

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VZTAH ATTACHMENTU A ALEXITHYMIE U ALKOHLOVĚ ZÁVISLÝCH

The Relationship between Attachment and Alexithymia in
Alcohol-dependent



Bakalářská diplomová práce

Autor: Anna Borská
Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc
2016

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou/magisterskou diplomovou práci na téma: „Vztah attachmentu a alexithymie u alkoholově závislých“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

Děkuji PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi Ph.D. za odborné vedení mé práce. Mé poděkování dále patří všem, kteří mě po dobu tvorby této práce podporovali. A děkuji také Psychiatrické léčebně Šternberk, Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, Psychiatrické nemocnici Marianny Oranžské a všem ostatním dobrovolníkům za spolupráci. Bez toho všeho by tato práce nevznikla.

Obsah

1. Úvod	7
2. Problematika alexithymie, attachmentu a závislosti v obecném kontextu	8
3. Alkohol a závislost na něm	11
3.1. Historie	12
3.2. Základní pojmy	13
3.3. Vznik závislosti	16
3.4. Jedinec závislý na alkoholu	19
4. Alexithymie	21
4.1. Historie	22
4.2. Teorie o vzniku alexithymie a její výklad	22
4.3. Různé dělení alexithymie	24
5. Attachment	28
5.1. Historie	28
5.2. Bezpečná vazba	29
5.3. Attachment z hlediska neurobiologie a neuropsychologie	31
5.4. Klasifikace vztahové vazby	32
5.5. Poruchy vztahové vazby	34
6. Současné výzkumy v oblasti alexithymie a attachmentu	37
7. Metodologický rámec výzkumné studie	39
7.1. Výzkumný problém	39
7.2. Výzkumné cíle	40
7.3. Metodologický design	40
7.4. Stanovené hypotézy	41
7.5. Výzkumný soubor	41
7.6. Etické aspekty výzkumné studie	43
7.7. Administrace	44
7.8. Metody získávání dat	45
7.8.1. <i>Toronto Alexithymia Scale</i>	45
7.8.2. <i>The Experiences in Close Relationships</i>	46
7.9. Metody analýzy a zpracování dat	47
7.10. Výsledky	47
7.10.1. <i>Popisné charakteristiky</i>	47
7.10.2. <i>Hypotéza 1</i>	53
7.10.3. <i>Hypotéza 2</i>	54
7.10.4. <i>Hypotéza 3</i>	55

7.10.5. Hypotéza 4.....	56
7.10.6. Hypotéza 5.....	56
8. Diskuze	58
9. Závěr	61
10. Souhrn.....	62
Bibliografie	64
Abstrakt diplomové práce	
Přílohy	

1. Úvod

Tato bakalářská práce pojednává o vztahu attachmentu a alexithymie. V úvodní teoretické části se seznámíme s teoretickým pozadím těchto dvou fenoménů. Také si uvedeme základní charakteristiky populace jedinců závislých na alkoholu a to z důvodu, že výzkumná studie byla zaměřena zejména na výsledky této skupiny.

Úkolem této práce je, kromě seznámení se s problematikou attachmentu a alexithymie, nalezení vztahu mezi těmito dvěma dimenzemi. Jedním z důvodů hledání spojitosti mezi attachmentem a alexithymií je původ vzniku ve stejném věkovém období.

Kromě obecného cíle nalézt vztah mezi attachmentem a alexithymií, se v této práci zaměříme na tento vztah podrobně. Budeme věnovat pozornost škále anxiety z dotazníku ECR, který jsme použili pro zjišťování attachmentu. Pro měření alexithymie nám posloužil dotazník TAS-20, díky němuž jsme mohli výzkumný soubor rozdělit na participanty alexithymické a nealexithymické.

Vztah mezi attachmentem a alexithymií byl již studován nejen v zahraničí, ale i u nás. Avšak většinou se jednalo o studie a výzkumy v širším kontextu. Tato práce a k ní připojená studie se bude zabývat čistě vztahem attachmentu a alexithymie u lidí se závislostí na alkoholu. Nicméně pro lepší a přesnější práci jsme dotazníkovému šetření podrobili i běžnou populaci.

Doufáme, že tato práce bude inspirací pro další výzkumy v této oblasti nebo dalších souvisejících témat.

2. Problematika alexithymie, attachmentu a závislosti v obecném kontextu

Než se zaměříme na tyto tři oblasti v jejich vzájemných souvislostech a detailech, pojďme se nejdříve podívat, v jakých jiných souvislostech se o nich můžeme bavit a vůbec se s nimi setkat.

Začneme alexithymií. Jedná se o rys, se kterým se můžeme setkat docela často nejen ve výzkumných vodách, ale i v běžném životě. Ve vztahu k tomuto rysu je mnoho různých studií. Od rozdílů mezi pohlavími až po intimní komunikaci. Existují studie zkoumající možné příčiny vzniku nebo přítomnosti alexithymie nebo její vliv na fyzický kontakt mezi lidmi. Jelikož alexithymie zasahuje do lidské interakce, je na ní mnoho studií a výzkumů. Součástí mezilidských interakcí jsou samozřejmě emoce a právě o těch je alexithymie a právě proto tolik zasahuje do interakce. Víme, že alexithymie se často pojí s psychosomatickými onemocněními a je tu pravděpodobně i nějaký vztah se závislostmi, kterými se právě budeme zabývat.

Attachment, neboli vazba, přilnutí či připoutání, se zkoumá ze všech možných stran a se všemi různými souvislostmi a spojitostmi. Ať už jde o longitudinální studie dětí z dětských domovů, souvislost se suicidálním chováním, vliv na kvalitu sociálních vztahů v dospělosti atd. Studií zahrnujících attachment je spousta. Zkoumá se také například terapeutova vlastní reprezentace attachmentu a pacientův vztah k terapeutovi – jejich vzájemné přilnutí. Možností výzkumů spojených s attachmentem je skutečně mnoho.

Nesprávně vzniklý attachment zapříčiní tzv. nejistou vazbu. Dá se také říci, že nejistá vazba může být výsledkem určité psychické deprivace nebo subdeprivace. V takovém případě by se jednalo o deprivaci v oblasti emocionálních a sociálních vztahů. Tímto tématem se u nás zabýval Josef Langmeier a Zdeněk Matějček.

I attachment je o emocích, stejně jako alexithymie. Je to jedno z pojítek, jež je inspirací pro výzkumy a studie pro tyto dva konstrukty. S emocemi se pojí komunikace, lidská

interakce a v případě jedinců s alexithymií a nejistou vazbou může být pak komunikace dosti komplikovaná.

Existují také domněnky o spojitosti mezi attachmentem a alexithymií založené na psychoanalytických teoriích. Jak je všeobecně známo, psychoanalytický směr zasazuje vznik problémů a neuróz do dětství a nejlépe raného dětství. Víme, že k narušení attachmentu či k vytvoření ne-jisté vazby dochází v dětství a podle psychoanalytického směru v té době mohou být i kořeny alexithymického chování. Vzhledem ke specifickému vztahu alexithymie a závislosti se zaměříme na populaci závislých jedinců. Konkrétně tedy na populaci se závislostí na alkoholu.

Závislostí je celá řada. Kromě „obyčejných“ závislostí, které trápí každého z nás (např. závislost na čaji, čokoládě, sportu...), existují i vážnější. Mezi ně patří (kromě závislosti na alkoholu, které se budeme věnovat blíže) toxikomanie, gamblerství, závislost na kofeinu, tabáku, kanabinoidech, hypnoticích a mnoho dalších. Jedná se především o závislost na drogách různého druhu. Závislosti na drogách jsou vydefinovány a rozděleny v mezinárodní klasifikaci nemocí (zkráceně MKN-10). Jsou zde seřazeny v jedné velké skupině s názvem „*Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek*“ (MKN-10, 2001).

Jak vidíme podle názvu, je to skutečně velká skupina. Konkrétní závislosti jsou pak roztrženy v menší skupině s kódem F1x.2, který označuje syndrom závislosti. Podle toho tedy potom máme deset kategorií závislostí podle druhu užívané látky. Jsou to následující kategorie:

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulantech (včetně kofeinu)

F16.2 Závislost na halucinogenech

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

(MKN-10, 2001)

Řekli jsme si tedy, jaké jsou různé kontexty v problematice attachmentu a alexithymie i co se týče závislostí. Pověděli jsme si něco o společných vztazích mezi těmito třemi oblastmi, společných jmenovatelích a pravděpodobných obdobích vzniku. Těmito tématy se budeme v následujících kapitolách zabývat hlouběji.

3. Alkohol a závislost na něm

Závislost na alkoholu, ačkoli se může zdát, že její definice a hlubší poznání není nezbytným pro tuto práci, je velmi důležitou součástí této práce. Definuje nám populaci, u které bychom chtěli prokázat souvislost mezi alexithymií a typem attachmentu. Je tedy nezbytně nutné i tuto tematiku podrobně probrat abychom mohli blíže porozumět následujícím tématům a v závěru mohli správně interpretovat výsledky, případně se zamyslet nad jejich důsledkem.

Pojďme si tedy vyjasnit, co je pro populaci jedinců závislých na alkoholu typické, jak závislost vzniká a samozřejmě co všechno obnáší.

Takže pro začátek si pojďme upřesnit, co to vlastně závislost je. Závislost můžeme definovat jako neschopnost obejít se bez něčeho. Závislost na alkoholu je pak tedy neschopnost obejít se bez alkoholu. Jinak řečeno alkoholismus tedy znamená zneužívání a nadužívání alkoholu. (Hartl & Hartlová, 2010)

Závislost nám také definuje Mezinárodní klasifikace nemocí (již dříve zmíněná MKN-10). Tato klasifikace uvádí syndrom závislosti nejen na alkoholu, ale i na ostatních drogách. Dle Nešpora (2007) je centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti touha po alkoholu nebo jiné psychoaktivní látce.

Pohled na alkoholismus také můžeme chápat v širším a užším smyslu. Dle Viewegha (1974) je alkoholismus v širším smyslu chápán jako označení souhrnu škod a problémů podmíněných požíváním alkoholu. V užším smyslu jde přímo o závislost se všemi důsledky z toho vyplývajícími.

Význam alkoholismu je tedy možné chápat jako pravidelné užívání a nadužívání alkoholu a také jako chorobu, kdy z daného nadužívání látky již vyplývají problémy somatické a psychické a sociální.

Pohledů na závislost na alkoholu a závislosti obecně je nespočet. Dalo by se určitě i říci, že co psycholog, psychiatr nebo adiktolog, to jiný názor na vznik a důvody vzniku

alkoholismu. I přesto jsou teorie vzniku závislosti, které jsou jaksi nejpoužívanější, nejoblíbenější či nejuznávanější. O těch se ale dozvíme více v následujících kapitolách.

3.1. Historie

Nyní si řekněme něco málo o historii alkoholu a jevech souvisejících s jeho objevem a zapojením do každodenního života lidí.

Objev alkoholu můžeme datovat daleko do minulosti, do dávných dob. Tehdy se v některých kulturách konzumace alkoholu pojila s rituálními obřady. Opojný účinek alkoholu (etanolu) tehdejší lidé vítali jako propojení s jejich božstvy. Řehan (2007) uvádí, že jak se společnost vyvíjela a ze sběračů a lovců se stali zemědělci, našli lidé způsob jak vyrábět alkoholické nápoje bez toho aby byli odkázáni čistě na přírodu.

Používání opojných látek k rituálům můžeme sledovat z minulosti až do dneška. Vzpomeneme-li například na věštění ve starověkém Řecku, kdy kněžky inhalovaly páry nebo kouř z pálených bylin. Nejzřetelnějším příkladem jsou přírodní národy, kde se jakoby zastavil čas, a které stále používají pro své rituály různé bylinné směsi a výluhy. Konkrétně třeba kmen z amazonského deštného pralesa, který používá liánu jménem Ayahuasca.

Vraťme se zpět k alkoholu. Postupem času se alkohol zesvětlil a lidé ho začali požívat i mimo rituální obřady. Jak Šedivý a Válková (1988) uvádějí, alkohol lidé používali při zraněních, chorobách, při boji i při práci. Alkohol lidem pomáhal a zpříjemňoval život.

S uvolněním alkoholu mezi lidmi se zároveň objevila tendence k vyvarování se nežádoucích vlivů. Již v Chamurabiho zákoníku můžeme najít ustanovení, která se vztahují ke konzumaci i prodeji vína. Stejně tak v Římě byla dána jistá pravidla jak pro prodej, tak i pro konzumaci vína. (Řehan, 2007)

Dnes máme pravidla pro prodej a konzumaci alkoholu daná zákonem. Před alkoholem a jinými drogami nás chrání zákon č. 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů.

S rozšířením alkoholu do společnosti se začaly vyvíjet i názory na alkoholismus. Řehan (2007) uvádí, že jako první přístup k alkoholismu se vytvořil tzv. morální přístup. Každá společnost má svá morální a normativní pravidla a postoj k alkoholu a alkoholismu je toho součástí. V některých případech pití alkoholu nabylo takových rozměrů (např. v Římě), že bylo takřka přirozené vykrytalizování moralizujícího postoje, opovrhujícího opilostí. Snahou tohoto přístupu bylo přivést „zkaženou populaci“ zpět na správnou cestu. Bylo to pro dobro jedinců, ale i pro blaho celé společnosti. Alkoholismus chápali jako hrozbu pro národní tradice a dobrého rozvoje společnosti.

Jako další uvádí Řehan (2007) přístup medicínský. Tento přístup se zaměřuje na zdravotní důsledky nadměrného požívání alkoholických nápojů a také na určení závažnosti v míře užívání. Tedy míra nebezpečí u určité míry alkoholu. Toto pojetí má své zastánce i odpůrce. Odpůrci jsou od počátku proti chápání alkoholismu jako nemoci a upřednostňují zodpovědnost za své chování.

Třetím a komplexnějším pojetím je multidimenzionální přístup. Je to nejnovější přístup řešící nedostatky pojetí morálního a medicínského. Spojuje tyto dvě hlediska a přidává další. Umožňuje tak celé řadě odborníků pracovat na této problematice. Jak uvádí Řehan (1994), je to pojetí, kde spolupracují ontogenetici a školní psychologové s pedagogy a přesouvají počátky prevence do mladších věkových kategorií.

Zajisté je potřeba osvěty ve společnosti o závislosti na alkoholu, jejích příčinách a důsledcích. Začít s osvětou na nižších stupních základních škol je dobrým prvním krokem. Ale i přesto patříme k národu, kde je alkohol prezentován ne jako hrozba, ale jako běžný nápoj, který konzumují všichni a za všech okolností. V porovnání s ostatními evropskými zeměmi jsme ve spotřebě alkoholu v popředí. Český statistický úřad (2012) uvádí, že v roce 2012 bylo hospitalizováno 1918 jedinců s problémy způsobenými závislostí na alkoholu. Vzhledem ke zkušenostem, které nám nabízí, historie bychom měli být s požíváním alkoholu obezřetnější.

3.2. Základní pojmy

V této kapitole se seznámíme s několika základními pojmy, které je třeba znát, když mluvíme o alkoholismu a lidech alkoholově závislých.

Alkoholismus je definován jako chronické a kontinuální pití. Jeho charakteristikou je ztráta kontroly nad pitím, častá intoxikace a nadměrné zaměstnávání se alkoholem (Psychiatrické centrum Praha, 2000). V současné době je to již nesprávný termín pro závislost na alkoholu, který uvedl do medicíny v roce 1784 Benjamin Rush (Řehan, 2007).

Závislost na alkoholu je definovaná v mezinárodní klasifikaci nemocí, který platí pro celou Evropu. Ve Spojených státech se závislost klasifikuje podle DSM-V. Podle tohoto manuálu by měl jedinec pro diagnózu závislosti splňovat alespoň tři ze sedmi příznaků a to během jednoho roku (Řehan, 2007). Všech sedm příznaků uvádí Řehan ve svých skriptech o Adiktologii (2007). Jsou to tyto:

- 1- Růst tolerance
- 2- Odvykací příznaky po vysazení látky
- 3- Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk původně v úmyslu
- 4- Dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky
- 5- Trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků
- 6- Zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení
- 7- Pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou způsobeny nebo zhoršovány užíváním látky.

Těchto sedm příznaků téměř úplně pokrývá šest znaků závislosti, které se učí pacienti při vstupu do protialkoholní léčby. Jako příklad můžeme uvést Psychiatrickou nemocnici Šternberk, kde při vstupu do komunitní léčby musí pacient vyjmenovat těchto šest znaků: bažení po látce (craving), potíže se sebeovládáním pod vlivem látky, abstinenční syndrom, zvyšování tolerance na danou látku, zanedbávání povinností a zájmů, pokračování v užívání látky i přes jasné důkazy o škodlivých následcích.

Craving znamená bažení. Jedná se o silnou touhu po látce. Řehan (2007) uvádí, že je důležité rozlišovat bažení psychické, kdy se zužuje myšlení jen na alkohol a jak si ho opatřit, a tělesné bažení při mizení účinků z alkoholu.

Úzus označuje mírné požívání alkoholických nápojů. Zde se nejedná o nic patologického ani a priori nebezpečného. U každého z nás, kdo někdy požíval alkoholické nápoje a nepřehnal to, můžeme mluvit o úzu.

Misúzus v případě alkoholu znamená konzumaci porušující právní nebo zdravotní normu. Jedná se o zneužívání, kterým může být požití alkoholické nápoje před usednutím za volant nebo podání alkoholického nápoje nezletilým. (Řehan, 2007)

Abúzus můžeme definovat jako způsob maladaptivního užívání, který se projevuje pokračující konzumací, a to i přes uvědomění si, že konzumace vyvolává sociální, pracovní, psychologické nebo zdravotní problémy (Psychiatrické centrum Praha, 2000). Jde od nadužívání alkoholických nápojů, která způsobí, jak uvádí Řehan (2007), vyšší koncentraci alkoholu v krvi než 0,6 promile.

Abúzus také můžeme rozlišit na občasné a rituální. To bývá často spojeno s významnými událostmi nebo oslavami, kterých je během roku jen pár. Odlišit také můžeme systematický abúzus, který spojujeme se změnami životního stylu. (Řehan, 2007)

Abúzus nebo závislost můžeme také rozdělit do typologie podle E. M. Jellineka, který v roce 1960 uveřejnil 5 základních typů podle vnitřních souvislostí (Řehan, 2007). Jsou to typy Alfa, Beta, Gama, Delta a Epsilon. Typy se od sebe odlišují schopností kontrolovat pití a abstinovat. Skála (1986) uvádí tento popis u jednotlivých typů:

Typ Alfa – v souvislosti s vnitřními konflikty jedinec požije alkohol pro ulehčení. Je si vědom účinku alkoholu a občas ho užívá pro zmírnění úzkosti.

Typ Beta – jedná se o příležitostné požití alkoholu s přáním neodlišovat se od ostatních a nezůstat tak v izolaci. Rizikem zde může být zvyšující se tolerance a nedodržování dopravních předpisů.

Typ Gama – zde již mluvíme o závislosti na alkoholu, kde je charakteristickým znakem nespolehlivá, změněná a poruchová kontrola. Jedinec si není jistý, zda nebude v konzumaci pokračovat až do intoxikace. Jedná se především o psychickou závislost.

Typ Delta – konzumace alkoholických nápojů je zde označována jako protrahovaná. To znamená, že se v krvi stále vyskytuje určitá hladina alkoholu. Jinými slovy, že nedochází k naprostému vystřízlivění mezi jednotlivými abúzy.

Typ Epsilon – charakteristika je podobná typu gama. Objevuje se zde epizodická konzumace s často dramatickým a protrahovaným průběhem, kdy je kontrola prakticky ztracena.

Dále Skála (1986) také uvádí stádia, jež byla popsána v roce 1952 Jellinkem a která se vztahují k typu alfa a typu gama. Jedná se o stadia počáteční, varovné, rozhodné a konečné. Jsou to jednotlivá vývojová stádia charakterizována mírou a četností požívání alkoholických nápojů. Popisují vývoj od první zkušenosti až po naprostou ztrátu kontroly a omezení smyslu života jen na alkohol.

Typologie závislosti je velmi zajímavá a dala by se určitě zkoumat podrobněji například s našimi tématy. Zajímavá by mohla být také úvaha o úrovni emocí při každém typu zvlášť. Je jasné, že komunikace bude s každou další úrovní závislosti komplikovanější. Ovlivňují tedy vznik závislosti emoce nebo až vzniklá závislost zapříčiňuje změnu v emocích?

O tom, že má alkohol vliv na naše prožívání, se nemusíme rozepisovat. Ale je možné, že lidé trpící alexithymií mají větší sklon k nadužívání alkoholu a alkoholismu? Nebo dá závislost na alkoholu za vznik alexithymii? O vzniku závislosti se dozvíme v následující kapitole.

3.3. *Vznik závislosti*

Ještě než se začneme zabývat vznikem závislosti, pojďme se podívat, jaké jsou vůbec příčiny nadměrné konzumace alkoholických nápojů.

V knize profesora Janíka a docenta Duška (1990) se dočteme o dvou hlavních příčinách. Jsou jimi příčiny společenské a individuální. Je to velmi široké rozdělení, ale pro naše účely stačí.

Za společenské příčiny je považováno špatné trávení volného času. Je tím myšleno, že lidé se nudí, nemají žádné zájmy a tráví čas v „hospodách“, což je ve většině případů doprovázeno konzumací alkoholu. Janík a Dušek (1990) také uvádějí, že nadměrná konzumace alkoholických nápojů u žen v kapitalistických zemích je zapříčiněna jejich nedostatečnou zaměstnaností. Podle tohoto výroku tedy ženy pijí z nudy.

U individuálních příčin najdeme příklady jako je špatné rodinné zázemí, aktuální špatné zážitky, špatné zážitky z dětství, výskyt nadužívání alkoholu v rodině nebo blízkém okolí a další. Důležité je si pamatovat, že „*člověk se alkoholikem nerodí, ale stává se jím*“ (Janík & Dušek, 1990).

Jak za společenskými tak i za individuálními příčinami můžeme hledat emoce. Individuální příčiny jsou pro nás však zajímavější. Jedná-li se o špatné rodinné zázemí, negativní zážitky z dětství, můžeme uvažovat o současném vzniku příčin alkoholismu, alexithymie a dost možná ne-jisté vazby.

Teorií o vzniku závislosti na alkoholu je hned několik. Existují teorie pro biologické, sociologické, psychologické a integrativní modely. Do skupiny biologických teorií můžeme zařadit teorii genetickou, enzymovou, dopamin-endorfinovou a neurobiologický model alkoholové závislosti. K sociologickým teoriím patří klasické studie, teorie distribuce spotřeby a teorie anomie. A psychologické teorie rozdělujeme podle psychologických směrů. Tudiž tu máme teorie podle hlubinné psychologie a behaviorální psychologie s teoriemi učení.

Která teorie o vzniku závislosti je správná či platná, říct nemůžeme. S jistotou ale můžeme říct, že závislost vzniká jako důsledek dlouhodobého nadužívání alkoholu (Kunda et al., 1988).

Pojďme se na některé teorie podívat blíže. Genetická teorie vzniku závislosti nám nabízí pohled vzniku takřka od základu bytosti. Hlavní myšlenkou je genetická předurčenost či vyšší náchylnost k alkoholismu. V extrémních případech se snaží najít gen pro alkoholismus (Řehan, 2007). Prescott a Kendler (in Procházka, 2011) na základě studií zjistili pravděpodobnost pro zdědění alkoholové závislosti, která se pohybuje v rozmezí 50-60%. Mít tedy rodiče alkoholika nebo oba dva alkoholově závislé znamená, že máme větší pravděpodobnost stát se také alkoholově závislými, nicméně to naznamená, že se tak stane.

Řehan (2007) uvádí, že dopamin-endorfinová teorie nabízí pohled, který pravděpodobně platí i pro závislost na jiných drogách. Popisuje mechanismus rozvoje abúzu a závislosti jako chemické děje v mozku. Neuromediátory endorfiny jsou v receptorech nahrazovány

jinými látkami, vzniklými při konzumaci alkoholu. Po odplavení alkoholu a látek jeho působením vzniklých z organismu se endorfiny okamžitě neobnoví, čímž je způsobena jistá disbalance ovlivňující prožívání jedince (Řehan, 2007). Tím by se tedy dalo vysvětlit prožívání jedince při abstinenčních příznacích. Nedostatek endorfinů má vliv na naše emoce ty zas na naše vztahy.

Teorie podle hlubinné psychologie nám nabízí freudiánský pohled na tuto problematiku. Procházka (2011) uvádí tzv. prealkoholickou osobnost, která by měla mít neurotickou strukturu. Centrálním pojmem tohoto psychoanalytického pohledu je Freudovo libido. O. Fenichel (in Procházka, 2011) u alkoholiků předpokládal jistou predispozici založenou na orální fixaci. Tato fixace má podle něj kořeny ve frustraci z dětského období života. A s ohledem na teorii attachmentu, které se budeme věnovat v budoucích kapitolách, můžeme tedy dle této teorie uvažovat o neideálně vzniklé vazbě, která by v důsledku mohla znamenat predispozice ke vzniku závislosti.

Jiný názor na vznik závislosti představuje behaviorální psychologie. Procházka (2011) uvádí, že behaviorismus nahlíží na závislost jako na naučené chování, které vzniklo díky anxiolytickým a tenzoredukčním vlastnostem alkoholu. Zaměříme-li se na proces učení jako takový, objeví se nám několik možností, jak k naučení mohlo dojít. Patří sem klasické podmiňování, operantní podmiňování, kognitivní učení a učení nápodobou. Jsou to 4 teorie učení a každá z nich nám předkládá svůj způsob jak k alkoholismu jako naučenému chování došlo nebo mohlo dojít.

Můžeme tedy říci, že podle behavioristů nás k alkoholismu nasměrovala jakási výchova od okolí. Ať už šlo o jakýkoli typ učení. U klasického podmiňování by pravděpodobně o cílené vedení ke vzniku závislosti a podobně tomu bude i u operantního podmiňování. U kognitivního učení a učení nápodobou by šlo o spíše vnitřní impuls než impuls zvenčí. Ale v případě učení nápodobou můžeme na rozdíl od behavioristů vzít do úvahy jako podporující faktor dědičnost. Tedy pokud potomek jednoho či dvou alkoholiků sleduje rodiče jak pravidelně a nad míru užívá alkohol, pravděpodobnost pro vznik alkoholové závislosti u něj bude dost možná vyšší než jen z pohledu jedné nebo druhé teorie.

3.4. *Jedinec závislý na alkoholu*

Nyní si pojďme přiblížit osobnost jedince závislého na alkoholu. Jak vypadá taková osobnost člověka závislého na alkoholu? Čím je specifický, jak ho poznáme, jaká jsou rizika a jaké se u něj objevují komplikace?

R. M. Cohen (2000) ve své knize uvádí symptomy závislosti na alkoholu a také komplikace, které mohou nastat v rovině somatické, psychické a sociální. Průvodními znaky závislosti tedy jsou klientovy pocity, že ho k pití něco nutí, konzumace alkoholu místo jiných aktivit, stereotypně se opakující vzorec v pití a samozřejmě změněná tolerance k alkoholu. Jedním ze znaků jsou také opakující se abstinenční příznaky a následné pití pro úlevu.

Jedinec se závislostí na alkoholu si bude stěžovat na problémy se žaludkem, lékař u něj může diagnostikovat poškozená játra, cukrovku, vysoký krevní tlak nebo neurologické problémy (Cohen, 2000). Když se řekne alkoholik a jeho somatické problémy tak nás asi jako první napadne cirhóza jater. Dalo by se říci, že cirhóza jater je typické poškození, ke kterému dochází vlivem nadměrné a časté konzumace alkoholických nápojů, a vyskytuje se především u alkoholově závislých. Ale jak vidíme, není to jediné zdravotní riziko, kterému se závislí na alkoholu vystavují.

I u alexithymie můžeme pozorovat jisté psychosomatické příznaky podobné těm somatickým příznakům vyskytujícím se u závislosti na alkoholu. Můžeme tedy uvažovat o tom, zda pacient závislý na alkoholu a alexithymický má relevantní pocity ohledně svého těla. Tedy jestli jsou tyto pocity způsobeny skutečně poškozením následkem alkoholu nebo jsou umocnění alexithymií.

Zhoršení psychosexuální funkce, afektivní poruchy, psychózy, sebevražedné chování, patologická žárlivost a další jsou příklady psychických komplikací a snad i příznaků závislosti na alkoholu (Cohen, 2000). Nejznámější psychickou komplikací u alkoholové závislosti je delirium tremens. Delirium je komplexní porucha spojující poruchu vědomí, pozornosti, vnímání, orientace, myšlení, psychomotoriky a emocí. Delirium tremens je pak delirium spojené s odvykacím stavem a jedná se tedy o akutní psychotický stav, který je typický zmateností, dezorientací, halucinacemi, bludy, paranoidními

představami, pocením, třesem, hypertenzí a může se objevit i tachykardie (Psychiatrické centrum Praha, 2000). Samozřejmě to neznamená, že všechny tyto příznaky se musí objevit u jednoho jedince. Jedná se o přehled nejčastějších projevů tohoto psychotického stavu.

Delirium tremens se podobá akutní alkoholická halucinatorní psychóza. Marhounová a Nešpor (1995) uvádějí, že se tento psychotický stav od deliria liší jasným vědomím a mírnějším průběhem halucinací, které se objevují převážně sluchové.

Poslední sférou s komplikacemi je sociální oblast. Sem patří rodinné a manželské problémy, ztráta zaměstnání, nedodržování dopravních předpisů s následnými nehodami a někdy dokonce i trestná činnost. Existují případy, kdy lidé zapíjejí problémy v rodině nebo mají stres v práci a potřebují se nějak vyventilovat. Začne-li ale alkohol zasahovat do rodiny, práce a koníčků, je to vážné. Ztráta práce je pak velkým stresem a mnohdy důvodem k ještě většímu „píjactví“. Jedinec pak netráví čas ničím jiným než pitím a vyčleňuje se tak ze společnosti a společenského života.

Nastínili jsme si tedy obraz jedince závislého na alkoholu. Zmínili jsme všechny životní sféry, kde se začínou projevovat komplikace způsobené nadměrným pitím alkoholických nápojů. Ne však všechny případy závislosti na alkoholu se vyhroť do takových extrémů, jaké jsme tu nastínili.

4. Alexithymie

Dalším tématem, kterým se budeme zabývat je alexithymie. Taylor (in Koukolík, 2006) popsal alexithymii jako sníženou schopnost identifikace a popisu vlastních pocitů a jako problémy s rozlišováním pocitů od fyzických pocitků vycházejících z emočního nabuzení. Koukolík (2006) dále dodává, že se alexithymie objevuje velice často u jedinců s psychosomatickými poruchami, panickou poruchou, posttraumatickou stresovou poruchou nebo u závislostí na psychoaktivních látkách.

Jaká je vlastně definice tohoto pojmu - alexithymie? Ve velkém psychologickém slovníku od Hartla a Hartlové (2010) najdeme alexithymii vydefinovanou jako neschopnost rozpoznat, vyjádřit a popsat své emoce. Procházka (2011) píše, že lze alexithymii popsat jako deficit v regulaci a zpracování emocí, který vyústí v maladaptivní styl emoční regulace. Kulišťák (2003) přidává ještě neschopnost porozumět emocím u druhých lidí, nejen těm svým.

Shrneme-li všechny tyto výroky, můžeme tvrdit, že alexithymie je problém s rozpoznáváním emocí jak u sebe samých tak u ostatních jedinců, problém s orientováním se v emocích a také se zaměřováním emocí za fyzické pocity.

Stephanos (in Mohapl, 1992) podává další popis alexithymie, ve kterém je zmíněna redukováná introspektivní kapacita, ochuzená fantazie, omezená afektivní činnost, neschopnost učit se emočnímu chování a schizoidní interpersonální vztahy.

Můžeme tedy říct, že jedinec s alexithymií by mohl mít problémy v interpersonální komunikaci, protože neumí číst emoce druhých lidí. Jelikož neumí popsat své emoce a neumí je vysvětlit, je zaměřený spíše na okolní svět než na své vnitřní dění. S tím může souviset i ochuzená fantazie, která bude vypadat jako popis triviálních skutečností. Okolí z toho může nabýt dojmu o nepříliš vysoké inteligenci daného jedince, který však v takovýchto případech nebude správný.

A nesouvisí tedy problémy v interpersonálních vztazích a komunikaci také s attachmentem, který určuje, jaké vztahy si vytváříme? Zdá se, že jistá souvislost by tu mohla být přítomna.

Jak tedy alexithymického člověka poznáme? Baštecký et al. (1993) uvádí, že obecně o lidech s alexithymií platí, že donekonečna popisují své tělesné příznaky, které se ale nevztahují k žádnému onemocnění. Dále si také stěžují na podrážděnost, napětí, bolesti, prázdnotu, nudu nebo naopak na neklid, nervozitu či agitovanost. Jak jsme již výše zmiňovali, jejich fantazie je značně omezena, ale své okolí popisují velmi detailně. Zřejmé jsou také problémy při hledání vhodného verbálního vyjádření o svých emocích. Nápadný dále také může být pláč, který buď chybí, nebo se naopak vyskytuje v hojně míře, ale jeho výskyt nekorresponduje s odpovídajícími emocemi, jako jsou smutek nebo vztek. Afekty alexithymických jedinců bývají nepřiměřené a jejich interpersonální vztahy mívají tendenci k výrazné závislosti. Nebo naopak mohou dávat přednost samotě a sociální kontakt odmítat. Objevit se u osob s alexithymií mohou také narcistické, vzdávající se, pasivně agresivní nebo pasivně závislé sklony. Zde můžeme uvažovat o typu attachmentu při přítomnosti každého sklonu zvlášť.

4.1. Historie

Jak vůbec pojem alexithymie vznikl? Označení chování, které dnes nazýváme alexithymické, prošlo několika stupňovým vývojem. Mohapl (in Baštecká & Goldmann, 2001) zmiňuje jména Ruesch a MacLean, kteří se již ve čtyřicátých letech minulého století zabývali neschopností psychosomatických pacientů popsat své vlastní pocity. Baštecký (1993) upozorňuje na pojem „emocionální negramotnost, jehož autory jsou Freedman a Sweet. Objevuje se také pojem mechanizované myšlení, ale až roku 1967 se poprvé objevuje pojem alexithymie (Baštecká & Goldman, 2001).

Vidíme tedy, že vývoj byl poněkud kotrbatý, ale nakonec je pojem alexithymie přeci jen vydefinovaný. Nejúplnější a vysvětlení tohoto pojmu podali jeho autoři Sifneos a Nemiah na konferenci o Alexithymii v roce 1976 (Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993).

4.2. Teorie o vzniku alexithymie a její výklad

Alexithymii máme vydefinovanou a o vzniku tohoto pojmu jsme se již také něco dozvěděli. Na řadě tedy jsou teorie o jejím vzniku.

Teorií a výkladových modelů vztahujících se k popisu vzniku alexithymie je hned několik. Hlavními teoriemi jsou neurofyzilogická teorie a psychoanalytická teorie. K těmto dvěma teoriím můžeme přidat ještě sociologický model výkladu.

Psychoanalytický nebo psychodynamický výklad staví na raných vývojových stádiích. Baštecký, Šavlík a Šimek (1993) píší o narušených nejranějších interakcích mezi matkou a dítětem, které vedou k neschopnosti tvořit vnitřní reprezentace pro instinktivní impulzy. Thomä a Kächele (in Baštecká & Goldmann, 2001) používají termín psychofyzilogická regrese. Hlavní myšlenkou tohoto označení je spojení a převedení všech bolestí a psychických nemocí do raného dětství, a to do doby před diferenciací duše a těla.

Dalším modelem je sociologický výklad. Zde se můžeme potkat s rozdělením podle H. C. Shandse (in Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993), který rozdělil nemocné do tří skupin podle sociokulturní úrovně. První skupina je neoznačená a zařazení sem jsou jedinci, kteří obtížně tvoří abstraktní kategorie. Druhá skupina je psychosomatická a patří sem pacienti schopní tvořit abstraktní pojmy, ale nedokážou popsat své pocity. Poslední skupinou je neurotické zařazení, a pacienti zde mají zachovány obě schopnosti.

Neurofyzilogická nebo neuropsychologická teorie se zaměřuje na nalezení vztahu mezi alexithymií a mozkem. Podle amerických autorů Nemiah a Sifneose (in Mohapl, 1992) je alexithymický fenomén dán funkčními vztahy mezi limbickým systémem a neokortexem, kdy k alexithymické osobnosti dochází potlačením impulzů z limbického systému do neokortexu. Výsledkem tedy je zaměření se na vnější a nikoliv vnitřní svět. Nemiah (in Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993) ještě dodává, že alexithymie je opakem schizofrenie, kterou vidí jako chaotické zaplavení pocity, vzpomínkami a afekty.

Koukolík (2006) uvádí 3 možné vysvětlení pro alexithymii. První hypotéza říká, že jde o poruchu v komunikaci mezi limbickým systémem a nekortikálními oblastmi mozku. Tato hypotéza souhlasí s názorem Nemiah a Sifneose.

Druhá hypotéza je založena na předpokladu poruchy komunikace mezi hemisférami, tedy interhemisferické komunikace. Tato komunikace je zprostředkována přes corpus callosum nebo také jinak vazník. S podobným nápadem přišel Hoppe (in Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993), který vytvořil teorii funkční komisurotomie. Na základě

pozorování u pacientů, kteří podstoupili komisurotomii (předělení corpus callosum) při léčení epilepsie, popsal sníženou schopnost symbolizace, chudost snů a také fantazie.

Třetí hypotéza mluví o dysfunkci pravé hemisféry. Procházka (2011) ve své publikaci uvádí výstupy E. D. Rose a A. J. Rusche ze studie u pacientů s unilaterálními lézemi v oblasti pravé hemisféry. Pacienti s těmito lézemi vykazovali depresivní symptomatiku, ale při dotázání jak se mají, odpověď zněla, že se mají dobře a cítí se v pořádku. Po podání antidepresiv depresivní symptomy jako podrážděnost, nespavost, nechut' k jídlu a sociální stažení vymizely. Nedostatek emocionálního zájmu však přetrvával. Pacienti nebyli schopni popsat své emoce a pocity, ale u druhých lidí emoční reakce rozpoznávali.

Za zmínku stojí také výsledky, ke kterým došli Weniger a Irle (in Koukolík, 2006). Vyšetřením 68 nemocných s poškozením mozku následkem krvácení nebo mikrochirurgické resekce nádoru zjistili, že v porovnání s kontrolní skupinou hůře poznávali výraz emocí ve tváři. Nejhorší rozpoznávali emoce pacienti s kombinovaným postižením heteromodální, limbické a paralimbické kůry pravé hemisféry. Ale pacienti s poškozením čistě limbických a paralimbických korových oblastí a pacienti s poškozením primárních senzorických oblastí a primární motorické oblasti měli s rozpoznáváním emocí a tvářových afektů jen drobné potíže.

To jsme si tedy nastínili všechny možné způsoby výkladu vzniku alexithymie. Jak můžeme vidět, nejrozšířenějšími jsou teorie jdoucí pro vysvětlení přes mozek. Snad je to tím, že moderní věda umožňuje skenování mozku a snímání aktivity různých mozkových center. Nás však zajímají teorie zaměřené na rané dětství.

4.3. *Různé dělení alexithymie*

Než začneme alexithymii dělit na různé druhy, měli bychom se seznámit s pokusy o její objektivizaci. Tedy jak se alexithymii pokoušeli změřit.

Prvním pokusem o objektivizaci alexithymie a její měření byl 17 položkový dotazník BIQ (Hospital Psychosomatic Questionnaire) od autorů Nemiah a Sifneose, který však musí být vyplněn doktorem nebo psychologem, který pacienta zná a má s ním zkušenosti (Mohapl, 1992).

Dalším docela zdárným pokusem, jak uvádí Baštecký et al. (1993), byla nově vytvořená škála MMPI. Pro míru alexithymie byla použita škála BIQ, jež hodnotili tři na sobě nezávislí psychologové. Nedostatkem této škály bylo přílišné spoléhání na platnost škály BIQ, která nebyla sama o sobě dostatečně validizována.

Procházka (2011) uvádí, že alexithymii můžeme základně rozdělit na primární a sekundární. Primární alexithymie označuje významný dispoziční faktor. To znamená, že jedinci s primárním typem alexithymie mají dispozici ke vzniku nebo k udržování psychosomatického onemocnění. Sekundární alexithymie je pak případ, kdy primárně vzniklo somatické onemocnění a alexithymie na něj až nasedá. Dalo by se říci, že jde o obranný mechanismus, který se vytvořil jedinec kvůli svému onemocnění.

Dalším pokusem o objektivizaci alexithymie bylo relativně pokrokové škálové měření pomocí Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), které rozdělilo alexithymii na tři základní subškály (Matthews et al., 2012). První subškálou jsou potíže s identifikováním pocitů a rozlišováním mezi tělesnými pocity a emočními prožitky. Druhou subškálou jsou problémy s popisováním pocitů a třetí subškálou je myšlení zaměřené na okolí a preference konkrétních detailů z každodenního života místo představivosti, fantazie a vnitřní zkušeností.

Jak můžeme vidět, všechny tři subškály souhlasí s problémy u alexithymiků, které jsme již dříve v textu zmínili. Toronto Alexithymia Scale nám je rozdělila do třech úhledných balíčků, se kterými se dá snadněji pracovat.

Matthews et al. (2012) zmiňuje korelaci mezi skóry v TAS-20 a neuroticismem. Skóry také korelují, i když v menší míře, s nižší extroverzí a otevřeností. Není pochyb o tom, že teorie alexithymie má své zastoupení v klinické praxi.

Dalším zajímavým rozdělením alexithymie je dělení zprostředkované Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ). Procházka (2011) uvádí všechny tři typy, na které se podle této metody alexithymie dělí. Je to alexithymie I. typ, alexithymie II. typ a modals typ. Pojdme se na ně podívat blíže.

Procházka (2011) uvádí, že **alexithymie I. typ** se nachází v opozici s lexithymií. V případě alexithymie tohoto typu se jedná o nižší schopnost emocionálního prožívání, zhoršenou identifikaci pocitů, sníženou fantazii a nedostatečnou kognici, která by měla doprovázet emoční pochody. Jedinci s tímto typem alexithymie mají omezený rozsah ve vyjadřování emocí při interpersonální komunikaci a obecně v mezilidských vztazích. Jsou racionální a jejich chování může působit až chladně a to i v případech intimních vztahů.

Dalším typem, který jsme již zmínili a který Procházka (2011) popisuje, je **alexithymie II. typ**, v jejíž opozici se nalézá alexithymie III. typ. Tento typ alexithymie autoři charakterizují omezenou doprovodnou kognicí, ale dobrým emocionálním prožíváním a identifikací pocitů a fantazií. Jedinci s tímto typem alexithymie jsou emocionálně spíše nestabilní, často se u nich vyskytují somatické problémy a mohou trpět úzkostmi, depresemi a dokonce i panickými záchvaty.

Alexithymie III. typ je charakteristická pro nízkou úroveň emocionality a fantazie, ale dobrou úroveň kognice (Procházka, 2011). Jedinci s tímto typem alexithymie se dobře orientují v sociálním prostředí a dokážou v něm dobře vyjít. Problémy se snaží mít pod kontrolou a charakteristické je pro ně také vysoké sebehodnocení. Procházka (2011) k tomuto typu na závěr dodává, že je možné nalézt určitou podobnost mezi tímto typem alexithymie a narcistickou poruchou osobnosti.

Modals typ, tedy poslední typ, který uvádí rozdělení podle BVAQ, bychom mohli vyložit jako typický nebo způsobový typ (Procházka, 2011). Charakteristické pro něj je průměrná emocionalita, fantazie a také průměrná doprovázející kognice. Tento typ ničím zvláštním nevybočuje a jedinci s tímto typem alexithymie tedy ani nejsou příliš nápadní.

A nakonec si vysvětleme co je to **lexithymie**, jelikož jsme toto označení použili při popisu a charakterizování I. typu alexithymie. Jelikož se nachází v opozici k I. typu alexithymie, můžeme z toho vyvodit i její charakteristiku. Typické pro lexithymii je vysoká emocionalita, dobrá úroveň fantazie a dobře rozvinutá úroveň doprovázející kognice. Procházka (2011) uvádí, že lexithymičtí jedinci jsou emočně inteligentní, mají vysoké sebehodnocení a sebedůvěru a jsou schopni se dobře přenést přes náročné situace.

Seznámili jsme se s různými teoriemi a způsoby rozdělení a rozlišení alexithymie. Ukázali jsme si podrobné rozdělení podle BVAQ a také rozdělení, které poskytuje Toronto Alexithymia Scale. Co je to tedy alexithymie již víme a také bychom ji dokázali poznat. A samozřejmě se nabízí úvaha o tom, da spolu souvisí alexithymie a attachment. Zmínili jsme teorie, které posouvají vznik alexithymie do raného dětství. V této době se nám tvoří druh vazby, na jejíž základě pak navazujeme další vztahy, budeme-li tedy předpokládat nevhodné podmínky zapříčiňující vznik alexithymie, můžeme uvažovat zároveň o vzniku ne-jisté vazby a tedy v budoucnu možného navazování disharmonických vztahů. Je tedy na čase abychom se důkladně podívali na teorii attachmentu.

5. Attachment

S teorií attachmentu přišel John Bowlby poté, co byl v roce 1950 požádán Světovou zdravotnickou organizací, aby se stal jejich poradcem v otázkách duševního zdraví u dětí bez domova (Bowlby, 2010).

Attachment můžeme do češtiny přeložit jako „vazebné chování“, i když se tento překlad příliš nepoužívá. Velmi obecně se jedná o emocionální pouto mezi dvěma jedinci, kteří si jsou blízcí. Nejčastěji se o attachmentu mluví ve spojitosti se vztahem mezi matkou a dítětem. My si v následujících kapitolách ukážeme krom jiného, že o attachmentu se nemusí mluvit jen jako o vztahu mezi matkou a dítětem, ale že může vzniknout i jinde a jak ovlivňuje naše vztahy.

5.1. Historie

Pojďme si povědět něco trochu bližšího o vzniku teorie attachmentu. Jako první stojí za to zmínit, že John Bowlby byl psychoanalytikem a tudíž se zajímal o období dětství a jak toto období ovlivňuje dospělý život. Na rozdíl od klasického pohledu psychoanalýzy, že za emocionálním vývojem dítěte stojí oidipovský komplex, se Bowlby domníval, že vývoj poruch chování ovlivňují rané emocionální traumatizace způsobené prožitkem ztráty a odloučení (Brisch, 2011).

Jak jsme již zmiňovali v úvodu této kapitoly, Bowlby dostal nabídku od Světové zdravotnické organizace (WHO). Této nabídky využil a získané poznatky ho povzbudily v jeho domněnkách. Problematiku attachmentu zkoumal například s Mary Ainsworthovou a jejich práce měla pro vývoj teorie attachmentu zásadní význam (Brisch, 2011).

Základem teorie attachmentu je trilogie vydaná Bowlbym. První knihu vydal v roce 1969 s názvem Vazba (*Attachment*) a za ní následovala roku 1976 další kniha Odloučení, úzkost a hněv (*Separation, Anxiety and Anger*) a zakončeno je to knihou pojmenovanou Ztráta, smutek a deprese (*Loss, Sadness and Depression*) z roku 1983 (Brisch, 2011).

5.2. *Bezpečná vazba*

V této kapitole si povíme něco o tom, co to je bezpečná vazba a jak vzniká. Nejprve se ale podíváme, kde všude ji také můžeme pozorovat.

Vazebné chování, jak jsme již naznačili, můžeme nalézt nejen u lidí v jejich rodinách. Své místo má samozřejmě i v přírodě. Bowlby ve své knize *Vazba* (2010) popisuje vazebné chování u subhumánních primátů, makaka rhesuse, paviánů, šimpanzů a goril. Rozdíly mezi těmito skupinami jsou pouze v délce trvání vazebného chování. Nejkratší dobu můžeme vazebné chování pozorovat u subhumánních primátů a nejvýraznější dobu trvání má gorila a šimpanzi.

Bowlby (2010) poukazuje na podobnost vazebného chování u lidí a primátů. Zejména upozorňuje na mláďata goril, která jsou první tři měsíce svého života přenášena, protože by se sama neudržela na nohou, a společnosti lovců a sběračů, kdy je dítě umístováno místo do postýlky či kočárku nebo na břicho či záda matky. Nošení dítěte připevněného k tělu šátkem je v dnešní době moderní, ale i přes tento trend můžeme najít tento jev u jiných současných méně vyspělých kultur. Například ženy ve východní Asii mají takto děti k sobě připoutané, když pracují na poli.

Vazba vzniká díky sociální interakci, kdy dítě naváže citovou vazbu ke komukoli, kdo je k němu vnímavý a laskavý (Slaměník, 2011). Brisch (2012) uvádí, že bezpečná emocionální vazba je důležitá pro přežití kojence a Slaměník (2011) dodává, že blízkost osoby attachmentu je důležitá při situacích ohrožení. S tím souhlasí i studie vazebného chování u primátů, které popisuje Bowlby (2010).

Vznik bezpečné vazby není ale jen tak. Bezpečná vazba se nevytvoří, pokud není podporována určitým typem chování od pečující osoby, kterou je nejčastěji matka. Nejvyšší šanci stát se osobou attachmentu má jedinec, který reaguje nejcitlivěji na nejrůznější interakce s dítětem (Brisch, 2012). Své místo zde má projev empatie, oční kontakt, dotečky a také verbální komunikace. Dítě si tedy vytvoří bezpečnou vazbu k osobě, která na něj nejlépe reaguje. Nemusí se nutně jednat jen o matku. Osobou attachmentu se může stát i otec nebo jiná primární pečující osoba s odpovídajícím chováním.

Průběhu vývoje vazebného chování během prvního roku života se věnovala Mary Ainsworthová, která toto chování sledovala u gandských dětí a dvojice Schaffer a Emersonová, kteří vývoj vazebného chování sledovali u skotských dětí (Bowlby, 2010). Chování udržující blízkost se projevilo u gandských dětí dříve než u dětí skotských. Tento jev, ale můžeme vysvětlit poměrně jednoduše. Motorický vývoj je u dětí z kmene Ganda rychlejší a tak se tedy vazebné chování může projevit dříve.

Vztah mezi matkou a dítětem můžeme považovat za zcela základní. Je to dáno už tím, že žena po devět měsíců nosí dítě, které v ní postupně roste a sílí. Dítě a matka jsou spolu po dobu těhotenství velmi těsně svázáni a co se děje jednomu, ovlivňuje toho druhého. Toto pouto je přerušeno porodem a vzniká tak prostor pro vznik nového vztahu. Nové vazby, která má spíše sociální než biologický ráz.

Pokud je matka na mateřství připravena a je s tím sžítá, nová vazba by měla vzniknout bez větších obtíží. Pokud ale žena není na mateřství připravena, dítě si nepřála nebo například nemiluje otce svého dítěte, na vznik vazby mezi ní a dítětem to má negativní vliv (Ruppert, 2011). Kromě vztahu mezi matkou a dítětem má neplánované těhotenství vliv i na psychiku dítěte, jak dokazuje celá řada studií. A má-li vliv na psychiku, bude mít vliv i na emoce, komunikaci a interpersonální vztahy.

Otec dítěte si k němu vytváří vztah složitěji než jeho matka. Přeci jen s ním nebyl v přímém kontaktu po devět měsíců těhotenství a představa dítěte je pro něj až do porodu poněkud abstraktní. I po porodu, kdy již může být s dítětem v přímém kontaktu, pro něj bude navázání vztahu složitější než pro matku. A to z prostého důvodu, že přeci jen matka dítěte ho kojí a to vztah mezi ní a dítětem přirozené upevňuje.

Ruppert ve své knize *Symbióza a autonomie* (2011) mluví o mýtu mateřské lásky. Mýtem o mateřské lásce má na mysli automatickou existenci a přítomnost mateřské bezpodmínečné lásky. Jako příklad uvádí historický příklad, kdy ženy z vyšších vrstev společnosti své děti odkládaly mnohdy ihned po porodu k chůvám a kojným. V takovém případě si biologická matka vytvářela vztah k dítěti složitěji, pokud to bylo vůbec žádoucí.

Bowlby (2010) rozděluje vznik vazebného chování a citové vazby na čtyři fáze. První fází je **orientace a signály s omezeným rozpoznáváním postavy**. O této fázi mluvíme u dítěte ve věku do osmi až dvanácti týdnů. Projevy citové vazby v této fázi jsou odvoditelné z vývojové psychologie. Dítě se tedy projevuje k osobě attachmentu jeho sledováním, úsměvem, žvatláním a natahováním ruky.

V rámci druhé fáze, kterou Bowlby (2010) označil jako **orientace a signály k jedné rozeznávané postavě**, se chování zvýrazní směrem k mateřské postavě. Tuto fázi můžeme u dítěte pozorovat do půl roku věku, někdy i mnohem déle.

Udržování blízkosti k rozeznávané postavě prostřednictvím lokomoce a signálů je další fáze, kterou Bowlby (2010) popsal. U dětí, které měly málo kontaktu s matkou nebo jinou osobou attachmentu, se toto období může objevit až po třetím roce. Nejdříve však mezi šestým a sedmým měsícem. Děti v tomto období rozlišují způsob svého chování k lidem a rozšiřuje se také paleta reakcí.

Poslední fází je dle Bowlbyho (2010) **utváření partnerství korigovaného k cíli**. Dítě si během této fáze začíná uvědomovat, že chování matky je ovlivňováno a z toho poznává, jaké jsou její cíle a plány na jejich dosažení. Na konci této fáze jsou položeny základy pro vytvoření vzájemného a mnohem složitějšího a komplexnějšího vztahu.

Vývoj citové vazby je pevně spjat s psychomotorickým vývojem dítěte, jak můžeme vidět v popisu každé jednotlivé fáze. V některých případech se může vývoj opozdit, pokud je dítě málo v kontaktu s primární osobou.

Ovšem vznik nejisté vazby v dětství nemusí a priori znamenat, že v dospělosti nemůže jedinec navázat zdravý vztah s další osobou.

5.3. *Attachment z hlediska neurobiologie a neuropsychologie*

Jak napovídá název této podkapitoly, budeme se nyní zabývat teorií attachmentu ve vztahu k mozku. Díky funkčním zobrazovacím metodám můžeme dnes sledovat mozek přímo v „chodu“. Tedy jaká centra jsou zapojována při určitých činnostech a to je pro nás mnohdy velmi užitečné a v mnoha směrech osvětlující.

Pro začátek se pojďme seznámit s některými důležitými částmi mozku. Explicitní i implicitní mysl umístíme do koncového mozku, který se skládá z dvou mozkových polokoulí neboli hemisfér. Každá z hemisfér má trochu jiný úkol. Levá hemisféra dominuje logickým uvažováním a také řečí (Orel & Facová, 2009). Pravá hemisféra vládne emocím, představivosti, chápání perspektivy a patří sem také holistické myšlení (Orel & Facová, 2009, Vrbatovská, 2010). Jak uvádí Vrbatovská (2010), vývoj pravé hemisféry je v prvních třech letech života dominantní, protože pravá hemisféra je dominantní pro přežití, kdežto levá hemisféra je dominantní pro jazyk.

Dalšími částmi mozku, které Vrbatovská (2010) zmiňuje, jsou amygdala, která přijímá impulsy ze smyslových orgánů a přeposílá je dále a orbitofrontální kortex, který je centrálním činitelem pro pravou hemisféru. Orbitofrontální kortex je činný při zpracovávání empatie a čtení emocí, humoru, zpracovávání emocionálních zkušeností, důvěry a také uvědomování.

Dle Vrbatovské (2010) je z hlediska neurobiologie attachment prostředkem pro získání množství pozitivních zkušeností v kontaktu s rodičem. Dále autorka uvádí, že pokud dítě zažívá v prvních třech letech frustraci a stres, mozek si tyto informace a zkušenosti zakóduje a dítě pak bude pravděpodobně mít poruchu modulace emocí a také bude mít problémy se zvládnutím vnitřních impulzů. Můžeme tedy dle tohoto názoru uvažovat o příčinách vzniku alexithymie? Rozhodně by to tak mohlo vypadat. Zdá se, že ne-jistá vazba a alexithymie mají v něčem společný základ.

Pokud tedy dítě během prvních třech let života, kdy je dominantní pravá emocionální hemisféra), nebude zažívat pocity jistoty, bezpečí a nebude mít pozitivní zkušenosti získané ve vztahu s rodičem či jinou primární pečovatelskou osobou, jeho mozek si „zapamatuje“ tyto negativní zkušenosti a bude na nich dále stavět. Jediněc pak bude mít nedůvěru k okolnímu světu a také bude zažívat pocity nejistoty.

5.4. *Klasifikace vztahové vazby*

Vztahovou vazbu můžeme rozdělit do čtyř skupin podle chování, respektive podle typu připoutání, k osobě attachmentu.

Prvním typem vztahové vazby jsou **děti s jistotou připoutané** (*secure*), což bychom mohli také označit za „zdravou“ vztahovou vazbu (Brisch, 2011). Autor uvádí, že tyto děti jsou v projevu vazebného chování výrazné a to zejména při prvním, ale i druhém, odloučení od matky. Při jejím návratu projevují radost a po chvíli se opět zklidní a vrátí se ke hře.

V dospělosti má jistá vazba za následek prožívání méně stresu, větší vnímavost k mezilidským vztahům, větší schopnost a ochotu mluvit o zážitcích z dětství, ať už negativních či pozitivních, a jak uvádí Obegi a Berant (2009), dospělí jedinci s tímto typem vazby jsou přístupnější terapeutické péči, je-li potřeba. Obecně vzato jsou to vyrovnanější jedinci uvědomující si své limity. Dle Hašta (2005) jsou to jedinci projevující soucit, mají schopnost odpustit a sebe i své blízké přijímají a vnímají čteně nedokonalostí.

Druhým možným typem vazby vznikajícím u dětí jsou dle Brische (2011) **děti nejistě připoutané a vyhýbavé** (*avoidant*). Při odloučení tyto děti reagují nízkým protestem a vazebné chování, tedy attachment, není příliš znatelný. V případě návratu nereagují a oproti jisté vazbě o konejšení nestojí. Často v tomto případě vazby můžeme pozorovat jen malou četnost fyzického kontaktu.

Distancovanost je to, co charakterizuje vztahy jedinců s tímto typem vazby v dospělosti. Tito jedinci si udržují odstup, snaží se nenavazovat příliš blízké vztahy, protože je trápí strach z odmítnutí. Charakteristické pro tento typ vazby v dospělosti také je, že jedinci nepovažují vzpomínky na vztahy a vazby v dětství za důležité případně si na ně nepamatují (Hašto, 2005). Dospělí s tímto typem vazby pravděpodobně v terapii moc neuvidíme, ale pokud přeci, Obegi a Berant (2009) uvádí výsledky výzkumů, které vypovídají o neúspěchu s klasickými psychoterapeutickými metodami jako je sebereflexe. Důvodem pravděpodobně bude pocit ohrožení při sebeodhalení, a jak jsme již zmínili výše, strach z odmítnutí.

Děti nejistě připoutané a ambivalentní (*ambivalent, preoccupied*) jsou třetím typem citové vazby (Brisch, 2011). Tyto děti reagují na odloučení výrazným pláčem a není výjimkou, že se nedají ani několik minut po návratu matky utěšit. Ambivalence tohoto

připoutání spočívá v silné potřebě dítěte být ve fyzickém kontaktu s matkou, ale zároveň se vůči ní chovají agresivně.

Hašto (2005) uvádí, že dospělí jedinci s tímto typem vazby, který nazývá zaujatý styl, nejsou schopni své dětství reflektovat a často mívají negativní vztah a postoj ke své primární vztahové osobě, tedy sobě attachmentu.

Posledním typem je **vzorec dezintegrované nejisté vztahové vazby** (Brisch, 2011). Tato skupina pojímá děti s typem vazby, který se nedá zařadit ani do jedné z výše zmíněných citových připoutání. Jak toto chování vypadá, nám napovídá název této skupiny. Děti jsou dezintegrované a dezorientované. V praxi to můžeme pozorovat na případech, kdy se dítě rozeběhne k matce, ale v půli cesty se zastaví a jakoby si to rozmyslí.

Vavrda (2005) uvádí, že toto chování ve čtyřech až pěti letech vymizí a je nahrazeno chováním organizovaným. Organizované chování však jen maskuje to dezorganizované. V dospělosti pak mají jedinci s tímto typem vazby dezorganizované, znehodnocující, zaujaté nebo i jisté vnitřní myšlenkové pochody.

5.5. Poruchy vztahové vazby

V předchozí kapitole jsme si ukázali, jak vypadají různé typy attachmentu a jaké vazebné chování můžeme u dětí a následně i u dospělých pozorovat. Nyní se zaměříme na poruchy attachmentu. To znamená, že si ukážeme několik příkladů, jak může vypadat narušená citová vazba u dětí.

Prvním příkladem, který si ukážeme, je **absence vazebného chování**. V této kategorii popisuje Brisch (2011) naprostou absenci vazebného chování a to i v případech ohrožení, kdy se vazebné chování má projevovat nejsilněji a nejvýrazněji. Tento vzorec chování můžeme nalézt u dětí z dětských domovů či u dětí, u nichž došlo k přerušení vazby, a vyrůstaly střídavě v různých zařízeních a neměly tedy možnost navázat plnohodnotný vztah k jedné osobě, která by pro ně znamenala bezpečí.

Další kategorií poruchy, kterou Brisch (2011) zmiňuje, je **nediferencované vazebné chování**. Vzor této vztahové vazby je typický pro nerozlišování vztahových osob. Dítě

se bude chovat přátelsky ke všem, nehledě na tom, jak dlouho osoby zná. Toto chování můžeme označit jako sociální promiskuitu či jako typ nehodový a rizikový. Toto chování opět můžeme pozorovat u dětí z dětských domovů a u dětí, u kterých se často měnila osoba attachmentu.

Třetí poruchou attachmentu je **přehnané vazebné chování**. Nápadnost této poruchy spočívá v excesivním přimykání (Brisch, 2011). Děti s projevy tohoto vazebného chování se uklidní pouze v absolutní blízkosti osoby attachmentu. V neznámém prostředí nebo s cizími lidmi reagují vystrašeně a hledají fyzickou blízkost své osoby attachmentu. Pokud jsou od této osoby odloučeni, reagují emočním stresem a proti odloučení se hlasitě a důrazně brání. Tuto poruchu většinou nalezneme u dětí, jejichž matky jsou silně úzkostné nebo trpí extrémním strachem ze ztráty.

Jako další poruchu popisuje Brisch (2011) **tlumené vazebné chování**. U dětí s touto poruchou vazby se vazebné chování projevuje jen málo výrazně. Při odloučení tyto děti jen málo odporují, pokud vůbec. Toto chování nalezneme u dětí, jež jsou nebo byly fyzicky týrané nebo jsou z rodin, kde se fyzickým násilím hrozí.

Agresivní vazebné chování je dalším typem poruchy attachmentu, která Brisch (2011) popisuje. Agrese se může projevovat jak jako verbální, tak i jako fyzická a dítě tím vyjadřuje, že si přeje být v blízkosti své vztahové osoby. Tyto děti jsou v kolektivech označovány jako „rušivé elementy“ a mají problémy navázat vztah s ostatními dětmi. Pokud se jim to ale podaří, projevy agrese ustupují do ústraní a děti se z pravidla zklidní. Navázání vztahu je však přes agresivní projevy vůči dané osobě složité a odchází k tomu jen vzácně.

Porucha se také může projevit jako **vazebné chování s obrácením rolí** (Brisch, 2011). Charakteristický jev pro tuto poruchu vazebného chování můžeme pojmenovat jako „přechod k rodičovství“. Děti s touto poruchou vazby věnují osobě attachmentu velké množství péče a někdy se může zdát, že za tuto osobu až přebírají zodpovědnost. Tyto děti jsou charakteristické pro svůj strach z reálné ztráty osoby attachmentu a pokud se tak skutečně stane, jeden z rodičů se po rozvodu odstěhuje nebo spáchá sebevraždu, dítě přesměruje svou pozornost a péči na zbylého rodiče.

Další možnou poruchou vazebného chování, o které budeme mluvit je **porucha vztahové vazby se závislým chováním** (Brisch, 2011). Závislé chování vzniká jako důsledek deprivace v kojeneckém věku. Deprivace je způsobena nevhodným reagováním na projevy dítěte. Například pokud dítě potřebuje fyzický kontakt, ale je mu místo toho nabídnuto jídlo, pak za krátkou chvíli opět volá o pozornost a vyžaduje kontakt s osobou attachmentu. Závislost nemusí být na osobě, ale může se vyvinout jako závislost na jídle, hraní počítačových her, ale také na návykových látkách a mnohém dalším.

Poslední poruchu přidal Brisch (2011) a jedná se o **psychosomatickou symptomatiku**. Autor vysvětluje psychosomatické projevy jako důsledek poruchy vztahové vazby. O psychosomatické symptomy může jít jako o důsledek emocionálního či fyzického zanedbávání a projevit se může například jako růstová retardace. Do této skupiny poruchy attachmentu můžeme zařadit i hospitalismus, který je typickým příkladem rané dětské deprivace.

Pro diagnostikování poruchy vazebného chování u dětí je potřeba důkladná a holistická anamnéza zahrnující povahu, začátek, trvání, charakter a variace chování dítěte (Brisch, 2011). Autor dále uvádí, že poruchu attachmentu můžeme diagnostikovat ve dvanácti měsících, ale je potřeba dalšího pozorování i v druhém roce života dítěte. Nesmíme zapomenout dodat, že se jedná o diagnózu klinickou a prozatím nemáme žádný přesný a specifický nástroj pro vyšetření vztahové vazby.

Nyní již víme o vazbě a vazebném chování vše důležité. Víme, jak vzniká, jak se projevuje, jak jej můžeme klasifikovat a jaké komplikace mohou nastat a co to znamená. Seznámili jsme se jak s bezpečnou vztahovou vazbou, tak i s jejími poruchami a nyní je čas pokročit opět dál a věnovat se novým otázkám.

6. Současné výzkumy v oblasti alexithymie a attachmentu

V této kapitole se seznámíme s pár výzkumy spojenými s alexithymií a attachmentem abychom si udělali představu o tom, v jakých možných kontextech se s těmito pojmy můžeme setkat a jakých se v daných studiích dosáhlo výsledků a zjištění.

Thomas Suslow se svými kolegy (2000) zkoumal souvislost alexithymických potíží s popisováním emocí s náchylností ke studu jakožto osobnostním rysem, který snižuje emoční sebeodhalení v sociální interakci. Ke své studii využili pro alexithymii dotazník TAS-20 a pro zjištění náchylnosti ke studu použili LEAS (*Levels of Emotional Awareness Scale*). Výsledky jejich měření byly však opačné než očekávali. Korelaci, kterou našli mezi subškálou z dotazníku TAS-20 označující potíže s popisováním emocí a LEAS nebyla signifikantní, ale překvapivě tam byl pozitivní znak.

Genderové rozdíly u alexithymie zkoumal Ronald se svými kolegy (2009). Snažili se prokázat, že muži mají vyšší úroveň alexithymie než ženy. Metaanalýzou několika studií zjistili, že muži skutečně skórují v průměru výše než ženy. Výsledky skóre v alexithymii patřili jak klinické populaci, tak i neklinické.

Eva Freadrich (2010) se svými kolegy věnovala otázce mozku a jeho aktivity během percepce emocí. Porovnávali mezi sebou matky s různými reprezentacemi attachmentu a sledovali u nich čelní asymetrie. Čelní asymetrie, které jsou spojovány s individuálními rozdíly, měřili pomocí EEG a attachment pomocí AAP (*Adult Attachment Projective*). Tým těchto odborníků zjistil, že rozdíly v reprezentaci attachmentu můžou souviset s neuropsychologickými funkcemi.

V Turecku zjišťovali emoční a behaviorální problémy spojené s attachmentem a rodičovským stylem u adoptovaných a neadoptovaných dětí (Altinoğlu Dikmeer, 2014). Nenašli však žádný signifikantní rozdíl mezi dětmi adoptovanými a neadoptovanými.

Poslední studií, kterou si v této kapitole představíme, prováděla Ann De Rick se svými kolegy (2009). Studie byla prováděna na hospitalizovaných pacientech léčících se s alkoholovou závislostí. Attachment byl měřen pomocí AAQ a alexithymie byla

zjišťována BVAQ (*Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire*). Výsledky ukázaly, že hospitalizovaní pacienti se závislostí na alkoholu mají mírné až vysoké nedostatky v jejich vazebném systému. V souvislosti s tím je možné mluvit o hypotéze mluvící o zaostávajícím vlastním vývoji a ovládnutí afektu.

Jak vidíme, studie jsou různorodé a jejich výsledky mohou také překvapit. Je více studií, které předpokládají vztah mezi attachmentem a alexithymií a najdeme i takové studie, které tento vztah hledají právě u alkoholově závislých.

7. Metodologický rámec výzkumné studie

V této části práce si přiblížíme výzkumný rámec práce. Zabývat se budeme výzkumnými otázkami, výzkumným souborem, který byl zvolen pro tuto práci, metodami získávání dat, zpracováním a analýzou dat, etikou celé výzkumné studie a samozřejmě výsledky, které tato práce přinesla a získala.

Postupně si probereme výzkumný problém, výzkumné otázky, hypotézy a popíšeme výzkumný soubor, než se přesuneme k výsledkům. Na závěr nás čeká shrnutí a pár úvah možných dalších významech výsledků či dalších výzkumech, které by bylo možné v této oblasti provést.

7.1. Výzkumný problém

Otázka alexithymie je často diskutovaná ve spojitosti s psychosomatickými onemocněními. Ve vztahu k teorii attachmentu však zatím příliš zmiňována nebyla. V České republice existují výzkumy zkoumající vztah attachmentu a alexithymie, ale nikoli u jedné konkrétní populace. Pravděpodobnost, že nalezneme alexithymii u alkoholově závislých je poměrně vysoká, oproti běžné neklinické populaci. U této populace také můžeme předpokládat určité typy vazeb.

Psychoanalytické teorie nám nabízejí pohled na vznik attachmentu a alexithymie a umisťují jej do dětství. Nejen společné období vzniku je důvodem ke zkoumání jejich vzájemného vztahu. Společným jmenovatelem jsou také emoce. Při alexithymii je porozumění emocím někdy až silně potlačeno a přítomny mohou být i jiné problémy. Vzhledem k attachmentu a jeho typu se mění zpracování emocí, jejich prezentace a obecně emoční reakce a prožitky. Z těchto důvodů se zabýváme spojitostí mezi těmito veličinami.

Kromě předpokladu, že alexithymie se častěji vyskytuje u populace závislé na alkoholu, předpokládáme, že alkoholově závislí budou inklinovat k určitému typu vazby. Z dvou typů vazeb, které nám nabízí použitý dotazník ECR, se domníváme, že budou směřovat spíše k úzkostnému typu vazby.

7.2. Výzkumné cíle

Jak jsme již naznačili, předpokládáme statisticky významný vztah mezi přítomností alexithymie a určitým typem vazby. Tedy konkrétně úzkostným typem vazby. To je hlavním výzkumným cílem této práce.

Pro snadnější práci s daty a jejich větší průkaznost, jsme se rozhodli použít i kontrolní vzorek pro srovnání skóre u obou použitých dotazníků. Naším předpokladem tedy je, že se prokáže rozdíl ve výsledcích u obou vzorků z různých populací.

Jako naše vedlejší cíle jsme si stanovili zjištění, zda má na alexithymii a attachment vliv pohlaví a vzdělání. Jistý vliv pohlaví již prokázaly předešlé studie, můžeme ho tedy předpokládat. Ovšem vzhledem k velikosti našeho výzkumného souboru je možné, že se rozdíl neprojeví. Proto jsme vliv pohlaví nezahrnuli do hlavního cíle výzkumné studie.

To stejné platí i pro zjišťování vlivu vzdělání. Vzhledem k velikosti souboru se vliv ukáže pouze v případě, že by byl v nějaké oblasti skutečně silný a výrazný. Takto silný vliv však nepředpokládáme, tudíž projevení vlivu spíše neočekáváme.

7.3. Metodologický design

Vzhledem k dané problematice a výzkumným cílům jsme zvolili design kvantitativní. Učinili jsme tak jelikož se nabízejí dva dotazníky k použití, které přehledně měří přítomnost alexithymie a typu vazby. Pro naše účely jsou tudíž ideální.

Protože jsme zvolili cestu dvou vzorků, jeden základní (srovnávací) a druhý dalo by se říci experimentální, nabízí se tedy možnost srovnávání. Oba dva dotazníky mají výsledky v hrubých skórech, srovnání výsledků jak mezi skupinami tak mezi dotazníky bude možné bez komplikací.

Srovnávat mezi sebou tedy budeme výsledky mezi jednotlivými skupinami, tedy alkoholově závislými a kontrolní skupinou nezávislou na alkoholu. Porovnávat však budeme také výsledky v rámci jedné skupiny. Tedy skóre v jednotlivých dotaznících. v rámci jedné skupiny se budeme pít po vztahu a při porovnávání obou vzorků budeme pátrat zase po rozdílu.

7.4. Stanovené hypotézy

S ohledem ke stanoveným výzkumným cílům této studie jsme si stanovili tyto hypotézy.

H₁: Alkoholově závislí jedinci skórují v dotazníku TAS-20 statisticky významně jinak než běžná populace.

H₂: Mezi alexithymií a úzkostným typem vazby se nachází statisticky významný vztah.

H₃: Alkoholově závislí jedinci skórují statisticky významně výše na škále anxiety než běžná populace.

H₄: Výše dosaženého vzdělání má statisticky významný vliv na míru alexithymie.

Pro ucelenost výsledků jsme testovali ještě tuto vedlejší hypotézu.

H₅: Alkoholově závislí jedinci skórují na škále avoidant statisticky významně jinak než běžná populace.

7.5. Výzkumný soubor

Již jsme zmiňovali výše, že pro naši výzkumnou studii jsme zvolili použití dvou výzkumných souborů, které spolu v některých částech studie porovnáváme. Zvolili jsme alkoholově závislou populaci a běžnou populaci bez psychiatrických diagnóz.

Populaci alkoholově závislých jsme si blíže vydefinovali jako jedince aktuálně se léčící se závislostí na alkoholu v psychiatrické léčebně nebo nemocnici. Probandi se do studie hlásili sami a dobrovolně na základě prezentace výzkumného problému a záměru. Soubor byl tedy vybrán pomocí příležitostného samovýběru.

Jak jsme již zmiňovali výše, probandi byli pacienti na odděleních závislostí v psychiatrických zařízeních. Nabírání do studie byli konkrétně ve třech psychiatrických nemocnicích – Psychiatrická léčebna Šternberk, Psychiatrická nemocnice v Kroměříži a Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě.

Výzkumný soubor alkoholově závislých čítal dohromady 54 jedinců. K této studii se jich 9 přihlásilo v psychiatrické léčebně ve Šternberku, 30 v psychiatrické nemocnici v Kroměříži a 15 v psychiatrické nemocnici v Bílé Vodě. Zaměříme-li se na rozložení pohlaví ve vzorku alkoholově závislých, studie se účastnilo 35 mužů a 19 žen. Úroveň

vzdělání byla také různá. Nejčastěji se vyskytovalo středoškolské vzdělání s maturitou. Následovalo středoškolské vzdělání bez maturity, vysokoškolské vzdělání a nejméně časté bylo základní vzdělání.

Celkový průměrný věk souboru jedinců závislých na alkoholu byl 45 let. Nejnižší věk probanda byl 23 let a nejvyšší byl 66 let. Průměrný věk žen z tohoto výzkumného souboru byl 46 let a průměrný věk mužů byl 44 let. Nejmladší ženě bylo 28 let a té nejstarší 62 let. Nejmladší muž v soubor byl ve věku 23 let a nejstarší ve věku 66 let.

Důležité pro výběr souboru alkoholově závislých bylo, aby byli probandi skutečně závislí pouze na alkoholu a závislost se tedy ještě nemíchala se závislostí na jiné psychoaktivní látce. Závislost na cigaretách jsme nezohledňovali, protože vliv závislosti na nikotinu se nejevil jako signifikantní pro naše výzkumné cíle. Mimo jiné by nám pravděpodobně výrazně ztížil výběr probandů pro naši studii.

Jako druhý vzorek pro srovnání jsme zvolili jedince z běžné populace. Pro zařazení do tohoto souboru bylo nezbytně nutné aby jedinec nebyl nijak psychiatricky léčen a ani neměl psychiatrickou minulost. Probandi se stejně jako do souboru závislého na alkoholu hlásili sami a dobrovolně na základě krátké prezentace výzkumného závěru a průvodního dopisu, který obsahoval všechny důležité informace o průběhu výzkumu a jeho podmínkách včetně kontaktu na výzkumný tým.

Soubor byl tedy nasbírán stejně jako ten první pomocí příležitostného samovýběru a dále také pomocí modelu sněhové koule. Příležitostný samovýběr probíhal v plicní ordinaci MUDr. Povýšilové v Praze 6, kde byla sestřička instruována ohledně administrace dotazníků. Podařilo se nám získat identický počet probandů jako v prvním souboru, tedy 54.

Průměrný věk v souboru běžné populace byl stejně jako u populace závislé na alkoholu 45 let, přičemž nejnižší věk probanda byl 18 let a nejvyšší 69. V souboru bylo 26 mužů s nejnižším věkem 18 let a nejvyšším 69 let. Žen se účastnilo 28 s nejnižším věkem 21 let a nejvyšším 68 let.

Co se výše vzdělání týče, stejně jako u vzorku z populace závislé na alkoholu, i tady bylo nejčastějším nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolské s maturitou. Druhou nejčastější úrovní bylo vysokoškolské vzdělání a následovalo středoškolské vzdělání bez maturity. Se základním vzděláním jako nejvyšší úrovní dosaženého vzdělání se v kontrolním vzorku neobjevil žádný proband.

Je třeba brát zřetel na velikost výzkumného souboru při zobecňování výsledků pro celou populaci. Pro větší reprezentativnost by bylo potřeba mít výzkumný soubor rozsáhlejší. My jsme se rozhodli pro kontrolní vzorek, aby naše data měla větší vypovídající hodnotu.

7.6. *Etické aspekty výzkumné studie*

Z etického hlediska tento výzkum nemusíme považovat za kontroverzní ani rizikový. Data byla základně sbírána bez identifikačních nebo citlivých údajů. Jediné údaje vyplňované nad rámec obsahu dotazníků bylo pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání.

Všichni probandi, jak z populace závislých na alkoholu, tak z běžné populace, byli vždy seznámeni s dobrovolností účasti na studii, možnosti vystoupení ze studie (tedy v praxi neodevzdat dotazník k analýze) a s účelem a smyslem této studie. Možnosti neúčastnit se studie využilo několik alkoholově závislých pacientů, avšak možnosti neodevzdat dotazník nevyužil nikdo. U skupiny z běžné populace se také objevila odmítnutí vyplnit dotazník a navíc od populace alkoholické i neodevzdání dotazníků. Ne však ve velké míře, jednalo se pouze o pár jedinců.

Probandi byli ujištěni, že s jejich výsledky bude operovat pouze examinator a nebude veřejně nijak možné spojit jejich osobu s výsledky dotazníků. Tato ujištění patřila především pacientům v psychiatrických léčebnách.

Jistým etickým problémem by mohla být nabídka administrátora zpětné vazby pro probandy. Tedy sdělení zájemcům jejich osobních výsledků v dotaznících. Předání výsledků je zprostředkováno přes email a českou poštu. Sporným bodem je v tomto případě nutnost sdělení emailové adresy nebo adresy korespondenční. Probandi však s tímto rizikem snížení anonymity byli seznámeni. Nabídky poskytnutí osobních

výsledků využilo 29 probandů z výzkumného souboru se závislostí na alkoholu a tři ze srovnávacího souboru.

Sběr dat pro vzorek se závislostí na alkoholu vždy probíhal se souhlasem lékařského a terapeutického vedení na oddělení v daných zdravotnických zařízeních. V tomto ohledu se tedy etická rizika nevyskytla.

Možným etickým problémem by mohl být fakt, že dotazníky pro srovnávací vzorek vyplňovali i blízcí administrátora. V těchto případech byly dotazníky zamíchány mezi ostatní, aby se tak zamezilo spojení si dotazníku s konkrétní osobou.

Další možnou etickou komplikací byl výběr pacientů v plicní ordinaci. Nicméně jak jsme již zmínili v předchozí kapitole, sestřička vybírající probandy byla pro administraci důkladně instruována a výběr prováděla pečlivě a dle nejlepšího vědomí a svědomí. Tedy vybraní probandi nebyli psychiatricky léčeni a dle hodnocení sestřičky patří mezi zodpovědné a spolehlivé.

Jiných etických rizik či problémů jsme si během naší výzkumné studie nebyli vědomi.

7.7. *Administrace*

Administrace dotazníků v psychiatrických zařízeních probíhala v maximálním standardizovaném znění s ohledem na podmínky, které poskytovalo každé oddělení. Před každou administrací bylo probandům vysvětleno, čeho se studie týká a co znamenají základní pojmy, o kterých administrátor mluvil.

V psychiatrické léčebně ve Šternberku probíhala administrace v jídelně na oddělení a se všemi probandy současně. Probandům byla zopakována dobrovolnost účasti, možnost odejít, účel studie a bylo jim vysvětleno jak dotazníky vyplňovat. Administrátor byl přítomen po celou dobu, aby mohl odpovídat na případné dotazy.

V psychiatrické nemocnici v Kroměříži probíhala administrace také v jídelně, nicméně již ne současně se všemi probandy. Administrátor byl v jídelně na jednom místě pro zodpovězení případných dotazů. Probandi chodili vyplňovat dotazníky v průběhu celého dopoledního volna, které měly v rámci jejich komunitního programu.

V psychiatrické nemocnici Marianny Oranžské proběhla instruktáž k vyplňování současně pro všechny probandy. Probandi pak s dotazníky odešli do svých pokojů, kde je vyplňovali. Administrátor byl přítomen ve společenských prostorách pro případ, že by vyvstali otázky ke způsobu vyplňování dotazník nebo jakékoliv jiné. Vyplněné dotazníky pak pacienti postupně vraceli administrátorovi.

U kontrolního srovnávacího vzorku probíhala administrace méně strukturovaně a organizovaně. Ke každé dotazníkové baterii byl přiložen dopis vysvětlující cíle studie, základní pojmy a způsob vyplňování dotazníků. Dopis také obsahoval kontaktní údaje na examinátora, který však žádný z účastníků nevyužil.

7.8. *Metody získávání dat*

Míru a výskyt alexithymie a attachmentu ve výzkumné studii při této bakalářské práci jsme zjišťovali pomocí dvou dotazníků – TAS-20 (*Toronto Alexithymia Scale*) a ECR (*The Experiences in Close Relationships*).

7.8.1. *Toronto Alexithymia Scale*

Tento dotazník je sebeposuzovací, což znamená, že proband hodnotil na pětibodové škále míru shody či identifikace s daným tvrzením. TAS-20 zjišťuje míru a přítomnost alexithymie a jak jsme již zmiňovali v teoretické části, rozděluje alexithymii na tři faktory.

Dotazník vytvořili roku 1992 G. J. Taylor, R. M. Bagby a J. D. A. Parker jako kombinaci logických a empirických metod (Taylor in Procházka, 2011).

Tento dotazník se skládá z 20 tvrzení, které se hodnotí (jak jsme již zmínili výše) na pětibodové Likertově škále, kdy 1 označovala nesouhlas a neidentifikaci s tvrzením a 5 naopak souhlas a identifikaci s tvrzením. Třemi faktory, které tento dotazník zjišťuje, je neschopnost deskripce emocí, porucha identifikace s emocemi a externě orientované myšlení. Každý tento faktor je zjišťován různými otázkami, které jsou v dotazníku spolu promíchány.

První faktor (deskripce emocí) zjišťují otázky číslo 2, 4, 7, 12 a 17. Druhý faktor (identifikace s emocemi) měří otázky číslo 1, 3, 6, 9, 11, 13 a 14. Třetí faktor (externě orientované myšlení) je složen z otázek číslo 5, 8, 10, 15, 16.

Přítomnost alexithymie řeší tento dotazník na třech úrovních. Těmi jsou přítomnost alexithymie, možná přítomnost alexithymie a nepřítomnost alexithymie. Řazení do těchto rovin je podle hrubého skóru v dotazníku.

Tabulka č. 1: Rozmezí bodů z hlediska přítomnosti alexithymie

Méně než 51 bodů	Nepřítomnost alexithymie
52-60 bodů	Možná přítomnost alexithymie
Více než 61 bodů (max. 100)	Přítomnost alexithymie

My jsme pro naše šetření rozlišovali jen dvě úrovně alexithymie. Konkrétně jsme sloučili kategorii možné přítomnosti alexithymie a přítomnosti alexithymie. Učinili jsme tak z důvodu zvýšení počtu probandů pro analýzu s přítomností alexithymie. Jsme si rovněž vědomi toho, že tím nemusí být výsledky této studie tak přesné.

7.8.2. The Experiences in Close Relationships

Tento dotazník, použitý pro zjištění problematiky attachmentu, je stejně jako Toronto Alexithymia Scale sebeposuzovací. Typ attachmentu rozděluje do dvou hlavních škál, kterými jsou vyhýbavost (*avoidant*) a úzkostnost (*anxiety*). Kromě toho můžeme pomocí tohoto dotazníku rozlišit čtyři typy vazby, se kterými jsme se již seznámili v kapitole o attachmentu v teoretické části této práce. Pro připomenutí jsou to vazby jistého typu, typu nadměrně zaujatého (úzkostného), distancovaně vyhýbavého typu a bázlivě vyhýbavého typu.

Tento dotazník vytvořili roku 1998 Brennan, Clark a Shaver (in Procházka, 2014). Obsahuje 36 položek, které se hodnotí na sedmibodové Likertově škále. Podobně jako u Toronto Alexithymia Scale zde 1 znamená naprostý nesouhlas s tvrzením a 7 naprostý souhlas s tvrzením. Škála odpovědí je tu rozmanitější než u předešlého dotazníku o dva body.

Při práci s tímto dotazníkem jsme také vycházeli z českého překladu pilotní studie od Lečbycha a Pospíšilíkové (2012). Autoři porovnávali výsledky měření u české populace a populace v USA. Výsledkem této studie bylo zjištění, že významné rozdíly mezi českou populací a severoamerickou populací se nevyskytují.

7.9. *Metody analýzy a zpracování dat*

Před statistickou analýzou dat jsme si data připravili v tabulkách v programu Microsoft Office Excel 2013 (na program vlastníme licenci od společnosti Microsoft). Do tohoto programu jsme přepsali veškerá data, která jsme také rozřadili a připravili jsme si potřebné výsledky ve všech škálách, které dotazníky nabízejí. V Excelu jsme také provedli pár základních statistik jako například počítání průměrného věku atp.

Data jsme následně zpracovávali v programu Statistica 12 od společnosti StatSoft, Inc., na něhož vlastníme licenci. Při zpracování jsme využili základní deskriptivní statistiky a provedli jsme základní statistické operace (Spearmanova korelace, Studentův t-test, Mann-Whitney U test, GLM). Dále jsme také použili obecný lineární model ke zjištění vlivu věku, pohlaví a vzdělání na zkoumané konstrukty.

7.10. *Výsledky*

V této kapitole se dostaneme k výsledkům naší výzkumné studie. Probereme si je krok za krokem podle stanovených cílů a hypotéz. Nevynecháme ani základní popisné statistiky, které nás ještě blíže seznámí s výzkumnými vzorky.

7.10.1. *Popisné charakteristiky*

Jak jsme již zmínili v předchozích kapitolách, prezentovaný soubor alkoholově závislých ($N_1=54$) byl sestaven z pacientů v psychiatrických zařízeních, kteří se léčí se závislostí na alkoholu. V tabulce č. 2 ještě jednou uvidíme přesné rozložení tohoto souboru podle pohlaví jak v absolutních hodnotách, tak v procentuálním znázornění, a také průměrný věk obou skupin.

Tabulka č. 2: Rozložení souboru alkoholově závislých podle pohlaví

	Počet	Procento	Průměrný věk
Muži	35	65%	44
Ženy	19	35%	46
Celkem	54	100%	45

V následující tabulce (č. 3) je ukázáno rozložení probandů podle psychiatrického zařízení, ve kterém se aktuálně léčili s alkoholovou závislostí. Pro zopakování, jednalo se o tři místa – Šternberk, Kroměříž a Bílá Voda.

Tabulka č. 3: Rozložení souboru podle psych. zařízení

	Počet	Procento
PL Šternberk	9	17%
PN Kroměříž	30	55%
PN Bílá Voda	15	28%
Celkem	54	100%

V tabulce č. 4 máme znázorněné rozložení souboru vzhledem k nejvyššímu dosaženému vzdělání. Rozlišovali jsme čtyři úrovně vzdělání – základní, střední bez maturity, střední s maturitou a vysokoškolské.

Tabulka č. 4: Rozložení psych. souboru podle nejvyššího dosaženého vzdělání

	Počet	Procento
Základní	2	4%
Střední bez maturity	19	35%
Střední s maturitou	21	39%
Vysokoškolské	12	22%
Celkem	54	100%

Náš srovnávací soubor z běžné populace ($N_2=54$) byl sestaven z pacientů plicní ordinace a dalších probandů z okolí administrátorů. V tabulce č. 5 si ukážeme stejně jako v tabulce č. 2 rozložení tohoto vzorku dle pohlaví.

Tabulka č. 5: Rozložení souboru běžné populace podle pohlaví

	Počet	Procento	Průměrný věk
Muži	26	48%	44
Ženy	28	52%	46
Celkem	54	100%	45

V následující tabulce č. 6 si ukážeme rozložení kontrolního souboru ve výši dosaženého vzdělání. Na rozdíl od psychiatrického vzorku se kontrolní liší v přítomnosti základního vzdělání. Konkrétně tak, že se v kontrolním souboru základní vzdělání jako nejvyšší dosažená úroveň vůbec nevyskytuje.

Tabulka č. 6: Rozložení kontrolního souboru podle nejvyššího dosaženého vzdělání

	Počet	Procento
Základní	0	0%
Střední bez maturity	9	17%
Střední s maturitou	25	46%
Vysokoškolské	20	37%
Celkem	54	100%

Všechny tyto tabulky jsou doplněním k popisu našeho výzkumného a kontrolního souboru. Nyní se zaměříme na popis výsledků v každém dotazníku zvlášť.

Jako první si shrneme výsledky z dotazníku TAS-20. Výsledky budeme posuzovat z hlediska celkového skóru a z hlediska skóre pro jednotlivé faktory, o kterých jsme již mluvili v předchozích kapitolách. Ačkoliv jsme s jednotlivými faktory alexithymie nepracovali, domníváme se, že zmínění těchto výsledků by mohlo být inspirací pro další a hlubší výzkumnou studii.

Průměrný celkový skór alkoholické populace v Toronto Alexithymia Scale byl 53 bodů. Tento průměrný skór patří podle tabulek do skupiny možné přítomnosti alexithymie, i když se nachází u dolní hranice. Minimální celkový skór byl 24 bodů a nejvyšší 79 bodů. Muži průměrně skórovali s 53 body a ženy s 52 body.

Tabulka č. 7: Základní přehled výsledků TAS-20 výzkumného souboru

	Počet platných	Průměr	Minimum	Maximum	SD
Výsledný skór TAS	54	53	24	79	12,5

U jednotlivých faktorů alexithymie se ukázaly zajímavé hodnoty. I. Faktor týkající se popisu pocitů, měl průměrnou hodnotu 14 bodů. Nejnižším skórem bylo 5 bodů a nejvyšším 25 bodů. II. Faktor, měřící míru identifikace s emocemi, má 17 bodů jako průměrnou hodnotu. Jeho minimálním skórem bylo 7 bodů a jako maximální skór bylo 34 bodů. V posledním III. Faktoru probandi průměrně skórovali s 21 body. Nejnižším skórem bylo pak 8 bodů a naměřeným maximem 32 bodů.

Z 54 probandů z psychiatrických léčeben je alexithymických 29 a nealexithymických 25. Za alexithymické považujeme probandy s minimálním skórem 52 bodů, který podle tabulky č. 1 označuje dolní hranici skupiny s možnou či pravděpodobnou přítomností alexithymie. Jak jsme již zmínili dříve, tyto dvě kategorie jsme sloučili pro navýšení počtu alexithymických jedinců. Učinili jsme tak s plným vědomým možného zkreslení výsledků.

Probandi z kontrolního vzorku z běžné populace průměrně skórovali v Toronto Alexithymia Scale s 50 body, což je o tři body méně než průměrný skór alkoholického souboru. Tento skór patří do kategorie vypovídající o nepřítomnosti alexithymie (tabulka č. 1). Minimální skór, který se objevil, byl 30 bodů a nejvyšší 77 bodů. Průměrný skór mužů byl 51 bodů a ženy průměrně skórovali s 49 body.

Tabulka č. 8: Základní přehled výsledků TAS-20 kontrolního souboru

	Počet platných	Průměr	Minimum	Maximum	SD
Výsledný skór TAS	54	50	30	77	10,7

U faktorů alexithymie se ukázaly tyto hodnoty. I. Faktor týkající se popisu pocitů, měl průměrnou hodnotu 12 bodů, přičemž nejnižší naměřenou hodnotou bylo 5 bodů a nejvyšší 20 bodů. II. Faktor, měřící míru identifikace s emocemi, dosáhl průměrné hodnoty 14 bodů. Minimálním skórem pro tento faktor bylo 7 bodů a jako maximální skór bylo 27 bodů. Pro III. Faktor probandi průměrně získávali 24 bodů. Nejnižším naměřeným skórem pak bylo 13 bodů a naměřeným maximem 33 bodů.

Výrazným rozdílem mezi oběma vzorky jsou minimální hodnoty ve třetím faktoru, ale pro přehlednější srovnání si ještě ukážeme průměrné výsledky v tabulce číslo 9.

Tabulka č. 9: Přehled průměrných skórů v dotazníku TAS-20

	TAS μ	I. Faktor μ	II. Faktor μ	III. Faktor μ
N₁	53	14	17	21
N₂	50	12	14	24

S počtem alexithymických jedinců v kontrolním vzorku to podle předchozí definice pro označení probanda jako alexithymického, kterou jsme použili (hrubý skór alespoň 52 bodů), se v kontrolním souboru vyskytlo 20 alexithymických jedinců, tedy o celých devět méně než u výzkumného souboru. Zbylých 34 probandů skórovalo méně než s 52 body.

V dalším dotazníku, který jsme použili (ECR), pro nás nejsou důležité celkové skóry, protože pro nás nemají žádnou vypovídající hodnotu. Výsledky na které se v tomto případě zaměříme, jsou dvě hlavní škály, které rozdělují výsledky do kategorie avoidant nebo anxiety. Tedy ukazují na typ vazby. Dotazník také nabízí rozdělení na další čtyři kategorie, pro které ovšem nejsou standardy, proto pro nás nejsou hlavní prioritou. Nicméně se o nich také zmíníme.

Probandi z výzkumného vzorku průměrně skórovali na škále avoidant s 67 body a na škále anxiety se 73 body. Na škále avoidant byl jako nejnižší skór získán počet bodů 33 a nejvyšší skór 109 bodů. Škála anxiety u tohoto souboru nabyla rozsah od 24 bodů do 102 bodů. V dílčích škálách jedinci skórovali následovně.

Tabulka č. 10: Přehled průměrných skórů výzkumného souboru (ECR)

	Celkový průměr	Minimum	Maximum
Avoidant	67	33	109
Anxiety	73	24	102

V subškále pro jistý typ vazby bylo průměrným skórem 23 bodů. Nejnižším počtem pak bylo 10 bodů a nejvyšším 34 bodů. Při bázkivě vyhýbavém typu vazby byl průměrný skór 28 bodů. Nejméně získaných bodů bylo 7 a nejvíce získaných bylo 49 bodů. Průměrným skórem u úzkostného typu vazby bylo 25 bodů. Nejnižší naměřenou hodnotou byly 4 body a nejvyšší hodnotou se stalo 41 bodů. V posledním typu vazby, distancovaně vyhýbavém, bylo průměrným skórem 25 bodů. Nejnižším počtem získaných bodů bylo 11 a nejvyšším 44 bodů.

V kontrolním vzorku průměrně skórovali probandi na škále avoidant stejně jako alkoholově závislí, tedy s 67 body. Na škále anxiety činil průměrný skór 68 bodů. Nejnižší počet bodů na škále avoidant bylo 40 bodů a nejvyšší bodovou hranicí na této

škále bylo 101 bodů. Na škále anxiety bylo dolní hranicí 35 bodů a dosaženým maximem bylo 110 bodů.

Tabulka č. 11: Přehled průměrných skóre kontrolního souboru (ECR)

	Celkový průměr	Minimum	Maximum
Avoidant	67	40	101
Anxiety	68	35	110

V následujících subškálách skórovali probandi takto. Pro jistý typ vazby bylo průměrným skórem 21 bodů. Nejnižším počtem pak bylo 12 bodů a nejvyšším 36 bodů. V rámci bázlivě vyhýbavého typu vazby byl průměrný skór 25 bodů. Nejméně získaných bodů bylo 9 a nejvíce získaných bylo 50 bodů. Průměrným skórem u úzkostného typu vazby bylo 23 bodů. Nejnižší naměřenou hodnotou byly 7 bodů a nejvyšší hodnotou se stalo 47 bodů. V posledním typu vazby, distancovaně vyhýbavém, bylo průměrným skórem 24 bodů. Nejnižším počtem získaných bodů bylo 12 a nejvyšším 42 bodů.

Tabulka č. 12: Přehled průměrných skóre v dílčích škálách (ECR)

	Jistá vazba	Bázlivě vyh. v.	Úzkostná vazba	Distanc. vyh. v.
N₁	23	28	25	25
N₂	21	25	23	24

Jak si můžeme všimnout, rozdíly mezi průměrnými skóry u dílčích škál nejsou příliš zřetelné. Je samozřejmě otázkou, zajímavou otázkou, čím to může být způsobeno. Ovšem pro vyvození závěrů ohledně těchto škál bychom potřebovali standardy, které zatím nejsou k dispozici.

Celkově si můžeme všimnout, že mnoho zjevných rozdílů mezi zkoumanými populacemi není. Je zajímavé se pozastavit nad tím, proč tomu tak je. Možná je to dáno nedostatečně velkým vzorkem. Nebo to může být způsobeno místem získávání probandů pro kontrolní vzorek. Je možné, že pacienti z plicní ordinace nám zkreslili výsledky, protože jejich nemoci s sebou také nesou určité osobnostní charakteristiky.

7.10.2. Hypotéza 1

Jako první krok jsme u hypotézy zjišťovali normální rozložení pro skórování v dotazníku TAS-20 a to dohromady jak pro výzkumný tak i kontrolní vzorek. Normální rozložení se potvrdilo, vybrali jsme tedy pro analýzu dat parametrický test, konkrétně t-test.

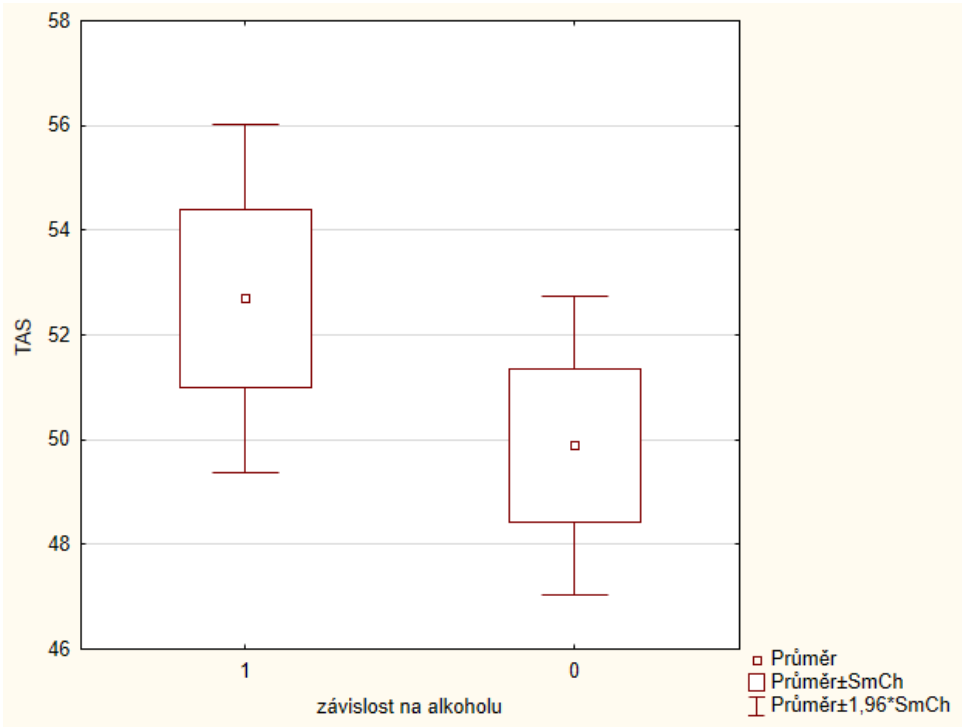
Testovali jsme tedy zda alkoholově závislí jedinci skórovali v dotazníku na alexithymii významně jinak než běžná populace. Rozdíl mezi výzkumným souborem a kontrolním souborem se neprokázal. T hodnota byla zjištěna $t = 1,26$ a p hodnota $p = 0,21$.

Tabulka č. 13: Přehled platných výsledků pro H_1

	μ	t	p	SD
TAS ₁	53	1,26	0,21	12,5
TAS ₂	50	1,26	0,21	10,7

Jelikož je $p > 0,05$ musíme hypotézu H_1 zamítnout na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledek není tedy signifikantní, což znamená, že **rozdíl mezi výzkumným a kontrolním vzorkem se neprokázal**.

Graf č. 1: Krabicový graf výsledků TAS-20

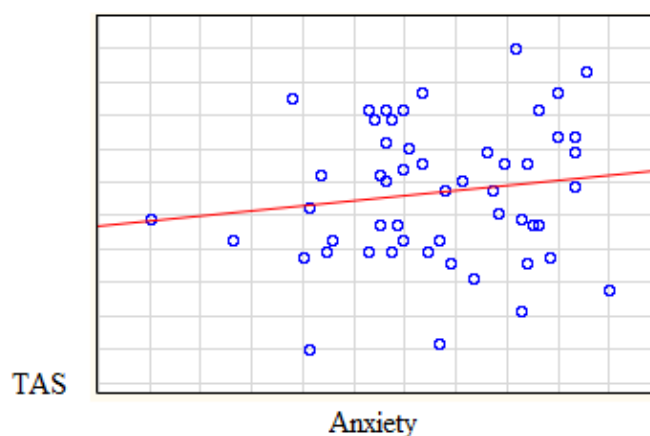


7.10.3. Hypotéza 2

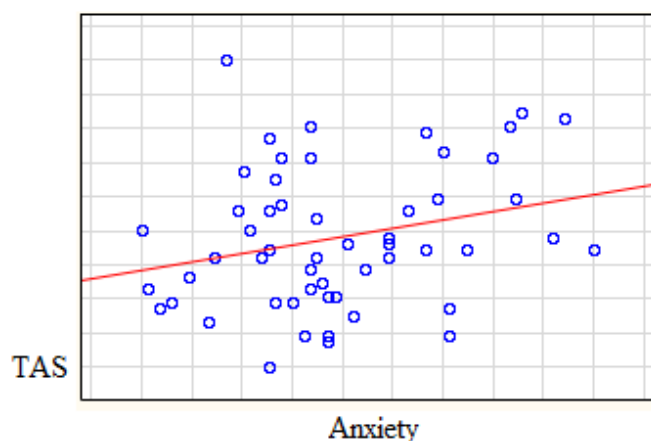
Stejně jako u předchozí hypotézy, jsme nejprve testovali normalitu rozložení, která se neprokázala. Zvolit jsme tedy museli neparametrický test. Tentokrát jsme zjišťovali korelaci mezi alexithymií a škálou anxiety, použili jsme tedy Spearmanovu korelaci.

Vztah mezi hodnotami alexithymie a škály anxiety se neobjevil, korelace tedy nebyla signifikantní. Hodnota korelace u výzkumného souboru je $R_1 = 0,11$ ($p_1 = 0,44$) a u kontrolního souboru $R_2 = 0,21$ ($p_2 = 0,12$).

Graf č. 2: Bodový graf Spearmanovy korelace u výzkumného souboru



Graf č. 3: Bodový graf Spearmanovy korelace u kontrolního souboru



Vzhledem k výsledkům korelace, kdy nám vyšlo $R_1 = 0,11$ ($p_1 = 0,44$) a $R_2 = 0,21$ ($p_2 = 0,12$) musíme hypotézu H_2 zamítnout na hladině významnosti $p < 0,05$. **Mezi alexithymií a škálou anxiety se neobjevil vztah ani u výzkumného souboru ani u kontrolního souboru.**

7.10.4. Hypotéza 3

Vzhledem k rozložení skóre, které spíše neodpovídalo normálnímu, jsme se rozhodli opět použít neparametrický test. V případě této hypotézy konkrétně Mann Whitney U test. Měřili jsme, zda výzkumný soubor skóroval významně výše na škála anxiety než kontrolní vzorek.

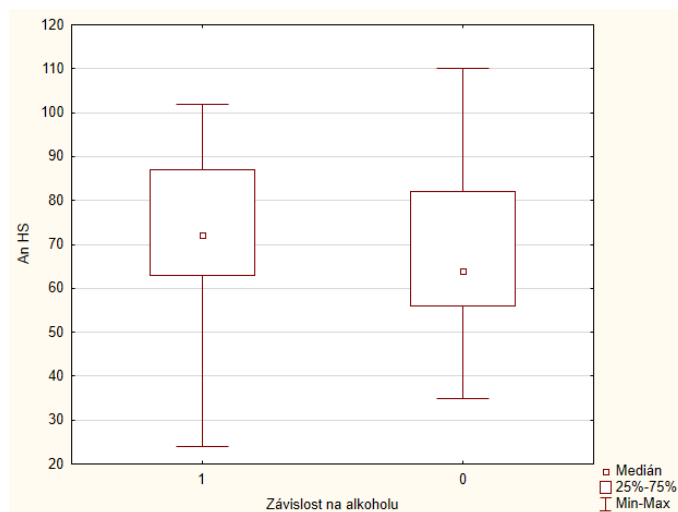
Rozdíl mezi skóre u výzkumného a kontrolního souboru se neprokázal, jelikož $p = 0,06$ což na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ není signifikantní. Ale vzhledem ke stanovení třetí hypotézy jako jednostranné, můžeme změnit hladinu významnosti na $\alpha = 0,1$. Potom tedy při stejné hodnotě p výsledek je signifikantní. Pro potvrzení tohoto výsledku musíme ještě zjistit mediány u každého souboru zvlášť.

Tabulka č. 14: Přehled výsledků na škále Anxiety (U test)

	U	p-hodnota	Medián 1	Medián 2
Anxiety	1 146, 5	0,06	72	64

V tabulce č. 14 vidíme, že medián u výzkumného souboru nabyl hodnoty $Med_1 = 72$ a kontrolního souboru $Med_2 = 64$. Rozdíl je patrný, výzkumný soubor má vyšší medián a tudíž potvrzuje, že výsledek je signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0,1$. Pro větší přehlednost si ještě ukážeme rozdíl mezi mediány v grafu č. 4.

Graf č. 4: Krabicový graf – mediány dle skupin (U test)



Dle daných výsledků tedy hypotézu H_3 přijímáme na hladině významnosti $\alpha = 0,1$. Můžeme tedy říct, že **výzkumný soubor skóroval významněji výše na škále anxiety než kontrolní soubor z běžné populace.**

7.10.5. Hypotéza 4

U čtvrté hypotézy jsme použili obecný lineární model. Jednorozměrným testem významnosti pro výsledek v dotazníku TAS-20 jsme zjišťovali, zda je úroveň vzdělání pro míru alexithymie významná. Mimo jiné jsme do testu zahrnuli i zbylé veličiny jako věk, závislost na alkoholu a pohlaví. Jedinou signifikantní veličinou se ukázalo být pouze úroveň vzdělání. Co je zajímavé, je nesignifikantní vliv závislosti na alkoholu. Úroveň p-hodnoty pro vliv vzdělání na míru alexithymie je $p = 0,005$. Hypotézu H_4 tedy přijímáme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Tabulka č. 15: Přehled vlivu vzdělání na míru alexithymie

	Param.	t	p	SD
Základní	-5,19	-0,65	0,52	8,04
* Střední bez maturity	9,53	3,28	0,001	2,91
* Střední s maturitou	6,41	2,48	0,015	2,58
Vysokoškolské	0,00			

V tabulce č. 15 můžeme vidět podrobnější rozbor vlivu úrovně vzdělání na míru alexithymie. Statisticky významný vliv se projevil u středního vzdělání jak bez maturity, tak i s maturitou.

Jak jsme již napsali výše, hypotézu H_4 přijímáme. Potvrzujeme tím tedy, že **výše dosaženého vzdělání má vliv na úroveň alexithymie.**

7.10.6. Hypotéza 5

Doplňkovou hypotézu H_5 jsme si stanovili, abychom se zjistili, zda je také statisticky významný rozdíl ve skórech na škále avoidant. Opět jsme zjišťovali normalitu rozložení, která se prokázala, a my jsme tedy volili z parametrických testů. Analýzu jsme provedli Studentovým t-testem.

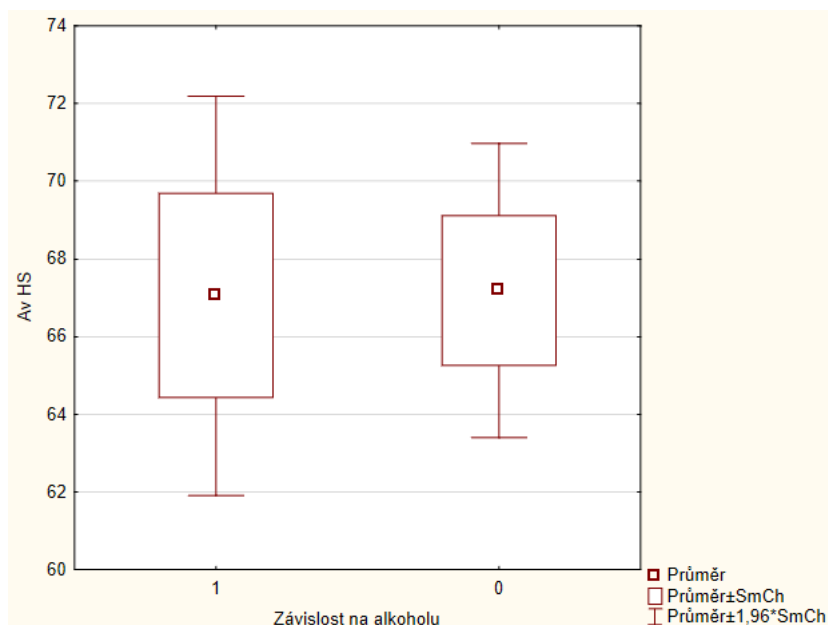
Tabulka č. 16: Přehled výsledků na škále Avoidant (t-test)

	μ	t	p	SD
N ₁	67,1	-0,04	0,97	19,3
N ₂	67,2	-0,04	0,97	14,2

V tabulce č. 16 můžeme vidět, že rozdíl mezi průměrnými skóry výzkumného a kontrolního souboru je pouze jedna desetina a p-hodnota pro škálu avoidant nabyla téměř celého čísla ($p = 0,97$). Tudíž není důvod k vytvoření jednostranné hypotézy a počítání analýze na hladině významnosti $\alpha = 0,1$. Hypotézu bychom stejně museli zamítnout.

Shrneme-li to, hypotézu H₅ zamítáme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. **Alkoholově závislí jedinci neskórují na škále avoidant významně jinak než jedinci z běžné populace.**

Graf č. 5: Krabicový graf – aritmetický průměr dle skupin (t-test)



8. Diskuze

V této kapitole se budeme věnovat interpretaci výsledků a jejich důvody. V rámci této práce jsme se věnovali analýze alexithymie a attachmentu u skupiny alkoholově závislých jedinců a jejich výsledky jsme srovnávali s výsledky kontrolního souboru z běžné populace. Obsahem této kapitoly tedy bude zamyšlení se nad důvody hodnot skóre v dotaznících TAS-20 a ECR a také se zamyslíme nad možnými vysvětleními souvislostí mezi těmito dvěma fenomény.

Stanovili jsme si pět hypotéz. Dvě z nich jsme přijali a tři z nich zamítli. Pokud si položíme asi nejzákladnější otázku vyplývající z názvu této práce, tedy jestli je mezi alexithymií a attachmentem vztah u populace alkoholově závislých jedinců. Thorberg et al. (2011) ve své studii objevili korelaci mezi attachmentem a alexithymií. Nám se nic takového prokázat nepodařilo. Možná jsme měli příliš malé soubory a vybranou nevhodnou populaci. Pojdme se tedy podívat, co se nám prokázat povedlo a na co jsme ve výzkumné studii přišli.

V první hypotéze, kterou jsme testovali, jsme předpokládali, že alkoholově závislí jedinci budou více alexithymičtí než jedinci z běžné populace bez psychiatrické diagnózy. Respektive jsme testovali, zda budou jedinci z výzkumného souboru skórovat na škále alexithymie výrazně jinak než kontrolní soubor. To se neprokázalo. V Studentovu t-testu nám pro alexithymii vyšlo $t = 1,26$ ($p = 0,21$). Vyšlo tedy, že rozdíl mezi populací alkoholickou a běžnou v míře alexithymie není výrazný, statisticky významný rozdíl.

Výsledek neodpovídá našemu očekávání, že pacienti se závislostí na alkoholu budou skórovat v dotazníku TAS-20 výrazněji výše a že jich bude v souboru alexithymických větší míra. Více jich sice v souboru bylo (alexithymických jedinců se závislostí – 29; alexithymických jedinců běžné populace 20), ale nebyl to signifikantní rozdíl. Ani rozdíl v průměrných hrubých skórech nebyl signifikantní ($\mu_1 = 53$; $\mu_2 = 50$). Je možné, že výsledky jsou zkreslené kontrolním vzorkem, kde byla většina probandů z plicní ordinace. Je možné, že tito probandi měli zdravotní potíže, které ovlivnili vyplňované hodnoty v dotazníku.

Případně mohou výsledky zkreslovat jedinci se závislostí. Jelikož jsme tyto probandy získávali v psychiatrických nemocnicích, kde jsou povinné terapie. Je tedy možné, že terapeutické působení při léčbě závislosti na alkoholu snížilo průměrné skóre v dotazníku TAS-20. V rámci terapií musí být jedinec otevřený (především při léčbě závislosti) a jednou z věcí, které se na terapii řeší, jsou samozřejmě emoce a mezilidské vztahy. Tudíž pokud probandi podléhali již delší dobu terapeutickému působení, je možné, že měli více zkušeností s analýzou vlastních vztahů a byli více zvyklí uvědomovat si své emoce a hovořit o nich.

S druhou hypotézou jsme zjišťovali, zda je mezi alexithymií a škálou anxiety (ECR) přítomný statisticky významný vztah. Přítomnost vztahu jsme předpokládali, protože jak uvedl Koukolík (2006), alexithymie se také vyskytuje u panické poruchy a posttraumatické stresové poruchy, kdy jsou časté pocity úzkosti. Tento předpoklad se nám však nepotvrdil. Spearmanovu korelaci jsme zjistili $R_1 = 0,11$ ($p_1 = 0,44$) pro výzkumný soubor a $R_2 = 0,21$ ($p_2 = 0,12$) pro kontrolní soubor. Hypotézu jsme tedy zamítli. Podíváme-li se však na bodové grafy (graf č. 2 a graf č. 3), můžeme uvažovat o vlivu nedostatečně velkého souboru. Je možné, že kdybychom měli rozsáhlejší soubory, tak by se vztah mezi alexithymií a anxiety škálou dost možná objevil u kontrolního souboru a stále spíše neobjevil, navzdory našemu předpokladu.

Opět to může být, dle našeho názoru, ovlivněno psychoterapeutickým působením v psychiatrických nemocnicích při léčbě závislosti na alkoholu.

V rámci třetí hypotézy jsme zjišťovali, zda alkoholově závislí jedinci skórovali výrazně výše na škále anxiety v dotazníku ECR než kontrolní soubor. K tomuto předpokladu nás také přivedl Koukolík (2006), který uvedl, že alexithymie se vyskytuje u závislosti na psychoaktivních látkách. Konkrétně u alkoholové závislosti potvrdil signifikantní míru přítomnosti alexithymie Birt (2008) se svým týmem.

Tuto hypotézu (H_3) jsme přijali na hladině významnosti $\alpha = 0,1$. Analýza pomocí Mann Whitney U testu ukázala $p = 0,06$ ($p < 0,1$). Výsledek jsme ještě potvrdili ukázkou rozdílu mezi mediány u jednotlivých souborů.

Čtvrtou hypotézu jsme také přijali na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Při testování této hypotézy jsme zjistili, že jediné vzdělání má signifikantní vliv na míru alexithymie. Konkrétně se tedy projevil vztah u středoškolského vzdělání s maturitou i bez maturity.

Neprojevení vlivu na úrovni základního vzdělání může být způsobeno neostatečným nasycením této kategorie. Probandy se základním vzděláním jsme měli ve výzkumném souboru dva a v kontrolním souboru dokonce žádného.

Na vliv pohlaví na alexithymii jsme sice hypotézu nevytvořili, ale jeho projev jsme čekali, nicméně se neprokázal, což bylo zdrojem našeho překvapení. Levant (2009) totiž ve svém článku *Gender differences in alexithymia* prezentoval výsledky výzkumu, které na tento vliv. Levant v tomto článku uvedl, že muži skórovali signifikantně výše na škále alexithymie, tedy že jsou více alexithymičtí.

Neprojevení očekávaného vlivu si vysvětlujeme příliš malým výzkumným souborem. Domníváme se, že při rozsáhlejší výzkumu (větším souboru) by se vliv pohlaví mohl projevit.

Poslední hypotézu (H_5) jsme museli zamítnout. V tomto případě jsme zkoumali, zda alkoholově závislí jedinci skórovali výrazně jinak na škále avoidant, kterou nabízí dotazník ECR. Ačkoliv jsme hypotézu nepřijali, podpořili jsme tím náš předpoklad, že přednější je v tomto případě škála anxiety. Průměrné skóry ve škále avoidant se u výzkumného a kontrolního souboru lišily jen o jednu desetinu ($\mu_1 = 67,1$; $\mu_2 = 67,2$). Můžeme tedy říci, že na škále avoidant skórovali oba soubory téměř bez rozdílu.

Je však otázkou, zda by průměrné skóry vypadaly stejně při početnějších souborech. Určitě by stálo za to, tento fenomén blíže prozkoumat.

V rámci studie jsme zjistili mnoho zajímavých faktů, vztahů a vlivů. I přesto byly výsledky v některých ohledech pro nás překvapující. Jsme toho názoru, že pokud by byla studie zopakována na větších souborech, mohly by výsledky v některých bodech vypadat jinak. Při nejmenším by byly výsledky přesnější a přesvědčivější.

9. Závěr

Tato práce a výzkumná studie přinesla nové poznatky o vztahu mezi alexithymií a attachmentem u populace závislé na alkoholu za použití dotazníků TAS-20 a ECR. I přes nedostatky způsobené malým výzkumným souborem, jsme zvýšili platnost výsledků kontrolním souborem.

Na základě provedených statistických analýz jsme zjistili, že alkoholově závislá populace není významně alexithymičtější než běžná populace ($\mu_1 = 53$; $\mu_2 = 50$; $t = 1,26$; $p = 0,21$). V míře alexithymie tedy není statisticky významný rozdíl mezi populací se závislostí na alkoholu a běžnou populací.

Dále jsme navzdory našemu očekávání zjistili, že mezi alexithymií a mírou anxiety není statisticky významný vztah ($R_1 = 0,11$; $t_1 = 0,78$; $p_1 = 0,44$; $R_2 = 0,21$; $t_2 = 1,58$; $p_2 = 0,12$). Podobného výsledku jsme dosáhli při zjišťování rozdílu v hodnocení obou souborů na škále avoidant ($t = -0,04$; $p = 0,97$).

Zbylé dvě hypotézy jsme přijali. Potvrdili jsme tedy názor, že alkoholově závislí jedinci mají statisticky významně vyšší skóry na škále anxiety než běžná populace ($p = 0,6$; $\alpha = 0,1$). Vyskytuje se u nich tedy výrazně častěji úzkostný typ vazby (druhý typ je vyhýbavý – ECR) než u běžné populace.

Dále jsme prokázali, že výše vzdělání má také vliv na míru alexithymie ($p = 0,005$; $\alpha = 0,05$). Statisticky významný vliv je prokázán u vzdělání středoškolského s maturitou i bez maturity.

10. Souhrn

Ačkoli je problematika alexithymie i attachmentu často zkoumána, jen vzácně se tyto dva fenomény spojí a aplikují na určitou populaci (v našem případě populaci alkoholově závislých). Alexithymie i attachment mají podle psychoanalytických teorií původ v raném dětství, což bylo jedním z důvodů pro porovnávání těchto dvou konstruktů. Hledala se spojitost mezi těmito dvěma faktory lidské osobnosti.

Populace se závislostí na alkoholu byla vybrána z důvodu domnělého častějšího výskytu alexithymie u těchto jedinců, který byl podpořen teoretickými východisky popsány v první části této práce. Jedinci závislí na alkoholu, kteří se zúčastnili této výzkumné studie, byli ze tří různých psychiatrických léčeben (Psychiatrická léčebna Šternberk, Psychiatrická nemocnice v Kroměříži a Psychiatrická nemocnice Panny Marianny Oranžské). Výskyt alexithymie se potvrdil. Z 54 probandů jich bylo 29 alexithymických.

Pro větší reprezentativnost výsledků jsme se rozhodli použít kontrolní soubor. Probandi do tohoto souboru byli získáni v okolí administrátorů a po dohodě v plicní ordinaci MUDr. Povýšilové v Praze 6. I v tomto souboru se objevili alexithymičtí jedinci, konkrétně 20.

Závislost na alkoholu má mnoho svých vlastních aspektů, kterými by se dalo zabýrat samostatně. Ale i tyto specifické aspekty byly jedním z důvodů pro výběr této populace pro naši studii. Zejména pak problémy v sociální sféře a mezilidských interakcích. Problémy v této oblasti se vyskytují právě i za přítomnosti zkoumaných fenoménů, tedy alexithymie a nejisté vazby.

Jako diagnostickou metodu pro zjištění přítomnosti alexithymie a určení typu vztahové vazby, jsme vybrali Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) a The Experiences in Close Relationship (ECR). Tyto dva dotazníky jsme vybrali pro jejich srozumitelnost, dobrou zkušenost s nimi a pro jejich přehledné výstupy a subškály.

Vzhledem ke stanoveným cílům, hledání vztahu mezi danými fenomény, jsme volili testy korelační ale i testy hledající rozdíl (Spearmanova korelace, Studentův t-test, Mann Whitney U test, GLM). Stanovené hypotézy jsme měli jak o rozdílu, tak i o spojitosti.

Výsledky této studie potvrdili, že alkoholově závislí jedinci mají signifikantně vyšší skóre na škále anxiety v dotazníku ECR ($p = 0,6$; $\alpha = 0,1$) než běžná populace. Nicméně se neprokázal vztah mezi alexithymií a škálou anxiety ($R_1 = 0,11$; $t_1 = 0,78$; $p_1 = 0,44$; $R_2 = 0,21$; $t_2 = 1,58$; $p_2 = 0,12$).

V rámci studie se také neprokázal rozdíl v míře alexithymie mezi běžnou populací a populací se závislostí na alkoholu ($\mu_1 = 53$; $\mu_2 = 50$; $t = 1,26$; $p = 0,21$). Jako u některých jiných výsledků však panuje názor, že to může být způsobené nedostatečně početným souborem.

Analýzy dat také prokázali, že jistý statisticky významný vliv má dosažená úroveň vzdělání na míru alexithymie ($p = 0,005$; $\alpha = 0,05$). Prokázaný vliv se projevuje u středoškolského vzdělání s maturitou i bez maturity.

Pro ucelenost výsledků bylo testováno, zda alkoholově závislí jedinci skórují výrazně jinak na škále avoidant (ECR) než běžná populace. Statisticky významný rozdíl ve výši skóre na této škále se neprokázal ($t = -0,04$; $p = 0,97$).

Bibliografie

1. Altinoğlu Dikmeer, İ., Erol, N., & Gençöz, T. (2014). Emotional and Behavioral Problems Associated with Attachment Security and Parenting Style in Adopted and Non-Adopted Children. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 1-9. Doi: 10.5080/u7587.
2. Baštecká, B. & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
3. Baštecký, J., Šavlík, J. & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.
4. Birt, Al., Sandor, M., Vaida, V., & Birt, M. E. (2008). Alexithymia, a risk factor in alcohol addiction? A brief research report on Romanian population. *Journal of Cognitive And Behavioral Psychotherapies*, 8(2), 217-225.
5. Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
6. Brisch, K. H. (2011). *Poruchy vztahové vazby: od teorie k terapii*. Praha: Portál.
7. Cohen, R. M. (2000). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál.
8. Český statistický úřad (2012). Hospitalizace v nemocnicích ČR v roce 2012. Získáno z <http://www.uzis.cz/publikace/hospitalizovani-nemocnicich-cr-2012>.
9. De Rick, A., Vanheule, S., & Verhaeghe, P. (2009). Alcohol addiction and the attachment system: An empiric study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorder in alcoholic inpatients. *Substance Use & Misuse*, 44(1), 99-114. Doi: 10.1080/10826080802525744.
10. Fridrich, E. M., Lakatos, K., & Spangler, G. (2010). Brain activity during emotion perception: The role of attachment representation. *Attachment & Human Development*, 12(3), 231-248. Doi: 10.1080/14616731003759724.
11. Hartl, P. & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
12. Hašto, J. (2005). *Vztahová vazba: ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
13. Janík, A. & Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum.
14. Koukolík, F. (2006). *Sociální mozek*. Praha: Karolinum.
15. Kulišťák, P. (2003). *Neuropsychologie*. Praha: Portál.
16. Kunda, S. et al. (1988). *Klinika alkoholizmu*. Osveta.

17. Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M., & Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology Of Men & Masculinity*, 10(3), 190-203. Doi:10.1037/a0015652.
18. Marhounová, J. & Nešpor, K. (1995). *Alkoholici, feťáci a gambleři*. Praha: Empatie.
19. Matthews, G., Zeidner, M. & Roberts, R. D. (2012). *Emotional intelligence 101*. New York: Springer Publishing Company.
20. Mohapl, P. (1992). *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého.
21. *MKN-10 Duševní poruchy v primární péči*. (2001). Praha: Psychiatrické centrum; Test centrum.
22. Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
23. Obegi, J. H. & Berant, E. (2009). *Attachment theory and research in clinical work with adults*. New York: Guilford Press.
24. Orel, M. & Facová, V. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada.
25. Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. Olomouc: Univerzita Palackého.
26. Ruppert, F. (2011). *Symbióza a autonomie: traumata z narušeného systému rodinných vazeb*. Praha: Portál.
27. Řehan, V. (1994). *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. Olomouc: Univerzita Palackého.
28. Řehan, V. (2007). *Adiktologie 1*. Olomouc: Univerzita Palackého.
29. Skála, J. (1986). *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost*. Praha: Avicenum.
30. Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada.
31. Suslow, T., Donges, U., Kersting, A., & Arolt, V. (2000). 20-Item Toronto Alexithymia Scale: Do difficulties describing feelings assess proneness to shame instead of difficulties symbolizing emotions? *Scandinavian Journal of Psychology*, 41(4), 329-334.
32. Šedivý, V. & Válková, H. (1988). *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše vojsko.
33. Thorberg, T. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., Lyvers, M., Hurst, C., Connor, J., & Feeny, G. (2011). Attachment security and alexithymia in a heavy drinking sample. *Addiction Research & Theory*, 19(6), 566-570. Doi: 10.3109/16066359.2011.580065.

34. Vavřda, V. (2005). *Otázky soudobé psychoanalýzy: tradice a současnost*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
35. Viewegh, J. (1974). *Kapitoly ze speciální psychopatologie I. Alkoholismus jako psychosociální jev*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků.
36. Vrbatovská, P. (2010). *O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí: attachment, poruchy attachmentu a léčení*. Tišnov: Scan; Praha: Natama.

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Vtah attachmentu a alexithymie u alkoholově závislých

Autor práce: Anna Borská

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

Počet stran a znaků: 66s (111 692 znaků)

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 36

Abstrakt:

Problematika attachmentu a alexithymie má kořeny původu ve stejném období, v raném dětství. Alexithymie má dobrou prevalenci u alkoholově závislých jedinců a z toho důvodu byla pro výzkumný soubor ($N_1 = 54$) zvolena populace jedinců závislých na alkoholu. Pro přesnější výsledky a jejich větší platnost byl použit srovnávací soubor z běžné populace ($N_2 = 54$). Pro diagnostiku jsme zvolili dva dotazníky – TAS-20 a ECR. Cílem studie bylo nalézt vztah mezi attachmentem a alexithymií u jedinců závislých na alkoholu. Dotazníky jsme administrovali oba najednou a vždy v příslušném zdravotnickém zařízení. V případě kontrolního souboru byl k dotazníkům přiložen dopis osvětlující cíle výzkumu, základní definice pojmů, instrukce k vyplnění dotazníků a kontakt na examinátora. Data jsme zpracovali kvantitativními analýzami (Spearmanova korelace, Studentův t-test, Mann Whitney U test, GLM). Došli jsme k následujícím výsledkům: Jedinci se závislostí na alkoholu skórují signifikantně výše na škále anxiety v dotazníku ECR ($p = 0,6$; $\alpha = 0,1$), zároveň se ale nepotvrdil vztah mezi alexithymií a výsledky v této škále ($R_1 = 0,11$; $t_1 = 0,78$; $p_1 = 0,44$; $R_2 = 0,21$; $t_2 = 1,58$; $p_2 = 0,12$).

Klíčová slova: Attachment, Alexithymie, Závislost na alkoholu, TAS-20, ECR

ABSTRACT OF THESIS

Title: The Relationship between Attachment and Alexithymia in Alcohol-dependent

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

Number of pages and characters: 66p (111 692 characters)

Number of appendices: 6

Number of references: 36

Abstract:

The issue of the attachment and alexithymia origin is rooted in the same period in early childhood. Alexithymia has a good prevalent in addicted individuals, and the reason was for the research group (N1 = 54) selected populations alcohol-dependent individuals. For more accurate results and more force was used benchmark set in the general population (N2 = 54). For diagnostics, we chose two questionnaires - TAS-20 and ECR. The aim of the study was to find the relationship between attachment and alexithymia in alcohol-dependent individuals. The questionnaires we administered both at once and always in an appropriate medical facility. In the case of the control group was accompanied by a letter to the questionnaires illuminating the goals of the research, basic definitions, instructions for filling out questionnaires and contact the examiner. We processed the data quantitative analyzes (Spearman rank correlation, Student's t-test, Mann-Whitney U test, GLM). We came to the following results: Individuals with alcohol dependence scored significantly above on the scale of anxiety questionnaire ECR ($p = 0.6$, $\alpha = 0.1$), but at the same time confirmed the relationship between alexithymia and results in this range ($R_1 = 0,11$; $t_1 = 0.78$, $p_1 = 0.44$, $R_2 = 0.21$, $t_2 = 1.58$, $p_2 = 0.12$).

Keywords: Attachment, Alexithymia, Alcohol dependence, TAS-20, ECR

Přílohy

Příloha č. 1.	Průvodní dopis pro kontrolní soubor
Příloha č. 2.	Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
Příloha č. 3.	The Experiences of Close Relationship (ECR)
Příloha č. 4	Zadání bakalářské práce
Příloha č. 5	Seznam tabulek
Příloha č. 6	Seznam grafů

Dobrý den,

než začnete, přečtěte si prosím následující informace.

Tento výzkum je součástí bakalářské práce „Vztah attachmentu a alexithymie u alkoholově závislých“ na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Studie se provádí na pacientech protialkoholních léčeben a na kontrolním souboru z nepsychiatrické populace.

Dotazník je zcela anonymní – nebude obsahovat Vaše jméno ani jiné informace, které by Vás mohly identifikovat. Na dotazník nepište své jméno. Vyplněný dotazník dejte odpovědné osobě.

Účast na výzkumu je dobrovolná. Pokuste se prosím odpovědět na všechny otázky. Narazíte-li na otázku, na kterou nechcete z nějakého důvodu odpovídat, nechte ji nevyplněnou.

Nejde o žádný test, neexistují žádné špatné nebo správné odpovědi.

Dotazník je rozdělen do dvou částí – TAS-20 a ECR. Jedná se o řadu tvrzení, které bodově hodnotíte dle přiřazené číselné škály. Číslo vždy napište do rámečku před daným tvrzením.

Doufáme, že Vás práce na dotazníku zaujme, Pokud byste měl nejasnosti, nebojte se zeptat administrátora.

V případě jiných dotazů ohledně studie se ozvěte na emailovou adresu anna.borska01@upol.cz.

Děkujeme předem za účast

Anna Borská

TAS 20

Věk:

Pohlaví:

Vzdělání:

Ke každému tvrzení zvolte číslo z následující škály podle toho, jak moc s daným tvrzením souhlasíte či nikoli. Číslo napište do rámečku před tvrzením.

1	2	3	4	5
Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nevím	Spíše souhlasím	Souhlasím

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

ECR

Následující tvrzení se týkají toho, jak se obecně cítíte ve vztazích (romantických, přátelských, s rodinnými příslušníky...). Ke každému tvrzení zvolte číslo z následující škály podle toho, jak moc s daným tvrzením souhlasíte či nikoli. Číslo napište o rámečku před daným tvrzením.

1	2	3	4	5	6	7
Rozhodně souhlasím	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nevím	Spíše souhlasím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím

- | | |
|--|---|
| | 1. Raději neukazuji druhým lidem, jak se opravdu cítím. |
| | 2. Dělá mi starosti, že bych mohl/-a být odmítnuta nebo opuštěn/-a. |
| | 3. Jsem velmi spokojený/-á, když jsem blízko druhým lidem. |
| | 4. Dělán si starosti o své vztahy. |
| | 5. Jakkmile se někdo začne se mnou sblížovat, přistihnu se, jak se odtahuji pryč. |
| | 6. Trápí mě, že druhým na mně nezáleží tolik, jako mně na nich. |
| | 7. Začnu se cítit nepříjemně, když se se mnou chce někdo těsněji sblížit. |
| | 8. Velmi mnoho mě trápí, že ztratím své blízké přátele. |
| | 9. Je mi nepříjemné, mám-li se otevřít druhým. |
| | 10. Často si přeji, aby moji blízcí přátelé ke mně cítili stejně silné city, jako já k nim. |
| | 11. Chci se sblížit s druhými, ale stejně si udržuji odstup. |
| | 12. Chci se s druhými velmi těsně sblížit a to je někdy odežene pryč. |
| | 13. Jsem nervózní, když se se mnou chce někdo více sblížit. |
| | 14. Trápí mě být sám/sama. |
| | 15. Cítím se dobře, když sdílím své soukromé myšlenky a pocity s druhými. |
| | 16. Má touha být druhým lidem velmi blízko je někdy odhání pryč. |
| | 17. Snažím se vyhnout příliš blízkému kontaktu s druhým. |
| | 18. Potřebuji hodně ujišťování, že mým blízkým na mně opravdu záleží. |
| | 19. Je pro mě poměrně snadné sblížit se s druhými. |
| | 20. Někdy cítím, že se snažím přimět druhé, aby ukázali více citu, více oddanosti v našich vztazích, než obvykle dávají najevo. |
| | 21. Je pro mě obtížné dovolit si být závislý/-á na blízké osobě. |
| | 22. Netrápím se často nad tím, že bych mohl/-a být opuštěn/-a. |
| | 23. Upřednostňuji nebýt příliš blízko druhým. |
| | 24. Nedaří-li se mi přimět blízkou osobu, aby o mě projevil zájem, začnu být naštvaný/-á nebo rozzlobený/-á. |
| | 25. Říkám svým blízkým osobám skoro o všem. |
| | 26. Myslím si, že se mí blízcí se mnou nechtějí sblížit tak, jak bych já chtěl/-a. |
| | 27. Obvykle probírám své problémy a obavy s blízkými lidmi. |
| | 28. Když kolem sebe nemám blízké osoby, cítím se poněkud úzkostný/-á a nejistý/-á. |
| | 29. Cítím se dobře, když jsem závislý/-á na druhých. |
| | 30. Jsem zklamaný/-á, když mé blízké osoby nejsou poblíž v takové míře, jak bych rád/-a. |
| | 31. Nevadí mi požádat blízké osoby o útěchu, radu nebo pomoc. |
| | 32. Jsem zklamaný/-á, pokud můj partner/-ka není dostupný/-á, když jej/ji potřebuji. |
| | 33. Pomáhá mi obrátit se na blízké osoby v těžkých chvílích. |
| | 34. Když mě druzí lidé zavrhnou, cítím se hodně špatně. |
| | 35. Obracím se na blízké osoby ohledně řady věcí, včetně toho, abych získal-a útěchu a ujištění. |
| | 36. Vadí mi, když můj parter/-ka tráví čas beze mě. |

- Tabulka č. 1: *Rozmezí bodů z hlediska přítomnosti alexithymie*
- Tabulka č. 2: *Rozložení souboru alkoholově závislých podle pohlaví*
- Tabulka č. 3: *Rozložení souboru podle psych. zařízení*
- Tabulka č. 4: *Rozložení psych. souboru podle nejvyššího dosaženého vzdělání*
- Tabulka č. 5: *Rozložení souboru běžné populace podle pohlaví*
- Tabulka č. 6: *Rozložení kontrolního souboru podle nejvyššího dosaženého vzdělání*
- Tabulka č. 7: *Základní přehled výsledků TAS-20 výzkumného souboru*
- Tabulka č. 8: *Základní přehled výsledků TAS-20 kontrolního souboru*
- Tabulka č. 9: *Přehled průměrných skóre v dotazníku TAS-20*
- Tabulka č. 10: *Přehled průměrných skóre výzkumného souboru (ECR)*
- Tabulka č. 11: *Přehled průměrných skóre kontrolního souboru (ECR)*
- Tabulka č. 12: *Přehled průměrných skóre v dílčích škálách (ECR)*
- Tabulka č. 13: *Přehled platných výsledků pro H_1*
- Tabulka č. 14: *Přehled výsledků na škále Anxiety (U test)*
- Tabulka č. 15: *Přehled vlivu vzdělání na míru alexithymie*
- Tabulka č. 16: *Přehled výsledků na škále Avoidant (t-test)*

Graf č. 1: *Krabicový graf výsledků TAS-20*

Graf č. 2: *Bodový graf Spearmanovy korelace u výzkumného souboru*

Graf č. 3: *Bodový graf Spearmanovy korelace u kontrolního souboru*

Graf č. 4: *Krabicový graf – mediány dle skupin (U test)*

Graf č. 5: *Krabicový graf – aritmetický průměr dle skupin (t-test)*

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
BORSKÁ Anna	U Nádraží 367, Mníšek pod Brdy	F12567

TÉMA ČESKY:

Vztah attachmentu a alexithymie u alkoholově závislých

TÉMA ANGLICKY:

The Relationship between Attachment and Alexythimia in Alcohol-dependent

VEDOUCÍ PRÁCE:

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

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Popis teoretických východisek práce: Na základě literatury osvětlit podstatu attachmentu a alexithymie.
2. Hlavní témata teoretické části: Popis možné souvislosti mezi attachmentem a alexithymií u alkoholově závislých jedinců.
3. Popis výzkumného problému: Dle dotazníkového šetření v oddělení léčby závislostí v PL Šternberk zjistit do jaké míry je u pacientů narušený attachment a zda se u nich vyskytuje alexithymie.
4. Design výzkumného projektu
 - a) Cíle výzkumu: Zda existuje u alkoholově závislých vztah mezi attachmentem a alexithymií.
 - b) Základní a výzkumný soubor: Alkoholově závislí pacienti z oddělení léčby závislostí v PL Šternberk.
 - c) Metody sběru a zpracování dat: Dotazníkové šetření a následné statistické zpracování výsledků.
 - d) Očekávané výstupy a praktické dopady práce: Nalezení vztahu mezi attachmentem a alexithymií u alkoholově závislých a Bakalářská diplomová práce a články.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). Základy klinické psychologie. Praha: Portál.
BOWLBY, John. (2010), Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem. Praha: Portál.
Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). Psychiatrie. Praha: Tigris.
Kalina, K., et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada.
Řehan, V. (2007). Adiktologie. Olomouc: UP

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum: