38 % jedinců**. Somatoformní disociace **je přítomná u 45 % jedinců**. Výše uvedené výsledky uzavíráme tím, že alexithymie, disociace a alexithymie jsou důležitou součástí lidí závislých na alkoholu. Zajímavé jsou také výsledky průměru výzkumné skupiny v oblasti **externě orientovaného myšlení a omezení fantazijního života**, představující 3 faktor alexithymie. Toto by mohlo znamenat, že osoby závislé na alkoholu své myšlení převážně orientují externě s doprovázejícím omezením či chudostí fantazijního života. Z výsledků testů normality neprokazujeme předpoklad normálního rozložení v populaci. Předpoklad normálního rozložení lze sledovat pouze u alexithymie.

8.2.2. Dotazník SVF-78

Nejprve se zaměříme na analýzu základních sledovaných parametrů tj. jednotlivých průměrů subtestů dotazníku SVF-78 a celkového skóre pozitivních a negativních strategií.

Tab. 10: Popisná statistika dotazníku SVF-78 a jeho jednotlivých subtestů.

	Popisná statistika							
	Průměr	Median	Mode	Frkv. modu	Min	Max	Std.odch	Šikmost
podhodnocení	50,35789	54,00	54,00000	12	1,0	77,00	15,43271	-1,6710
odmítání viny	52,95789	54,00	54,00000	15	1,0	77,00	13,87246	-1,5950
odklon	53,35789	51,00	57,00000	9	23,0	77,00	11,44823	0,0211
náhr. Uspokoj	57,30526	60,00	Multiple	9	23,0	75,00	10,98071	-0,4929
kontrola situace	50,71579	50,00	47,00000	9	1,0	72,00	11,90714	-0,7404
kontr. Reakce	52,71579	55,00	55,00000	13	1,0	75,00	12,44790	-1,4454
pozit.instrukce	47,35789	49,00	47,00000	10	1,0	75,00	13,98473	-1,2738
soc. opora	56,85263	59,00	69,00000	9	1,0	77,00	12,46354	-1,1264
vyhýbání	56,93684	59,00	59,00000	11	28,0	73,00	9,76839	-0,4375
únik.tenden	61,25263	64,00	66,00000	14	23,0	77,00	10,60807	-0,5937
perserverace	54,05263	57,00	Multiple	9	1,0	72,00	12,01893	-1,3325
rezignace	59,05263	61,00	56,00000	11	32,0	77,00	12,43397	-0,3167
sebeobviňování	59,24211	60,00	58,00000	13	23,0	77,00	12,15040	-0,8027
NEG celkem	62,10526	64,00	70,00000	14	23,0	77,00	10,34251	-1,1227
POZ. Celkem	53,36842	57,00	60,00000	11	1,0	77,00	14,55441	-1,4217

V tab. 10: Za významné považujeme vyšší průměrné hodnoty u negativních strategií zvládnání stresu, převážně **únikových tendencí, rezignace a sebeobviňování**. Z pozitivních strategií má nejvyšší průměr **strategie náhradní uspokojení** (intepretace viz. shrnutí níže). V následující tabulce si znázorníme výsledky testu normality pro dotazník SVF-78.

Tab.11: Testy normality pro test SVF-78 a jeho subtesty.

Proměnná	Testy normality (výzkumný protokol dizertece)					
	N	max D	K-S p	Lilliefors p	W	p
podhodnocení	95	0,161704	p < ,05	p < ,01	0,844200	0,000000
odmítání viny	95	0,149145	p < ,05	p < ,01	0,875725	0,000000
odklon	95	0,118432	p < ,15	p < ,01	0,974850	0,064029
náhr. Uspokoj	95	0,118140	p < ,15	p < ,01	0,957141	0,003456
kontrola situace	95	0,075846	p > ,20	p < ,20	0,957458	0,003631
kontr. Reakce	95	0,110297	p < ,20	p < ,01	0,892924	0,000001
pozit.instrukce	95	0,131897	p < ,10	p < ,01	0,896791	0,000002
soc. opora	95	0,115621	p < ,20	p < ,01	0,925321	0,000043
vyhýbání	95	0,109953	p < ,20	p < ,01	0,963099	0,008896
únik.tenden	95	0,125383	p < ,10	p < ,01	0,951917	0,001561
perserverace	95	0,105522	p > ,20	p < ,05	0,917710	0,000017
rezignace	95	0,100587	p > ,20	p < ,05	0,946418	0,000699
sebeobviňování	95	0,132972	p < ,10	p < ,01	0,939212	0,000256
NEG celkem	95	0,176724	p < ,01	p < ,01	0,914402	0,000012
POZ. Celkem	95	0,124277	p < ,15	p < ,01	0,894384	0,000001

K SVF -78: z tab. 11: lze usoudit, že předpoklad normálního rozložení byl potvrzen pouze u **strategie odklon**. Ostatní strategie zvládání stresu nesplňují předpoklad normálního rozložení.

Shrnutí hlavních výsledků: Za významné považujeme **nadprůměrné hodnoty negativních strategií** zvládání stresu. Tyto hodnoty nalézáme u **únikových tendencí, rezignace a sebeobviňování**. Toto interpreтуjeme tak, že u závislých lidí na alkoholu jsou častěji zastoupeny výše uvedené negativní strategie zvládání stresu. Z pozitivních strategií má nejvyšší průměr u výzkumné skupiny **strategie náhradní uspokojení**, což může představovat u lidí závislých na alkoholu tendenci vyhledávat při působení zátěže jiné zdroj uspokojení vedoucí k redukci tenze. Toto uspokojení může být také realizováno alkoholem např. po dobře odvedené práci, po úspěšném vyřešení úkolu. Tento styl uspokojení je však u závislých lidí nežádoucí, a proto tato strategie nabývá na významu v hledání dalších uspokojujících alternativ a jejich realizaci. V testu normality splňuje předpoklad normálního rozložení strategie zvládání stresu typu **odklon**.

8.2.3. Dotazník TSCS-II

V této kapitole poukážeme na analýzu jednotlivých složek self-konceptu v TSCS-II. Popisná statistika přináší výsledky znázorněné v tab. 12.

Tab.12: **Popisná statistika dotazníku TSCS-II a jeho subtestů.**

Proměnná	Průměr	Median	Mode	Frkv. modu	Min	Max	Std.odch	Šikmost
TOT-skóre	35,60	34,000	33,00000	12	20,00	62,00	9,177	0,376
FYZ	41,96	42,000	43,00000	11	20,00	66,00	10,196	0,033
MOR	35,54	34,000	34,00000	13	20,00	80,00	9,967	1,305
PER	37,71	35,000	32,00000	9	20,00	75,00	9,456	1,114
FAM	35,08	36,000	20,00000	15	20,00	64,00	9,353	0,187
SOC	40,00	41,000	Multiple	8	20,00	67,00	10,259	-0,084
ACA	41,27	41,000	39,00000	9	20,00	74,00	10,254	0,042
IDN	36,37	36,000	25,00000	11	20,00	58,00	8,715	0,391
SAT	42,37	42,000	44,00000	11	26,00	71,00	9,300	0,633
BHV	40,77	41,000	41,00000	8	20,00	80,00	10,864	0,659

K tab.12: TOT-skóre – celková hodnota self-konceptu, FYZ – fyzické Já, MOR – morální Já, PER – personální Já, FAM – rodinné Já, SOC – sociální Já, ACA – akademické Já, IDN- identita, SAT – satisfakce, BHV – chování.

Na základě popisné statistiky lze v průměru našeho souboru sledovat nižší hodnotu než 40 u **celkového skóru self konceptu, morálního Já, personálního Já, rodinného Já a doplňkového skóru Identita**.

Toto interpretujeme tak, že se u lidí závislých na alkoholu častěji projevuje snížení sebehodnocení, prožívání úzkosti při nedostatečné kontrole svého chování se zvýšenou sebekritikou. Dále lze předpokládat častější projevy určité sebenenávisti či self destruktivního chování s pocitem odcizení od rodiny a zaujímáním negativního postoje k sobě samému.

Výsledky testu normality si na základě provedených testů znázorníme níže v tabulce.

Tab. 13: **Testy normality pro test TSCS a jeho subtesty.**

Proměnná	Testy normality (výzkumný protokol dizertece)					
	N	max D	K-S p	Lilliefors p	W	p
TOT-skore	95	0,088007	p > .20	p < ,10	0,961733	0,007137
FYZ	95	0,090874	p > .20	p < ,10	0,981296	0,193021
MOR	95	0,163583	p < ,05	p < ,01	0,895276	0,000001
PER	95	0,161027	p < ,05	p < ,01	0,926231	0,000048
FAM	95	0,104494	p > .20	p < ,05	0,958637	0,004365
SOC	95	0,075350	p > .20	p > .20	0,979405	0,140101
ACA	95	0,106993	p > .20	p < ,01	0,980694	0,174428
IDN	95	0,088937	p > .20	p < ,10	0,970195	0,028880
SAT	95	0,095247	p > .20	p < ,05	0,965906	0,014085
BHV	95	0,115981	p < .20	p < ,01	0,959784	0,005231

K TSCS-II: na základě provedených testů předpoklad normálního rozložení prokazujeme u subtestů fyzického Já, sociálního Já, akademického (pracovního) Já. Ostatní subtesty nesplňují kritéria pro normální rozložení.

Shrnutí hlavních výsledků: použitím deskriptivní analýzy dat poukazujeme na hodnoty pod normou u **celkového skóru selfkonceptu, morálního Já, Personálního Já, Rodinného Já a doplňkového skóru Identita**. Tyto výsledky interpretujeme tak, že u lidí závislých na alkoholu se převážně objevují potíže v sebehodnocení a v pozitivním sebeprožívání. Předpoklad normálního rozložení lze sledovat u subtestů fyzické Já, sociální Já, akademické Já.

8.3. Korelační analýza a faktorová analýza DES, SDQ-20, TAS-20

V této části se zaměříme na výsledky faktorové analýzy. Jak jsme již uvedli, centrálním tématem naší disertační práce je hledání a mapování psychologických souvislostí disociace a alexithymie k self konceptu a strategií zvládání stresu. Otázkou je, zda se jednotlivé koncepty tj. alexithymie, disociace a somatoformní disociace mezi sebou vzájemně překrývají a podobají. Cílem této analýzy bylo zjistit, do jaké míry je alexithymie podobná či v překryvu s psychickou disociací a somatoformní disociací.

V následujících analýzách poukážeme na výsledky vztahů a souvislostí měřených konstruktů pomocí faktorové analýzy a neparametrické korelace. Pro zvýšení reliability budou uvedeny i výsledky korelačních koeficientů Gamma a Kendall Tau.

Tab. 14: **Spearmanova korelační matice TAS-20, SDQ, DES u celkového souboru** ($p <,05000$).

Proměnná	DES-tot	TAS-tot	TAS-f1	TAS-f2	TAS-f3	SDQ-20
DES-tot	1	0,59	0,59	0,53	0,1	0,57
TAS-tot	0,59	1	0,84	0,76	0,36	0,6
TAS-f1	0,59	0,84	1	0,59	0,04	0,66
TAS-f2	0,53	0,76	0,59	1	-0,04	0,45
TAS-f3	0,1	0,36	0,04	-0,04	1	0,05
SDQ-20	0,57	0,6	0,66	0,45	0,05	1

Tab. 15: **Gamma korelační matice TAS-20, SDQ, DES u celkového souboru** ($p <,05000$).

Proměnná	DES-tot	TAS-tot	TAS-f1	TAS-f2	TAS-f3	SDQ-20
DES-tot	1	0,44	0,44	0,36	0,07	0,43
TAS-tot	0,44	1	0,69	0,6	0,27	0,45
TAS-f1	0,44	0,69	1	0,46	0,02	0,52
TAS-f2	0,39	0,6	0,46	1	-0,02	0,34
TAS-f3	0,07	0,27	0,02	-0,02	1	0,03
SDQ-20	0,43	0,45	0,52	0,34	0,03	1

Tab. 16: **Kendall Tau korelační matice TAS-20, SDQ, DES u celkového souboru** ($p <,05000$).

Proměnná	DES-tot	TAS-tot	TAS-f1	TAS-f2	TAS-f3	SDQ-20
DES-tot	1	0,43	0,43	0,43	0,38	0,42
TAS-tot	0,43	1	0,66	0,66	0,58	0,44
TAS-f1	0,43	0,66	1	0,44	0,44	0,5
TAS-f2	0,38	0,58	0,44	1	1	0,33
TAS-f3	0,07	0,26	0,02	-0,02	-0,02	0,03
SDQ-20	0,42	0,44	0,5	0,33	0,33	1

Z uvedených tabulek neparametrické korelace vyplývají prokazatelné Spearmanovy korelační koeficienty mezi jednotlivými konstrukty. **Mezi alexithymií a somatoformní disociací** je korelační koeficient $r = 0,6$. Tato hodnota představuje významnou pozitivní korelaci alexithymie se somatoformní disociací tj. vyšší míra alexithymie se pojí s hlubšími projevy somatoformní disociace.

U jednotlivých faktorů alexithymie a somatoformní disociace lze získat tyto výsledky. Faktor 1 alexithymie vzrůstá s přítomností somatoformní disociace ($r = 0,66$). Faktor 2 alexithymie vzrůstá se somatoformní disociací také ($r = 0,45$). Faktor 3 alexithymie nevykazuje statisticky signifikantní vztah k somatoformní disociaci ($r = 0,05$).

Alexithymie je pozitivním vztahu s projevy **psychické disociace** ($r = 0,59$). Psychická disociace je vztahu s 1 faktorem alexithymie ($r = 0,44$). 2 faktor alexithymie také v pozitivním vztahu s psychickou disociací ($r = 0,53$). Faktor 3 alexithymie s psychickou disociací dosahuje korelačního koeficientu $r = 0,1$ čímž nevykazuje významný vztah mezi oběma konstrukty. **Psychická disociace** se **somatoformní disociací** ($r = 0,43$) představuje pozitivní vazbu. Z výsledků je patrné, že jednotlivé konstrukty se navzájem prolínají ve svých projevech, a že jejich jednotlivá přítomnost u závislých lidí představuje zvýšenou míru projevů ostatních proměných. Lze tedy předpokládat, že s vyšší mírou alexithymie u lidí závislých na alkoholu se výrazněji projevuje somatoformní disociace i psychické disociace.

8.3.1. Cílená korelační analýza

V této části poukážeme na výsledky cílené korelační analýzy po rozdělení výzkumného souboru podle stanovených kritérií tj. přítomnosti alexithymie, psychické disociace, somatoformní disociace a pohlaví. Při popisu vztahů se omezíme na významné korelační koeficienty. Popis všech získaných korelací není nutný z důvodu možného přehlcení interpretacemi všech vztahů.

Tab. 17: **Korelace mezi TAS-20, SDQ-20, DES (Muži), Přítomnost alexithymie, psychické disociace a somatoformní disociace.** $p < ,05000$

Proměnná	DES-tot	TAS-tot	TAS-f1	TAS-f2	TAS-f3	SDQ-20
DES-tot	1	0,05	0,42	0,01	-0,55	0,28
TAS-tot	0,05	1	0,41	0,72	0,02	0,39
TAS-f1	0,42	0,41	1	-0,02	-0,45	0,44
TAS-f2	0,01	0,72	-0,02	1	-0,2	0
TAS-f3	-0,55	0,02	-0,45	-0,2	1	0,14
SDQ-20	0,28	0,39	0,44	0	0,14	1

Komentář k tab. 17. Míra disociace vzrůstá s neschopností identifikovat vlastní emoce a zažíváním nediferencovaného vzrušení ($r = 0,42$). Vyjádření alexithymie je nejvíce ovlivněno s růstem neschopnosti deskripce emocí ($r = 0,72$). Projevy disociace jsou snižovány při vyšší externí orientaci myšlení a omezení fantazijního života ($r = - 0,55$). Alexithymie a zejména její 1 faktor pozitivně ovlivňuje a prohlubuje projevy somatoformní disociace ($r = 0,44$).

Tab. 18: **Korelace mezi TAS-20, SDQ-20, DES (ženy), přítomnost psychické disociace, alexithymie, somatoformní disociace.** $p < ,05000$

Proměnná	DES-tot	TAS-tot	TAS-f1	TAS-f2	TAS-f3	SDQ-20
DES-tot	1	0,69	0,44	0,25	0,16	-0,05
TAS-tot	0,69	1	0,57	0,64	-0,04	0,51
TAS-f1	0,44	0,57	1	-0,04	-0,34	-0,7
TAS-f2	0,25	0,64	-0,04	1	-0,32	0,46
TAS-f3	0,16	-0,04	-0,34	-0,32	1	-0,3
SDQ-20	0,41	0,75	0,63	0,46	-0,3	1

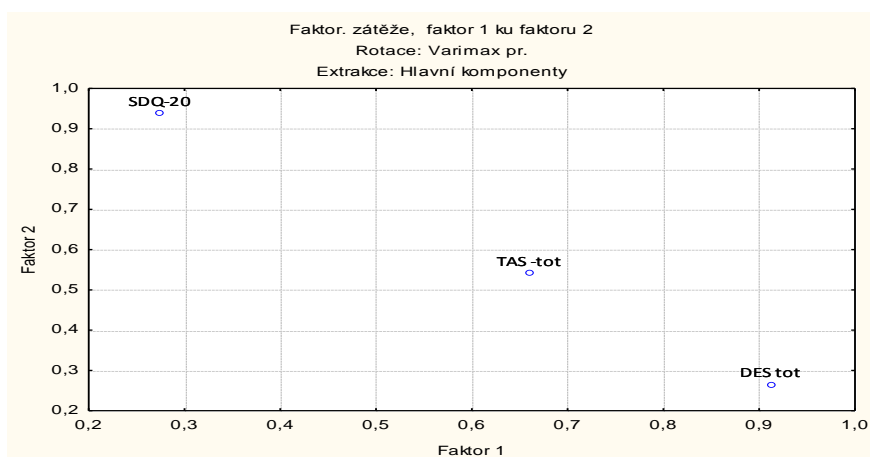
Komentář k tab. 18. Alexithymie zde představuje významnou vazbu s projevy psychické disociace ($r = 0,69$). Projevy somatoformní disociace jsou významně prohlubovány přítomností alexithymie ($r = 0,75$). Psychická disociace je v pozitivní vazbě s projevy somatoformní disociace ($r = 0,41$).

Shrnutí: z tab. 17 a 18 vyplývají rozdíly v míře vztahu daných proměnných mezi muži a ženami závislými na alkoholu. Toto vysvětlujeme tak, že u žen jsou jednotlivé konstrukty mezi sebou hlouběji provázané a jejich dopad na prožívání je širší než u mužů.

8.3.2. Faktorová analýza DES, TAS, SDQ-20

V této části se zaměříme na výsledky získané pomocí faktorové analýzy. Tuto metodu užíváme pro ověření relativní závislosti či nezávislosti měřených konstruktů tj. alexithymie, psychická disociace a somatoformní disociace. Pokud jednotlivé dotazníky měří nezávislé jevy, tak by tato faktorová analýza měla identifikovat a označit výsledné faktory jako nezávislé. Pokud dotazníky měří to samé, nebude faktorová analýza schopná rozlišit faktory mezi jednotlivými skóry. Faktorová analýza byla provedena metodou extrakce hlavních komponent s prostou varimax rotací. Jednotlivé výsledky faktorové analýzy si znázorníme v následujících tabulkách.

Tab. 19: Znárodnění faktorové analýzy DES, TAS, SDQ-20



Tab. 20: Faktor. zátěže (Varimax pr.), Extrakce: Hlavní komponenty (Označené zatěže jsou >,700000)

	Faktor - 1	Faktor - 2
DES tot	0,911988	0,265719
TAS -tot	0,660112	0,542186
SDQ-20	0,274398	0,937959
Výkl.roz	1,342764	1,244340
Prp.celk	0,447588	0,414780

Komentář k tab. 19 a 20. Z uvedeného vyplývá, že mezi sledovanými testy se nalézají dva silné faktory. První faktor je zastoupen a nejsilněji sycen psychickou disociací. Druhý faktor je nejsilněji sycen somatoformní disociací. Alexithymie stojí na pomezí těchto dvou faktorů a sytí je mírou 0,66 pro faktor 1 a 0,54 pro faktor 2.

Tyto výsledky interpretujeme tak, že testy měří relativně nezávislé konstrukty a také tyto konstrukty dále rozvíjejí. Psychická disociace a somatoformní disociace představují tedy relativně nezávislé konstrukty. Alexithymie vychází také jako samostatný jev, ale z výsledků je patrné, že významně sytí předchozí dva konstrukty. V následujících tabulkách si pro upřesnění znázorníme další pomocné výsledky

Tab. 21. Faktor. zátěže (Bez rot.), Extrakce: Hlavní komponenty (Označené zatěže jsou >,700000)

	Faktor - 1	Faktor - 2
DES tot	-0,845518	0,432930
TAS -tot	-0,852193	0,058990
SDQ-20	-0,843468	-0,493582
Výkl.roz	2,152574	0,434531
Prp.celk	0,717525	0,144844

Tab. 22: **Reziduální korelace, Extrakce: Hlavní komponenty (Označená rezidua jsou >,100000)**

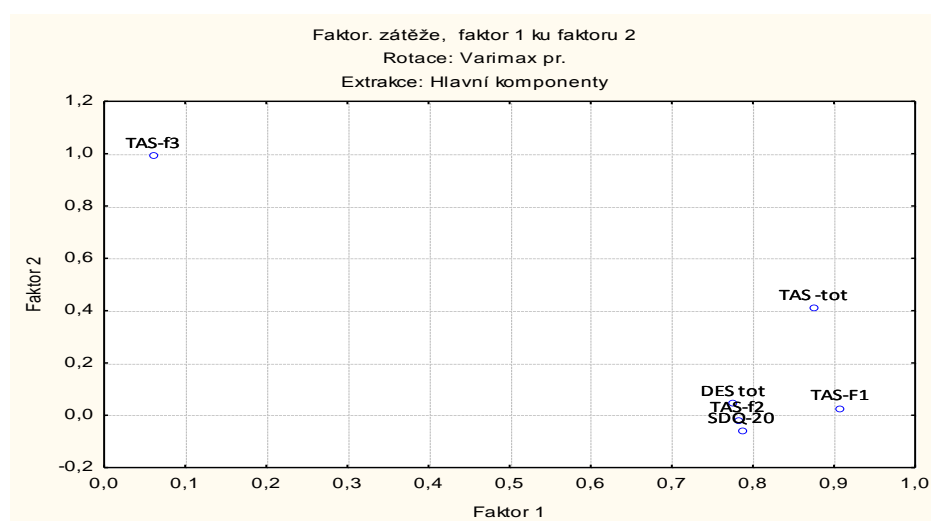
	DES tot	TAS -tot	SDQ-20
DES tot	0,10	-0,16	0,07
TAS -tot	-0,16	0,27	-0,11
SDQ-20	0,07	-0,11	0,04

Tab. 23: **Komunalita, Extrakce: Hlavní komponenty Rotace: Varimax pr.**

	Z 1 - faktoru	Z 2 - faktorů	Více - R ²
DES tot	0,831723	0,902329	0,418550
TAS -tot	0,435747	0,729713	0,432006
SDQ-20	0,075294	0,955062	0,414312

Dále se zaměříme na výpočet faktorové analýzy i pro jednotlivé faktory alexithymie vůči psychické disociaci a somatoformní disociaci.

Graf. 16: **Vztah analyzovaných proměnných ve dvoufaktorovém řešení.**



Tab. 24: **Faktorová analýza varimax prostá. Extrakce: Hlavní komponenty, (Označené zatěže jsou >,700000)**

Proměnná	Faktor 1	Faktor 2
DES-tot	0,77	0,04
TAS-tot	0,84	0,41
TAS-f1	0,9	0,025
TAS-f2	0,78	-0,01
TAS-f3	0,06	0,99
SDQ-20	0,78	-0,06
Výkl.roz	3,422	1,158
Prp.celk.	0,57	0,19

Komentář ke grafu 16 a tab. 24: z výsledků vyplývají dva silné faktory. 1 faktor je sycen nejsilněji 1 faktorem alexithymie (0,90), alexithymií (0,87), somatoformní disociací (0,78), psychickou disociací (0,77) a 2 faktorem alexithymie (0,78). 2 faktor je nejsilněji sycen 3 faktorem alexithymie (0,99). Na pomezí obou faktorů se nalézá alexithymie tj. sytí faktor 1 i faktor 2. Toto zjištění potvrzuje relativní nezávislost měřených konstruktů i subtestů TAS-20. Jako samostatný konstrukt se objevuje 3 faktor alexithymie (založený na externí orientaci myšlení a oslabení fantazie). Z výsledků faktorové analýzy tedy vyplývá, že alexithymie sytí významným způsobem předchozí konstrukty. Z tab. 32 (viz níže) vyplývá, že oba faktory společně vyčerpávají 76% celkové variance. Dále si znázorníme doplňující tabulky a graf našich výpočtů.

Tab.25: Eigenvalue hodnoty dvoufaktorové řešení

	Eigenvalue	Tot	Kumul. Eigenvalue	Kumul %
1	3,498	58,312	3,498	58,312
2	1,085	18,089	4,584	76,402

Tab. 26: Reziduální korelace, Extrakce: Hlavní komponenty (Označená rezidua jsou > ,100000)

	DES tot	TAS-tot	TAS-f1	TAS-f2	TAS-f3	SDQ-20
DES tot	0,40	-0,11	-0,09	-0,13	0,03	-0,04
TAS-tot	-0,11	0,07	0,04	0,08	-0,03	-0,08
TAS-f1	-0,09	0,04	0,17	-0,12	-0,02	-0,03
TAS-f2	-0,13	0,08	-0,12	0,39	-0,03	-0,21
TAS-f3	0,03	-0,03	-0,02	-0,03	0,01	0,06
SDQ-20	-0,04	-0,08	-0,03	-0,21	0,06	0,38

8.4. Shrnutí hlavních výsledků

V této části disertační práce si shrneme předchozí získané výsledky a zaměříme se na odpovědi na výzkumné otázky 1 a 2.

Výzkumná otázka č.1: *existují statisticky prokazatelné vztahy mezi konstrukty disociace, somatoformní disociace a alexithymie, kterou měříme pomocí příslušných dotazníků?*

Výzkumná otázka č. 2: *jsou tyto vztahy v případě jejich existence založeny na relativní samostatnosti těchto konstruktů nebo se konceptuálně překrývají a měří to samé?*

Na základě provedené analýzy konstatujeme, že **alexithymie** byla u našeho zkoumaného souboru přítomna celkem u **43% jedinců** ze zkoumaného souboru. **Psychická disociace** je přítomna u **38% jedinců**. **Somatoformní disociace** je přítomná u **45% jedinců**. Tyto výsledky lze opatrně interpretovat tak, že alexithymie, disociace a somatoformní disociace představují relativně významnou součást závislosti na alkoholu. Zajímavý je také výsledek zvýšené průměrné hodnoty 3 faktoru alexithymie u zkoumaného souboru. Toto zvýšení interpretujeme tím, že u jedinců závislých na alkoholu lze očekávat potíže se zpracováním a regulací vlastních emočních pochodů a spíše inklinaci k vnějším faktorům, které mohou být vnímány stabilněji a jako neohrožující. Tento odklon do vnitřního prostředí může představovat rizikový faktor pro komplikace v léčbě, protože emočně sycené situace mohou vést k vnímání osobní a sociální nepohody a vzniku úzkosti, kterou svými anxiolytickými účinky dokáže alkohol modulovat.

K výzkumné otázce č.1: *existují statisticky prokazatelné vztahy mezi konstrukty disociace, somatoformní disociace a alexithymie, kterou měříme pomocí příslušných dotazníků?*

U celkového souboru lze sledovat prokazatelné korelační koeficienty mezi jednotlivými konstrukty. Alexithymie pozitivně koreluje se somatoformní disociací je korelační ($r = 0,6$). Lze tedy předpokládat, že s přítomností alexithymie se může souběžně vyskytovat i somatoformní disociace s úvahou, že čím výraznější jsou projevy alexithymie u jedince závislého na alkoholu, tím výraznější budou i projevy somatoformní disociace a naopak. Korelační koeficient mezi alexithymií a psychickou disociací ($r = 0,59$) také představuje významný pozitivní vztah. Mezi psychickou disociací a somatoformní disociací prokážeme pozitivní korelační vztah ($r = 0,4$).

Zajímavé výsledky přináší cílená korelační analýza, v níž jsme celkový soubor rozdělili podle pohlaví, přítomnosti alexithymie, psychické disociace a somatoformní disociace. Ze získaných výsledků uvedeme jen ty, které považujeme za důležité.

U mužů u nichž je přítomna alexithymie, psychická disociace a somatoformní disociace jsou výsledky korelační analýzy následující. Nalézáme pozitivní korelaci psychické disociace a 1 faktoru alexithymie ($r = 0,4$). Tento výsledek interpretujeme tak, že u mužů souvisí psychická disociace s poruchou identifikace vlastních emocí a zažíváním nediferencovaného emočního vzrušení. Alexithymie významně koreluje se svým 1 faktorem ($r = 0,7$).

Negativní korelaci ($r = - 0,5$) prokazujeme mezi psychickou disociací a 3 faktorem alexithymie, což interpretujeme tak, že vyšší míra externí orientace myšlení a omezení fantazijního způsobu života snižuje projevy psychické disociace.

U souboru žen současně s alexithymií, psychickou disociací a somatoformní disociací jsou výsledky korelační analýzy následující. Významnou pozitivní korelaci sledujeme mezi alexithymií a somatoformní disociací kde $r = 0,75$. Lze tedy předpokládat pozitivní vztah mezi přítomností alexithymie a přítomností projevů somatoformní disociace u žen závislých na alkoholu. Významný pozitivní korelační koeficient lze dále sledovat mezi alexithymií a psychickou disociací ($r = 0,69$). Alexithymie u žen pozitivně koreluje se svým 1 faktorem ($r = 0,57$) a 2 faktorem ($r = 0,64$). Faktor 1 alexithymie pozitivně koreluje s somatoformní disociací ($r = 0,6$) což poukazuje, že přítomnost poruchy identifikace emocí prohlubuje somatoformní disociativní projevy. Závěrem k výzkumné otázce č.1. konstatujeme, že mezi alexithymií, disociací a somatoformní disociací měřenými existují prokazatelné vztahy jak u celkového souboru, tak souboru mužů a souboru žen.

K výzkumné otázce č.2: *jsou tyto vztahy v případě jejich existence založeny na relativní samostatnosti těchto konstruktů nebo se konceptuálně překrývají a měří to samé?*

Na základě provedené faktorové analýzy a jejích výsledků jsme dospěli k závěru, že dotazníky DES, SDQ-20 a TAS-20 jsou relativně samostatné a v míře měření se nepřekrývají. Při zkoumání faktorové analýzy v uvnitř faktorů dotazníků TAS- se jako významný ukázal faktor 3 alexithymie představující externě orientované myšlení a omezení fantazijního způsobu života, což také koresponduje s jeho nejvyšší průměrnou hodnotou u celkového souboru.

8.5. Vztah TAS-20, SDQ-20 a DES ke strategiím zvládnání stresu

8.5.1. Vztah alexithymie ke strategiím zvládnání stresu

V této části si znázorníme výsledky neparametrických korelačních analýz mezi alexithymií a strategiemi zvládnání stresu. Dále poukážeme zda mezi jedinci s alexithymií a bez ní existuje signifikantní rozdíl v užívání strategií zvládnání stresu. Získané výsledky si znázorníme v následujících tabulkách.

Tab. 27: **Korelace mezi TAS-20 a pozitivními strategiemi zvládání stresu SVF-78), celkový soubor. $p < ,05000$**

	TAS-tot	TAS-f1	TAS-f2	TAS-f3
Podhodnocení	-0,11	-0,11	-0,16	0,01
Odmítání viny	-0,02	0,02	-0,09	-0,11
Odklon	-0,05	-0,02	-0,04	-0,10
Náhradní uspokojení	0,02	0,08	-0,07	-0,04
Kontrola situace	-0,11	-0,08	-0,31	0,03
Kontrola reakcí	-0,17	-0,12	-0,25	-0,07
Pozitivní instrukce	-0,24	-0,19	-0,39	0,01
Poz.celkem	-0,12	-0,07	-0,25	-0,02

Komentář k tab. 27: porucha deskripce emocí negativně ovlivňuje schopnost plánovat a kontrolovat jednání vedoucí k řešení působící zátěže ($r = - 0,31$) a dále snižuje hodnocení sebekompetence a sebekontroly.

Tab. 28: **Korelace mezi TAS-20 a negativními strategiemi zvládání stresu SVF-78), celkový soubor. $p < ,05000$**

	TAS-tot	TAS-f1	TAS-f2	TAS-f3
Sociální opora	0,15	0,20	0,06	-0,05
Vyhýbání	-0,06	-0,02	-0,05	-0,10
Únikové tendence	0,20	0,24	0,24	-0,05
Perserverace	0,27	0,36	0,20	-0,08
Rezignace	0,32	0,34	0,39	-0,14
Sebeobviňování	0,29	0,35	0,20	0,03
Neg. Celkem	0,29	0,35	0,24	-0,08

Komentář k tab. 28: Z vyšší mírou alexithymie se prohlubuje tendence vzdávat se v zatěžových situacích s pocity bezmoci a beznaděje ($r = 0,32$). Rezignační tendence v zvládání zátěže jsou prohlubovány poruchou deskripce vlastních emocí ($r = 0,39$).

Alexithymie pozitivně koreluje s rezignací ($r = 0,32$). Porucha identifikace vlastních emocí zvyšuje v zatěžových situacích neschopnost se myšlenkově od těchto situací odpoutat ($r = 0,36$).

Tab. 29: **Korelace mezi TAS-20 s negativními strategiemi zvládnání stresu SVF-78), Muži, přítomnost alexithymie. $p < ,05000$**

	TAS-tot	TAS-f1	TAS-f2	TAS-f3
Sociální opora	0,43	0,50	-0,04	-0,06
Vyhýbání	0,26	0,18	0,16	-0,02
Únikové tendence	0,35	0,21	0,32	-0,24
Perserverace	0,20	0,48	-0,10	-0,30
Rezignace	0,23	0,29	0,29	-0,41
Sebeobviňování	0,23	0,43	-0,11	-0,11
Neg. Celkem	0,38	0,46	0,11	-0,26

Komentář k tab. 29: Přítomnost alexithymie u mužů zvyšuje tendence vyhledávat v zátěžových situacích vnější pomoc, zjistit si pohovor a sociální oporu ($r = 0,43$). Dále alexithymie souvisí s růstem tendence vyhnout se zátěži ($r = 0,35$). Porucha identifikace emocí zvyšuje tendence k vyhledání sociální opory ($r = 0,5$) a potíže odpoutat se od myšlenkového přemítání vztažně k působící zátěžové situaci ($r = 0,48$).

Tab. 30: **Korelace mezi TAS-20 a negativními strategiemi zvládnání stresu SVF-78), Ženy, přítomnost alexithymie. $p < ,05000$**

	TAS-tot	TAS-f1	TAS-f2	TAS-f3
Sociální opora	0,15	0,01	-0,03	0,42
Vyhýbání	0,14	0,26	-0,30	0,41
Únikové tendence	0,42	0,19	0,18	0,11
Perserverace	0,63	0,22	0,54	0,10
Rezignace	0,75	0,09	0,55	0,13
Sebeobviňování	0,52	0,21	0,35	0,21
Neg. Celkem	0,56	0,17	0,24	0,33

Komentář k tab. 30: alexithymie u žen významně zvyšuje tendence ke vzdávání se s pocitem bezmoci a beznaděje na působení zátěžové situace ($r = 0,75$). Alexithymie dále vykazuje pozitivní vazby s potížemi se od problému myšlenkově odpoutat ($r = 0,63$) a připisování příčiny vzniku problému sobě ($r = 0,52$).

Tab. 31: Korelace mezi TAS-20 a pozitivními strategiemi zvládnání stresu SVF-78), Muži, přítomnost alexithymie. $p < ,05000$

	TAS-tot	TAS-f1	TAS-f2	TAS-f3
Podhodnocení	0,15	0,004	-0,1	0,25
Odmítání viny	0,22	0,31	-0,12	-0,10
Odklon	0,40	0,29	0,12	-0,04
Náhradní uspokojení	0,34	0,38	-0,08	0,003
Kontrola situace	0,26	0,36	-0,37	0,17
Kontrola reakcí	0,08	0,14	-0,24	0,14
Pozitivní instrukce	0,05	0,38	-0,51	0,18
Poz.celkem	0,37	0,41	-0,22	0,11

Komentář k tab. 31: z přítomnosti alexithymie u mužů vyplývá její pozitivní vazba k odklonu od zátěžových situací ($r = 0,40$) a s obrácením se k pozitivním aktivitám a situacím vedoucích k uspokojení ($r = 0,34$).

Tab. 32: Korelace mezi TAS-20 a pozitivními strategiemi zvládnání stresu SVF-78), Ženy, přítomnost alexithymie. $p < ,05000$

	TAS-tot	TAS-f1	TAS-f2	TAS-f3
Podhodnocení	-0,51	-0,14	-0,34	-0,14
Odmítání viny	-0,10	-0,07	0,21	-0,35
Odklon	-0,25	-0,36	0,02	-0,06
Náhradní uspokojení	0,04	-0,24	0,11	0,26
Kontrola situace	-0,11	0,27	-0,19	-0,41
Kontrola reakcí	-0,24	0,11	-0,23	-0,35
Pozitivní instrukce	-0,40	-0,03	-0,29	-0,19
Poz.celkem	-0,23	-0,12	-0,11	-0,15

Komentář k tab. 32: u žen s alexithymií vyplývá negativní vazba s pozitivními strategiemi stresu. Přítomnost alexithymie snižuje schopnost ve srovnání se s ostatními si přisuzovat menší význam stresu ($r = - 0,51$) a hodnotit se jako kompetentní v řešení stresu.

tab. 33: Rozdíl mezi negativní strategiemi zvládnání stresu podle přítomnosti a nepřítomnosti alexithymie. (Mann-Whitney U test).

	Rank Sum ANO	Rank Sum Ne	U	Z	p-level	Z	p-level2	p
Sociální opora	2301,500	2258,500	983,500	1,054	0,291	1,056	0,29062	0,2930
Vyhýbání	2036,000	2524,000	1001,00	-0,924	0,355	-0,926	0,35425	0,3589
Únikové tendence	2321,500	2238,500	963,500	1,203	0,228	1,207	0,22715	0,2298
Perserverace	2342,500	2217,500	942,500	1,360	0,173	1,362	0,17302	0,1745
Rezignace	2419,500	2140,500	865,500	1,934	0,053	1,939	0,05246	0,0528
Sebeobviňování	2435,000	2125,000	850,000	2,049	0,040	2,054	0,03989	0,0403

Z tab. 33: vyplývá, že prokazatelný rozdíl mezi podskupinou s alexithymií a bez ní, se nalézá u strategie sebeobviňování. Toto interpretujeme tak, že lidé závislí na alkoholu s přítomností alexithymie používají více ve stresových či zátěžových situacích tendenci se obviňovat.

tab. 34: Rozdíl mezi pozitivními strategiemi zvládnání stresu podle přítomnosti a nepřítomnosti alexithymie. (Mann-Whitney U test).

	Rank Sum ANO	Rank Sum Ne	U	Z	p-level	Z	p-level2	p
Podhodnocení	2014,000	2546,000	979,000	-1,088	0,276	-1,090	0,275	0,279
Odmítání viny	2074,000	2486,000	1039,00	-0,641	0,521	-0,642	0,520	0,525
Odklon	2003,000	2557,000	968,000	-1,170	0,241	-1,172	0,240	0,244
Náhradní uspokojení	2075,000	2485,000	1040,00	-0,633	0,526	-0,634	0,525	0,530
Kontrola situace	1998,500	2561,500	963,500	-1,203	0,228	-1,205	0,227	0,229
Kontrola reakcí	1928,500	2631,500	893,500	-1,725	0,084	-1,730	0,083	0,084
Pozitivní instrukce	1889,500	2670,500	854,500	-2,016	0,043	-2,020	0,043	0,043

Z tab. 34: vyplývá, že prokazatelný rozdíl mezi podskupinou s alexithymií a bez ní se nalézá u strategie pozitivní instrukce. Toto interpretujeme tak, že lidé závislí na alkoholu bez přítomnosti alexithymie používají více ve stresových či zátěžových situacích pozitivní sebeinstruování než jedinci s alexithymií.

8.5.1.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy alexithymie a strategií zvládání stresu

V této části disertační práce si shrneme vybrané výsledky z provedených korelačních analýz a zaměříme se na výzkumnou otázku č. 5.

Výzkumná otázka č. 5: *existují statisticky prokazatelné vztahy alexithymie k strategiím zvládání stresu?*

Na základě provedené korelační analýzy poukazujeme na tyto korelace. V oblasti pozitivních strategií zvládání stresu u celkového souboru sledujeme negativní korelaci **2 faktorů alexithymie** se strategiemi **kontrola situace** ($r = -0,31$) a **pozitivní instrukce** ($r = -0,39$). Tento výsledek interpretujeme tak, že pokud má jedinec potíže s deskripcí emocí bude ve snížené míře či nedostatečně používat strategii kontrola situace, která je založena na snaze ovládnout a dostat pod kontrolu působící stresovou situaci a pozitivně se instruovat. V oblasti **negativních strategií zvládání stresu** lze sledovat pozitivní korelaci mezi **alexithymií** a strategií **rezignace** ($r = 0,32$). Tento vztah interpretujeme tak, že s alexithymií stoupá míra rezignace na působení stresových podnětů.

1 faktor alexithymie pozitivně koreloval se strategiemi typu **perseverace** ($r = 0,36$), **rezignace** ($r = 0,34$) a **sebeobviňování** ($r = 0,35$). Tento výsledek interpretujeme tak, že jedinec, který má potíže s identifikací vlastních emocí a prožívá nediferencované emoční vzrušení má větší tendenci na stresové situace reagovat strategiemi perseverace, rezignací a sebeobviňováním.

U mužů s přítomností alexithymie nalézáme pozitivní korelaci s potřebou **sociální opory** ($r = 0,43$) a **únikovými tendencemi** ($r = 0,35$). Toto lze interpretovat tak, že přítomnost alexithymie u mužů vede ke zvýšené potřebě sociální opory a podpory ve zvládání stresových situací a ke sklonu, pokud opora není přítomna, reagovat únikem. S únikovou strategií negativně koreluje také **2 faktor alexithymie** což znamená, že neschopnost deskripce vlastních emocí může vést u jedince k tomu, že ze stresové situace unikne a tím se vyhne jejímu řešení a dopadu. **Faktor 1 alexithymie**, pozitivně koreluje se strategiemi typu **perseverace** ($r = 0,48$), **sebeobviňování** ($r = 0,41$). Toto interpretujeme tak, že přítomnost faktoru 1 alexithymie představuje u jedince v určité míře sklon reagovat na stres a zátěž ulpíváním na určité strategii řešení stresu a sebeobviňováním. **3 faktor alexithymie** negativně koreluje se strategiemi typu **perseverace** ($r = -0,3$) a **strategií rezignace** ($r = -0,41$).

U **přítomnosti alexithymie u mužů a pozitivních strategií zvládání stresu** nalzááme tyto vztahy. **Přítomnost alexithymie** pozitivně koreluje s **náhradním uspokojením** ($r = 0,34$), což lze interpretovat tak, že jedinci s alexithymií si mohou dosycovat své emoce jinými zdroji a hledají pozitivní činnosti či situace. **1 faktor alexithymie** pozitivně koreluje se strategiemi **náhradní uspokojení** ($r = 0,38$), **kontrola situace** ($r = 0,36$), **pozitivní instrukce** ($r = 0,38$). Negativní korelaci sledujeme mezi **faktorem 2 alexithymie** a **pozitivní instrukce** se ($r = - 0,42$). Negativní korelace má **2 faktor alexithymie** se strategiemi zvládání stresu typu **kontrola situace** ($r = -0,38$) a **pozitivní instrukce** ($r = - 0,42$).

U žen s přítomností alexithymie nalzááme pozitivní korelaci s **únikovými tendencemi** ($r = 0,42$). Pozitivní korelaci také nalzáame u **faktoru 3 alexithymie** se zvýšenou potřebou **sociální opory** ($r = 0,42$) a strategií **vyhýbání** ($r = 0,41$). Toto interpretujeme tak, že přítomnost 3 faktoru alexithymie u žen, vede ke zvýšené potřebě sociální opory a podpory při působení stresových situací a také k vyhýbání se řešení stresových situací.

Přítomnost alexithymie u žen pozitivně koreluje s **perseverací** ($r = 0,63$), **rezignací** ($0,75$) a **sebeobviňováním** ($r = 0,52$). Sledujeme významnou korelaci mezi přítomností alexithymie a strategií typu rezignace, což interpretujeme tak, že ženy s alexithymií mají větší tendenci na stresovou situaci a zátěž reagovat rezignací.

Vztah **přítomnosti alexithymie** u žen s **pozitivními strategiemi** zvládání stresu je následující. **Alexithymie** negativně koreluje se strategií **podhodnocení** ($r = - 0,51$) což lze interpretovat, že ženy s alexithymií méně užívají podhodnocování stresu a pozitivní instrukce ($r = -0,40$). **Faktor 1 alexithymie** negativně koreluje se strategií **odklon** ($r = - 0, 36$) což lze interpretovat tak, že přítomnost 1 faktoru alexithymie vede ke snížení schopnosti odklonit se od zátěžových situací. **3 faktor alexithymie** negativně koreluje se strategií **odmítání viny** ($r = - 0,35$). Toto interpretujeme tak, že odklon od vnitřního prostředí a zaměření se na externě orientované myšlení snižuje schopnost zdůraznění, že za působení stresu není jedinec zodpovědný. **3 faktor alexithymie dále** negativně koreluje s **kontrolou situace** ($r = - 0,41$) a **kontrolou reakcí** ($r = - 0, 35$). Toto interpretujeme tak, že přítomnost 3 faktoru alexithymie u žen v našem souboru snižuje schopnost analyzovat, plánovat postup řešení a kontrolovat působící problému a udržet pod kontrolou vlastní reakce. U žen se na rozdíl od mužů objevují vyšší korelační koeficienty alexithymie se strategiemi zvládání stresu.

Z výsledků Mann Whitneova U testu poukazujeme na rozdíly uvnitř výzkumného souboru u jedinců s alexithymií a bez ní. Prokazujeme významné rozdíly ve strategii pozitivní

instrukce a sebeobviňování. Přítomnost alexithymie je tedy více spojena s tendencí ve stresové situaci či situace zátěžové reagovat sebeobviňováním a sníženou schopností se hodnotit se jako kompetentní v řešení dané situace

Závěrem můžeme problematiku vztahu alexithymie a strategií zvládání stresu uzavřít s tím, že mezi těmito konstrukty nalzááme zajímavé a statisticky prokazatelné vztahy.

8.5.2. Vztah somatoformní disociace ke strategiím zvládání stresu

V této části disertační práce si znázorníme výsledky neparametrické korelační analýzy somatoformní disociace měřenou a strategií zvládání stresu. Dále poukážeme, zda mezi jedinci se somatoformní disociací a bez ní existuje signifikantní rozdíl v užívání strategií zvládání stresu. Získané výsledky si znázorníme v následujících tabulkách.

Tab. 33: **Korelace mezi SDQ-20 a pozitivními strategiemi zvládání stresu SVF-78), celkový soubor.** $p < ,05000$

	SDQ-20
Podhodnocení	-0,11
Odmítání viny	0,05
Odklon	0,02
Náhradní uspokojení	-0,11
Kontrola situace	0,05
Kontrola reakcí	0,02
Pozitivní instrukce	-0,12
Poz.celkem	0,05

Komentář k tab. 33: z této tabulky nevyplývají významné korelační koeficienty mezi somatoformní disociací a uvedenými pozitivními strategiemi zvládání stresu.

Tab. 34: **Korelace mezi SDQ-20 a negativními strategiemi zvládání stresu SVF-78), celkový soubor.** $p < ,05000$

	SDQ-20
Sociální opora	0,28
Vyhýbání	0,04
Únikové tendence	0,31
Perserverace	0,44
Rezignace	0,39
Sebeobviňování	0,36
Neg. Celkem	0,44

Komentář k tab. 34: přítomnost somatoformní disociace je v pozitivním vztahu s potížemi se myšlenkově odpoutat od působícího problému ($r = 0,44$).

Tendence vzdávat se v reakci na zátěž pocitem bezmoci a beznaděje ($r = 0,39$) společně s připisováním viny za příčinu zátěže sobě ($r = 0,36$) jsou v pozitivním vztahu s projevy somatoformní disociace.

Tab. 35: Korelace mezi SDQ-20 a negativními strategiemi zvládnání stresu SVF-78), Muži, přítomnost somatoformní disociace. $p < ,05000$

	SDQ-20
Sociální opora	0,41
Vyhýbání	0,22
Únikové tendence	0,24
Perserverace	0,084
Rezignace	0,40
Sebeobviňování	0,34
Neg. Celkem	0,42

Komentář k tab. 35: muži se somatoformní disociací mají vyšší tendence v reakci na zátěž vyhledávat sociální oporu, rozhovor a pomoc ($r = 0,41$). Dále somatoformní disociace u mužů pozitivně souvisí s tendencí vzdávat se v reakci na stres pocitem bezmoci a beznaděje a připisováním chyby sami sobě.

Tab. 36: Korelace mezi SDQ-20 a negativními strategiemi zvládnání stresu SVF-78), Ženy, přítomnost somatoformní disociace. $p < ,05000$

	SDQ-20
Sociální opora	0,18
Vyhýbání	-0,04
Únikové tendence	0,21
Perserverace	0,39
Rezignace	0,67
Sebeobviňování	0,22
Neg. Celkem	0,34

Komentář k tab. 36: U žen s somatoformní disociací nalézáme významnou pozitivní vazbu k tendenci na stresovou situaci reagovat vzdáním se s pocitem beznaděje a bezmoci ($r = 0,67$). Somatoformní disociace je dále v pozitivní vazbě s potíženími se myšlenkově od problému odpoutat ($r = 0,39$).

Tab. 37: Korelace mezi SDQ-20 a pozitivními strategiemi zvládnání stresu SVF-78), Muži, přítomnost somatoformní disociace. $p < ,05000$

	SDQ-20
Podhodnocení	0,06
Odmítání viny	0,10
Odklon	0,26
Náhradní uspokojení	0,24
Kontrola situace	0,21
Kontrola reakcí	0,08
Pozitivní instrukce	0,29
Poz.celkem	0,42

Komentář k tab. 37: Somatoformní disociace pozitivně koreluje s celkovým součtem pozitivních strategií zvládnání stresu ($r = 0,42$). Což znamená, že přítomnost somatoformní disociace u mužů poukazuje na pozitivní vazbu s celkovým součtem pozitivních strategií, ale bez prokazatelného vztahu s jednotlivými strategiemi.

Tab. 38: Korelace mezi SDQ-20 a pozitivními strategiemi zvládnání stresu SVF-78), Ženy, přítomnost somatoformní disociace. $p < ,05000$

	SDQ-20
Podhodnocení	-0,43
Odmítání viny	0,23
Odklon	-0,41
Náhradní uspokojení	-0,21
Kontrola situace	-0,12
Kontrola reakcí	0,06
Pozitivní instrukce	-0,25
Poz.celkem	0,24

Komentář k tab. 38: u žen přítomnost somatoformní disociace snižuje schopnost řešit působící stresovou situaci odklonem ($r = - 0,43$) od ní s tendencí si méně přisuzovat míru stresu ($r = - 0,41$).

tab. 39: Rozdíl mezi negativní strategiemi zvládnání stresu podle přítomnosti a nepřítomnosti somatoformní disociace. (Mann-Whitney U test).

	Rank Sum ANO	Rank Sum Ne	U	Z	p-level	Z	p-level2	p
Sociální opora	2513,500	2046,500	870,500	1,917	0,055	1,920	0,055	0,055
Vyhýbání	2326,000	2234,000	1058,000	0,521	0,602	0,522	0,601	0,606
Únikové tendence	2567,500	1992,500	816,500	2,319	0,020	2,326	0,020	0,020
Perserverace	2824,000	1736,000	560,000	4,228	0,000	4,235	0,000	0,000
Rezignace	2592,500	1967,500	791,500	2,505	0,012	2,511	0,012	0,012
Sebeobviňování	2654,500	1905,500	729,500	2,966	0,003	2,974	0,003	0,003

Z tab. 39: vyplývá, že jedinci s somatoformní disociací užívají v zátěžových situacích větší počet negativních strategií než jedinci bez ní. Toto interpretujeme tak, že somatoformní disociace je více spojena s negativními zvládacími strategiemi.

tab.40: Rozdíl mezi pozitivními strategiemi zvládnání stresu podle přítomnosti a nepřítomnosti somatoformní disociace. (Mann-Whitney U test).

Sloupec1	Rank Sum ANO	Rank Sum Ne	U	Z	p-level	Z	p-level2	p
Podhodnocení	2136,500	2423,500	1008,500	-0,890	0,374	-0,891	0,373	0,375
Odmítání viny	2348,500	2211,500	1035,500	0,689	0,491	0,691	0,490	0,493
Odklon	2301,000	2259,000	1083,000	0,335	0,738	0,336	0,737	0,742
Náhradní uspokojení	2404,000	2156,000	980,000	1,102	0,271	1,104	0,270	0,274
Kontrola situace	2354,000	2206,000	1030,000	0,729	0,466	0,731	0,465	0,470
Kontrola reakcí	2253,000	2307,000	1125,000	-0,022	0,982	-0,022	0,982	0,985
Pozitivní instrukce	2066,500	2493,500	938,500	-1,411	0,158	-1,413	0,158	0,159

Z tab. 10: neprokazujeme statisticky významný rozdíl mezi jedinci se somatoformní disociací a jedinci bez ní v užívání pozitivních strategií zvládnání stresu.

8.5.2.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy somatoformní disociace a strategií zvládnání stresu

V této části si shrneme předchozí získané výsledky z provedené korelační analýzy a zaměříme se na výzkumnou otázku č. 4.

Výzkumné otázka č. 4: *existují statisticky prokazatelné vztahy somatoformní disociace k strategiím zvládnání stresu?*

Výsledky korelační analýzy poukazují na tyto vztahy. U celkového souboru **nenalzáme** významný vztah mezi **somatoformní** disociací a **pozitivních strategií** zvládání stresu. U celkového souboru však nalzáme pozitivní korelaci mezi **somatoformní disociací** a negativními strategiemi zvládání stresu typu **únikové tendence** ($r = 0,31$), **perserverace** ($r = 0,44$), **reznace** ($r = 0,39$) a **sebeobviňování** ($r = 0,36$).

Toto interpretujeme tak, že existuje pozitivní vztah mezi somatoformní disociací a potížemi se myšlenkově od problémů odpoutat, vzdávat se pocitem beznaděje a přisovat působení zátěže vlastnímu chybnému jednání.

U mužů s přítomností somatoformní disociace nalzáme pozitivní korelace s negativními strategiemi zvládání stresu typu **sociální opora** ($r = 0,41$), **reznace** ($r = 0,4$), **sebeobviňování** ($r = 0,34$).

Tyto výsledky interpretujeme tím, že muži s projevy somatoformní disociace mají zvýšenou potřebu sociální opory při přisování působící zátěže vlastnímu chybnému jednání a s tendencí vzdávat se pocitem bezmocnosti a beznaděje.

U žen s přítomností somatoformní disociace nalzáme pozitivní korelace k **negativním strategiím** zvládání stresu typu **perserverace** ($r = 0,39$) a **reznace** ($r = 0,67$). Toto interpretujeme tak, že somatoformní disociace u žen je v pozitivním vztahu se vzdáváním se s pocity bezmoci a potížích se myšlenkově odpoutat od působícího stresu. Z hlediska vztahu somatoformní disociace s pozitivními strategiemi zvládání stresu u žen nalzáme negativní korelace s **podhodnocením** ($r = -0,41$) a **odklonem** ($r = -0,41$), což interpretujeme tak, že u žen s přítomností somatoformní disociace je snižená schopnost přisuzovat si menší míru stresu a dokázat se odklonit od zátěžových aktivit.

Z výsledků Mann Whitneova U testu poukazujeme na rozdíly uvnitř výzkumného souboru u jedinců s somatoformní disociací a bez ní. Prokazujeme významné rozdíly ve strategii únikové tendence, perserverace, reznace a sebeobviňování. Přítomnost somatoformní disociace je tedy více spojena s tendencí ve stresové situaci či zátěžové situaci užívat negativní strategie zvládání stresu.

Závěrem můžeme problematiku vztahu somatoformní disociace a strategií zvládání stresu uzavřít s tím, že mezi těmito konstrukty nalzáme zajímavé a statisticky prokazatelné vztahy.

8.5.3. Vztah psychické disociace ke zvládnání stresu

V této části disertační práce si znázorníme výsledky neparametrické korelační analýzy mezi psychickou disociací a strategiemi zvládnání stresu. Dále poukážeme, zda mezi jedinci s psychickou disociací a bez ní existuje signifikantní rozdíl v užívání strategií zvládnání stresu. Získané výsledky si znázorníme v následujících tabulkách

Tab. 39: Korelace mezi DES a negativními strategiemi zvládnání stresu SVF-78),

Celkový soubor. $p < ,05000$

	DES
Sociální opora	0,18
Vyhýbání	-0,06
Únikové tendence	0,34
Perserverace	0,20
Rezignace	-0,12
Sebeobviňování	0,04
Neg. Celkem	-0,22

Komentář k tab. 39: přítomnost psychické disociace souvisí s vyšší mírou úniku a tendencí vyhnout se zátěži ($r = 0,34$).

Tab. 40: Korelace mezi DES a pozitivními strategiemi zvládnání stresu SVF-78),

Celkový soubor. $p < ,05000$

	DES
Podhodnocení	-0,23
Odmítání viny	-0,003
Odklon	0,01
Náhradní uspokojení	0,04
Kontrola situace	-0,19
Kontrola reakcí	-0,12
Pozitivní instrukce	-0,23
Poz.celkem	-0,10

Komentář k tab. 40: z této tabulky nevyplývají statisticky prokazatelné korelační koeficienty.

Tab. 41: Korelace mezi DES a pozitivními strategiemi zvládání stresu SVF-78), Muži, přítomnost psychické disociace. $p <,05000$

	DES
Podhodnocení	-0,22
Odmítání viny	0,17
Odklon	0,09
Náhradní uspokojení	0,19
Kontrola situace	-0,12
Kontrola reakcí	-0,18
Pozitivní instrukce	-0,05
Poz.celkem	-0,04

Komentář k tab. 41: z této tabulky nevyplývají statisticky prokazatelné korelační koeficienty psychické disociace k pozitivním strategiím zvládání stresu.

Tab. 42: Korelace mezi DES a pozitivními strategiemi zvládání stresu SVF-78), Ženy, přítomnost psychické disociace. $p <,05000$

	DES
Podhodnocení	-0,21
Odmítání viny	-0,22
Odklon	-0,26
Náhradní uspokojení	-0,11
Kontrola situace	-0,29
Kontrola reakcí	-0,32
Pozitivní instrukce	-0,12
Poz.celkem	-0,20

Komentář k tab. 42: přítomnost psychické disociace poukazuje na slabší negativní vztah se schopností udržet si kontrolu během působení stresové situace ($r = - 0.32$).

Tab. 42: Korelace mezi DES a negativními strategiemi zvládání stresu SVF-78), Muži, přítomnost psychické disociace. $p <,05000$

	DES
Sociální opora	0,33
Vyhýbání	-0,02
Únikové tendence	0,34
Perserverace	0,21
Rezignace	0,35
Sebeobviňování	0,40
Neg. Celkem	0,38

Komentář k tab. 42: přítomnost psychické disociace u mužů zvyšuje ve stresové situaci tendence z ní rezignačně vyváznout ($r = 0,35$) a tendenci vzdávat se s pocitem bezmoci a beznaděje ($r = 0,34$). Přisuzování si vlastní zodpovědnosti za zátěž se s přítomností somatoformní disociace zvyšuje ($r = 0,40$)

Tab. 43: Korelace mezi DES a negativními strategiemi zvládnání stresu SVF-78), Ženy, přítomnost psychické disociace. $p < ,05000$

	DES
Sociální opora	-0,11
Vyhýbání	-0,30
Únikové tendence	-0,23
Perserverace	-0,14
Rezignace	-0,11
Sebeobviňování	0,08
Neg. Celkem	-0,29

Komentář k tab. 43: psychická disociace vykazuje negativní vazbu s předsevzetím se vyhnout či zamezit působící stresové situaci ($r = - 0,3$).

tab. 44: Rozdíl mezi pozitivními strategiemi zvládnání stresu podle přítomnosti a nepřítomnosti psychické disociace. (Mann-Whitney U test).

	Rank Sum ANO	Rank Sum Ne	U	Z	p-level	Z	p-level2	p
Sociální opora	2020,500	2444,500	959,500	0,921	0,357	0,923	0,356	0,359
Vyhýbání	1760,500	2704,500	940,500	-1,067	0,286	1,069	0,285	0,288
Únikové tendence	2167,500	2297,500	812,500	2,046	0,041	2,053	0,040	0,040
Perserverace	2188,500	2276,500	791,500	2,206	0,027	2,210	0,027	0,027
Rezignace	2142,000	2323,000	838,000	1,851	0,064	1,856	0,064	0,065
Sebeobviňování	2168,500	2296,500	811,500	2,053	0,040	2,059	0,040	0,040

Z tab. 44: vyplývá, že jedinci s psychickou disociací používají statisticky významně více strategií perserverace, únikové tendence a sebeobviňování než jedinci bez ní. Toto interpretujeme tak, že psychická disociace souvisí s negativními strategiemi stresu.

tab.45: Rozdíl mezi pozitivními strategiemi zvládnání stresu podle přítomnosti a nepřítomnosti psychické disociace. (Mann-Whitney U test).

	Rank Sum ANO	Rank Sum Ne	U	Z	p-level	Z	p-level2	p
Podhodnocení	1734,500	2730,500	914,500	-1,266	0,206	-1,268	0,205	0,207
Odmítání viny	1908,500	2556,500	1071,500	0,065	0,948	0,065	0,948	0,948
Odklon	1893,500	2571,500	1073,500	-0,050	0,960	-0,050	0,960	0,961
Náhradní uspokojení	1944,000	2521,000	1036,000	0,336	0,737	0,337	0,736	0,741
Kontrola situace	1737,000	2728,000	917,000	-1,246	0,213	-1,249	0,212	0,215
Kontrola reakcí	1767,000	2698,000	947,000	-1,017	0,309	-1,020	0,308	0,313
Pozitivní instrukce	1678,000	2787,000	858,000	-1,698	0,090	-1,701	0,089	0,090

Z tab. 45: neprokazujeme statisticky významné rozdíly v užívání pozitivních strategií zvládnání stresu a jedinců s psychickou disociací a bez ní.

8.5.3.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy psychické disociace a strategií zvládnání stresu

V této části si shrneme získané výsledky z provedené korelační analýzy a zaměříme se na výzkumnou otázku č. 3.

Výzkumné otázka č. 3: *existují statisticky prokazatelné vztahy psychické disociace k strategiím zvládnání stresu?*

Na základě korelační analýzy jsme dospěli k těmto výsledkům. U celkového souboru nalézáme pozitivní korelaci mezi **psychickou disociací** a **negativními strategiemi** zvládnání stresu typu **únikové tendence** ($r = 0,34$). Toto interpretujeme tak, že mezi psychickou disociací a tendence vyhnout se zátěži je pozitivní vztah.

U mužů s psychickou disociací nenalézáme prokazatelné korelace k pozitivním strategiím zvládnání stresu. Prokazatelné statistické vztahy nalézáme mezi **psychickou disociací** a negativními strategiemi typu **sociální opora** ($r = 0,33$), **únikové tendence** ($r = 0,34$), **rezignace** ($r = 0,35$) a **sebeobviňování** ($r = 0,4$).

Toto interpretujeme tím, že u mužů s přítomností psychické disociace se působením zátěže zvyšuje potřeba sociální opory, tendence reagovat vzdáním se s pocity bezmocnosti a připisovat působící zátěž vlastnímu chybnému jednání.

U žen s psychickou disociací nalézáme negativní korelace s pozitivními strategiemi zvládnání stresu typu **kontrola reakcí** ($r = -0,32$) což lze interpretovat tak, že přítomnost psychické disociace snižuje u žen schopnost zajistit si nebo udržet kontrolu vlastních reakcí. Negativní vztah mezi psychickou disociací a vyhýbáním ($r = -0,3$) si vysvětlujeme takto. Při vyšší tendenci se vyhnout či zamezit působení zátěže se disociativní projevy objevují méně výrazně. Dále nenalézáme prokazatelné vztahy mezi psychickou disociací a negativními strategiemi zvládnání stresu.

Z výsledků Mann Whitneova U testu poukazujeme na rozdíly uvnitř výzkumného souboru u jedinců s psychickou disociací a bez ní. Prokazujeme významné rozdíly ve strategii únikové tendence, perserverace a sebeobviňování. Přítomnost psychické disociace je tedy více spojena s tendencí ve stresové situaci či zátěžové situaci reagovat sebeobviňováním, myšlenkovém ulpíváním s rezignační tendencí uniknout z působící zátěže

Závěrem můžeme problematiku vztahu psychické disociace a strategií zvládnání stresu uzavřít s tím, že mezi těmito konstrukty nalézáme statisticky prokazatelné vztahy.

8.7. Vztah TAS-20, SDQ-20 a DES k self konceptu

8.7.1. Vztah alexithymie a self konceptu

V této kapitole si znázorníme výsledky neparametrických korelačních analýz mezi alexithymií a self konceptem. Dále poukážeme, zda mezi jedinci s alexithymií a bez ní existuje signifikantní rozdíl ve složkách self konceptu. Získané korelační koeficienty si znázorníme v následujících tabulkách.

Tab. 46: **Korelace mezi TAS-20 self konceptem (TSCS-II) u celkového výzkumného souboru, N=95, $p < ,05000$**

	PHY	MOR	PER	FAM	SOC	ACA	IDN	SAT	BHV
TAS-tot	-0,26	-0,23	-0,20	-0,27	-0,22	-0,20	-0,21	-0,30	-0,29
TAS-f1	-0,35	-0,30	-0,15	-0,29	-0,28	-0,19	-0,28	-0,34	-0,30
TAS-f2	-0,26	-0,25	-0,16	-0,20	-0,20	-0,26	-0,22	-0,26	-0,18
TAS-f3	-0,00	-0,00	-0,28	-0,20	-0,09	-0,08	-0,11	-0,11	-0,15

Komentář k tab. 46: s ohledem na self koncept poukážeme na negativní vliv alexithymie na míru pozitivního uspokojení se svými pocity a sebedřijetím ($r = -0,3$). Tento výsledek odpovídá teoretickému pojetí alexithymie. z této tabulky vyplývají následující korelace.

Neschopnost identifikace vlastních emocí a zažívání nediferencovaného vlastního emoční vzrušení negativně ovlivňuje více složek self konceptu než samotná přítomnost alexithymie.

Tab. 47: **Korelace mezi TAS a self-konceptem (TSCS-II). Muži, přítomnost Alexithymie, $p < ,05000$**

	PHY	MOR	PER	FAM	SOC	ACA	IDN	SAT	BHV
TAS-tot	0,13	0,04	0,24	0,24	0,15	0,29	0,29	0,04	0,05
TAS-f1	-0,17	-0,17	0,26	0,08	-0,03	0,05	0,08	-0,07	-0,07
TAS-f2	0,11	-0,16	-0,13	0,11	0,12	0,20	0,04	-0,02	0,10
TAS-f3	0,16	0,33	0,03	-0,02	0,11	-0,03	0,09	0,10	0,11

Komentář k tab. 47: u mužů s alexithymií nalézáme pouze pozitivní vazbu k morálnímu a etickému hodnocení sebe sama vlivem externě orientovaného myšlení a omezením fantazijního způsobu života ($r = 0,33$). Jakoby odklon od fantazie a vnitřního prostředí zvyšoval vnímanou míru svého morálně etického sebehodnocení.

Tab. 48: **Korelace mezi TAS a self-konceptem (TSCS-II). Ženy, přítomnost Alexithymie, $p < ,05000$**

	PHY	MOR	PER	FAM	SOC	ACA	IDN	SAT	BHV
TAS-tot	-0,24	-0,52	-0,37	-0,27	0,14	-0,19	-0,15	-0,40	-0,48
TAS-f1	-0,42	-0,39	0,08	-0,29	0,23	0,27	-0,16	-0,10	-0,40
TAS-f2	-0,03	-0,38	-0,11	0,03	0,15	-0,04	0,13	-0,17	-0,02
TAS-f3	-0,05	0,19	-0,54	0,00	-0,28	-0,72	-0,20	-0,42	-0,11

Komentář k tab. 48: u žen s alexithymií oproti mužům vyplývá více negativních vztahů k složkám self konceptu. Alexithymie negativně ovlivňuje eticko morální sebehodnocení ($r = -0,52$) a míru uspokojení s vlastními pocity ($r = -0,40$) a chováním ($r = -0,48$). Alexithymie dále negativně ovlivňuje vnímání osobního Já a schopnost přiměřeného sebehodnocení ($r = -0,37$).

tab.49: **Rozdíl v jednotlivých složkách self konceptu přítomnosti a nepřítomnosti alexithymie. (Mann-Whitney U test).**

	Rank Sum ANO	Rank Sum Ne	U	Z	p-level	Z	p-level2	p
Tot skore	1758,500	2801,500	723,500	-2,993	0,003	3,000	0,003	0,003
PHY	1909,500	2650,500	874,500	-1,867	0,062	1,870	0,061	0,062
MOR	1863,500	2696,500	828,500	-2,210	0,027	2,216	0,027	0,027
PER	1907,000	2653,000	872,000	-1,886	0,059	1,889	0,059	0,060
FAM	1736,000	2824,000	701,000	-3,160	0,002	3,170	0,002	0,001
SOC	1809,000	2751,000	774,000	-2,616	0,009	2,620	0,009	0,009
ACA	1876,000	2684,000	841,000	-2,117	0,034	2,119	0,034	0,034
IDN	1816,500	2743,500	781,500	-2,560	0,010	2,565	0,010	0,010
SAT	1794,500	2765,500	759,500	-2,724	0,006	2,730	0,006	0,006
BHV	1938,000	2622,000	903,000	-1,655	0,098	1,657	0,098	0,099

Z tab. 49: prokazatelně vyplývá rozdíl v jednotlivých složkách self konceptu u jedinců s alexithymií než u jedinců bez ní. Alexithymie je tedy více spojena s narušením self konceptu a přijatelným sebehodnocením.

8.7.1.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy alexithymie a self konceptu

V této části si shrneme dosažené výsledky z provedené korelační analýzy a zaměříme se na výzkumnou otázku č. 8.

Výzkumné otázka č. 8: *existují statisticky prokazatelné vztahy alexithymie k self konceptu?*

Na základě korelační analýzy jsme dospěli k těmto výsledkům. U celkového souboru nalézáme negativní korelaci mezi **1 faktorem alexithymie** s **fyzickým Já** ($r = - 0,35$) a **satisfakcí** ($r = - 0,34$). Toto interpretujeme tak, že porucha identifikace emocí negativně ovlivňuje tělesné já a uspokojení se svými individuálními pocity a vnímaným sebeobrazem.

Alexithymie negativně koreluje se **satisfakcí** ($r = - 0,30$) což také interpretujeme tím, že alexithymie negativně ovlivňuje uspokojení se svými pocity a uspokojením se svým sebeobrazem.

U **mužů s alexithymií** nalézáme pozitivní korelaci mezi **3 faktoru s morálním Já** ($r = 0,33$), což lze interpretovat tak, že existuje pozitivní vztah mezi externě orientovaným myšlením a sebehodnocením v podobě morálně-etické perspektivy.

U **žen s alexithymií** nalézáme negativní korelace s **morálním Já** ($r = -0,52$), **chováním** ($r = -0,48$), **satisfakcí** ($r = -0,40$). Přítomnost alexithymie u žen tedy negativně ovlivňuje sebehodnocení v podobě morálně-etické perspektivy, uspokojení se svými pocity a sebeobrazem a vnímání funkčnosti vlastního chování. **1 faktor alexithymie** negativně koreluje s **fyziickým Já** ($r = -0,42$) a **chováním** ($r = -0,4$). Hodnocení své image, tělesného Já a hodnocení svého chování jako funkčního je negativně ovlivňováno poruchou identifikace emocí. **2 faktor alexithymie** negativně koreluje s **morálním Já** ($r = -0,38$) čímž nalézáme negativní vztah mezi morálním sebehodnocením a neschopností popsat vlastní emoce. **3 faktor alexithymie** negativně koreluje s **pracovním Já** ($r = -0,72$), **personálním Já** ($r = -0,54$) a **satisfakcí** ($r = -0,42$). Zajímavý je statisticky vysoký vztah 3 faktoru k pracovnímu Já. Toto vysvětlujeme tak, že u žen má přítomnost omezení fantazijního života a externě orientovaného myšlení, negativní dopad na vnímání a hodnocení svých schopností a důvěry ve své zkušenosti, což negativně ovlivňuje vnímání se jako adekvátní osobnosti se schopností přiměřeného sebehodnocení.

Z výsledků Mann Whitneova U testu poukazujeme na rozdíly uvnitř výzkumného souboru u jedinců s alexithymií a bez ní. Prokazujeme významné rozdíly v self konceptu. Přítomnost alexithymie je tedy více spojena s negativním sebezpožíváním a sebehodnocením v určitých složkách selfkonceptu ve vyšší míře než u jedinců bez alexithymie.

Závěrem můžeme problematiku vztahu alexithymie a self konceptu uzavřít s tím, že mezi těmito konstrukty nalézáme zajímavé a statisticky prokazatelné vztahy.

8.7.2. Vztah somatoformní disociace a self konceptu

V této kapitole si znázorníme výsledky neparametrických korelačních analýz mezi somatoformní disociací a self konceptem. Dále poukážeme, zda mezi jedinci se somatoformní disociací a bez ní existuje signifikantní rozdíl ve složkách self konceptu. Získané korelační koeficienty si znázorníme v následujících tabulkách.

Tab. 50: **Korelace mezi SDQ-20 a self konceptem (TSCS-II) u celkového výzkumného souboru, N=95, $p <,05000$**

	PHY	MOR	PER	FAM	SOC	ACA	IDN	SAT	BHV
SDQ-20	- 0,35	- 0,19	- 0,10	- 0,17	- 0,18	- 0,20	- 0,18	- 0,29	- 0,25

Komentář k tab. 50: somatoformní disociace vzhledem k self konceptu narušuje optimální vnímání a hodnocení image, tělesného obrazu, přitažlivosti ($r = -0,35$).

Tab. 51: **Korelace mezi SDQ-20 a self-konceptem (TSCS-II). Muži, přítomnost somatoformní disociace, $p <,05000$**

	PHY	MOR	PER	FAM	SOC	ACA	IDN	SAT	BHV
SDQ-20	- 0,27	- 0,02	- 0,12	- 0,18	- 0,16	- 0,10	- 0,27	- 0,25	- 0,03

Komentář k tab. 51: z této tabulky nevyplývají statisticky prokazatelné vztahy. U mužů není vztah somatoformní disociace k jednotlivým složkám self konceptu tj. self koncept není přítomností somatoformní disociace prokazatelně ovlivněne negativním směrem.

Tab. 52: **Korelace mezi SDQ-20 a self-konceptem (TSCS-II). Ženy, přítomnost somatoformní disociace, $p <,05000$**

	PHY	MOR	PER	FAM	SOC	ACA	IDN	SAT	BHV
SDQ-20	- 0,35	- 0,21	0,01	- 0,09	0,10	- 0,03	- 0,12	- 0,27	- 0,16

Komentář k tab. 52: somatoformní disociace u žen narušuje optimální hodnocení tělesného Já ($r = - 0,35$).

tab.53: Rozdíl v jednotlivých složkách self konceptu podle přítomnosti a nepřítomnosti somatoformní disociace. (Mann-Whitney U test).

Sloupec1	Rank Sum ANO	Rank Sum Ne	U	Z	p-level	Z	p-level2	p
Tot skore	2031,000	2529,000	903,000	-1,675	0,094	1,679	0,093	0,095
PHY	1952,500	2607,500	824,500	-2,259	0,024	2,263	0,024	0,023
MOR	2066,000	2494,000	938,000	-1,414	0,157	1,418	0,156	0,159
PER	2252,000	2308,000	1124,000	-0,030	0,976	0,030	0,976	0,979
FAM	2223,500	2336,500	1095,500	-0,242	0,809	0,243	0,808	0,810
SOC	2142,000	2418,000	1014,000	-0,849	0,396	0,850	0,395	0,400
ACA	2036,500	2523,500	908,500	-1,634	0,102	1,636	0,102	0,102
IDN	2188,000	2372,000	1060,000	-0,506	0,613	0,507	0,612	0,617
SAT	2028,500	2531,500	900,500	-1,693	0,090	1,697	0,090	0,090
BHV	2035,500	2524,500	907,500	-1,641	0,101	1,643	0,100	0,101

Z tab. 53: vyplývá rozdíl ve složce self konceptu tj. fyzické Já u jedinců se somatoformní disociací. Toto interpretujeme tak, že somatoformní disociace je spojena s negativní představou a hodnocením svého těla, image a přitažlivosti.

8.7.2.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy somatoformní disociace a self konceptu

V této části se shrneme získané výsledky z provedené korelační analýzy a zaměříme se na výzkumnou otázku č. 7.

Výzkumné otázka č. 7: *existují statisticky prokazatelné vztahy somatoformní disociace k self konceptu?*

Na základě korelační analýzy jsme dospěli k těmto výsledkům. U celkového souboru nalézáme negativní korelaci **somatoformní disociace s fyzickým Já** ($r = -0,35$).

Tento závěr je zcela v souladu s teoretickými podklady somatoformní disociace. Přítomnost somatoformní disociace negativně ovlivňuje vnímání svého tělesného schématu a tělesné image.

U mužů se somatoformní disociací nenalézáme prokazatelné statistické korelační koeficienty.

U žen se somatoformní disociací nalézáme negativní korelace s tělesným Já ($r = -0,35$). Což koresponduje s předpokladem negativního působení somatoformní disociace na vnímání tělesného schématu, vlastní přitažlivosti a image.

U žen je příklon k tělesnému sebehodnocení a přitažlivosti větší než u většiny mužů, čímž je somatoformní disociace vnímána negativněji.

Z výsledků Mann Whitneova U testu poukazujeme na rozdíly uvnitř výzkumného souboru u jedinců se somatoformní disociací a bez ní. Prokazujeme významný rozdíl ve složce self konceptu fyzické Já. Přítomnost somatoformní disociace je tedy více spojena s negativním tělesným sebehodnocením, negativní představou své image a s nedostatečným hodnocením své přitažlivosti.

Závěrem můžeme problematiku vztahu somatoformní disociace a self konceptu uzavřít s tím, že mezi těmito konstrukty nalézáme ojedinělé zajímavé a statisticky prokazatelné vztahy především u souboru žen.

8.7.3. Vztah psychické disociace a self konceptu

V této kapitole si znázorníme výsledky neparametrických korelačních analýz mezi psychickou disociací a self konceptem. Dále poukážeme, zda mezi jedinci s psychickou disociací a bez ní existuje signifikantní rozdíl ve složkách self konceptu. Získané korelační koeficienty si znázorníme v následujících tabulkách.

Tab. 54: **Korelace mezi DES a self konceptem (TSCS-II) u celkového výzkumného souboru**, $N=95$, $p < ,05000$

	PHY	MOR	PER	FAM	SOC	ACA	IDN	SAT	BHV
DES	- 0,37	- 0,26	- 0,18	- 0,27	- 0,39	- 0,32	- 0,34	- 0,37	- 0,21

Komentář k tab. 54: psychická disociace vykazuje negativní vazbu se složkami self konceptu. Nevyšší negativní vazba psychické disociace je k hodnocení svého začlenění do společnosti a sebehodnocení v sociálních situacích ($r = -0,39$) a mírou upokojení se svými individuálními pocity ($r = -0,37$) a hodnocení svého těla a image ($r = -0,37$)

Tab. 55: **Korelace mezi DES a self-konceptem (TSCS-II). Muži, přítomnost psychické disociace, $p < ,05000$**

	PHY	MOR	PER	FAM	SOC	ACA	IDN	SAT	BHV
DES	0,28	0,16	0,30	0,25	- 0,15	0,14	0,05	0,29	0,19

Komentář k tab. 55: u mužů psychická disociace zvyšuje pocit cítění se jako adekvátní osobnost a přiměřené sebehodnocení.

Tab. 56: **Korelace mezi DES a self-konceptem (TSCS-II). Ženy, přítomnost psychické disociace, $p < ,05000$**

	PHY	MOR	PER	FAM	SOC	ACA	IDN	SAT	BHV
DES	- 0,41	- 0,23	- 0,23	- 0,40	- 0,27	- 0,43	- 0,26	- 0,54	- 0,58

Komentář k tab. 56: u žen s psychickou disociací nalézáme negativní vazbu s více složkami self konceptu než u mužů, Psychická disociace působí negativně na míru uspokojení se svými individuálními pocity a sebeobraz ($r = - 0,54$) a hodnocení funkčnosti svého chování ($r = - 0,58$).

tab.57: **Rozdíl v jednotlivých složkách self konceptu podle přítomnosti a nepřítomnosti psychické disociace. (Mann-Whitney U test).**

	Rank Sum ANO	Rank Sum Ne	U	Z	p-level	Z	p-level2	p
Tot skore	1550,500	2914,500	730,500	-2,673	0,008	-2,680	0,007	0,007
PHY	1511,500	2953,500	691,500	-2,971	0,003	-2,976	0,003	0,003
MOR	1587,000	2878,000	767,000	-2,394	0,017	-2,401	0,016	0,016
PER	1782,500	2682,500	962,500	-0,899	0,369	-0,900	0,368	0,371
FAM	1647,500	2817,500	827,500	-1,931	0,053	-1,937	0,053	0,053
SOC	1580,500	2884,500	760,500	-2,443	0,015	-2,447	0,014	0,014
ACA	1639,500	2825,500	819,500	-1,992	0,046	-1,995	0,046	0,046
IDN	1616,000	2849,000	796,000	-2,172	0,030	-2,176	0,030	0,030
SAT	1482,000	2983,000	662,000	-3,197	0,001	-3,204	0,001	0,001
BHV	1764,500	2700,500	944,500	-1,036	0,300	-1,037	0,300	0,302

Z tab. 57: vyplývají prokazatelné rozdíly v jednotlivých složkách self konceptu u jedinců s psychickou disociací než u jedinců bez ní. Psychická disociace negativně ovlivňuje více složek self konceptu.

8.7.3.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy psychické disociace a self konceptu

V této části si shrneme získané výsledky z provedené korelační analýzy a zaměříme se na výzkumnou otázku č. 6.

Výzkumné otázka č. 6: *existují statisticky prokazatelné vztahy disociace k self konceptu?*

Na základě korelační analýzy jsme dospěli k těmto výsledkům. U celkového souboru nalézáme negativní korelaci mezi **psychickou disociací** a **tělesným Já** ($r = - 0,37$), **sociálním Já** ($r = - 0,39$), **satisfakcí** ($r = - 0,37$) a **identitou** ($r = - 0,34$).

Přítomnost psychické disociace tedy negativně ovlivňuje sebehodnocení v sociálních situacích a v interakci s ostatními lidmi v sociálním prostředí. Psychická disociace dále negativně ovlivňuje vnímání vlastního těla a vidění sebe sama a uvědomování si vlastní identity spojené s uspokojením se svými individuálními pocity.

U **mužů s psychickou disociací** nalézáme zajímavou pozitivní korelaci s **personálním Já** ($r = 0,30$). Tento výsledek přináší zajímavou otázku proč? Jakoby psychická disociace u mužů vedla k lepšímu vnímání svého osobního Já a cítění se jako adekvátní osobnost. Toto lze patrně vysvětlit mechanismem pozitivní disintegrace nebo neuvědomění si disociovaných obsahů, které by tento pozitivní vztah k personálnímu Já mohly narušit.

U **žen s psychickou disociací** nalézáme negativní korelace se **satisfakcí** ($r = - 0,54$), **chováním** ($r = - 0,58$), **pracovním Já** ($r = - 0,43$), **fyzickým Já** ($r = - 0,41$) a **rodinným Já** ($r = - 0,40$). Psychická disociace zde negativně ovlivňuje vnímání funkčnosti vlastního chování společně s uspokojením se svými vlastními pocity a hodnocením svých pracovních zkušeností. Objevuje se také negativní působení psychické disociace na sebehodnocení a individuální pocity ve vztahu k rodinně a jejím členům.

Z výsledků Mann Whitneova U testu poukazujeme na rozdíly uvnitř výzkumného souboru u jedinců s psychickou disociací a bez ní. Prokazujeme významné rozdíly v jednotlivých složkách self konceptu. Přítomnost psychické disociace je tedy více spojena negativním sebehodnocením a negativně ovlivňuje větší počet složek self konceptu.

Závěrem můžeme problematiku vztahu psychické disociace a self konceptu uzavřít s tím, že mezi těmito konstrukty nalézáme zajímavé a statisticky prokazatelné vztahy především u souboru žen.

8.8. Vztah strategií zvládání stresu a self konceptu

V této kapitole si znázorníme výsledky neparametrických korelačních analýz mezi strategiemi zvládání stresu a self konceptem. Získané korelační koeficienty si znázorníme v následujících tabulkách.

Tab. 58: **Korelace mezi pozitivními strategiemi zvládání stresu (SVF-78) a self konceptem (TSCS-II) u celkového výzkumného souboru, N=95, $p < ,05000$**

	PHY	MOR	PER	FAM	SOC	ACA	IDN	SAT	BHV
Podhodnocení	0,30	0,24	0,35	0,13	0,34	0,27	0,37	0,20	0,35
Odmítání viny	- 0,01	0,12	0,25	0,21	0,04	0,15	0,07	0,20	0,15
Odklon	- 0,02	0,02	0,07	0,10	- 0,06	0,06	0,06	- 0,05	0,12
Náhradní uspokojení	0,02	- 0,02	0,13	0,16	0,08	- 0,02	0,11	- 0,02	0,13
Kontrola situace	0,20	0,23	0,30	0,12	0,22	0,23	0,29	0,19	0,20
Kontrola reakcí	0,03	0,17	0,23	0,04	0,10	0,12	0,13	0,06	0,17
Pozitivní instrukce	0,22	0,19	0,28	0,17	0,22	0,22	0,25	0,18	0,26
Poz. Celkem	0,10	0,18	0,31	0,18	0,15	0,19	0,25	0,09	0,26

Komentář k tab. 58: z této tabulky vyplývá, že pozitivní strategie zvláště podhodnocení kladně ovlivňují určité složky self konceptu.

Tab. 59: Korelace mezi negativními strategiemi zvládání stresu (SVF-78) a self konceptem (TSCS-II) u celkového výzkumného souboru, N=95, $p < ,05000$

	PHY	MOR	PER	FAM	SOC	ACA	IDN	SAT	BHV
Sociální opora	0,05	- 0,02	0,12	- 0,02	- 0,01	- 0,04	0,02	- 0,05	0,16
Vyhýbání	- 0,24	- 0,00	- 0,07	- 0,11	- 0,04	- 0,10	- 0,05	- 0,16	- 0,12
Únikové tendence	- 0,31	- 0,29	- 0,29	- 0,20	- 0,34	- 0,08	- 0,35	- 0,26	- 0,32
Perserverace	- 0,49	- 0,28	- 0,24	- 0,25	- 0,27	- 0,33	- 0,30	- 0,32	- 0,45
Rezignace	- 0,51	- 0,27	- 0,39	- 0,33	- 0,38	- 0,38	- 0,47	- 0,35	- 0,45
Sebeobviňování	- 0,42	- 0,21	- 0,26	- 0,29	- 0,33	- 0,35	- 0,33	- 0,37	- 0,38
Neg. Celkem	- 0,46	- 0,25	- 0,30	- 0,28	- 0,30	- 0,27	- 0,35	- 0,35	- 0,38

Komentář k tab. 59: negativní strategie mají ve svém dopadu negativní vliv na složky self konceptu. Na složky self konceptu nemají prokazatelný vztah negativní strategie sociální opora a vyhýbání.

8.8.1. Shrnutí výsledků korelační analýzy strategií zvládání stresu a self konceptu

V této části shrneme dosažené výsledky z provedené korelační analýzy a zaměříme se na výzkumnou otázku č. 9.

Výzkumné otázka č. 9: *existují statisticky prokazatelné vztahy alexithymie k self konceptu?*

Na základě korelační analýzy jsme dospěli k těmto výsledkům. U celkového souboru nalézáme pozitivní korelace **self konceptu** s **pozitivními strategiemi stresu**. Tento výsledek koresponduje s představou, že pozitivní strategie stresu kladně působí na self koncept a rozvíjejí vnímanou vlastní zdatnost jedince ve zvládání zátěžových situací. Tento závěr koresponduje s představou, že pokud stresovou situaci zvládneme, tak nemáme tendenci k snižování vlastního sebepojetí a vnímání vlastní zdatnosti.

U **negativních strategií** zvládání stresu nalézáme nejvyšší negativní korelace **fyzického Já** s **rezignací** ($r = - 0,51$) a **perserverací** ($r = - 0,49$) a identitou ($r = - 0,47$).

Obecně lze oblast vztahu negativních strategií zvládání stresu a self konceptu uzavřít tím, že se mezi nimi vyskytuje negativní vazba. Negativní strategie v zátěžových situacích záporně ovlivňují sebehodnocení a vnímání vlastní zdatnosti.

Závěrem můžeme problematiku vztahu strategií zvládnání stresu a self konceptu uzavřít s tím, že mezi těmito konstrukty nalzáme zajímavé a statisticky prokazatelné vztahy především v oblasti vlivu negativních strategií.

9. Diskuze

V této části se zaměříme na hlavní výsledky získané z použitých analýz. Na základě statických šetření u sledovaných parametrů jsme zjistili, že přítomnost alexithymie v našem zkoumaném souboru je 43%. Přítomnost psychické disociace dosahuje 38% a přítomnost somatoformní disociace je 45%. Výskyt alexithymie u lidí závislých na alkoholu je v souladu s teoretickými předpoklady (Evren et al., 2008, Sauvage, Loas, 2006, Uzun et al., 2003). Můžeme tedy opatrně tvrdit, že alexithymie je přítomna u necelé poloviny jedinců závislých na alkoholu, byť pro větší zobecnění jejího výskytu by bylo lépe disponovat vyšším počtem probandů výzkumného souboru. Alexithymie představuje u lidí závislých na alkoholu důležitý jev, který je žádoucí zohlednit v léčbě, při níž jsou emoce a práce s nimi velice důležitá. Práce s emocemi poukazuje na možnost pochopení vlastních psychických procesů, jejich provázanost a spolupodmíněnost. Psychická disociace představuje komplexní oddělení emoční části informace od kognitivní složky. Výskyt disociativních tendencí je potřeba zvážit při působení stresových situací, které daný závislý jedinec prožil či prožívá. Domníváme se, že pro práci s disociovanými obsahy se dobře uplatňují psychodynamické postupy, které postupně odkrývají oddělený obsah a převádí jej do narativní paměti, čímž umožňují jeho zařazení do vlastní zkušenosti. Somatoformní disociace představuje reakci člověka na zátěž či trauma v podobě somatoformních symptomů tj. převodu disociace na řeč těla. Somatoformní strategie zvládnání zátěže je nevědomá a představuje zátěž jak pro pacienta, tak jeho okolí včetně ošetřujícího personálu. Relativně vysoký výskyt těchto jevů poukazuje, že je lze považovat za důležitou součást závislosti na alkoholu. Použitím faktorové analýzy jsme zjistili, že jednotlivé jevy tj. alexithymie, psychická disociace a somatoformní disociace představují relativně samostatné konstrukty. Faktorovou analýzou jsme dále zjistili, že relativně samostatný faktor představuje externě orientované myšlení a omezení fantazijního způsobu života. Toto interpretujeme tak, že u závislých lidí na alkoholu je přítomno externě orientované myšlení a omezení fantazijního života s odklonem od vnitřního emočního prostředí, které se může zdát danému jedinci obtížně popsitelné a pochopitelné. Externí orientace myšlení dle našeho názoru představuje účelnou obranu před vlastním negativním prožíváním. Příklon k externímu prostředí je také znatelný v tendenci omezit své působení pouze na vnější záležitosti a nechuti nořit se v terapeutickém sezení do nitra svého emočního prožívání. Domníváme se, že v bezpečném terapeutickém vztahu lze otevírat otázky vlastní emoční nejistoty více, než při edukativních a direktivních programech vedoucí k pochopení závislosti s cílem, vytvořit u daného jedince především zásobu

žádoucích reakcí, které v kontaktu s provokujícím podnětem zamezí či sníží riziko užití alkoholu. Alexithymie s psychickou disociací koreluje na hodnotě $r = 0,59$ což představuje pozitivní vztah mezi těmito konstrukty a odpovídá teoretickému zázemí tj. na stres či traumatický stres lze reagovat jak alexithymií, tak disociací a mezi nimi se nalézá pozitivní vztah (Bob, 2005). Z toho usuzujeme na jejich provázanost, byť faktorová analýza poukázala na jejich relativní samostatnost. Mezi psychickou disociací a somatoformní disociací nacházíme slabší korelační koeficient $r = 0,4$. Jednotlivé faktory dotazníku TAS-20 spolu významně korelují vyjma faktoru 3, který se dle výsledků faktorové analýzy jeví jako samostatný faktor. Alexithymie pozitivně koreluje se somatoformní disociací na hodnotě $r = 0,6$. Tímto prokazujeme, že potlačování emocí se zpětně projevuje v somatických projevech, což je v souladu s teoretickými poznatky.

Při zkoumání strategií zvládání stresu jsme dospěli k závěrům, že u lidí závislých na alkoholu jsou v popředí negativní strategie zvládání stresu a to především únikové tendence, rezignace a sebeobviňování. Z pozitivních strategií dosahuje nejvyšší hodnotu strategie náhradní uspokojení. Vyšší hodnoty u strategie únikové tendence představuje sklon k vyhýbání se zátěžové situaci. Vyhýbání se zátěžové situace znamená nedostatek vnímané vlastní zdatnosti či ego kompetence řešit působící situace. Rezignace představuje tendenci vzdávat se s pocitem úzkosti, bezmoci a beznaděje s rizikem, že zdánlivě bezvýchodná situace při snížené ego kompetenci povede k užití alkoholu, který svými účinky dokáže redukovat úzkost. Tento závěr odpovídá teoretickým předpokladům (Oei, Hasking, Philips, 2007). Strategie sebeobviňování představuje připisování vzniklé zátěže vlastnímu chybnému jednání, což vede ke snížení vnímání vlastní zdatnosti či ego kompetence a možnému relapsu či lapsu. Z pozitivních strategií v našem souboru dominuje strategie náhradní uspokojení představující tendenci obrátit se k pozitivním aktivitám či situacím. Lze předpokládat, že pokud je alkohol v systému odměny zakódován jako pozitivní faktor, může strategie náhradní uspokojení vést k napití právě na bázi pozitivních účinků alkoholu na psychický stav jedince.

Výsledky měření self konceptu přináší tyto výsledky. U celkového souboru jsou dosahovány nižší hodnoty oproti střednímu rozsahu T-skóru v těchto složkách: u celkového skóru self konceptu, morálního Já, personálního Já, rodinného Já a doplňkového skóru identita. Jedinci závislí na alkoholu se pohybují v pásmu nízkého sebehodnocení, prožívaných úzkostí s nedostačujícími schopnostmi projevit se ve společnosti. V kontrastu s výzkumnou studií W. H. Whita a T. L. Thomase (1971) neprokazujeme významné snížení sociálního Já.

Tento rozdíl si vysvětlujeme tak, že lidé závislí na alkoholu v USA díky své propagované kolektivní národní hrdosti zažívají více negativně své postavení ve společnosti a mohou se více stydět za svou závislost na alkoholu než závislí lidé v České Republice.

Nyní si rozdělíme výsledky korelační analýzy na muže a ženy a jednotlivé statistické závěry si uvedeme vztažně k nim. U mužů s přítomností alexithymie nejvýše pozitivně koreluje potřeba sociální opory $r = 0,4$.

S faktorem 1 pozitivně koreluje potřeba sociální opory $r = 0,5$. Tento výsledek interpretujeme tak, že muži závislí na alkoholu s přítomností alexithymie mají větší tendenci ve stresových situacích nebo zátěži reagovat zvýšenou potřebou zajistit si pohovor, sociální oporu či pomoc. Toto vykládáme tak, že působením sociální opory se zvyšuje orientace a emoční stabilizace v prožívání negativní situace např. bažení apod. U žen s přítomností alexithymie se objevuje větší počet významných pozitivních korelací k negativním strategiím stresu. Nejvyšší hodnoty pozitivních korelací sledujeme mezi přítomností alexithymie a rezignací $r = 0,75$ a perserverací $r = 0,63$. Z těchto výsledků usuzujeme, že přítomnost alexithymie u žen závislých na alkoholu je spojena s tendencí ve stresových situacích reagovat vzdáváním se s pocitem bezmoci a s tendencí nedokázat se od problému myšlenkově odpoutat. Při přítomnosti somatoformní disociace u mužů prokazujeme pozitivní korelaci se zvýšenou potřebou sociální opory $r = 0,41$. Ženy s přítomností somatoformní disociace pozitivně korelují s negativní strategií typu rezignace. U mužů s přítomností psychické disociace sledujeme pozitivní korelační vztah se sebeobviňováním $r = 0,40$. U žen významný statistický vztah k psychické disociaci a negativních strategií nenalzáme

Na základě výše uvedených výsledků prokazujeme u mužů závislých na alkoholu vyšší tendenci k sociální opoře a sebeobviňování. U žen jsme shledali vyšší počet přítomnosti negativních strategií vztažně k měřeným konstruktům, což uzavíráme tím, že ženy závislé na alkoholu více používají negativní strategie zvládnání stresu.

Nabízí se otázka proč? Jednou z odpovědí je, že se na základě malého vzorku žen v našem souboru dopouštíme chyby v interpretaci, protože při větším počtu žen by mohly výsledky vypadat odlišně. Další možností je, že ženy závislé na alkoholu s alexithymií mají v repertoáru opravdu více negativních strategií zvládnání stresu než muži s alexithymií.

Z hlediska terapeutické práce se ze získaných výsledků logicky nabízí úvaha, zda by terapie vedoucí k snížení negativních strategií a postupné učení se pozitivním strategiím vedla ke snížení projevů alexithymie, disociace a somatoformní disociace.

Dle našeho názoru se postupným nahrazováním negativních strategií pozitivními, rozšiřuje právě specifická vnímaná vlastní zdatnost a nikoliv vnímaná vlastní zdatnost obecná jeví se pro abstinenci a zvládání zátěžových situací výhodnější. Obecná zdatnost je více založena na sebehodnocení v širším smyslu, nikoliv pouze na naučení se reagovat na určité situace. Analýzou rozdílů uvnitř výzkumného souboru jsme získaly tyto výsledky. Jedinci s alexithymií používají více strategie sebeobviňování a pozitivní instrukce než jedinci bez ní. Alexithymie tedy představuje významný činitel, se kterým se pojí tendence v zátěžových situacích reagovat sebeobviňováním s prožíváním nedostatečné ego kompetence vedoucí k jejich zvládnutí.

V tomto pojetí se dostáváme ke vztahu alexithymie, psychické disociace, somatoformní disociace k self konceptu. Korelační analýzou jsme získali u celkového souboru slabé negativní korelace 1 faktoru alexithymie s fyzickým Já $r = -0,35$ a morálním Já $r = -0,30$. Přítomnost alexithymie negativně koreluje se satisfakcí představující uspokojení se svými individuálními pocity a vnímaným sebeobrazem. Tento závěr je logicky v souladu s projevy alexithymie (Taylor, 1997). U mužů s alexithymií nalézáme slabší pozitivní korelaci mezi externě orientovaným myšlením a omezením fantazijního života s morálním Já $r = 0,33$, což může znamenat, že externí orientace s odklonem od vnitřního prostředí je spojena s vyšší mírou uspokojení se svým eticko-morálním sebehodnocením. U žen závislých na alkoholu s přítomností alexithymie nalézáme vyšší negativní korelace s morálním Já $r = -0,57$, chováním $r = -0,48$. Toto interpretujeme tak, že u žen závislých na alkoholu s přítomností alexithymie je snížené morálně-etické sebehodnocení se sníženou mírou uspokojení se svými pocity a svým sebeobrazem při nedostatečném pozitivním vnímání funkčnosti vlastního chování. Obecně lze poukázat na fakt, že u žen se více ve vztahu alexithymie a self konceptu projevují negativní korelační vztahy. Analýzou uvnitř výzkumné skupiny nalézáme významné rozdíly mezi jedinci s alexithymií a bez ní. Alexithymie tedy souvisí s negativním sebehodnocením, což odpovídá výzkumným poznatkům (Schlesinger, Susmann, Koenigsberg, 1990).

Dalšími korelačními analýzami nenalézáme statisticky prokazatelné vztahy somatoformní disociace u mužů závislých na alkoholu a self konceptu. U žen s přítomností somatoformní disociace nalézáme slabší negativní vazbu s fyzickým Já $r = -0,35$.

Ženy více inklinují k vlastnímu upravenému a přitažlivému tělesnému vzhledu, jehož hodnocení je přítomností somatoformní disociace negativně ovlivňováno. Výsledky analýzy rozdílů uvnitř výzkumného souboru poukazují, že negativní prožívání fyzického Já je statisticky významné právě u jedinců se somatoformní disociací než u jedinců bez ní.

Tento závěr je v souladu s projevy somatoformní disociace, protože její přítomnost negativně ovlivňuje hodnocení svého tělesného schématu, atraktivity apod.

U celkového souboru je psychická disociace v negativním vztahu s tělesným Já $r = -0,37$, sociální Já $r = -0,39$ a satisfakcí $r = -0,37$. Tyto výsledky interpretujeme tak, že u lidí závislých na alkoholu přítomnost psychické disociace negativně ovlivňuje sebehodnocení v sociálních situacích. Negativně také ovlivňuje vnímání vlastního těla, vidění sebe sama a uspokojení s vlastními pocity.

U mužů nalézáme zajímavý pozitivní vztah psychické disociace s personálním Já $r = 0,30$. Tento vztah se jeví vzhledem k povaze mechanismu disociace dosti zvláštní, ale domníváme se, že disociované obsahy jsou souběžně kompenzovány snahou o lepší vnímání svého osobního Já, tj. může se jednat o zárodky fragmentace po předchozí pozitivní dezintegraci. Ženy s přítomností psychické disociace dosahují opět většího počtu negativních korelací. Somatoformní disociace u žen negativně koreluje se satisfakcí $r = -0,54$, chováním $r = -0,58$ a s rodinným Já $r = -0,40$. Na základě uvedeného zvažujeme, že ženy závislé na alkoholu jsou více zranitelné a zažívají hlubší nesoulad mezi svým emočním prožíváním a představou svého optimálního fungování. Z analýzy uvnitř výzkumného souboru prokazujeme statisticky významné rozdíly v self konceptu mezi jedinci s psychickou disociací a bez ní. Psychická disociace tímto představuje faktor, který negativně ovlivňuje sebehodnocení a spokojenost se sebou samým.

Analýzou strategií zvládání stresu a self konceptu docházíme k závěru, že u celkového souboru nalézáme větší počet negativních korelací self konceptu s negativními strategiemi zvládání stresu. Tyto výsledky interpretujeme tak, že negativní strategie stresu nepůsobí pozitivně na utváření self konceptu. Vztah alexithymie, disociace, somatoformní disociace, strategií zvládání stresu a self konceptu je u lidí závislých na alkoholu statisticky prokazatelný a zaslouží si pozornost v terapeutické a práci a dále v dalších takto orientovaných výzkumných pracích. Domníváme se, že nelze jednotlivé části proměnných od sebe úplně oddělit, ale zvažovat je v kontextu jejich spolupůsobení a spolupodmíněnosti. Opominutím či přehlédnutím důležitých vztahů se může prohlubovat u závislých lidí neporozumění sobě sama a zažívání osobního diskomfortu. Ten může provokovat vznik úzkosti potencovanou selháváním v sociálním prostředí vedoucí, až k umělému regulátoru nálady v podobě alkoholu. Tímto se kruh užívání alkoholu může u daného jedince prohlubovat.

Z kritického pohledu na náš výzkum si uvědomujeme, že námi získané výsledky poskytují mnoho otázek místo odpovědí.

Zjištěné vztahy se vyskytují v slabších a středních korelačních koeficientech a neposkytují dostatečně silné zázemí pro jasné závěry. Závislost na alkoholu a studium vztažných souvislostí je široké čímž lze namítnout, že náš výzkum se zaměřuje na úzký segment poznání, jehož přínosnost je velmi specifická. Dalším kritickým bodem výzkumu může být, že jsme nesledovali vývoj proměnných v čase. Výsledky zachycují stav jedince v daném okamžiku průběhu léčby nikoliv po ní, čímž bychom mohli srovnat dané výsledky z časového hlediska a do jisté míry i z hlediska účinnosti léčby. Také lze namítnout, že probandi vždy nebyli ve stejné fázi léčby, což může zkreslovat získané výsledky a jejich interpretaci.

Ze získaných výsledků se však nabízí některé zajímavé otázky. Jsou ženy závislé na alkoholu na tom opravdu hůře v měřených proměnných než muži? Jakou míru závažnosti závislosti si muži a ženy přisuzují? Využívají muži více sociální oporu než ženy během závislosti? Používají ženy na rozdíl od mužů více negativní strategie stresu? Jaký by byl posun zkoumaných proměnných v čase tj. v ose - léčba, ukončení léčby a za delší čas?

I přes kritické zamyšlení se domníváme, že naší prací pootevíráme další pohled vztahu alkoholové závislosti k disociaci, alexithymii a self konceptu a poukazujeme na zajímavá zjištění, která mohou být ku prospěchu jak při terapeutické či poradenské práci, tak následujícím výzkumům podobného zaměření.

10. Závěr

Na základě údajů získaných pomocí statistických metod jsme došli v empirické části naší disertační práce k těmto výsledkům.

V rámci výzkumných otázek jsme dospěli k závěrům.

- Alexithymie se u lidí závislých na alkoholu vyskytuje v 43% .
- Disociace se u lidí závislých na alkoholu vyskytuje v 38%.
- Somatoformní disociace se u lidí závislých na alkoholu vyskytuje v 45%.
- Mezi alexithymií, disociací a somatoformní disociací u lidí závislých na alkoholu nalézáme prokazatelné korelační koeficienty.
- Alexithymie, disociace a somatoformní disociace u lidí závislých na alkoholu poukazuje na statisticky prokazatelné vztahy s negativními strategiemi zvládnání stresu více než se strategiemi pozitivními.
- U žen závislých na alkoholu sledujeme větší počet pozitivních korelací u negativních strategií zvládnání stresu s přítomností alexithymie, disociace a somatoformní disociace než u mužů.
- Alexithymie, disociace a somatoformní disociace u lidí závislých na alkoholu poukazuje na statisticky prokazatelné vztahy s částmi self konceptu.
- U žen závislých na alkoholu sledujeme větší počet negativních korelací self konceptu s přítomností alexithymie, disociace a somatoformní disociace než u mužů.

11. Souhrn

V této kapitole si stručně shrneme celý obsah naší disertační práce, kterou jsme nazvali: Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu. Důležitým tématem naší práce je závislost na alkoholu a možné proměnné, které ji mohou ovlivňovat v pozitivním či negativním směru. Závislost na alkoholu je doprovázená stresem, který může být příčinou dalšího užívání a postupného rozvoje závislosti. Na stres a zátěž může jedince reagovat také mechanismy disociace či alexithymie.

Prvně jsme se v naší práci zabývali popisem a vymezení pojmu disociace, která představuje komplexní neurobiologický fenomén, při němž dochází k oddělení afektivní části zážitku od kognitivní komponenty. Z hlediska přístupů jsme poukázali na typy disociace tj. na její primární, sekundární a terciární podobu a přístupy k ní. Zajímavou oblastí studia disociace představuje model neurobiologický snažící se hledat mozkové koreláty a procesy, které by osvětlily vznik a dynamiku disociace. Disociace ve své patologické podobě vede k dissociativním poruchám. S disociací také souvisí její somatické vyjádření tj. somatoformní disociace, v patologické podobě se projevující v somatoformních poruchách. V kapitolách o alexithymii se věnujeme jejímu vymezení a sledování příčin jejího vzniku v pojetí bio-psycho-sociálním. Poukazujeme na vztah alexithymie a závislosti na alkoholu především ve vlivu a působení alkoholu na prožívané potíže s emocemi a z toho vyplývající potíže v sociálním prostředí. Relativně nejrozsáhlejší kapitolu tvoří problematika závislosti na alkoholu. Závislost na alkoholu je vysvětlována mnohými přístupy a teoriemi od psychologických počínaje a biochemickými a genetickými konče. Výrazným modulátorem aktuálního stavu poznání oblasti závislosti na alkoholu jsou neurovědní přístupy, které se snaží pomocí zobrazovacích metod přesněji lokalizovat a popsat biologickou dynamiku závislosti. I přes výrazný rozvoj v neurověděch se stále nedaří objasnit všechny participující proměnné hrající roli ve vzniku závislosti a nové poznatky přináší spíše více otázek než jasných a přehledných odpovědí. V empirické části disertační práce jsme zkoumali vztahy mezi závislostí na alkoholu, alexithymií, psychickou disociací, somatoformní disociací a self konceptem. Vzhledem k povaze výzkumu jsme využívali korelační mapující výzkum, jehož předností je právě nalézání vztahů mezi zkoumanými proměnnými. Výzkum byl svou povahou kvantitativního charakteru. Jako statistické metody jsme používali deskriptivní statistiku, faktorovou analýzu, neparametrickou Spearmanovu korelační analýzu a Mann Whitneův U test. Důvodem volby neparametrické statistiky byl závěr z provedeného testu normality, který poukázal, že naše získaná dat neodpovídají předpokladu normálního rozložení.

Jako metody sběru dat jsme použili dotazníky TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale - měří přítomnost alexithymie), DES (Dissociation Experiences Scale - měří přítomnost psychické disociace), SVF-78 (strategie zvládání stresu), TSCS-II (Tennessee Self Concept Scale - měří self koncept). Celkový vzorek výzkumu byl tvořen celkem 95 probandy. Z toho bylo 23 žen a 72 mužů. Sběr dat proběhl v P-centrum v Olomouci, Fakultní nemocnici Olomouc, Psychiatrické Léčebně ve Šternberku, Psychiatrické Léčebně v Havlíčkově Brodě. Ze získaných výsledků jsme mohli odpovědět na stanované výzkumné otázky. Na tyto otázky jsme odpověděli po vyhodnocení takto:

- Alexithymie se u lidí závislých na alkoholu vyskytuje v 43% .
- Disociace se u lidí závislých na alkoholu vyskytuje v 38%.
- Somatoformní disociace se u lidí závislých na alkoholu vyskytuje v 45%.
- Mezi alexithymií, disociací a somatoformní disociací u lidí závislých na alkoholu nalézáme prokazatelné korelační koeficienty.
- Alexithymie, disociace a somatoformní disociace u lidí závislých na alkoholu poukazuje na statisticky prokazatelné vztahy s negativními strategiemi zvládání stresu více než se strategiemi pozitivními.
- U žen závislých na alkoholu sledujeme větší počet pozitivních korelací u negativních strategií zvládání stresu s přítomností alexithymie, disociace a somatoformní disociace než u mužů.
- Alexithymie, disociace a somatoformní disociace u lidí závislých na alkoholu poukazuje na statisticky prokazatelné vztahy s částmi self konceptu.
- U žen závislých na alkoholu sledujeme větší počet negativních korelací self konceptu s přítomností alexithymie, disociace a somatoformní disociace než u mužů.

Přínos této práce shledáváme v propojení a mapování závislosti na alkoholu a vztahu k disociaci, alexithymii, somatoformní disociaci, self konceptu a strategiím zvládání stresu. Na základě mapujícího korelačního výzkumu jsme získali četné množství dat, která ve své podobě obohacují pochopení souvislosti mezi zkoumanými jevy a závislostí na alkoholu. Jako přínos práce také považujeme, že některé její zjištěné vztahy a poznatky mohou být zasazeny do reálné terapeutické práce s klientem závislým na alkoholu s přítomností alexithymie, disociace nebo somatoformní disociace či bez nich.

Literatura

- Ahrens, S., Gyldenfeldt, H.V. Runde, P. (1979). Alexithimie, psychosmatische krankheit und instrumetelle Orientierung. *Psychoher. Med. Psycholo.* 29, s.173-177
- Albach, F., Moormann, P. P., & Bermond, B. (1996). Memory recovery of childhood sexual abuse. *Dissociation.* 9, 258–269
- Balcar, K. (1983). *Úvod do studia psychologie osobnosti.* Praha: SPN
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol.* 37:122–14
- Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie.* Praha: Portál
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J., & Svoboda, V. (1993). *Psychosomatická medicína.* Praha Grada Avicenum
- Bernstein, E. M., Putman, F. W. (1986). Development, reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *J. Nerv. Ment. Dis.,* 174, 12, 727-735
- Bob, P. (2004). Dissociative processes, multiple personality and dream functions. *American Journal of Psychotherapy,* 58, s. 139-149
- Bob, P. (2007). *Chaos, brain and divided consciousness.* Praha: UK
- Bob, P.(2005). *Psychobiology of dissociation and relationships between epilepsy and mental illness.* Praha: UK
- Bond, C., LaForge, K. S., Tian, M., Melia, D., Zhang, S., Borg, L., Gong, J., Schluger, J., Strong, J. A., Leal, S. M., Tischfield, J. A., Kreek, M. J., & Yu, L. (1998). Single-nucleotide polymorphism in the human mu opioid receptor gene alters betaendorphin binding and activity: possible implications for opiate addiction. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA,* 95, 9608–9613.
- Bower, G.H. (1981). Mood and Memory. *Am. Psychol.,* 36, 2, p.129-148.
- Bowers, K.S., Meichenbaum, D. (1984). *The unconscious reconsidered.* New York: John Wiley, s.9-48
- Brehm, S. S., Kassin, S. M., Fein, S. (2005). *Social psychology (6 th ed.).* Boston: Houghton Mifflin Company
- Bremner, J. D., Marmar C. R. (1998), *Trauma, memory, and dissociation.* Washington: American Psychiatric Press, s. 321-363
- Brunet, A., Holowka, D.W., & Laurence, J.R. (2001). *Dissociation.* Encyclopedia of the Neurological Sciences. San Diego: Academic Press

- Buda, B. (1972). Sociálno-psychiatrický výskum alkoholizmu. *Protialk. Obzor*, 7, 143-148
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2000). *Perspectives on personality* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon
- Colleen, C. (2007). Schema Model of the Self-Concept to examine role of the Self-Concept in Alcohol Dependence and Recovery. American Psychiatric Nurses Association
- Connor, J. P., Young, R. M., Williams, R. J., & Ricciardelli, L. A. (2000). Drinking restraint versus alcohol expectancies: Whis is better indicator of alcohol problems? *Journal of studies on alcohol*, 61(2), 352-359
- Dabrowski, K. (1964). *Positive disintegration*. London : J. & A Churchill Ltd
- De Bruin, J. P.C. (1990). Orbital prefrontal cortex, dopamine, and social-agonistic behavior of male Long Evans rats. *Aggressive Behavior*, 16, 231-248
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2006). The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1265-1270
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2007). Attachment styles in alcoholic inpatients. *European Addiction Research*, 13(2), 101–108.
- de Timary, P., Luts, A., Hers, D., & Luminet, O. (2008). Absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal: Relationship to depression and anxiety. *Psychiatry Research*, 157, 105–113.
- Elzinga, B.M., Bermond, B., van Dyck R.(2002). The relationship between dissociative proneness and alexithymia. *Psychother Psychosom*, 71:104-111.
- Enoch, M. A., & Goldman, D. (2001). The genetics of alcoholism and alkohol abuse. *Current Psychiatry Reports*, 3:144-151
- Evren, C., Durkaya, M., Celik, R., Dalbudak, E., Cakmak, D., & Flannery, B. (2009). Relationship of alcohol craving with alexithymia and dissociation in male alcohol dependent inpatients. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 10:165-173.
- Evren, C., Kose, S., Sayar, K., Ozcelik, B., Borckardt, J. P., Elhai, J. D., et al. (2008). Alexithymia and temperament and character model of personality in alcohol dependent Turkish men. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(4), 371–378.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton
- Fišar, Z., Jiráček, R., Bob, P., Papežová, H. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2ed. Praha: Grada

- Frewen, P.A., Pain, C., Dozois, D.J.A., & Lanius, R.A. (2006). Alexithymia in PTSD: Psychometric and fMRI studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 397–400
- Frischholz, E. J., Braun, B. G. Sachs, R. G. Hopkins, L., Shaeffer, D., Lewis, J., Leavitt, F., Paquotto, J. N., Schwartz, D. R. (1990). The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation*, 3, 151-153
- Gabel, S. (1989). Dreams as a Possible Reflection of Dissociated Self-Monitoring system. *J. Nerv. Ment. Dis*, 177, p. 560-568
- Gainotti, G. (1972). Emotional behavior and hemispheric side of the lesion. *Cortex*, 8, 51-55.
- Gazzaniga, M. S. (1989). The organization of the human brain. *Science*, 245, s. 947-952.
- Goeders, N. E., & Smith, J. E. (1986). Reinforcing properties of cocaine in the medial prefrontal cortex: primary action on presynaptic dopaminergic terminals. *Pharmacol Biochem Behav*, 25, 191–199
- Goldstein, R. Z., Volkow, N. D. (2002). Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex. *AM J Psychiatry*, 159, p. 1642-1652
- Gross, W. F. (1971). Self-concepts of Alcoholics before and after Treatment. *Journal of Clinical Psychology*. 27, 539-541
- Gündel, H., López-Sala, A., Ceballos-Baumann, A. O., Deus, J., Cardoner, N., Marten-Mittag, B., Soriano-Mas, C., & Pujol, J (2004). Alexithymia Correlates With the Size of the Right Anterior Cingulate. *Psychosomatic Medicine* 66, 132-140
- Hakala, M., Karlsson, H., Kurki, T., Aalto, S., Koponen, S., Vahlberg, T., Niemi, P. M. (2002). Volumen of the caudate nuclei in women with somatization disorder and healthy women. *Psychiatry Res*, 131
- Hammad, M. A., Barsky, A. J., Regenstein, Q. R. (2001). Correlation between static sensation inventory scores and hyperarousal scale scores. *Psychosomatics*, 42
- Hasking, P. A., Oei, T. P. S. (2002). The differential role of alcohol expectancies, drinking refusal self-efficacy and coping resources in predicting alcohol consumption in community and clinical samples. *Addict Res Theory*. 10:465–494.
- Haviland, M. G., Warren, W. L., & Riggs, M. L. (2000). An observer scale to measure alexithymia. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 41(5), 385-392

- Heath, A. C., & Martin, N.G. (1994). Genetic influences on alcohol consumption patterns and problem drinking: results from the Australian NH & MRC twin panel follow-up study. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 708:72-85
- Heath, A. C., Madden, P. A., Bucholz, K. K., Dinwiddie, S. H., Slutske, W. S., Bierut, L. J., Rohrbach, J. W., Statham, D. J., Dunne, M. P., Whitfield, J. B., Martin, n. G. (1999). Genetic differences in alcohol sensitivity and the inheritance of alcoholism risk. *Psychological Medicine*, 29: 1069-1081
- Hendl, J. (2004). *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál
- Higgins, E. T. (1989). Continuities and discontinuities in self regulatory and self-evaluative processes: A developmental theory of self and affect. *Journal of Personality*, 57, 407-444
- Hodgins DC, el-Guebaly N, Armstrong S: Prospective and retrospective reports of mood states before relapse to substance use. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:400–407
- Hoschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris
- Howell, E. F. *Dissociative mind*. Taylor & Francis group: Routledge
- Hund, A.R., & Espelage, D.L. (2005). Childhood sexual abuse, disordered eating, alexithymia and general distress: A mediation model. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 559–573
- Charalampous, K. D., Ford, B., Skinner, T. J. (1976). Self-esteem in alcoholics and nonalcoholics. *J Stud Alcohol*, 37, 990–994.
- Chromý, K., Honzák, R., et al. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Portál
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press
- Junghanns, K., Tietz, U., Dibbelt, L., Kuether, M., Jurth, R., Ehrenthal, D., et al. (2005). Attenuated salivary cortisol secretion under cue exposure is associated with early relapse. *Alcohol and Alcoholism*, 40(1), 80–85.
- Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada
- Kalina, K., et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada
- Kauhanen, J., Julkunen, J., & Salonen, J. T. (1992). Coping with inner feelings and stress: Heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behavioral Medicine*, 18(3), 121-126
- Kerlinger, F. N., Lee, H. B. (2007). *Foundations of Behavioral Research*. Hart Court, College Publishers
- Kim, Y. H. (2001). Korean adolescents' health risk behaviors and their relationships with the selected psychological constructs. *J Adolesc Health*, 29:298–306.

- Knight, R. P. (1973). The psychodynamic of chronic alcoholism. *J. nerv.ment. Dis.*, 86, 538-548
- Kodl, M. M., Fu, S. S., Willenbring, M. L., Gravely, A., Nelson, D. B., & Joseph, A. M. (2008). The impact of depressive symptoms on alcohol and cigarette consumption following treatment for alcohol and nicotine dependence. *Alcoholism—Clinical and Experimental Research*, 32(1), 92–99.
- Koob, F. G., Moal, L. M. (2006). *Neurobiology of addiction*. London: Academic Press
- Koob, G. F., & Le Moal, M.(2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24,97–129
- Koukolík, F. (2002). *Lidský mozek*. Praha: Portál
- Koukolík, F., Motlová, L. (2008). *Citový mozek: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect - trauma - alexithymia*. The analytic Press, distributed by Erbaum.
- Kunda, S., Kršiak, M., Frank, V., Vojtková, E., Bútorá, M. (1988). *Klinika alkoholizmu*. Martin: Osveta
- Lee, N. K., Oei, T. P. S., Greeley, J. D. (1999). The interaction of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy in high and low risk drinkers. *Addict Res* 7:91–102.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, p.45-47
- Li, D., Spiegel, D. (1992). A Neural Network Model of Dissociative Disorders. *Psychiatric Annals*, 22, 144-47
- Linnoila, M., Virkkunen, M., George, T., Eckardt, M., Higley, J. D., Nielsen, D., and Goldman, D. (1994). Serotonin, violent behavior and alcohol. In *Toward a Molecular Basis of Alcohol Use and Abuse* (series title: *Experientia Supplementum*, vol. 71), (B. Jansson., H. Jornvall, U. Rydberg, L. Terenius, and B. L. Vallee, Eds.),pp. 155–163. Birkhauser Verlag, Boston
- Loas, G., Fremaux, D., Otmani, O., Lecercle, C., & Delahousse, J. (1997). Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 38(5), 296-299.
- Loh, E.A., & Roberts, D. C. (1990). Break-points on a progressive ratio schedule reinforced by intravenous cocaine increase following depletion of forebrain serotonin. *Psychopharmacology (Berl)*, 101, 262-266

- Lopez-Torrecillas, F., Garcia, J. F., Garcia, M. P., Izquierdo, D. G., Sanchez-Barrera, M. B. (2000). Variables modulating stress and coping that discriminate drug consumers from low or nondrug consumers. *Addict Behav.* 25:161–165.
- Lynn, S. J., Rhue, J.W. (1994). *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford, s. 52-79
- Lynn, S.H., Rhue, J.W. (1994). *Dissociation*. New York: Guilford Press, pp. 32-51
- Lyshova, O. V., Provotorov, V. M., & Chernov, Y. N. (2002). Clinical characteristics of hypertensive disease in patients with alexithymia. *Kardiologiya*, 42(6), 47–50.
- Maser, J. D. (1997). *Psychopathology: experimental models*. San Francisco: Freeman
- Millon, T., Weiss, L., Millon, C., & Davis, R. (1994). *MIPS: Millon index of personality styles manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Mitchel, S. A., Blacková, M. J. (1999). *Freud a po freudovi*. Praha: Triton
- Mohapl, P. (1984). Alexithymie. In: *Acta Universitatis Palackianae Olomouensis, Facultas Philosophica, Pedagogica- Psychologica* 22. *Varia psychologica III*. Praha: SPN, s. 99-108
- Mohapl, P. (1988). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I*. Olomouc: UP
- Moormann, P. P., Bermond, B., & Albach, F. (2004). The Reality Escape Model: the intricate relation between alexithymia, dissociation, and anesthesia in victims of child sexual abuse. In Nyklíček, I., Vingerhoets, A., & Temoshok, L. (2004). *Emotional expression and health*. Hove, UK: Brunner Routledge. 82–89
- Mueller, J., & Buehner M. (2006). Two facets of non-expression of emotions: Relationships between dimensions of alexithymia and the repressive coping style. *Personality and Individual Differences*, 41, 1337–1347
- Mummendey, H. D. (2006). *Psychologie des Selbst. Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung*. Göttingen-Bern-Wien-Toronto.
- Nakonečný, M. (2000). *Sociální psychologie*. Praha: Academia
- Nebycilin, V. D. (1971). Aktual'nyje problemy diferencial'noj psihofiziologii. *Vopr.Psichologii*, 6, s.13-26
- Niessen, M. A. J. (2001). *Emotionaliteit en cognitieve gevoelscontrole als invloedrijke factoren in persoonlijkheid: Het alexithymie construct nader onderzocht [Emotionality and cognitive feeling control as influential factors in personality: Further investigation on the alexithymie construct]*. Master's thesis. Amsterdam, The Netherlands: Department of Psychology, University of Amsterdam.

- Nijenhuis, E. R. S., & Van der Hart, O. (1998). Forgetting and reexperiencing trauma. In: Splintered reflections: Images of the Body in Trauma. New York: Basic Books, pp. 39–65.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, Ph., Van Dyck, R., Van der Hart, O., Vanderlinden, J. (1996). The development and Psychometric Characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J. Nerv. Ment. Dis.* 184, 11, s. 688-694
- Nyklíček, I., Temoshok, L., & Vigerhoets, A. (2004). Emotional expression and health: advances in theory, assesment and clinical applications, Brunner-Routledge: NY
- Oei, T. P. S., Hasking, P., Phillips, L. (2007). A Comparison of General Self-Efficacy and Drinking Refusal Self-Efficacy in Predicting Drinking Behavior. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33: 833–841
- Oldham, J. M., & Morris, L. B. (1990). The personality self-portrait. New York: Bantam Books
- Papez, J. W. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 38, s. 725
- Pitblado, C. B., Sanders, B. (1991). Reliability and short-term stability of scores on the Dissociative Experiences Scale. In: Braun, B. G. Carlson, E. B. (Eds). *Proceedings of the Eighth International Conference on Multiple Personality and the Dissociative States*, Chicago, Rush
- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia
- Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada
- Poněšický, J. (2004). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton
- Porcelli, P. (2004). Psychological abnormalities in patient with irritable bowel syndrome. *Indian J Gastroenterol*, 23
- Prescot, C. A., Kendler, K. S. (1999). Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based of male twins. *American Journal of Psychiatry*, 156, 34-40
- Prescott, C. A., and Kendler, K. S. (1999). Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a populationbased sample of male twins. *American Journal of Psychiatry* 156, 34–40.
- Rad, M., Rupel, V, A. (1975). Combined inpatient and outpatient group psychotherapy: A therapeutic model for psychosomatics. *Psychother. Psychosom.* 26, s. 237-243
- Reiterová, E. (2003). *Základy psychometrie*. Olomouc: UP

- Rief, W., Pilger, F., Ihle, D., Verker, R., Scharpe, S., Maes, M. (2004). Psychobiological aspects of somatoform disorder. *Neuropsychobiology*, 49
- Robinson, T.E., Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annu Rev psychol.* 54, pp. 25-53
- Rose, R. J., Dick, D. M., Viken, R. J., Pulkkinen, L., Kaprio, J. (2001). Drinking or abstaining at age 14? A genetic epidemiological study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 25: 1594-1604
- Ross, C.A. (1997). *Dissociative identity disorder*. New York: Wiley,
- Ross, E. D., Rush, A. J. (1981). Diagnosis and neuroanatomical correlates of depression in braindamaged patients: Implications for a neurology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1344-1354.
- Řehan, V. (2007). *Adiktologie*. Olomouc: UP
- Říčan, P. (1972). *Psychologie osobnosti*. Praha: Orbis
- Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Praha: Grada
- Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Praha: Grada
- Sacone, N. L., Kwon, J. M., Corbett, J., Goate, A., Rochberg, N., Edenberg, H.j., Foroud, T., Li, T. K., Begleiter, H., Reich, T., Rice, J. P. (2002). A genome screen of maximum number of drinks as an alcoholism phenotype. *American Journal of Medical Genetics.* 96:632-637
- Sauvage, L., & Loas, G. (2006). Criterion validity of Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire – 20 form B: A study of 63 alcoholic subjects. *Psychological Reports*, 98(1), 234-236
- Shelton, S. H. (1990). Developing the construct of general self-efficacy. *Psychol Rep.* 66:987–994.
- Schinka, J. A., Town, T., Abdullah, L., Crawford, F. C., Ordorica, P. I., Francis, E., Hughes, P., Graves, A. B., Mortimer, J. A., and Mullan, M. (2002). A functional polymorphism within the mu-opioid receptor gene and risk for abuse of alcohol and other substances. *Molecular Psychiatry* 7, 224–228.
- Schlesinger, S., Susman, M., Koenigsberg, J. (1990). Self-esteem and purpose in life: a comparative study of women alcoholics. *Journal of Alcohol and Drug Education.* 36, 127–141
- Skála, J. (1988). *...až na dno?*. Praha: Avicenum
- Smékal, V. (2004). *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister & Principal

- Speranza, M., Laos, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patient with eating disorder: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 365-370
- Spiegel, D., Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, s. 366-378.
- Stephanos, S. (1975). A concept of analytical treatment for patients with psychosomatic disorder. *Psychother. Psychosom.* 26, s. 178-187
- Sternberg, R. J. (2002). *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál
- Ševčíková, A., Vojtová, H. (2007). Psychotraumatológia-základné poznatky. *Psychiatre*, ročník 11, číslo 3, s.176-181.
- Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10, 61-74
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- TenHouten, W. D., Walter, D. O., Hoppe, K. D., & Bogen, J. E. (1988). Alexithymia and the splitbrain VI. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, s. 317-329.
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors*, 31(4), 732-737.
- Trucco, E. M., Hilary Smith Connery, H. S., Griffin, M.L., Greenfield, S. F. (2007). The Relationship of Self-Esteem and Self-Efficacy to Treatment Outcomes of Alcohol-Dependent Men and Women. *The American Journal on Addictions*, 16: 85–92, 2007
- Uzun, A. Z., Ates, A., Cansever, A., & Ozsahin, A. (2003). Alexithymia in male alcoholics: Study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 349–352.
- Van der Hart, O. Nijenhuis, E. R. S., Steele, K. & Brown, D. (2004), Trauma-related dissociation: Conceptual clarity, lost and found. *Austral. & New Zeal. J. Psychiat.*, 38, 678-689
- van Rossum, L. G. M., Laheij, R. J. F., de Doelder, M. S., de Jong, C. A. J., & Jansen, J. B. M. J.(2004). Prevalence of gastrointestinal symptoms in alcoholics and the relationship with alexithymia. *Psychiatry Research*, 129(1), 107–112.

- Vanheule, S. (2008). Challenges for Alexithymia Research: A Commentary on The Construct of Alexithymia: Associations With Defense Mechanisms. *Journal of clinical psychology*, Vol.64(3), s.332
- Vanheule, S., Desmet, M., Verhaeghe, P., & Bogaerts, S. (2007). Alexithymic depression: Evidence for a depression subtype? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 135-136
- Verhaeghe, P., Vanheule, S., & De Rick, A. (2007). Actual neurosis as the underlying psychic structure of panic disorder, somatization, and somatoform disorder: An integration of Freudian and attachment perspectives. *The Psychoanalytic Quarterly*, 76, 1317–1350
- Viken, R. J., Kaprio, J., Koskenvuo, M., Rose, R. J. (1999). Longitudinal analyses of the determinants of drinking and of drinking to intoxication in adolescent twins. *Behavior Genetics*, 29: 455-461
- Vingerhoets, A., Nyklíček, I, & Denoet, J. (2008). *Emotional Regulation: Conceptual and Clinical Issues*. Springer: New York
- Volkow, N.D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Hitzemann, R., Angrist, B., Gatley, S.J., Logan, J., Ding, Y. S., & Pappas, N. (1999): Association of methylphenidate-induced craving with changes in right striato-orbitofrontal metabolism in cocaine abusers: implications in addiction. *Am J Psychiatry*, 156, 19-26.
- Vungkhanching, M., Sher, K. J., Jackson, K. M., & Parra, G. R. (2004). Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 75(1), 47–53.
- Výrost, J., Slaměnik, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada
- Wall, T. L., Horn, S. M., Johnson, M. L., Smith, T. L., Carr, L. G. (2000). Hangover symptoms in Asian American with variations in the aldehyde dehydrogenase (ALDH2) gene. *Journal of Studies on Alcohol*. 61:13-17
- Wand, G. S., McCaul, M., Yang, X., Reynolds, J., Gotjen, D., Lee, S., and Ali, A. (2002). The mu-opioid receptor gene polymorphism (A118G) alters HPA axis activation induced by opioid receptor blockade. *Neuropsychopharmacology* 26, 106–114
- Wechsler, A. F. (1973). The effect of organic brain disease on recall of emotionally charged versus neutral narrative texts. *Neurology*, 23, 130-135.
- Wells, L. E., Marwell, G. (1976). *Self-esteem: Its conceptualization and measurement*. Beverly Hills, CA: Sage
- White, W. F., Gayer, T. L. (1965). Self Concepts reports among Hospitalized Alcoholics during Early Periods of Sobriety. *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 13, No 3, 352-355

- Wilson, G. T. (1983). Self-awareness, self-regulation and alcohol consumption. An analysis of J. Hull's model. *J. abnorm. Psychol.*, 92, 505-513
- Yehuda, R., McFarlane, A. C., & Shalely, A. Y. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry*, 44, 1305-1313
- Yoshino, A., Fukuhara, T., & Kato, M. (2000). Premorbid risk factors for alcohol dependence in antisocial personality disorder. *Alcoholism—Clinical and Experimental Research*, 24(1), 35-38.

Příloha č.1: Anotace disertační práce

Jméno a příjmení: PhDr. Mgr. Procházka Roman

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

Název diplomové práce: Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu

Název diplomové práce v anglickém jazyce: Dissociation, Alexithymia and Self in People Dependent on alcohol

Vedoucí práce: doc. PhDr. Vladimír Řehan

Počet stran: 147

Počet znaků: 278 276

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 151

Abstrakt:

V disertační práci jsme zkoumali vztahy disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu. Ve výzkumu jsme disponovali výzkumným vzorkem N=95. Jako výzkumné metody jsme použili TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), DES (dissociation Experiences Scale), SDQ-20 (Somatoform dissociation Questionnaire), SVF-78 (strategie zvládání stresu), TSCS –II (Tennessee Self Concept Scale). Výsledky ukazují, že alexithymie je přítomna u lidí závislých na alkoholu v 43 %, psychická disociace v 38 % a somatoformní disociace v 45 %. Tyto proměnné mají u lidí závislých na alkoholu statisticky prokazatelné vztahy se strategiemi zvládání stresu a self konceptem.

Klíčová slova: Alexithymie, Disociace, Somatoformní disociace, Self-koncept, Závislost na alkoholu, strategie zvládání stresu

Abstract: In the thesis we investigated the relationship of dissociation, alexithymia and self in people addicted to alcohol. In our research we had the research sample N = 95. As research methods we used the TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), DES (Dissociation Experiences Scale), SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire), SVF-78 (Coping strategies of Stress), TSCS-II (Tennessee Self Concept Scale). The results have shown that alexithymia is present in people addicted to alcohol in 43%, psychological dissociation in 38%, and somatoform dissociation in 45%. These variables are statistically proven relationships with coping strategies and self concept in people dependent on alcohol.

Keywords:

Alexithymia, dissociation, somatoform dissociation, Self concept, Dependent on Alcohol, , Coping strategies of stress, ,

Příloha č. 2: Dotazník DES a SDQ-20

DES

Pohlaví :.....

Věk:.....

Vzdělání.....

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, jakoby 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, zda-li něco udělali, neboť mají jen myšlenku o tom, že tu věc udělali [například nevědí, zda-li 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 pocít'ují, 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%

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.3. Dotazník 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 schopen(-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 SVF-78

INSTRUKCE K VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU SVF 78

Dotazník obsahuje řadu výroků – způsobů, jak může člověk reagovat v situaci, kdy je někým poškozen, vnitřně rozrušen nebo vyveden z míry.

Přečtete si prosím každý výrok a uveďte, nakolik odpovídá Vašemu způsobu reagování. Svou odpověď- zvolené číslo na škále 0 (vůbec ne) po 4 (velmi pravděpodobně) vepište vedle otázky.

Celá škála odpovědí je následující:

0...vůbec ne

1...spíše ne

2...možná

3...pravděpodobně

4...velmi pravděpodobně

Příklad:

Když jsem někým nebo něčím poškozena, vnitřně rozrušena nebo vyvedena z míry...

...zajdu navštívit dobré přátele nebo známé **3**

V tomto případě je označeno 3 (pravděpodobně). To znamená, že navštívit dobré přátele nebo známé pravděpodobně odpovídá Vašemu způsobu reagování v této situaci.

Dotazník SVF 78 (graficky zjednodušené)

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

- 1snažím se soustředit své myšlenky na něco jiného
- 2řeknu si, že se nedám vyvést z míry
- 3snažím se, aby mne někdo jiný při řešení podpořil
- 4ctím se nějak bezmocný(-á)
- 5řeknu si, že si nemám co vyčítat
- 6nemohu dlouhou dobu myslet na nic jiného
- 7ptám se, co jsem už zase udělal(a) špatně
- 8promýšlím přesně své další jednání

- 9 ...mám tendenci od toho utéct
- 10 ...řeknu si, že to vydržím
- 11 ...vyhnu se napříště takovým situacím
- 12 ...vyrovnám se s tím rychleji než ostatní
- 13 ...snažím se ujasnit si všechny detaily situace
- 14 ...přejdou k nějaké jiné činnosti
- 15 ...požádám někoho o radu, jak bych měla postupovat
- 16 ...sním něco dobrého
- 17 ...pak o tom přemýšlím znovu a znovu
- 18 ...řeknu si: „co možná pryč od toho“
- 19 ...mám špatné svědomí
- 20 ...řeknu si: „musíš se sebrat“
- 21 ...řeknu si, že si přece nemusím dělat výčitky svědomí
- 22 ...příště se hned při prvních náznacích vyhnu takové situaci
- 23 ...mám tendenci hned ustoupit
- 24 ...jsem sama (sama) se sebou nespokojena
- 25 ...podívám se na něco pěkného v televizi
- 26 ...myslím si: „jen se nedat odradit“
- 27 ...prostě musím s někým o tom hovořit
- 28 ...přepadají mne myšlenky na útěk
- 29 ...udělám vše, abych odstranil(a) příčinu
- 30 ...jsem rád(a), že nejsem tak přecitlivělý(-á) jako druzí
- 31 ...zabývám se pak ještě dlouho touto situací
- 32 ...dělám něco, co mne od toho odvádí
- 33 ...umiňuji si, že se příště takovým situacím vyhnu
- 34 ...snažím se potlačit své vzrušení
- 35 ...řeknu si, že za to nemohu
- 36 ...řeknu si, že druzí by to tak snadno nestrávili
- 37 ...dělám si výčitky
- 38 ...řeknu si, nesmíš to v žádném případě vzdát
- 39 ...nevím, jak bych mohla takové situaci čelit
- 40 ...udělám něco dobrého pro sebe
- 41 ...pouze si přeji, abych z této situace co nejrychleji vyvázla
- 42 ...požádám někoho o pomoc
- 43 ...vytvořím si plán, jak mohu tyto nesnáze co nejrychleji odstranit
- 44 ...myslím si, že já za tu situaci neodpovídám
- 45 ...říkám si „jen se nedat zbavit odvahy“
- 46 ...myslím si, že bych se nechtěla v budoucnu dostat do takové situace
- 47 ...nejde mně ta situace dlouho z hlavy
- 48 ...snažím se, abych si zachovala pevný postoj
- 49 ...všechno se mně zdá tak beznadějně
- 50 ...vrhnu se do práce
- 51 ...řeknu si, že to nakonec byla moje chyba

- 52 ...lépe se kontrolojuji než druzí v téže situaci
- 53 ...koupím si něco, co už jsem dlouho chtěla mít
- 54 ...obvykle se mně všechno zdá nesmyslné
- 55 ...ujasním si, že mám možnosti situaci zvládnout
- 56 ...myslím si, že na tom nemám vinu
- 57 ...potřebuji k tomu slyšet mínění někoho jiného
- 58 ...snažím se o kontrolu svého chování
- 59 ...pokouším se vymanit se ze vzniklé situace
- 60 ...v myšlenkách si pak situaci znovu a znovu přehrávám
- 61 ...aktivně se snažím situaci změnit
- 62 ...řeknu si „dokážeš se s tím vypořádat“
- 63 ...přece se zase uklidním rychleji než ostatní
- 64 ...dbám na to, aby příště k takovým situacím vůbec nedocházelo
- 65 ...hledám něco, co by mne mohlo potěšit
- 66 ...snažím se od toho odpoutat pozornost
- 67 ...hledám vinu sama u sebe
- 68 ...snažím se s někým o problému hovořit
- 69 ...prostě se pak nemohu zbavit myšlenek na tuto situaci
- 70 ...myslím si, že k tomu nedošlo mou vinou
- 71 ...řeknu si. Že se nesmím dát vyvést z klidu
- 72 ...splním si nějaké dlouho vytoužené přání
- 73 ...beru to lehčeji než jiní ve stejné situaci
- 74 ...nějak se od toho odpoutám
- 75 ...mám sklon rezignovat
- 76 ...snažím se přesně si ujasnit důvody, které k situaci vedly
- 77 ...uvažuji, jak se mohu příště vyhnout takovým situacím
- 78 ...nejraději bych od toho jednoduše utekla

Příloha č.5. Dotazník TSCS-II

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. Jsem atraktivní osoba	1	2	3	4	5
2. Jsem upřímná a poctivá osoba	1	2	3	4	5
3. Jsem členem šťastné rodiny	1	2	3	4	5
4. Přál bych být více důvěryhodnější	1	2	3	4	5
5. Necítím se dobře v přítomnosti ostatních lidí	1	2	3	4	5
6. Matematika je pro mě těžká	1	2	3	4	5
7. Jsem přátelská a kamarádská osoba	1	2	3	4	5
8. Jsem spokojený se svým osobním chováním	1	2	3	4	5
9. Nejsem, tak chytrý, jako lidé kolem mě	1	2	3	4	5
10. Nechovám se tak, jak by si moje rodina přála,	1	2	3	4	5
11. Jsem pěkný a hezký tak, jak bych měl	1	2	3	4	5
12. Je pro mě snadné se učit novým věcem	1	2	3	4	5
13. Jsem spokojený se vztahy mou rodinou	1	2	3	4	5
14. Nejsem tou osobou, kterou bych chtěl být	1	2	3	4	5
15. Rozumím své rodině, jak nejlépe jen můžu	1	2	3	4	5
16. Pohrdám sebou	1	2	3	4	5
17. Já se necítím tak jak bych měl	1	2	3	4	5
18. V matematice jsem dobrý	1	2	3	4	5
19. Jsem se sebou spokojený	1	2	3	4	5
20. Nemám problém si rozumět s jinými lidmi	1	2	3	4	5
21. Mám zdravé tělo	1	2	3	4	5
22. Považuji sen příjemnou osobu	1	2	3	4	5
23. Jsem slušná osoba	1	2	3	4	5
24. Snažím se utíkat od mých problémů	1	2	3	4	5
25. Jsem veselá osoba	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 rozhněvám	1	2	3	4	5
29. Jsem plný bolesti	1	2	3	4	5
30. Jsem nemocná osoba	1	2	3	4	5
31. Jsem morálně slabá osobnost	1	2	3	4	5
32. Ostatní lidé si myslí, že jsem chytrý	1	2	3	4	5
33. Jsem protivná osoba	1	2	3	4	5
34. Přestává mi to myslet	1	2	3	4	5
35. Moje rodina mě nemá ráda	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 našťvaný na celý svět	1	2	3	4	5
39. Mám problém být přátelský	1	2	3	4	5
40. Sem a tam, myslím na věci, o kterých se mi nechce mluvit	1	2	3	4	5
41. Někdy, když se necítím dobře, jsem podrážděný	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 podle potřeby	1	2	3	4	5
46. Mám potíže dělat to, co je správné	1	2	3	4	5
47. Sem tam 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. Vycházím s rodiči, jak nejlépe to jde	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 s tím jak vycházím s ostatními lidmi	1	2	3	4	5
55. Víc bych si chtěl s ostatními lidmi rozumět	1	2	3	4	5
56. Občas pomlouvám druhé	1	2	3	4	5
57. Někdy mám chuť si zanádat	1	2	3	4	5
58. Udržuji své tělo ve fyzické kondici	1	2	3	4	5
59. Snažím se být opatrná ve svém vystupování	1	2	3	4	5
60. Jsem denně spojený s mou vírou	1	2	3	4	5
61. Někdy dělám velmi špatné věci	1	2	3	4	5
62. Umím se o sebe postarat v každé situaci	1	2	3	4	5
63. Pomalu v každé práci mi to jde	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 a názory 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 spaním	1	2	3	4	5
72. Převážně dělám vše správně	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 a nesouhlasím se svou rodinou	1	2	3	4	5
78. V 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
<i>81. Snadno chápu to, co čtu</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>82. Mám vysokou sebekontrolu a sebevládní</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>