

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**ALEXITHYMIE, STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ
STRESU A OSOBNOSTNÍ RYSY U LIDÍ
ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU**

Alexithymia, stress coping strategies and personality of alcohol
dependent people



Magisterská diplomová práce

Autor: Lucie Horová
Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, PhD.
Studijní obor: Psychologie

Olomouc 2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „*Alexithymie, strategie zvládání stresu a osobnostní rysy u lidí závislých na alkoholu*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, PhD. za laskavé, trpělivé vedení a cenné rady. Taktéž bych chtěla poděkovat všem ostatním, kteří mi byli nápomocní při vzniku této práce, především vstřícným zařízením, která mi umožnila realizaci výzkumu. Poděkování patří i všem ochotným pacientům, bez nichž by tato diplomová práce nemohla vzniknout.

OBSAH

Úvod.....	5
I. Teoretická část.....	6
1. Osobnost	7
1.1. Pojem osobnost a jeho definice	7
1.2. Historický náhled na popisování osobnosti	7
1.3. Charakteristika pěti základních rysů osobnosti dle Big five.....	8
1.4. Temperament	9
1.4.1. Hippokratova teorie	10
1.4.2. Teorie H. J. Eysencka	10
1.4.3. Kretschmerova konstituční typologie temperamentu	11
1.5. Emoce a empatie	12
1.6. Pojem Já a jeho obranné mechanismy	13
1.7. Specifické poruchy osobnosti dle diagnostických manuálů	14
1.8. Poruchy osobnosti u lidí se závislostí na alkoholu dle výzkumů	16
2. Závislost na alkoholu	18
2.1. Alkohol v České republice.....	18
2.2. Závislost na alkoholu dle Mezinárodní klasifikace nemocí.....	19
2.3. Vybrané teorie vzniku závislosti.....	19
2.4. Osobnostní dispozice pro rozvoj závislosti na alkoholu.....	21
2.5. Rizikové faktory pro rozvoj závislosti.....	21
2.6. Specifické rysy žen uživatelů alkoholu.....	22
3. Strategie zvládání stresu	23
3.1. Coping.....	23
3.2. Reakce organismu na stres.....	23
3.2.1. Reakce „Boj nebo útěk“ - Fight or flight reaction	24
3.2.2. Obecný adaptační syndrom.....	24
3.4. Příznaky stresového stavu.....	25
4. Alexithymie	27
4.1. Vymezení pojmu alexithymie a jeho stručná historie.....	27
4.2. Dělení alexithymie	28
4.3. Rozpoznání, terapie a léčba alexithymických pacientů	29
4.4. Etiologie alexithymie	30
4.5. Prevalence alexithymie a průměrné statistické výsledky měření	31
4.6. Vztah alexithymie a osobnostních rysů	32
5. Aktuální výzkumy v oblasti alexithymie, strategií zvládání stresu a osobnostních rysů u osob se závislostí na alkoholu.....	33

II. Výzkumná část	37
6. Definování předmětu výzkumu	38
6.1. Výzkumný problém a cíle výzkumu	38
6.2. Stanovené hypotézy	39
7. Aplikovaná metodika	40
7.1. Použité metody	40
7.1.1 Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)	40
7.1.2 PSSI - Inventář pro zkoumání stylů osobnosti a poruch osobnosti	40
7.1.3 Strategie zvládnání stresu (SVF 78)	41
7.2. Výzkumný postup	43
7.3. Statistika.....	43
7.4. Etické otázky výzkumu.....	43
8. Charakteristika zkoumané populace, výběrové metody a výběrový soubor	44
9. Výsledky výzkumu	46
9.1. Přítomnost alexithymie u osob se závislostí na alkoholu	46
9.2. Osobnostní styly osob se závislostí na alkoholu.....	48
9.3. Strategie zvládnání stresu u osob se závislostí na alkoholu.....	49
9.4. Strategie zvládnání stresu u osob s alexithymií	50
9.5. Rozdíl mezi pohlavími v strategiích zvládnání stresu	52
9.6. Vztah osobnostních stylů a alexithymie u osob se závislostí na alkoholu.....	53
9.6.1 Sebekritický osobnostní styl u osob s alexithymií.....	54
9.6.2 Loajální osobnostní styl u osob s alexithymií.....	55
9.7. K platnosti hypotéz	56
10. Diskuze	58
Souhrn.....	63
Seznam použitých zdrojů a literatury	66
Přílohy diplomové práce	
Příloha 1: Formulář zadání MgrDP	
Příloha 2: Abstrakt v českém a anglickém jazyce	
Příloha 3: Histogramy pro ověření normálního rozložení (Ha2)	
Příloha 4: Ilustrace podrobných výsledků výzkumu	

Úvod

Pití alkoholických nápojů se stalo běžnou a někdy téměř nedílnou součástí společenského života, jež však kráčí ruku v ruce s nemocí nazvanou jako *Syndrom závislosti na alkoholu*. Závislost na alkoholu rozvrací vybudované sociální vazby i osobní život člověka a vážně ohrožuje jeho zdraví i život. Léčba této nemoci je velmi náročná a komplikovaná, odborníci z různých odvětví se snaží o dekódování rysů vedoucích k propuknutí závislosti a jejímu udržování. Přestože nejsou prokázány příčinné souvislosti, některé jevy dlouhodobě korelují s výskytem závislosti na alkoholu. Z psychologického hlediska dochází k alkoholickým excesům v okamžicích zátěže, která není dostatečně zpracována pomocí adekvátních copingových strategií. Zátěží neboli stresem prochází běžně každý člověk v rámci každodenního života, některým lidem však působí zvýšenou zátěž přímo jejich osobnost a specifické osobnostní rysy, které je odlišují od ostatních a mohou předurčovat nebo doprovázet závislost. Závislost na alkoholu se v posledních letech objevuje i v souvislosti s emoční dysregulací a fenoménem alexithymie, který komplikuje jakoukoli započatou léčbu a problémy, které způsobuje mohou být řešeny opět alkoholem.

Cílem předkládané diplomové práce s názvem *Alexithymie, strategie zvládání stresu a osobnostní rysy u lidí závislých na alkoholu* je popsat výše zmíněné jevy a jejich vzájemnou souvislost, která by mohla být nápomocná v pochopení otázek alkoholové závislosti. V psaní tohoto textu jsem vycházela z teoretických poznatků mé ročníkové práce nazvané *Alexithymie a strategie zvládání stresu u studentů vysokých škol*, jež porovnává zmíněné rysy mezi studenty humanitních a přírodovědných oborů.

I. Teoretická část

1. Osobnost

Osobnost je odvozeným tvarem slova osoba, což je překladem latinského výrazu „*persona*“. V původním významu byla persona maska, jež si herci nasazovali v antickém divadle (Homola & Trpišovská, 1992). Přeneseně potom tento pojem znamenal určitý výraz a charakteristické rysy postavy, kterou měl herec na jevišti ztvárňovat. Dle zmíněných autorů všichni používáme nejrůznější masky. Ve formálních situacích se od nás očekávají typy chování, které mohou být zcela odlišné od našeho neformálního vystupování. Přestože se chováme v různých situacích odlišně, existuje určitá individuálně specifická konzistence našeho chování. Jsme limitovaní množstvím našich masek, které není neomezené. Jsme tedy limitováni sami sebou - naší strukturou osobnosti.

1.1. Pojem osobnost a jeho definice

Odborně definovat pojem osobnost je, tak jako u jiných psychologických pojmů, značně obtížné. V laické řeči bývá označován jako osobnost výrazný nebo významný člověk. V psychologii je osobnost charakteristická pro každého člověka a tímto termínem míníme především jednotu psychických procesů, stavů a vlastností. Jeden ze zakladatelů psychologie osobnosti G. W. Allport (1937) rozlišil a popsal přes 50 různých definic osobnosti, které se v psychologii vyskytují. Jednotlivá pojetí osobnosti se značně liší dle teoretického směru psychologie. Drapela (1997) uvádí pomyslnou osu spojující zcela opačné názory na osobnost od výkladů teoretiků „já“, kteří osobnost vnímají jako něco, co skutečně existuje a má skutečné účinky po behavioristy, kteří pokládají osobnost za pouhou odvozeninu z chování, jež samo je jediným přímo pozorovatelným a měřitelným jevem.

1.2. Historický náhled na popisování osobnosti

Už od antiky se lidé různě snaží popsat lidskou osobnost a načrtnout takzvané „mapy vlastností“ člověka, stále se však nepodařilo najít jednoznačně pravdivou koncepci. Každý psychologický směr si zpravidla utváří vlastní teorii osobnosti člověka a její skladby. Freud (1994) je autorem topografického modelu lidské psychiky, jež se stal jedním z nejznámějších schémat duševního dění člověka. Tento model zahrnuje **podvědomí** obsahující vytěsněné zkušenosti jedince, jeho požadavky, touhy a impulsy, **předvědomí**, ve kterém sídlí zkušenosti momentálně se nevyskytující ve vědomí, ale

snadno dostupné a vybavitelné, a **vědomí**, které je poznávací a zároveň výkonnou složkou osobnosti.

Na tuto koncepci navazovali další teoretici osobnosti, kteří ji rozpracovali či zamítlí a vytvořili svou vlastní. Není cílem tohoto textu představit jednotlivé modely osobnosti. Dále se budu proto věnovat spíše výzkumu osobnostní struktury, který měl vliv na utváření dotazníkových metod pro zkoumání osobnosti a má tedy bližší vztah k výzkumné části mé diplomové práce.

Galton (1884 in Blatný et al., 2010) se domníval, že nejpodstatnější individuální rozdíly jsou uchovány v jazyce a stanovil tak obecnou lexikální hypotézu. Taktéž jako první shromáždil asi 1000 slov používaných pro popis osobnosti. Allport (1937) označil 17 953 přídavných jmen anglického jazyka, které se používají v laické i odborné řeči k deskripci lidské osobnosti. Z nich dále vytvořil seznam 4 500 charakteristických vlastností, jež slouží k vyobrazení struktury lidské osobnosti. Ve 40. letech 20. století navázal na jeho práce Cattell (1975), který propojil psychologii osobnosti s matematickými a statistickými výpočty. Faktorovou analýzou slov dospěl k dvanáctisložkovému modelu osobnosti. Po přidání 4 dalších rysů navrhl svůj nástroj pro měření struktury osobnosti 16 PF. Cattell pracuje s dichotomními rysy, kterými jsou: otevřenost – rezervovanost, vysoká inteligence – nízká inteligence, stabilní – emocionální, prosazující se – poddajný, lehkomyšlný – střízlivý, svědomitý – neodpovědný, smělý – bojácný, měkký – pevný v postojích, podezřívavý – důvěřivý, snílek – pragmatik, vypočítavý – naivní, ustaraný – sebejistý, volnomyšlenkářský – tradiční, samostatný – nesamostatný, sebekontrola – slabá sebekontrola, vysoké ergické napětí – nízké ergické napětí.

Vytvořený model byl podroben dalšímu zkoumání a na základě podrobnějších analýz byl Cattellův model redukován na méně faktorů. Vznikl tak známý pětifaktorový model osobnosti, interpretovaný dále mnoha autory jen s dílčími odlišnostmi. Goldberg zavedl označení „Big five“ pro těchto 5 všeobecně uznávaných rysů (in Blatný et al., 2010).

1.3. Charakteristika pěti základních rysů osobnosti dle Big five

Rysy osobnosti, které Goldberg (in Blatný et al., 2010) označil za tzv. Vekou pětku jsou: extraverte, emocionální stabilita, přívětivost, svědomitost a otevřenost vůči zkušenosti. **Extraverte** je dimenze, jež se v psychologických zkoumáních objevuje velice dlouho. Jedná se o kontinuum zahrnující na jednom pólu společenskost, snadnou sociální

adaptaci a kontakt s lidmi, výřečnost, čínorodost a sebezprosazování a na druhém pólu preferování samoty a zaměření na vlastní fantazijní svět. **Emocionální stabilita** popisuje, nakolik jedinec jedná přiměřeně s dostatečným klidem a rozvahou. Při nedostatku emocionální stability jsou přítomné lehce vyvolatelné a podnětům nepřiměřené emocionální reakce, kolísání nálad, neklid a přecitlivělost. Dimenze **přívětivost** postihuje interpersonální vztahy jedince, zájem o druhé a přátelskost, na opačném pólu nevraživost, nepřátelství, pomstychtivost apod. **Svědomitost** popisuje vztah k práci. Odpovídá pojmem pečlivost, zásadovost na jedné straně, na druhé straně popisuje lhostejnost vůči cílům práce a nezáměr o ni. Poslední faktor Big five se ukazuje jako nejvíce problematický, vedou se četné diskuse o jeho názvu. Široce užívaným pojmenováním je **otevřenost vůči zkušenosti**, setkáváme se ale i s označením intelekt, imaginace nebo kultura. Tento faktor obsahuje charakteristiky zahrnující zvědavost, kultivovanost, vztah ke konvencím a touhu po nových zkušenostech (Říčan, 2007). Costa a McCray (1986) na základě tohoto modelu vytvořili jeden z nejznámějších nástrojů pro měření struktury osobnosti NEO-PI-R s jehož pomocí provedli řadu výzkumů osobnosti. Zjistili například, že ženy skórují průměrně níže ve škále emocionální stability a výše ve škále přívětivosti než muži, kteří se naopak vyznačují vyšší extravertí.

Postupem času bylo na pětifaktorový model osobnosti nahlíženo jako na příliš úzký a byly navrhovány mnohé další metody zaměřující se na podrobnější zkoumání osobnostních rysů. Jednou z těchto metod je i inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti PSSI, který navazuje na faktorovou analýzou zjištěná kritéria. Tato metoda je specifická využitím klinických kategorií poruch osobnosti, které jsou známé z diagnostických manuálů (MKN-10, DSM-IV). Této metodě se budu věnovat více ve výzkumné části práce.

1.4. Temperament

Pojem temperament poprvé použil řecký lékař a filosof Hippokrates pro označení proporce mezi základními složkami organismu a psychiky (Říčan, 2007). Latinsky můžeme přeložit slovo temperament jako *přiměřená směs*. Nyní se tímto termínem rozumí (dle Cakirpaloglu, 2012, str. 64) „vrozená energetická dispozice, která určuje specifickou reaktivitu a obecné emoční ladění jedince“. Temperament je tedy do značné míry daný od narození, již u novorozenců je možné pozorovat diferenciovanou reaktivitu na stimuly (Homola & Trpišovská, 1992). Pozdější ovlivnění temperamentu prostředím, ve kterém

jedinec vyrůstá, je velmi omezené (Říčan, 2007). V průběhu socializace dochází ke sladění autentického projevu jedince se sociálně vyžadovanou normou. Nejedná se o dispoziční či subjektivní změnu individuálního prožívání temperamentu, ale spíše o kultivaci jeho projevu a exprese (Cakirpaloglu, 2012). Temperament tedy představuje inherentní, jádrovou vlastnost osobnosti, která se projevuje především množstvím prožívané a investované energie a dlouhodobým emočním rozpoložením jedince.

Dále bych chtěla představit některé z nejvýznamnějších psychologických i laických teorií temperamentu.

1.4.1. Hippokratova teorie

První teorie temperamentu vznikla již okolo 4. století př. n. l. (Říčan, 2007). Jejím autorem byl Hippokrates, který si jako první začal všimnout souvislosti mezi somatickými nemocemi a duševními vlastnostmi člověka. Předpokládal existenci tělesných šťáv pocházejících ze čtyř základních elementů přírody (vody, vzduchu, ohně a země) (Cakirpaloglu, 2012). Hippokrates popsal vliv těchto tělesných šťáv na psychiku a navrhl kategoriální soustavu čtyř klasických temperamentových rysů, které ovlivňují specifické tělesné šťávy - choleric (žlutá žluč), sangvinik (krev), melancholik (černá žluč) a flegmatik (hlen). Tyto rysy mají specifické emoční ladění, prožívání a projev. **Choleric** se dle Hippokrata rychle rozčílí a toto rozčílení může prožívat relativně dlouho. Jeho základní náladou je hněv, je neklidný, náročný a konfliktní. **Sangvinik** má rád společnost a je jí dobře přijímán. Je veselý a příjemný. Mívá prudké, ale umírněné emoční reakce, které rychle odezní. Základním emočním nastavením **melancholika** je smutek. Jeho emoce vznikají pomalu a pomalu odeznívají. **Flegmatik** je klidný a vyrovnaný člověk s malou vzrušivostí a emoční reaktivitou. Emoce přetrvávají delší dobu, základním nastavením je lhostejnost (Cakirpaloglu, 2012).

Tato teorie je velmi známá a oblíbená především u laické veřejnosti pro svou jednoduchost a srozumitelnost. V praxi se setkáváme spíše se smíšenými typy temperamentu než s jednotlivými „čistými“ kategoriemi.

1.4.2. Teorie H. J. Eysencka

Eysenck navázal na teorii Hippokrata. Jednotlivé kategorie však psychometricky prozkoumal a přidal dvě vlastní dimenze extraverte – introverte a emocionální stabilita – labilita (Říčan, 2007). Vznikl tak tzv. Eysenckův temperamentový kříž.

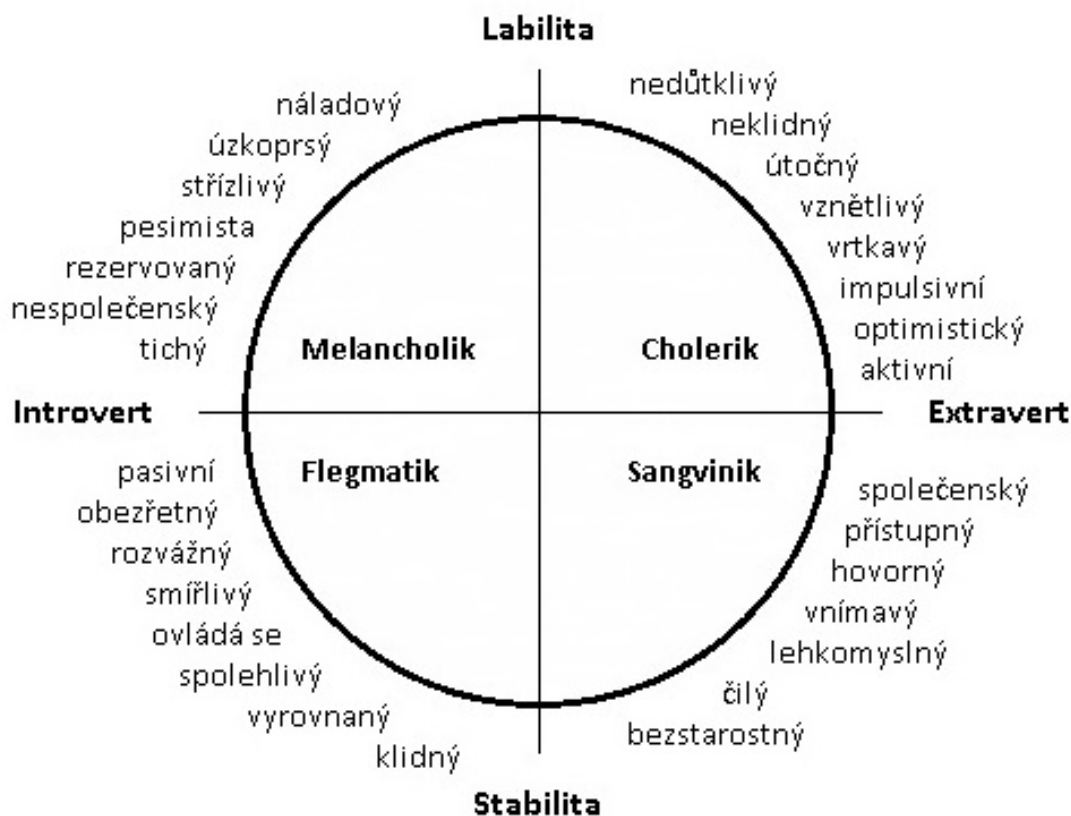


Schéma č. 1: Eysenckovo typologické schéma (zdroj: Staňková, 2012)

Vidíme, že cholerika můžeme označit jako labilního extraverta, sangvinika za stabilního extraverta, flegmatik je stabilním introvertem a melancholik labilním introvertem. Kategorie jsou souvislé s neurofyziologickým základem osobnosti a lze je tedy jen obtížně ovlivňovat (Cakirpaloglu, 2012).

1.4.3. Kretschmerova konstituční typologie temperamentu

Kretschmer ve své dlouholeté klinické praxi vysledoval jistou souvislost mezi konstitucí těla a psychickými obtížemi člověka. Domníval se, že jedinci s určitým tělesným schématem jsou zvláště náchylní k propuknutí specifických duševních poruch (Říčan, 2007). Na tomto základě navrhl svoji teorii temperamentu. Kretschmer rozlišil tři základní tělesné konstituce: **astenik** (leptosom) - člověk vyššího vzrůstu a nižší tělesné hmotnosti, štíhlý, vytáhlý s dlouhými končetinami, **atlet** - sportovně založený, muskulární, robustní člověk se silnou kostrou a **pyknik** - zaoblený typ člověka s vyšší tělesnou hmotností a zároveň nižší výškou, podsaditý s kratšími končetinami. K těmto kategoriím přidal ještě kategorii **dysplastik**, která se vyznačovala nevyhraněnou tělesnou konstitucí.

Dle Kretschmera (in Cakirpaloglu, 2012) je astenik schyzothymní a je nejvíce ohrožen propuknutím schizofrenie, nevyhledává kontakt s ostatními, je citlivý a uzavřený. Atlet je oproti astenikovi více klidný a rozvážený, interpersonální kontakt pro něj nemusí být problémem. Inklinuje nejvíce k onemocnění epilepsií, taktéž se ale u něj může rozvinout schizofrenie. Pyknik bývá veselý, družný a otevřený. Má smysl pro humor, je spontánní, praktický a aktivní. Mívá sklon k pohodlnosti. Patologie, kterou Kretschmer přiřadil tomuto typu, jsou poruchy nálad. Zvláště pak bipolární afektivní porucha.

1.5. Emoce a empatie

Pojem emoce stejně tak jako motivace pochází z latinského slova *emovere* - dát do pohybu a svou podstatou výrazně souvisí s osobnostní strukturou a temperamentem. Lze jej definovat jako „stav zvýšené aktivity organismu, která se manifestuje specifickým prožíváním (příjemnost – nepříjemnost), fyziologickými změnami a odpovídajícím chováním“ (Cakirpaloglu, 2012, str. 204). Emoce můžeme rozdělit dle Plhákové (2008) na primární a komplexní. **Primární emoce** představují základní vrozené pocity, které jsou společné lidem ve všech kulturách. Jsou jimi smutek, strach, hněv, radost, odpor a překvapení. **Komplexní emoce** odpovídají vyšším specificky lidským citům jako je láska, přátelství, estetické a etické city apod. (Plháková, 2008). Emoce mají pro každého člověka významný komunikační, hodnotící a adaptační význam. Podobně jako u temperamentu je základní nastavení pro prožívání emocí vrozené, v průběhu socializace dochází k emočnímu zrání a ovlivnění exprese pocitů.

Empatie neboli vcítění je pojem, který poprvé použil americký psycholog Titchener na počátku 19. století (Cakirpaloglu, 2012). Jedná se o schopnost člověka odhadnout psychický stav druhých a spoluprožítí tohoto stavu (Homola & Trpišovská, 1992). Někteří psychologové zvláště vyčleňují empatii predikční, která umožňuje jedinci předvídat afektivní reakce druhé osoby ve specifických situacích (Homola & Trpišovská, 1992). Empatie je vlastnost, která může být vrozená, ale lze se jí i částečně naučit.

Existují osoby, které mají sníženou schopnost identifikace a verbalizace vlastních emocí i emocí druhých a jsou ohroženy rozvojem psychických i somatických komplikací více než jiní. Sifneos (1973) tento stav pojmenoval jako **alexithymie** (viz níže).

1.6. Pojem Já a jeho obranné mechanismy

Já je ústředním pojmem psychologie osobnosti. Dle Cakirpaloglu (2012, str. 161) „představuje Já integritu vzájemně se ovlivňujících vlastností konkrétního člověka. Jedná se o vlastnosti určující vztahy jedince s ostatními lidmi a objekty z jeho okolí. Já vyjadřuje vědomí o vlastní nepřetržité existenci a totožnosti“. „Normální dospělý člověk užívá zájmeno já k vyjádření řady bezprostředních poznatků, dojmů a představ o vlastní osobě, o těle a nitru, o vlastních citech a motivech, o snažení a rozhodování. Ke všem těmto kognitivním reprezentacím se váží city a postoje, vzpomínky, obavy a naděje“ (Říčan, 2007, str. 171). Prožívání Já je individuálně specifické a závisí na dalších fenoménech osobnosti konkrétního člověka, na jeho sociálním okolí, kultuře apod. (Cakirpaloglu, 2012).

V psychologii osobnosti je uvědomované Já rozdělováno na „Já jako subjekt“ a „Já jako objekt“. **Já jako objekt** představuje prožívání vlastního těla a jeho hodnocení na základě objektivních poznatků. Jedná se v první řadě o pohlaví, rasovou příslušnost, tělesný vzhled a přitažlivost, fyzickou sílu, dovednosti apod. (Cakirpaloglu, 2012). Tento typ Já se u dětí rozvíjí brzy po narození, kdy začnou zkoumat své vlastní tělo. Dle Colea (2001) školní děti určují sebe sama nejvíce na základě fyzického vzhledu, školní úspěšnosti, sociálních dovedností a schopnosti regulovat své chování. Velmi důležité je srovnávání s vrstevníky a poznávání sebe sama prostřednictvím druhých. **Já jako subjekt** se u člověka vyvíjí mnohem později. Jedná se o „intimní postoj člověka vůči vlastní osobě a existenci“ (Cakirpaloglu, 2012, str. 165). Subjektivní Já se utváří z hodnocení vlastní kompetence, jedinečnosti a stálosti vlastní existence (tamtéž). Vědomí vlastní kompetence k zvládnání aktuálních či budoucích úkolů a situací je velmi důležitou složkou člověka, která velmi úzce souvisí s individuálním copingovým stylem a životním pocitem pohody (viz níže). Pocit jedinečnosti definuje, co mne odlišuje od ostatních lidí, co je pro mé Já specifické. Pocit stálosti vymezuje vlastnosti, které jsou víceméně stabilní v čase a zdůrazňuje kontinuum lidského bytí a specifického Já (Cakirpaloglu, 2012). Někteří lidé věří, že Já je to, co přetrvává i po smrti. Konečné sebepojetí je výsledkem působení všech složek objektivního i subjektivního Já v kombinaci s tím, jak člověka vnímají a přijímají druzí.

K obraně sebepojetí a Já jsou užívány tzv. obranné mechanismy, které jedince chrání proti následkům neúspěchu, selhání, pocitům viny a nepřijatelné úzkosti (Homola & Trpišovská, 1992). Nejznámějšími jsou **vytěsnění**, kdy je nepřijatelný obsah z vědomí

odstraněn a přesunut mimo jeho dosah, **regrese** neboli návrat na nižší vývojový stupeň a zachování stupně zvládnání, který je dostupný. **Reaktivní výtvor**, kdy se nepříjemný obsah mění v jeho naprostý opak, **projekce** představuje vnímání vlastních nepříjemných myšlenek, tendencí apod. u druhých. Při **racionalizaci** vysvětlujeme a ospravedlňujeme své jednání pomocí rozumových zdůvodnění. **Přesun** znamená přenesení myšlenek, citů apod. k jinému vhodnějšímu objektu a **sublimace** je obranným mechanismem, s jehož pomocí měníme nepříjemné obsahy v jiné, sociálně akceptované (Cakirpaloglu, 2012). Obranné mechanismy používají do jisté míry všichni lidé a lze je považovat za adaptivní, pokud se nestanou hlavním nástrojem zvládnání zátěžových situací (Homola & Trpišovská, 1992). Ve zvýšené míře mohou obranné mechanismy značit neurotické či morální obtíže osobnosti (Cakirpaloglu, 2012).

1.7. Specifické poruchy osobnosti dle diagnostických manuálů

Na tomto místě považuji za vhodné stručně představit jednotlivé poruchy osobnosti dle diagnostických manuálů. Z klasifikace poruch osobnosti vycházel Kuhl a Kazén (2002) při tvorbě inventáře pro zkoumání osobnostních stylů - PSSI, který užívám ve výzkumné části diplomové práce.

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí kóduje poruchy osobnosti F60 a definuje je jako „těžké narušení v charakterové konstituci a tendencích chování takového jedince; nerezultující přímo z nemoci, poškození nebo jiného porušení mozku nebo jiné psychiatrické poruchy“ (WHO, 2008, str. 233). Poruchy osobnosti se obvykle manifestují od dětství či dospívání a bývají spojeny s výraznou osobní tísní a sociálními komplikacemi. Poruchy osobnosti se nedají léčit, je však možné jejich účinné ovlivňování například prostřednictvím psychoterapie.

F60.0 Paranoidní porucha osobnosti

Jedinci s touto poruchou osobnosti jsou nápadní vztahovačností, přecitlivělostí k odmítnutí, neodpouštěním urážek, podezřívavostí a tendencí zkreslovat zážitky chybným interpretováním neutrální nebo přátelské interakce jako nepřátelské a ohrožující. Tito lidé často podezírají své okolí z nejrůznějších zásahů do jejich osobních práv a mají tendenci tato práva bojovně a tendenčně hájit. V partnerství nezdávka trpí pocitem, že jim je jejich partner nebo partnerka sexuálně nevěrná. Touto poruchou výrazně trpí jedinec sám i jeho okolí.

F60.1 Schizoidní porucha osobnosti

Tato porucha osobnosti je charakteristická distancováním se od ostatních lidí, rezervovaností a únikem do světa samoty a fantazie. Tito lidé citový ani sociální kontakt nevyhledávají, může být pro ně zatěžující. Často se pojí s neschopností vyjadřovat city a zakoušet radost.

F60.2 Disociální porucha osobnosti

Jedinec s disociální poruchou osobnosti nerespektuje sociální normy, je bezohledný až krutý ve vztahu k druhým lidem i zvířatům, chybí u něj empatie a sociální cítění. Vyskytuje se nízká frustrační tolerance, nízký práh pro spuštění agrese včetně násilných trestných činů a tendence nabízet přijatelná zdůvodnění odsuzovaného chování a klamat své okolí.

F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti

Typická je zde vysoká emoční labilita, sklon ke zkratkovitému chování bez uvážení jeho následků, neadekvátní emoční výbuchy, hašteřivé chování a konflikty s ostatními. Nálada je jen těžce předvídatelná, vrtošivá a nestabilní. Rozlišujeme dva subtypy emočně nestabilní poruchy osobnosti - **impulzivní** a **hraniční**. Impulzivní typ je charakterizován především emoční nestabilitou a neschopností ovládat své popudy. Hraniční typ je nápadný navíc i narušeným sebepojetím a představě o sobě samém, černobílým, vyostřeným viděním a dlouhodobými pocity prázdnoty. Objevují se rizikové automutilační tendence včetně suicidiálních náznaků a pokusů.

F60.4 Histrionská porucha osobnosti

Jedinci s histrionskou poruchou osobnosti mívají sklon k dramatičnosti, teatrálnosti, přehnanému projevování emocí a celkově mělké a labilní afektivitě. Bývají velmi sugestibilní a egocentričtí. Obvykle vyžadují trvalé oceňování, vzrušení a pozornost.

F60.5 Anankastická porucha osobnosti

U této poruchy se typicky vyskytuje pocit osobní nejistoty a pochyb, které jsou zaháněny nadměrnou svědomitostí, zaměstnáváním se nepodstatnými detaily a trvalou kontrolou. Osobnostně tito lidé bývají tvrdohlaví, opatrní a rigidní. Mohou se u nich vyskytovat vtíravé, neodbytné a nevídané myšlenky nebo podněty, které však nedosahují vážnosti obsedantně-kompulzivní poruchy.

F60.6 Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti

Charakteristické jsou subjektivně velmi zatěžující pocity napětí, nejistoty, nadměrných obav a podřízenosti. Vyskytuje se trvalá potřeba být někým přijímán, oceňován, která souvisí s přecitlivělostí na odmítnutí a kritiku. Jedinec s anxiózní poruchou

osobnosti mívá tendenci vyhýbat se nejrůznějším činnostem a podnětům běžného života, u kterých subjektivně vnímá potencionální nebezpečí či rizika.

F60.7 Závislá porucha osobnosti

Jedinci s touto poruchou jsou charakterističtí nedostatečnou průbojností a pronikavou závislostí na druhých, na které přenáší odpovědnost za svá menší i větší životní rozhodnutí. Tito lidé mají velkou obavu z opuštěnosti, připadají si slabí, bezmocní a nekompetentní. Pasivně vyhovují přání ostatních. Z této poruchy vyplývá velké riziko zneužití či týrání ostatními.

F60.8 Jiné specifické poruchy osobnosti

Do této kategorie řadíme osobnost excentrickou, nezdrženlivou, nezralou, narcistickou, pasivně-agresivní a psychoneurotickou.

1.8. Poruchy osobnosti u lidí se závislostí na alkoholu dle výzkumů

Prevalence poruch osobnosti se v běžné populaci dle výzkumů pohybuje v rozmezí 8 – 10% (např. Agrawal, Narayanan & Oltmanns, 2013). V populaci lidí závislých na návykových látkách se tato prevalence mnohonásobně zvyšuje. U lidí závislých na alkoholu bývá opakovaně měřena v rozmezí 30 – 40% (Verheul, 2001 a další). Lidé závislí na nealkoholových drogách mají znaky alespoň jedné poruchy osobnosti v diagnóze v 60 – 70% případů (Colpaert, Vanderplassch, De Maeyer, Broekaert & De Fruyt, 2012). Více než polovina závislých splňuje kritéria pro diagnostikování dvou a více poruch osobnosti (tamtéž). Diagnóza závislosti na alkoholu je ve výzkumech nejčastěji spojována s poruchou osobnosti typu borderline a antisociální poruchou osobnosti, na dalším místě je poté vyhýbavá porucha osobnosti (např. Colpaert et al., 2012; Agrawal et al., 2013). Jednotlivé výzkumy v posledních letech však nedocházejí k jednomyslné shodě.

Colpaert et al. (2012) provedla výzkum s celkem 274 participanty se závislostí na alkoholových a nealkoholových drogách s cílem porovnat poruchy osobnosti u obou těchto skupin. Výsledkem tohoto výzkumu byla, mimo výše zmíněných údajů, i velmi rozdílná prevalence různých poruch osobnosti dle typu závislosti. Nejvyšší rozdíl byl překvapivě naměřen u antisociální poruchy osobnosti, jejíž prevalence byla u alkoholových závislostí dle tohoto výzkumu 3% a u ostatních drog 30%. V jiných výzkumech je antisociální porucha osobnosti spojována se závislostí obecně, nehledě na typ látky (např. Trull, Waudby & Sher, 2004). Podobný rozdíl byl naměřen i u paranoidní poruchy osobnosti. U klientů závislých na alkoholu byly dále pozorovány zdánlivě lepší životní podmínky

(zaměstnání, vyšší dosažené vzdělání, vztahy) než u klientů závislých na nealkoholových drogách (Colpaert et al., 2012). Jednotlivá prevalence poruch osobnosti u klientů závislých na alkoholu dle tohoto výzkumu byla 7,3% u paranoidní poruchy osobnosti, 5,2% pro schizoidní p. o., 3,7% pro schizotypální p. o., 3,1% pro antisociální p. o., 22% pro poruchu osobnosti typu borderline, 1% histrionskou p. o., 2,1% narcistickou, 12,6% vyhýbavou, 5,2% závislou, 11% obsesivně-kompulzivní p. o., 7,3% depresivní p. o. a 2,6% klientů bylo pasivně agresivních.

2. Závislost na alkoholu

Následující kapitoly popisují závislost na alkoholu z hlediska prevalence tohoto jevu v České republice a diagnostická kritéria dle Mezinárodní klasifikace nemocí. Stručně se zde také vyjádřím k vybraným teoriím, které vysvětlují mechanismy závislosti, rizikovým faktorům pro rozvoj a udržení a osobnostním rysům u lidí se závislostí na alkoholu.

2.1. Alkohol v České republice

Česká republika je dle Statistického úřadu ČR dlouhodobě na předních místech ve spotřebě alkoholu na osobu za rok v Evropě. Spotřeba alkoholu v roce 2012 činila 9,9 litru čistého lihu na osobu za rok (Český statistický úřad, 2013). Dle šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2010) pije alkoholické nápoje celkem 91% mužů a 77% žen. Nadměrně konzumují alkohol nejvíce mladiství ve věku 15 – 24 let (jedná se o 6 a více standardních alkoholických nápojů - např. 3 püllitry piva či 6 dcl vína), s věkem poté nadměrná spotřeba alkoholu klesá a objevuje se spotřeba častější v menších dávkách (ÚZIS, 2010). Pomocí screeningové škály CAGE, která je používána k hodnocení rizikového a škodlivého užívání, bylo v roce 2012 zaznamenáno 17% respondentů spadajících do kategorie rizikového pití, v přepočtu na populaci České republiky by se jednalo celkem o 1,2 milionů dospělých osob (NMS - Národní monitorovací středisko, 2013). Škodlivé nebo problémové užívání alkoholu se týká 8,2% respondentů, tedy 600 000 lidí v přepočtu na dospělé populaci. Nejvíce těchto osob můžeme nalézt ve věkové kategorii 25 – 34 let (NMS, 2013).

Vlivem požívání alkoholu dochází (mnohonásobně častěji než po požití nelegálních návykových látek) k velkému množství smrtelných otrav. V roce 2012 došlo celkem k 317 smrtelným předávkování ethanolem, podobně tomu bylo v roce 2011 (NMS, 2013). Na podzim roku 2012 zemřelo navíc celkem 47 obětí tzv. metanolové aféry po požití „tvrdého“ alkoholu s obsahem jedovatého methanolu, mnozí další utrpěli vážná a trvalá poškození zraku.

Alkohol ve větší míře způsobuje nejrůznější zdravotní komplikace, které mohou vést k úmrtí dotyčného. Nejčastějšími komplikacemi spojenými s abúzem alkoholu je onemocnění jater, slinivky, žaludku či nádory v řadě lokalizací (jícen, hltan, játra apod.) (Nešpor, 2009). Intoxikace alkoholem může způsobovat srdeční arytmii a fibrilaci síní i u jinak zdravých lidí a zvyšuje tak riziko cévních mozkových chorob (Nešpor, 2009).

Z psychologického hlediska jsou významnými komplikacemi spojenými se zneužíváním alkoholu zvláště delirium tremens, psychotické stavy nasedající na užití alkoholu nebo alkoholové demence a atrofie mozku (Nešpor, 2009). Dle Lestera (2001) koreluje spotřeba alkoholu s výskytem sebevražedného jednání a trestnou činností. Policie České republiky ohlásila v roce 2012 více než 16 000 trestných činů spáchaných pod vlivem alkoholu (NMS, 2013).

I přes prokazatelné následky, které může užívání alkoholu mít, je česká společnost velmi tolerantní k příležitostnému i excesivnímu abúzu alkoholu. Pití alkoholických nápojů ve formě přípitků apod. může být i součástí společensky vyžadovaných rituálů (Plháková, 2008).

2.2. Závislost na alkoholu dle Mezinárodní klasifikace nemocí

Od roku 1951 je závislost na alkoholu vnímána Světovou zdravotnickou organizací jako nemoc a je zařazena v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10), která stanovuje obecná kritéria pro diagnostikování závislosti. Jsou jimi:

1. Silná touha nebo pocit puzení požívat alkohol.
2. Potíže v kontrole a sebeovládání ve vztahu k alkoholu.
3. Odvykací stav při snížení nebo vysazení obvyklé dávky alkoholu.
4. Růst tolerance, potřeba užití stále většího množství alkoholu k dosažení stejného účinku.
5. Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch alkoholu a zvýšené množství času potřebné pro získání, užívání či zotavení se z účinku látky.
6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků na tělesném i duševním zdraví, v práci, v rodině, vztazích, problémy se zákonem, úřady apod.

O závislosti hovoříme, pokud se vyskytnou alespoň tři příznaky za posledních dvanáct měsíců (WHO, 2008).

2.3. Vybrané teorie vzniku závislosti

Jednotlivé psychologické teorie pojímají problematiku závislosti na alkoholu různě. Liší se zejména pohledem na příčinu a predispozice jedince k závislému chování. V následujících odstavcích bych chtěla představit hlavní teorie zabývající se touto problematikou.

Klasická **psychoanalýza** pohlíží na závislé chování a alkoholismus jako na fixaci v orálním stádiu psychosexuálního vývoje člověka, který se nevědomě navrácí

k primitivním nezralým formám autoerotiky z ranného dětství (Freud, 2000). Na závislost se můžeme dle teorií psychoanalýzy dívat, jako na pomocný nástroj, který chrání jedince před bolestivými prvky z okolí a nepříjemnou vnitřní nerovnováhou a pomáhá mu uniknout z reálného příliš zatěžujícího světa. Wurmser (1984) považuje závislé za jedince se závažným intrapsychickým konfliktem zvláště ve smyslu příliš přísného superega, kteří mohou užívat alkohol a drogy za účelem úniku od pocitů zlosti či strachu.

Behaviorismus nahlíží na závislost jako na naučené chování, které vzniká na základě podmíněného reflexu alkohol - odměňující pocity, redukce tenze. Tímto se upevňuje vzorec chování vedoucího k opětovnému užívání alkoholu (Kalina, 2008). Mezi představitele behaviorismu můžeme řadit i českého psychiatra a průkopníka léčby závislostí Jaroslava Skálu, který nahlíží na alkoholismus jako na naučený maladaptivní způsob reagování na problematické sociální situace a nezvládnutý stres (Skála, 1977).

Neurobiologický model závislosti hledá souvislost mezi chováním závislého člověka a změnami v jeho mozku, které k takovému chování vedou. Na závislost nahlíží jako na chronické recidivující onemocnění (Řehan, 2007). S vývojem neurologických zobrazovacích technik v předchozích desetiletích se stal hlavním proudem vysvětlujícím závislost na návykových látkách. Tento model se opírá především o tzv. **system odměny** lokalizovaný zvláště do mozkové struktury nucleus accumbens. Jedná se o jeden z vnitřních autoregulačních mechanismů pro kontinuální zajištění potřeb nutných k přežití, reprodukci a zajištění pocitu tělesné pohody (Kalina, 2008). Děje, situace a podněty z prostředí, které jsou potřebné pro přežití organismu (např. potrava, sex, pozitivní sociální vztahy apod.), jsou spojovány s odměnou v podobě libého pocitu a je tak zvýšena pravděpodobnost jejich opakování (Řehan, 2007). Cílem systému odměny je zajistit motivování akce organismu směrem k získání přirozené odměny.

Návykové látky jsou typické svým působením přímo na struktury nucleus accumbens, kde fungují jako umělá odměna vyvolávající uvolňování dopaminu a následně libých pocitů. Ve srovnání s přirozenými odměnami působí drogy vždy rychleji, vyvolání libých pocitů je snazší a odměna je nepřiměřeně silná (Řehan, 2007). Pro mozek může být tedy přijímání umělé odměny „výhodnější“ než realizování složitých strategií k získání odměny z přirozených zdrojů. Návykové chování je tedy možné chápat jako nedostatek zpětnovazebných mechanismů k zastavení přijímání odměny v podobě drogy a postupné ubývání hodnoty přirozených odměn (Kalina, 2008). Taktéž stresové systémy mají jako jeden z ústředních nástrojů k odstranění nelibosti přijetí odměny - drogy (Skála, 1977).

2.4. Osobnostní dispozice pro rozvoj závislosti na alkoholu

Jeden z prvních směrů, které se vyjádřili k osobnosti a alkoholismu, byla Freudova klasická psychoanalýza. Freud (2000) se domníval, že existuje tzv. prealkoholická osobnost, která může vést k rozvoji alkoholové závislosti. Tato osobnost vykazovala orálně pasivní či depresivní charakter (závislost na druhých, touha přijímat podporu atp. v kombinaci s pasivitou a pesimismem), který mohl být determinován specifickou orální fixací vzniklou na základě frustrace v dětství. Na závislost je pohlíženo jako na sebezničující mechanismus, který však aktuálně zabraňuje těžším formám autodestrukce, jako je sebevražda či psychotická porucha (Procházka, 2009).

V předchozích desetiletích byla uváděna výrazná souvislost závislosti na alkoholu s poruchami osobnosti, sociálně maladaptivními poruchami a astenickými poruchami (Vojtík, 1987). Tentýž autor uvádí, že u 2/3 závislých je možno vysledovat nezdrženlivost, požívačnost, výbušnost, sociopatické projevy, deficit pozornosti a hyperaktivitu. Cloninger (1987) dále rozdělil lidi závislé na alkoholu do dvou podskupin dle jejich charakteristických rysů. Typ I. je nápadný pozdějším propuknutím závislosti (obvykle po 25. roce), větší úzkostností, rigiditou a závislostí na druhých a na vnější odměně, typ II. je oproti tomu charakteristický brzkým propuknutím závislosti, impulzivitou, nižší citlivostí k sociálním normám až asociálním chováním a výraznější psychopatologií.

Dnešní výzkumy jsou spíše opatrnější, vykazují značnou variabilitu mezi jednotlivými závislými jedinci. Určité osobnostní rysy napříč mnohými výzkumy vycházejí jako statisticky významně výraznější u lidí závislých na alkoholu.

2.5. Rizikové faktory pro rozvoj závislosti

Rozvojem závislosti je ohrožen téměř každý člověk, byly však vysledovány obecné fenomény, které mohou zvýšit či snížit pravděpodobnost propuknutí závislosti. Dle Kaliny (2008) je možno rizikové faktory podílející se na vzniku závislosti rozdělit do čtyř rovin odpovídajících bio-psycho-sociálně-spirituálnímu modelu závislosti.

Z psychologického hlediska patří k rizikovým faktorům zejména prožívání nedostatku emoční pohody, prožitky nudy, touha po mimořádných zážitcích, absence vlastního programu a nízké sebehodnocení. Ze sociálního hlediska je rizikovým faktorem inferiorní sociální status, vyčlenění z komunity, nejistota a pocit ohrožení ve vztazích a rasová odlišnost. Dále je to například absence duchovních hodnot a smyslu života z oblasti spirituální a například chronická bolest z oblasti biologické.

2.6. Specifické rysy žen uživatelů alkoholu

Ve starších pracích bývá závislost na alkoholu popisována majoritně u skupiny mužů. Přestože alkohol stále pije pravděpodobně více mužů než žen, tento trend je spíše na ústupu a počty se vyrovnávají. U žen závislých na alkoholu se vyskytují určité specifické rysy, které je odlišují od závislých mužů.

Dle výzkumů je pro ženskou alkoholovou závislost typické pozdější propuknutí (např. Diehl & Croissant, 2007), větší senzitivita k přidruženým somatickým onemocněním (žloutenka, arteriální hypertenze, gastrointestinální potíže, rakovina prsu,...) (Lasch, 2000). Dalším specifickým znakem je osamocené skrývané pití a disimulace závislosti (Charrel et al., 2010). Palm (2007) provedla výzkum specifík závislých žen z hlediska jejich sebehodnocení a hodnocení pečujících pracovníků ve srovnání se závislými muži a zjistila, že ženám se dle nich samých dostává více sociální opory od přátel a příbuzných, sociální oporu od partnera mají stejnou muži i ženy. Ženy se dále cítí více zahanbené a je pro ně těžší vyhledat odbornou pomoc, přestože ji dle výzkumů potřebují výrazněji než muži. Cítí se více deprivované, mají více problémů v duševní i sociální sféře. Specifickým rysem pro ženy je alkohol a mateřství. Alkohol požitý v průběhu těhotenství způsobuje výrazné deformity plodu, známé jako FAS - fetální alkoholový syndrom (Řehan, 2007). Ženy obecně udávají děti jako nejčastější motivaci k léčbě a oprostění se od závislosti (Palm, 2007).

3. Strategie zvládání stresu

V následujícím textu bych se chtěla stručně věnovat strategiím zvládání stresu, copingu, reakcím organismu na stres a příznakům stresového stavu. Souvislost schopnosti zvládat stres s dalšími fenomény bude popsána v samostatné části věnované aktuálním výzkumům.

3.1. Coping

Lazarus a Folkmanová (1984, str. 41) definují coping jako „stále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí zvládat specifické vnější nebo vnitřní požadavky, které jsou hodnoceny jako náročné nebo extrémně vysoké vzhledem k osobním zdrojům konkrétní osoby“. Hartl a Hartlová (2004) vycházejí z výzkumů Lazaruse a Folkmanové a popisují coping jako postup, při němž lze zvládat stres a) **zaměřením na určitý problém nebo situaci**, která vznikla, a nalezením způsobu, jak ji změnit nebo se jí napříště vyhnout (například změna aspirační úrovně, osvojení nové dovednosti atp.), nebo b) **zaměřením na zklidnění**, zmírnění emocí, které stresová situace vyvolává, i když ke změně samotné situace nedochází (například odreagováním strachu relaxací, změnou činnosti či místa, popřípadě psychofarmaky). Další autoři (např. Whitty, 2003) přidávají skupinu strategií zaměřených na vyhnutí se zvládání, jež obsahuje činnosti a změny zaměřené na vyhnutí se stresové situaci cestou odvrácení pozornosti nebo rozptýlení.

Postupy, jež jednotliví lidé používají, mohou být více či méně konstruktivní a úspěšné vzhledem ke zmírnění stresového stavu. Hartl a Hartlová (2004) uvádí, že zvládání stresu, které je úspěšné, obvykle kombinuje více způsobů. Tento předpoklad dokládá i Sideridis (2006) ve svých výzkumech. Teprve interakce mezi strategií zaměřenou na problém a strategií zaměřenou na emoce vedla ke snížení prožívaného napětí (podrobnější popis výzkumu viz dále).

Další autoři přidávají podrobnější členění strategií zvládání stresu. Janke a Erdmanová (2003) rozdělují jednotlivé strategie, které lidé používají na pozitivní, negativní a strategie bez jednoznačného zařazení (viz inventář SVF 78 ve výzkumné části).

3.2. Reakce organismu na stres

V minulosti byly četně zkoumány reakce organismů (jednalo se především o laboratorní zvířata) na stres, který jim působí prostředí. Nejznámějšími koncepty jsou reakce „Boj nebo útěk“ navržená Cannonem a Seyleho „Obecný adaptační syndrom“.

3.2.1. Reakce „Boj nebo útěk“ - Fight or flight reaction

Cannon (in Kebza, 2005) předpokládá, že všechny organismy reagují na stresovou reakci v podstatě stejně, a to v každé situaci. Tělo se vždy připraví k boji nebo k útěku. Pro obě tyto varianty je nutná aktivizace organismu a využití jeho rezerv. Dochází k útlumu činností, které nejsou nezbytné, a tělo se připravuje na fyzickou aktivitu, která má zajistit přežití.

V současné době však není možné většinu stresových situací řešit fyzickou aktivitou - tedy bojem nebo útekem. Frankenhauser a Gardell (1976) v této souvislosti hovoří o inkompatibilitě prudce akcelerující sociální evoluce s pomalostí genetické evoluce. V organismu dochází ke kumulaci energetických zdrojů nashromážděných pro potřeby boje nebo útěku, což při jejich nedostatečném odčerpávání jinou náhradní aktivitou může působit jako riziko pro rozvoj patologie (Kebza, 2005).

3.2.2. Obecný adaptační syndrom

Seyle (1966) rozdělil reakci na stres do tří hlavních fází:

1. Poplachová reakce

Pro tuto fázi je typická všeobecná mobilizace sil organismu, která probíhá na základě aktivace hormonální soustavy a endokrinních změn. Úkolem je vyrovnat se s bezprostřední hrozbou a zachránit život (reakce boje nebo útěku Cannona). Aktivace sil organismu je provázena zmatkem, který způsobuje jistou neefektivitu této fáze.

2. Fáze rezistence

Fáze, kdy je adaptace na stres maximální a odolnost značně roste (viz Schéma č. 2). Organismus usiluje o vyrovnání se s hrozbou rozvojem specifických obran. Zmatek poplachové reakce je snížen a organismus se brání za cenu likvidace rezerv.

3. Fáze vyčerpání

Vzniká, když organismus vyčerpá fyziologické zásoby a již není schopen na stres dále reagovat. Odolnost opět klesá výrazně pod hladinu běžnou v nestresové situaci.

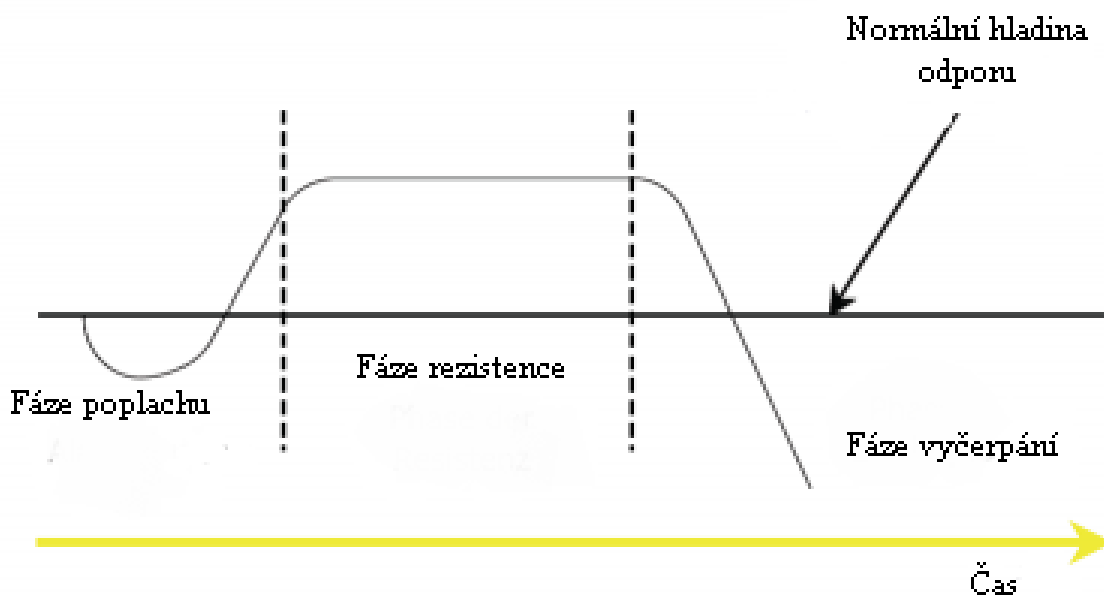


Schéma č. 2: Obecný adaptační syndrom (Selye, 1966)

Schéma ukazuje jednotlivé fáze Obecného adaptačního syndromu z hlediska jejich efektivnosti. Největší odolnost vykazují organismy ve fázi rezistence.

Samotný název Selye (1966, str. 51) vysvětluje takto: „Nazývám jej *Obecný*, protože jej vyvolávají jen faktory působící celkově na velké jednotky organismu, nazývám jej *Adaptační*, protože podporuje obranyschopnost těla, napomáhá vzniku a udržení stavu trénovanosti, návyku. Nazývám jej *Syndromem*, protože jeho jednotlivé projevy jsou navzájem sladěné, ba dokonce částečně vzájemně závislé.“

Kromě výše popsaných existují samozřejmě i jiné koncepce reakcí na stres.

3.4. Příznaky stresového stavu

Křivohlavý (1994) uvádí některé z hlavních příznaků akutního stresového stavu. Z **psychologických příznaků** jsou významnými prudké a výrazné změny nálad, nadměrné trápení se věcmi, které nejsou zdaleka tak důležité, neschopnost projevit náklonnost, nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled, nadměrné snění a stažení se ze sociálního života, nadměrné pocíty únavy, obtíže při soustředění pozornosti, zvýšená podrážděnost, popudlivost a úzkostnost. Při vyšších intenzitách stresu se může objevit dezorganizované a zmatené chování. Mezi **fyzilogické známky** akutního stresu řadí například bušení srdce, bolest a svírání za hrudní kostí, nechutenství, křečovitě, svírající bolesti v břišní oblasti, časté nucení na močení, sexuální impotenci s nedostatkem sexuální touhy, změny menstruačního cyklu, svalové napětí v krční oblasti, migrénu, kožní

problémy aj. Dochází k zvýšené aktivitě sympatického nervového systému a endokrinním změnám, především ve smyslu aktivace kůry i dřeně nadledvinek a produkce hormonů (adrenalin, noradrenalin, kortizol).

Stresová reakce vede k aktivizaci mechanismů, které umožňují krátkodobě podávat vysoké výkony v případě nebezpečí, což je dáno využitím rezerv organismu. Při dlouhodobé aktivizaci však dochází k jeho vyčerpání (viz Obecný adaptační syndrom). Chronický stres způsobuje náchylnost člověka k rozvoji patologie v nejslabších místech organismu nebo imunitní soustavě. Následně tedy může vést k jakémukoli onemocnění, ke kterému má daný člověk dispozice (Sideridis, 2006). Za onemocnění, která může typicky rozvíjet dlouhodobý stres, bývá považován vysoký krevní tlak, ateroskleróza, ischemické choroby nebo některá psychologická onemocnění. Stres se ukazuje jako jeden z významných faktorů pro rozvoj schizofrenie a závislosti na návykových látkách (Sideridis, 2006).

Schopnost zvládat stres je vzhledem k jeho následkům na organismus jednou z nejdůležitějších schopností každého člověka (Sideridis, 2006). Se stresovou situací se člověk může efektivně vyrovnat použitím adekvátní strategie zvládnání stresu - copingu a předejít tak patologickým změnám v organismu.

4. Alexithymie

V předešlém textu jsem se zmiňovala o neschopnosti porozumění vlastním emocím, tento jev je označován jako alexithymie. V následující předposlední kapitole bych se chtěla věnovat právě tomuto jevu.

4.1. Vymezení pojmu alexithymie a jeho stručná historie

Pojem alexithymie je slovní spojení řeckého původu a / lexi / thymos, které v doslovném překladu znamená „žádná slova pro pocity“ (Uher, Bob & Ptáček, 2010). Tento pojem poprvé použil psychiatr Peter E. Sifneos (1973) z nemocnice Beth Israel Hospital v Bostonu v 2. polovině 20. století a navázal tak na svá klinická pozorování a práce dalších amerických psychiatrů, zejména Rueshe a McLeana z konce 40. let (Baštecká & Goldmann, 2001). Všiml si, že mnoho z pacientů, které léčil, vykazovalo problémy při verbalizaci pocitů. Základní Sifneova definice alexithymických osob zahrnuje tři ústřední znaky:

1. Neschopnost rozeznávat, identifikovat a popisovat emoce včetně obtíží v rozlišování emočních a tělesných počitků.
2. Zhoršená symbolizace související s nedostatkem fantazijních a imaginativních schopností.
3. Zaměření na vnější události spíše než na vnitřní prožitky.

Ve své době tato koncepce představovala velkou naději na objasnění mnoha psychosomatických onemocnění, postupně však docházelo k rozrůžňování výkladu samotné alexithymie a naděje do ní vkládané slábly (Baštecká & Goldmann, 2001). V současnosti můžeme pozorovat obnovení zájmu odborníků o tuto problematiku. Řada výzkumů z posledních let potvrdila souvislost alexithymie s klinickými poruchami, jako jsou například somatoformní porucha, panická porucha, deprese s převahou vitálních a somatických symptomů, posttraumatické stresové poruchy a poruchy příjmu potravy (Vanheule, 2008), bývá uváděna souvislost s abúzem alkoholu, gamblingem a závislostmi obecně (Parker, Austin, Hogan, Wood, & Bond, 2005), sexuálními dysfunkcemi (Reid, Carpenter, Spackman, & Willes, 2008), poruchami v mezilidských vztazích nebo neadekvátními strategiemi zvládnání stresu (Parker et al., 2005). Předpokládána je však souvislost i s dalšími onemocněními a poruchami a zájem o tuto problematiku je tedy na místě.

Dle současné definice Hartla a Hartlové (2000, str. 29) je alexithymie vymezená jako „Disociace emočních a kognitivních procesů a neschopnost vyjádřit emoce slovy, jejímž výsledkem je snížená schopnost introspekce, malá fantazie a prázdný citový život provázený chudými mezilidskými vztahy“. Alexithymie je zařazována mezi hraniční koncepce psychosomatiky (Procházka, 2009).

4.2. Dělení alexithymie

Alexithymii můžeme rozdělit na **primární** a **sekundární** dle jejího vzniku. Primární alexithymie představuje dispoziční faktor osobnosti, který může vést k psychosomatickému onemocnění nebo k jeho udržování. Pokud alexithymie nasedá na určité somatické onemocnění a je reakcí na něj, hovoříme o alexithymii sekundární (Procházka, 2009). Další rozdělení nabízí zkrácená verze inventáře Toronto Alexithymie Scale (TAS-20). Tento test je v současnosti nejběžnějším nástrojem pro škálové měření alexithymie (viz dále). Alexithymie je zde dělena na tři faktory:

1. Faktor **DIF** (difficulty identifying feelings): Porucha identifikace vlastních emocí, jedinec zažívá nediferencované emoční vzrušení.
2. Faktor **DDF** (difficulty describing feelings): Neschopnost deskripce emocí.
3. Faktor **EOT** (externally oriented cognitive style of thinking): Externě orientované myšlení, omezení fantazijního života.

Jiný nástroj pro měření alexithymie BVAQ (Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire) nabízí další zajímavé členění alexithymie z hlediska osobnostních rysů a možností postižených. Alexithymie je zde pojímána jako snížená schopnost rozlišovat mezi emocionálními pocity, snížená schopnost fantazie, snížená schopnost verbalizovat emoční zkušenosti a snížená tendence přemýšlet či se zabírat examinací vlastních emocí. BVAQ rozlišuje 3 subtypy alexithymie:

I. typ alexithymie

Představuje sníženou schopnost prožívání a identifikace emocí společně s oslabenou schopností fantazie. Základním rysem, který vykazují lidé tohoto subtypu, jsou oddělené sociální vztahy a omezený rozsah vyjadřování emocí v mezilidských vztazích. Tento rys souvisí s nedostatkem empatie a sociální družnosti. Ve stresových situacích lidé s tímto typem alexithymie mohou používat častěji mechanismu projekce nebo čisté racionalizace bez účasti emocionálního doprovodu. Mohou být sociálně i citově chladní

a odtažití, což jim bude způsobovat značné obtíže v přátelských i intimních vztazích, v některých profesích však toto může být i výhodou.

II. typ alexithymie

Lidé s tímto typem alexithymie vykazují dobrou schopnost prožití i identifikace vlastních pocitů, zachovaná je taktéž schopnost fantazie, ale za omezené doprovázející kognice. Tito jedinci mohou trpět nedostatkem emocionální stability, úzkostmi, panickými záchvaty, depresemi a poruchami spánku. Typické pro ně jsou stížnosti na zvláštní somatické problémy. Na zátěžové situace reagují disociací, úzkostí či depresí a jsou nejméně odolní vůči stresu. Jejich sebeúcta bývá snížena a mohou se cítit neschopní. Tento typ je častější u žen než u mužů a může se objevit u dětí, které byly sexuálně zneužívány (Albach, Moormann & Bermond, 1996).

III. typ alexithymie

Jedinci trpící alexithymií III. typu mají nízkou úroveň emocionality a fantazie, ale dobrou schopnost kognice. Tito lidé oproti I. typu nemívají problémy v mezilidských vztazích, jsou sociálně zdatní a s ostatními dokážou dobře vyjít. Mohou se u nich objevit tendence s okolím manipulovat. Oproti II. typu mívají zvýšené sebehodnocení a sebejistotu a projevy mohou připomínat až narcistickou poruchu osobnosti (Procházka, 2011). Stresovou situaci či nemoc mohou popírat a podporovat tak rozvoj psychosomatických obtíží.

4.3. Rozpoznání, terapie a léčba alexithymických pacientů

Přestože klinické souvislosti alexithymie mohou být pravděpodobně velmi závažné, existuje relativně málo poznatků o tom, jak lze postiženým alexithymií účinně pomoci. Prvním problémem je rozpoznání alexithymie, která nemusí být na první pohled zřetelná (Meijer - Degen & Lansen, 2006). Nejvíce užívanou diagnostickou metodou je kvůli své jednoduchosti a praktičnosti již zmiňovaný inventář TAS-20. Někteří autoři však poukazují na jeho nespolehlivost danou samotným dotazníkovým charakterem a relativně malým počtem otázek. Doporučují proto účastníky skórující výše v testu podrobit ještě individuálním či projektivním zkouškám alexithymie. Užívá se například stupnice uvědomování si emocí LEAS, z projektivních metod bývá na prvním místě uváděna Rorschachova metoda (Chromý, 2006). Za cennou a relevantní metodu je považováno klinické pozorování. U lidí s alexithymií jsou nápadné tyto znaky (Meijer-Degen & Lansen, 2006):

1. Věty ukončené v půli, po nichž následuje úplně jiné téma.
2. Dlouhé monology o nepodstatných detailech.
3. Absence zmínek o osobních zkušenostech s emocemi.
4. Absence popisu emocí, i když jsou zjevné (pláč, naříkání, výbuchy hněvu...).
5. Omezené schopnosti rozlišovat mezi emocemi, i když jsou pacienti o to přímo požádáni.

Přítomnost alexithymie dosti často znamená zhoršení možností léčby přidruženého onemocnění (Chromý, 2006). Důvodem může být menší angažovanost alexithymických pacientů v léčbě nebo horší spolupráce s terapeutem (v terapeutovi takovýto pacient může vzbuzovat negativní emoce a despekt). Z nejasné příčiny je taktéž farmakologická léčba těchto pacientů často méně úspěšná (Chromý, 2006). Co se týče terapeutických technik k zmírnění projevů alexithymie, obecně jsou uznávány dva základní přístupy: systematická podpora učení se rozpoznávání a pojmenovávání emocí, a stimulace k používání her a fantazie (Meijer-Degen & Lansen, 2006). Diskutovaná je možnost neverbálních technik v léčbě alexithymie. Osvědčila se zejména arteterapie nebo dramaterapie. Zvláště u sekundární alexithymie nasedající na posttraumatickou stresovou poruchu, jsou neverbální techniky preferovány před technikami verbálními. V praxi byly zkoumány možnosti expresivní terapie na lidech, kteří přežili koncentrační tábor 2. světové války a nebyli schopni své pocity popsat nebo měli po jejich rozpoznání velké problémy s verbalizací. U těchto lidí se neverbální techniky ukazují jako šetrnější než techniky verbální (Meijer-Degen & Lansen, 2006).

4.4. Etiologie alexithymie

Etiologie alexithymie je nejasná. Na toto téma byla provedena celá řada výzkumů, které se ve svých výsledcích různí. Výklady etiologie alexithymie se rozdělují do několika hlavních skupin.

Psychodynamické výklady etiologie alexithymie

Tyto směry zdůrazňují vývojové momenty člověka pro vznik poruchy, zejména narušený interakční vztah matka - dítě, přehnanou závislost dítěte na matce nebo naopak pro dítě nedostatečnou interakci s matkou. Rad a Rupel (1975) předpokládají, že alexithymie je dána tím, že matka přenáší na dítě své narcistické konflikty a manipuluje s tělesnými projevy dítěte. K dítěti se pak chová hyperprotektivně nebo naopak rejektivně a dítě si vytváří obranu v podobě fixace na zevní podněty.

Sociologický model alexithymie

Sociologické směry vycházejí z předpokladu, že jedinec je formován prostředím, ve kterém žije. Alexithymie podle těchto výkladových teorií může být odpovědí na požadavky současné společnosti, ve které často není na místě projevovat emoce. Můžeme to tedy takto chápat jako internalizaci norem společnosti a adaptační mechanismus (Procházka, 2009).

Kognitivně neuropsychologické koncepce alexithymie

Autoři těchto koncepcí předpokládají určité narušení ve struktuře či funkci mozku nebo narušení mezi propojením jeho jednotlivých částí. Může se jednat například o defekt v limbickém systému, který zpracovává emoce nebo narušení corpus callosum propojující pravou hemisféru, která je obecně považovaná za hemisféru pracující s emocemi s hemisférou levou, dominantně zajišťující verbalizaci emocí (Procházka, 2009).

Neurochemické výklady alexithymie

Tyto koncepce se zaměřují na chybnou funkci chemických látek v mozku, zejména mediátoru dopaminu, který je dáván do souvislosti s emocemi a psychotickými stížnostmi pacientů. Existuje předpoklad, že funkční omezení dopaminu vede k rozvoji alexithymie (Procházka, 2009)

4.5. Prevalence alexithymie a průměrné statistické výsledky měření

Dle Mattily et al. (2009) se v populaci alexithymie, tj. výsledek v testu TAS-20 vyšší než 61 bodů, vyskytuje u 11,8% mužů a u 8,1% žen. Tato data autoři získali výzkumem s celkovým počtem 5 418 lidí z různých věkových skupin s rovnoměrným rozdělením dle pohlaví, vzdělání, příjmových skupin a rodinného stavu na území Finska. Výsledky autorů potvrzují výzkum Franze et al. (2008), který zjišťoval prevalenci alexithymie na německé populaci. Jeho výzkumný vzorek čítal 1 859 náhodně vybraných participantů ve věku od 20 do 60 let. Alexithymie se podle Franze et al. vyskytuje u 11,1% mužů a 8,9% žen. V dalších obdobných výzkumech se však data různí, pohybují se cca od 4,8% do 14,8%. Toto poměrně velké rozpětí může být způsobeno mnoha proměnnými, v neposlední řadě například jistou nespolehlivostí testu TAS-20 (Chromý, 2006).

Průměrný výsledek naměřený v testu TAS-20 se dle Mattily et al. (2009) pohybuje okolo 45,8 bodů a s věkem stoupá. Dosažené vzdělání má na počet bodů výrazný vliv. Lidé s vyšším vzděláním mají v průměru nižší počet bodů v testu (41,2) než lidé se vzděláním základním (49,7) a taktéž lidé z vyšší příjmové kategorie mají v průměru nižší výsledky v inventáři TAS-20 (42,6 bodů) oproti průměru 48,9 bodů u lidí z nižší příjmové kategorie.

Tyto výsledky opět potvrzují měření Franze et al. (2008) a dalších, kteří došli k obdobným závěrům. Nadto Franz et al. přidává vyšší míru alexithymie u příslušníků církve a nižší míru alexithymie u participantů žijících ve větších městech oproti vesnicím.

V České republice bylo výzkumů na zjištění prevalence alexithymie u zdravé populace provedeno velice málo. Mokrá (2009) zkoumala alexithymii v rámci své bakalářské práce na vzorku celkem 282 studentů vysoké školy. Její celkové průměrné výsledky byly 44,3 bodů hrubého skóru v testu TAS-20, nižší výsledek oproti světovým výzkumům sama autorka připisuje výzkumnému souboru vysokoškolských studentů a polemizuje taktéž s možností, že by studenti České republiky byli méně alexithymičtí, než je tomu v ostatních zemích.

4.6. Vztah alexithymie a osobnostních rysů

Tahir a Ghayas (2012) provedli výzkum s 200 univerzitními studenty, ve kterém se pokusili odhalit osobnostní vzorce typické pro jedince s alexithymií. Participantům byly administrovány testy Toronto Alexithymie Scale (TAS-20) a NEO pětifaktorový osobnostní inventář. Alexithymie dle autorů nejsilněji koreluje se škálou neuroticismu, což bylo v souladu s dřívějšími poznatky. Alexithymie může být příčinou i následkem neuroticismu, který je definován jako nedostatek emocionální stability, kolísání nálad, neklid, přecitlivělost apod. Dle autorů je alexithymie snahou uniknout těmto nepříjemným pocitům, nedostatek porozumění pro pocity však může taktéž zvyšovat neklid a podrážděnost.

Pro nedostatek empatie, omezenou fantazii a nízkou emocionální stabilitu bývá alexithymie spojována mimo jiné i s problémy ve vztazích. Tahir a Ghayas (2012) prokázali inverzní korelaci mezi alexithymií a škálou přívětivosti, která značí zájem o druhé a přátelskost. Interpersonální problémy bývají obecně jedním z diagnostických vodítek pro určení poruchy osobnosti, a není proto přílišným překvapením, že ve výzkumech z posledních let je potvrzována signifikantní souvislost mezi alexithymií a prevalencí poruch osobnosti (Nicolo et al., 2011). Nejvyšší korelace bývá nalézána u vyhýbavé, popř. závislé poruchy osobnosti (tamtéž). Alexithymie bývá taktéž korelována s celkově depresivním a úzkostným laděním osobnosti a sociální úzkostí (Nicolo et al., 2011; Dalbudak et al., 2013) nebo s pasivní agresivitou, splittingem a disociací (viz dále) (Procházka, 2011; Evren et al., 2012).

5. Aktuální výzkumy v oblasti alexithymie, strategií zvládnání stresu a osobnostních rysů u osob se závislostí na alkoholu

V této poslední kapitole bych chtěla vytvořit pomyslnou spojnici mezi teoretickou a praktickou částí diplomové práce. Stručně zde popíši některé z významných výzkumů, které se zabývaly fenomény alexithymie, strategií zvládnání stresu, osobnostních rysů a závislosti na alkoholu v posledních letech. Budu se věnovat zejména takovým studiím, které mají přímý vztah k výzkumu realizovanému v rámci této diplomové práce.

Agrawal et al. (2013): Osobnostní patologie a alkoholová závislost ve středním věku

Výzkum byl proveden jako součást longitudinální studie zaměřené na vývoj a vliv poruch osobnosti. Autoři pracovali s daty od více než 3000 participantů z běžné populace žijící v St. Louis v USA. Vybraní lidé byli osloveni a požádáni o účast ve výzkumu, byla jim nabídnuta odměna ve výši 60 USD. Ve výzkumu autoři využili kromě standardních účastníků i tzv. „informátory“ - nejbližší participanta, kteří odpovídali na otázky o něm. Cílem autorů bylo zjistit a prokázat souvislost mezi poruchami osobnosti a rizikem vzniku závislosti na alkoholu u lidí ve středním věku (věk cca 54 – 64 let). Použity byly metody diagnostického rozhovoru, M.I.N.I. (krátký neuropsychiatrický dotazník, pro odhalení patologie), SIDP pro měření poruch osobnosti, NEO-PI-R pro zobrazení osobnostní struktury a FFM-PD pro zkoumání poruch osobnosti.

Dle očekávání autorů a v souladu s ostatními výzkumy vykazovalo poruchu osobnosti 8,2% osob. Nejvíce zastoupena byla obsesivně-kompulzivní porucha (2,9%), dále vyhýbavá porucha osobnosti (2,5%) a nejmenší hodnoty vykazovala schizotypální porucha osobnosti (0,06%). 2,7% zkoumaných osob splňovala kritéria pro diagnostikování závislosti na alkoholu v posledních 12 měsících a 15,9% kdykoli během svého života. Závislost na alkoholu kdykoli v historii klienta nejvíce korelovala s paranoidní, schizotypální, antisociální, borderline, histrionskou a narcistickou poruchou osobnosti. Inverzní korelace byla nalezena u obsesivně-kompulzivní poruchy osobnosti, což byl nový závěr oproti dřívějším studiím, které naznačovaly opak. Participanti se závislostí na alkoholu v průběhu posledních 12 měsíců skórovali nejvýše v kritériích pro antisociální, borderline, histrionskou a narcistickou poruchu osobnosti. Obsesivně-kompulzivní a schizoidní porucha osobnosti naznačovaly naopak snížené riziko vzniku závislosti. Autoři předpokládají možnou spojitost mezi diagnózou antisociální či hraniční poruchy osobnosti a pozdějším rizikem propuknutí závislosti na alkoholu.

Procházka (2011): Alexithymie, disociace a self u lidí závislých na alkoholu

V práci jsou popsány koncepty alexithymie, disociace a self u lidí závislých na alkoholu a jejich vzájemná souvislost. Výzkumu se zúčastnilo celkem 135 probandů, kterým byly administrovány testy TAS-20, DES (Dissociation Experiences Scale), TSCS-II. (Tennessee Self Concept Scale) a SVF 78 (Strategie zvládání stresu). Designem byl mapující explorační výzkum. Výsledkem byla mimo jiné explorační přítomnosti alexithymie a disociace u lidí závislých na alkoholu - 43% probandů vykazovalo přítomnost alexithymie, 38% závislých na alkoholu vykazovalo rysy disociace. Dále ženy závislé na alkoholu vykazovaly více negativních strategií zvládání stresu než závislí muži, především se jednalo o strategie Rezignace a Perseverace. U mužů závislých na alkoholu byla prokázána zvýšená potřeba sociální opory jako strategie zvládání stresu a tendence k sebeobviňování.

Berglund et al. (2011): Mají muži excesivně pijící alkohol závislou osobnost?

Autoři poukazují na to, že neexistuje něco jako „závislá osobnost“. V jejich výzkumu srovnali 100 mužů, kteří excesivně užívali alkohol s kontrolní skupinou. Všem mužům administrovali test KSP (The Karolinska Scales of Personality) obsahující 134 otázek, dle nichž účastníci skórují v 15 škálách popisujících jejich osobnost. Výsledkem výzkumu bylo, že se tyto dvě skupiny od sebe v zásadě neliší.

Whitty (2003): Ovlivňuje věk zralost strategií zvládání stresu a obranných mechanismů?

Výzkumu se zúčastnilo celkem 120 respondentů ze tří věkových kohort: 17 – 23 let, 40 – 47 let a 63 – 70 let. Autoři zkoumali, zda účastníci z nižších věkových skupin budou vykazovat signifikantně méně zralé strategie zvládání stresu než účastníci vyššího věku. K tomuto použili test Defense Style Questionnaire k měření obranných mechanismů a dotazník Lazaruse a Folkmanové: Ways of Coping. Výsledkem bylo potvrzení výše uvedené domněnky. Účastníci z věkové kategorie 17 – 23 let používali nejméně zralé obranné mechanismy (projekci, popření,...) a copingové strategie (např. strategie úniku či vyhýbání). Účastníci střední věkové kohorty však vykazovali přibližně stejnou zralost v těchto oblastech jako nejstarší účastníci.

Dále autoři srovnali použití strategií zvládání stresu vzhledem k pohlaví. Předpokládali, že ženy budou používat signifikantně více strategií zaměřených na emoce, zatímco muži budou vykazovat spíše zaměření na problém. Toto tvrzení se autorům nepodařilo statisticky potvrdit.

Sideridis (2006): Interakce copingových strategií v regulaci napětí a stresu

Výzkum řeckého autora, který se zabýval úspěšností copingových strategií a jejich interakcí ve stresové situaci. Měření se zúčastnilo 101 univerzitních studentů veřejné univerzity v Řecku, kteří byli vystaveni situacím, které jsou obecně považovány za stresové - prezentace vybraného tématu před třídou či interview na důležitou pozici. U těchto studentů byla zaznamenávána kvalita výkonu, fyziologické reakce na stres (tepová frekvence) a behaviorální stresové reakce (nervózní smích, smích bez adekvátní příčiny, nepřiměřené pohyby, nervózní verbalizace a kvalita očního kontaktu). Dále byl použit dotazník PANAS (Positive and negative affect schedule), který měří subjektivní pozitivní a negativní pocity účastníka, a dotazník The Ways of Coping. Výsledky těchto jednotlivých měření byly statisticky zpracovány. Závěrem bylo, že teprve strategie, která je kombinací zaměření na problém a zaměření na emoce, přináší výsledky redukce tenze, odstranění negativních pocitů a celkovou vyšší úspěšnost a efektivnost chování účastníků.

Stasiewicz et al. (2012): Vztah alexithymie a emoční dysregulace u osob závislých na alkoholu

Autoři této studie zkoumali souvislost alexithymie s dalšími psychologickými koncepty souvisejícími s emocemi (např. všímavosti) a dále vliv alexithymie na průběh a výsledky léčby osob se závislostí na alkoholu. Výzkum byl proveden celkem se 77 účastníky, kteří vyplnili škálu testů obsahujících mimo jiné TAS-20 pro měření alexithymie a dotazníky KIMS a MAAS pro měření všímavosti. Výsledkem výzkumu bylo, že alexithymie silně negativně koreluje s mírou všímavosti. Dále bylo zjištěno, že alexithymie pozitivně koreluje s vážností problémů souvisejících s alkoholem (měřeno dotazníkem SAAD). Dle měření alexithymie neovlivňuje množství vypitého alkoholu před léčbou ani spolupráci při léčbě.

Mattila et al. (2009): Vztah alexithymie, věku a demografických charakteristik

Cílem autorů bylo prozkoumat alexithymii, její prevalenci a distribuci mezi populací co se týče věku, socioekonomického statusu, rodinného stavu, vzdělání a celkové kvality života spojené se zdravím. Tato studie byla součástí mezinárodního konceptu Zdraví 2000. Výzkumným vzorkem bylo celkem 8028 lidí, z nichž autoři vybrali 5454 účastníků, kteří vyplnili inventář TAS-20 a Beckův dotazník depresivity. Výsledkem byla výše zmíněná prevalence alexithymie na finském území: 9,9% alexithymické populace a výrazně vyšší skóry alexithymie u účastníků skórujících výše v dotazníku depresivity. Depresivní účastníci vykazovali v průměru o 11,4 více bodů v inventáři TAS-20 oproti účastníkům bez deprese.

Timary, Roy, Luminet, Fillée & Mikolajczak (2008): Vztah alexithymie a naměřeného kortizolu po expozici stresové situaci

Výzkum probíhající v Belgii, jehož účastníky bylo 28 studentů mužského pohlaví. Autory zajímal vztah mezi výsledky testu TAS-20 a jeho jednotlivých faktorů - DIF (potíže v identifikaci emocí), DDF (potíže v deskripci emocí), EOT (externě orientované myšlení) a výsledky testu TSST - Trier Social Stress Test (test používající přímou expozici stresové situaci). Před a po testu TSST byla studentům změřena hladina stresového hormonu kortizolu v slinách. Výsledkem bylo, že studenti s vyšším skórem alexithymie mají statisticky významně zvýšenou hladinu kortizolu před expozicí stresové situaci oproti běžné situaci. Po expozici stresové situace však rozdíl mezi alexithymickým souborem a souborem bez alexithymie naměřen nebyl.

Evren et al. (2012): Vztah mezi obrannými mechanismy, alexithymií a osobností u pacientů se závislostí na alkoholu

Autoři výzkumu, probíhajícího v Istanbulské státní nemocnici, se zabývali vztahem mezi jednotlivými subtesty alexithymie dle testu TAS-20, stupněm zralosti obranných mechanismů dle DSQ-40 (*Defence style questionnaire*) a některými vzorci osobnosti dle inventáře TCI-240 (*Temperament and Character Inventory*). Výzkumu se zúčastnilo celkem 118 dospělých mužů s diagnostikovanou závislostí na alkoholu, kteří prošli detoxifikační léčbou a 60 jedinců v kontrolní skupině bez závislosti na alkoholu. Kontrolní skupina byla vybrána z řad příbuzných pacientů s ohledem na srovnatelné demografické charakteristiky obou skupin. Výsledkem výzkumu bylo, že jedinci se závislostí na alkoholu statisticky významně více používají nezralé a neurotické obranné mechanismy, tyto taktéž pozitivně korelují s přítomností alexithymie, nejvíce se subtestem DIF - potíže v identifikaci emocí. Celkem se alexithymie vyskytovala u 45,8% pacientů závislých na alkoholu. Autoři zjistili u participantů mimo jiné zvýšenou míru pasivní agresivity, splittingu, úniku do vnitřního světa, disociace a somatizace oproti kontrolní skupině. Evren et al. nabízejí hypotézu, že jedinci, kteří se nenaučí používat zralé obranné mechanismy a strategie zvládnání stresu, prožívají v životě vyšší míru úzkosti a depresivních pocitů. Mají sníženou celkovou kvalitu života, což je predisponuje pro rozvoj závislosti na návykových látkách. Tito jedinci se taktéž snaží přirozeně vyhýbat svým nepříjemným či nepřijatelným pocitům a napomáhají tím rozvoji alexithymie.

II. Výzkumná část

6. Definování předmětu výzkumu

V této kapitole se vyjádřím k předmětu výzkumu, výzkumnému problému, cílům práce, hypotézám a výzkumným otázkám.

6.1. Výzkumný problém a cíle výzkumu

Z výše uvedených výzkumů vyplývá, že existuje významný vztah mezi užíváním alkoholu, alexithymií a strategiemi zvládnání stresu. Lidé se závislostí na alkoholu dlouhodobě vykazují zvýšenou míru alexithymie v testu Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). V populaci se prevalence alexithymie udává v četnosti přibližně 11% mužů a 9% žen (např. Mattila et al., 2009; Franz et al., 2008). V populaci jedinců se závislostí na alkoholu tato míra stoupá k hodnotě okolo 45% (např. Procházka, 2011; Evren et al., 2012). Alexithymie dle posledních výzkumů koreluje s mírou negativních strategií zvládnání stresu (např. Procházka, 2011; Evren et al., 2012) a to především v subtestu DIF - potíže v identifikaci emocí (Procházka, 2011).

Celkově může alexithymie vést k závažným psychickým i somatickým komplikacím a problémům v interpersonálních vztazích. Tahir a Ghayas (2012) prokázali silnou korelaci mezi alexithymií a škálou neuroticismu dle inventáře NEO Big five a dále silnou negativní korelaci alexithymie s škálou přívětivosti. Nicolo et al. (2011) píše o signifikantní souvislosti mezi alexithymií a poruchami osobnosti, zejména anxiozní (vyhýbavou) a závislou poruchu osobnosti. Dalbudak et al. (2013) hovoří o celkovém úzkostném a depresivním ladění u osob s alexithymií, prokázal korelaci alexithymie a sociální úzkosti.

Jedinci se závislostí na alkoholu taktéž trpí častěji než ostatní některou z poruch osobnosti (Agrawal et al., 2013). Nejčastější poruchou osobnosti u závislých dle posledních výzkumů může být antisociální porucha osobnosti a emočně nestabilní porucha osobnosti typu borderline (např. Agrawal et al., 2013). Tento autor se domnívá, že antisociální porucha osobnosti může doprovázet i předznamenávat budoucí závislost na alkoholu, vyvrací tím tvrzení Colpaert et al. (2012), jež předpokládá souvislost antisociální poruchy pouze s nealkoholovou závislostí. Berglund et al. (2011) oproti jiným názorům předkládá, že neexistuje tzv. závislá osobnost a nemůžeme žádnou z poruch osobnosti dávat do přímé souvislosti se závislostí na alkoholu.

Ženy se závislostí na alkoholu dle výzkumů trpí více duševními i sociálními problémy než závislí muži a používají zároveň méně zralé a efektivní strategie zvládnání

stresu (např. Procházka, 2011; Palm, 2007) a cítí se taktéž více deprivované než závislí muži (Palm, 2007).

Cílem této práce je porovnat a popsat vzájemnou souvislost mezi mírou alexithymie, strategiemi zvládnání stresu a osobnostními rysy u lidí se závislostí na alkoholu léčících se v některé z psychiatrických nemocnic střední Moravy nebo Slezska. Cílem je také popsat samotnou prevalenci alexithymie a jejích subtypů dle inventáře TAS-20 a odhalit nejčastější osobnostní styly a jednostrannosti na českém výzkumném vzorku osob se závislostí na alkoholu.

6.2. Stanovené hypotézy

Z výše uvedeného vyvozují následující hypotézy:

- Hypotéza 1 (Ha1): **Alexithymičtí jedinci se závislostí na alkoholu užívají statisticky významně více negativních strategií zvládnání stresu než závislí bez alexithymie.**
- Hypotéza 2 (Ha2): **Ženy se závislostí na alkoholu využívají statisticky významně více negativních strategií zvládnání stresu než závislí muži.**
- Hypotéza 3 (Ha3): **U závislých na alkoholu s alexithymií je statisticky významně zvýšený průměrný T-skór pro Sebekritický styl osobnosti oproti závislým bez alexithymie.**
- Hypotéza 4 (Ha4): **U závislých na alkoholu s alexithymií je statisticky významně zvýšený průměrný T-skór pro Loajální styl osobnosti oproti závislým bez alexithymie.**

7. Aplikovaná metodika

V této části bych chtěla stručně představit jednotlivé metody, které jsem využila v empirické části diplomové práce a taktéž výzkumný postup včetně způsobů statistického zpracování dat. Na konci této kapitoly se vyjádřím k etickým otázkám šetření.

7.1. Použité metody

Ve výzkumu jsem využila celkem tři sebeposuzovací inventáře: TAS-20, SVF 78 a PSSI. Na následujících stránkách krátce popíši charakter těchto testů.

7.1.1 Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

Sebeposuzovací inventář TAS-20 vytvořili Taylor a Bagby v roce 1985 (Svoboda, 2010). Obsahuje celkem 20 tvrzení, které vypovídají o prožitku emocí a práci s nimi (např. „*Je pro mne těžké najít správná slova pro mé pocity.*“). Participant v inventáři označí míru souhlasu s tímto tvrzením na Likertově škále v hodnotách 1 – 5 od „*Zcela nesouhlasím*“ po „*Zcela souhlasím*“. Hrubý skóre se získává prostým sečtením hodnot v jednotlivých položkách, přičemž některé z položek mají hodnotu inverzní. V celkovém skóre mohou dosáhnout hodnoty 20 – 100 bodů, vyšší hodnoty znamenají vyšší míru alexithymie. Průměrné výsledky populace se pohybují cca kolem 46 bodů (Matilla et al., 2009). Dosažení 51 bodů a méně se považuje za skóre značící člověka bez alexithymie, skóre 61 bodů a více znamená přítomnost alexithymie. Skóre mezi 52 a 60 představuje možnou alexithymii. Výsledek testu je možné rozdělit podle obsažených tří subtestů, které vypovídají o konkrétních obtížích v práci s emocemi - DIF: obtíže v identifikaci vlastních emocí, DDF: obtíže v popisu emocí a EOT: externě orientované myšlení. Inventář vykazuje dobrou reliabilitu i validitu a je vnitřně konzistentní (Svoboda, 2010). V České republice je rámcově standardizovaný.

7.1.2 PSSI - Inventář pro zkoumání stylů osobnosti a poruch osobnosti

Inventář Kuhla a Kazéna (2002) vychází z tzv. osnabrücker funkční diagnostiky, která čerpá z teorie PSI (Persönlichkeits-System-Interaktionen) tedy teorie interakcí systému osobnosti. Inventář PSSI umožňuje zkoumat funkční základy, rizikové faktory a vývojové podmínky zdravých jedinců, zvláště v okruhu nepatologických stylů. PSSI slouží především k identifikaci individuálního stylu typického pro určitého jedince (Kuhl & Kazén, 2002). Test využívá taxonomie poruch osobnosti v psychiatrických diagnostických manuálech. Autoři se domnívají, že ke každé klinické kategorii poruch

osobnosti existuje analogický nepatologický individuální styl. Vysoký skóre v určitém osobnostním stylu nemusí automaticky znamenat příslušnou poruchu dle DSM-IV či MKN-10. V následující tabulce uvádím seznam jednotlivých stylů osobnosti dle testu PSSI.

Tabulka č. 1: Seznam individuálních stylů, odpovídající jednostrannosti, poruchy osobnosti a ukázková položka příslušné škály (Kuhl & Kazén, 2002, str. 14)

Styl	Jednostrannost	Porucha	Ukázka položky
Sebejistý	Bezohledný	Disociální	Když se lidé postaví proti mně, dovedu je vyřídít.“
Nedůvěřivý	Svéhlavý	Paranoidní	„Je mnoho upřímných a otevřených lidí.“ (opačný pól)
Rezervovaný	Chladný	Schizoidní	„Zachovávám si odstup vůči druhým lidem.“
Sebekritický	Pochybovačný	Sebenejistý	„Kritika se mně dotýká více než druhých.“
Pečlivý	Přesný	Nutkavý	„Stálost a pevné zásady určují můj život.“
Intuitivní	Mýtický	Schizotypní	„Věřím na přenos myšlenek.“
Optimistický	Příkrášlující	Rapsodistický	„Kamkoli přijdu, šířím dobrou náladu.“
Ctižádostivý	Sebestředný	Narcistický	„Láká mě myšlenka být slavnou osobností.“
Kritický	Umíněný	Negativistický	„V životě mě často provázela smůla.“
Loajální	Příchylný	Závislý	„Potřebuji mnoho projevů lásky a přijetí.“
Impulzivní	Vrtkavý	Borderline	„Mé city se mění často náhle a impulzivně.“
Příjemný	Předvádějící se	Histriónský	„Na druhé pohlaví působím obzvlášť přitažlivě.“
Klidný	Utlumený	Depresivní	„Cítím se často skleslý a slabý.“
Ochotný	Obětavý	Obětující se	„Zabývám se více starostmi druhých než vlastními potřebami.“

7.1.3 Strategie zvládnání stresu (SVF 78)

Sebeposuzovací inventář pro vyšetření dospělých zachycuje postupy, kterých lidé užívají při zpracování stresu - jejich copingové strategie. Vypracovali jej Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová v roce 1997. V tomto testu participant odpovídají na otázky týkající se konkrétních způsobů vyrovnání se se zátěžovou situací na Likertově škále od „zcela neodpovídá mým reakcím“ po „plně odpovídá mým reakcím“. Dle odpovědí získávají body v hrubém skóre členěném do 13 strategií zvládnání stresu (viz tabulka č. 2 níže). Autoři dělí strategie na pozitivní, negativní a jiné, které nemůžeme jednoznačně označit

jako pozitivní ani negativní. Hrubý skór je dále převeden na skór standardní T-skór, který umožňuje srovnání s populací. 50 bodů T-skóru získaných v určité strategii tedy znamená výsledek odpovídající průměru celé populace. Inventář nabízí vzájemné porovnání výsledků jednotlivých strategií a souhrnného počtu bodů získaných v dle autorů negativních a pozitivních strategiích zvládání stresu. Autoři udávají věkovou hranici pro vyplnění testu 20 – 64 let.

Tabulka č. 2: Jednotlivé strategie zvládání stresu dle SVF 78

	Název strategie	Popis
Pozitivní	Podhodnocení	Tendence podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s jinými osobami nebo je hodnotit příznivěji.
	Odmítání viny	Jedinec si dokáže zdůraznit, že nejde o jeho vlastní odpovědnost.
	Odklon	Odvrácení zátěže nebo tendence navodit psychické stavy, které stres zmírňují.
	Náhradní uspokojení	Tendence k jednání zaměřeného na kladné city, které nejsou kompatibilní se stresem a vztahují se k sebeposílení vnějšími odměnami (jídlo, nákupy,...).
	Kontrola situace	Tendence získat kontrolu nad zátěžovými situacemi. Sestává z analýzy aktuální situace, plánování opatření ke zlepšení situace a aktivního zásahu do situace.
	Kontrola reakcí	Nedovolit, aby došlo k vzrušení, případně je nedát na sobě znát. Čelit již vzniklému vzrušení.
	Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzování kompetence sobě a dodávání si odvahy v zátěžových situacích.
Negativní	Úniková tendence	Tendence vyváznout ze zátěžové situace.
	Perseverace	Prodloužené přemítání, neschopnost myšlenkově se odpoutat od prožívaných zátěží. Negativní představy a myšlenky o zátěžové situaci se neustále vnučují a zabírají kapacitu myšlení jedince ve značné míře a po dlouhou dobu.
	Rezignace	Pocity bezmocnosti a beznaděje ve vztahu k určité zátěžové situaci a k vlastním možnostem ji zvládnout. Jedinec se vzdává dalšího snažení o zvládnutí situace.
	Sebeobviňování	Sklon ke sklíčenosti a přisuzování chyb vlastnímu jednání.
Jiné	Potřeba sociální opory	Tendence jedince, který si ve stresu přeje navázat kontakt s druhými, aby získal podporu při zpracování nebo řešení problému (pohovor, rada, konkrétní pomoc).
	Vyhýbání se	Vyhnout se zátěži a zamezit další konfrontaci s podobnou situací.

7. 2. Výzkumný postup

Osobám, které souhlasily se zařazením do výzkumného souboru, byly administrovány výše uvedené inventáře, ke kterým bylo přidáno několik demografických otázek týkajících se pohlaví, věku a délky hospitalizace.

V první fázi jsem tyto testy nechala vyplnit účastníky **pilotní skupiny** v celkovém rozsahu 3 účastníků z běžné populace bez závislosti na alkoholu. Cílem bylo ověřit si kombinaci jednotlivých inventářů v praxi a zaměřit se na nejasnosti či formální nedostatky, které by mohly činit obtíže ve výzkumu. Po vyhodnocení pilotní skupiny jsem provedla drobné úpravy v textu a členění.

V druhé fázi jsem oslovovala psychiatrické nemocnice severní a střední Moravy a Slezska (Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj) ohledně možnosti výzkumu v jejich zařízení. Nemocnice, které reagovaly kladně, jsem osobně navštívila a vysvětlila klientům výzkumný záměr a otázky s ním spojené. Klienti měli vždy možnost volby, zda inventář vyplnit či ne.

7.3. Statistika

Pro ověření výše uvedených hypotéz jsem zvolila kvantitativní přístup. Data zpracovávám statistickou analýzou v programech Statistica 10 a Microsoft Excel 2000. Hladinu významnosti α jsem stanovila na 0,05. Případná normalita bude ověřena pomocí Shapiro-Wilkova W testu. Při zamítnutí hypotézy normálního rozložení použiji Mann-Whitneyův U test, v opačném případě Studentův t -test.

7.4. Etické otázky výzkumu

Participantů byli informováni o výzkumném cíli a smyslu šetření. Od účastníků jsem vyžadovala pouze demografické údaje, které neohrožovaly jejich anonymitu. Data byla statisticky zpracována bez rozboru odpovědí konkrétních jedinců. Všichni dotazovaní se výzkumu zúčastnili dobrovolně, bez nároku na finanční nebo jinou odměnu. Participantů měli kdykoli možnost přerušit či ukončit účast ve výzkumu.

8. Charakteristika zkoumané populace, výběrové metody a výběrový soubor

Pro výzkum jsem zvolila populaci osob léčících se pro závislost na alkoholu na Moravě (zahrnuta byla severní a střední Morava) a Slezsku. Využila jsem totální výběr oslovením všech vhodných zařízení tohoto regionu. Výzkum mi byl umožněn v Psychiatrické nemocnici Mariany Oranžské v Bílé vodě, v Psychiatrické nemocnici Kroměříž a v Psychiatrické nemocnici Šternberk.

Do výzkumu byli zařazováni muži i ženy, jejichž hlavním důvodem pro pobytovou léčbu byla závislost na alkoholu, kteří souhlasili s účastí ve výzkumu. Participant taktéž museli splňovat kritéria minimálního věku 18 let a ukončeného alespoň 1. měsíce léčby pro možnost vyplnění výše uvedených sebeposuzovacích inventářů.

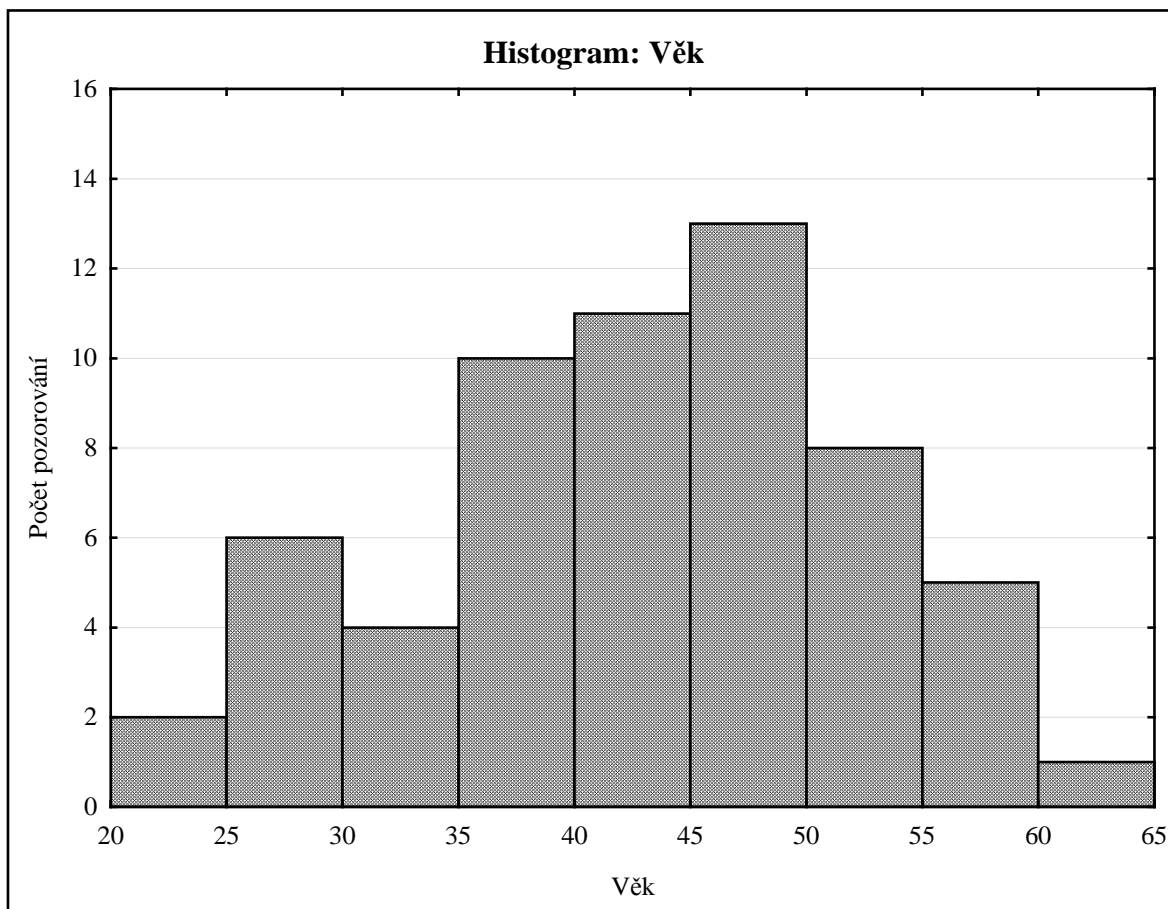
Ze základního souboru jsem získala **výběrový soubor** o celkovém rozsahu 63 subjektů. Z tohoto počtu jsem vyloučila 3 participanty, kteří nesplňovali kritéria či správně nepochopili zadání výzkumu. Celkem jsem tedy pracovala s daty od 60 účastníků, 26 žen a 34 mužů. Rozdělení dle pohlaví ukazuje tabulka č. 3.

Tabulka č. 3: Rozdělení dle pohlaví a léčebného zařízení

	Výběrový soubor celkem	PN Marianny Oranžské v Bílé vodě	PN Kroměříž	PN Šternberk
Celkem	60	17	21	22
Z toho: Muži	34	8	11	15
Ženy	26	9	10	7

Mezi participanty převažovali muži nad ženami, což je běžným fenoménem v léčbě závislosti na alkoholu. Rozložení z hlediska věku bych chtěla demonstrovat na následujícím grafu (Graf č. 1).

Graf č. 1.: Rozdělení výběrového vzorku dle věku



Jak je vidět z histogramu, nejvíce participantů bylo ve věku 45 – 50 let. Podrobnější informace viz tabulka č. 4.

Tabulka č. 4: Charakteristika výzkumného souboru z hlediska věku

Věk	N	Průměr	Minimum	Maximum	Medián
	60	43,58	23	64	44

9. Výsledky výzkumu

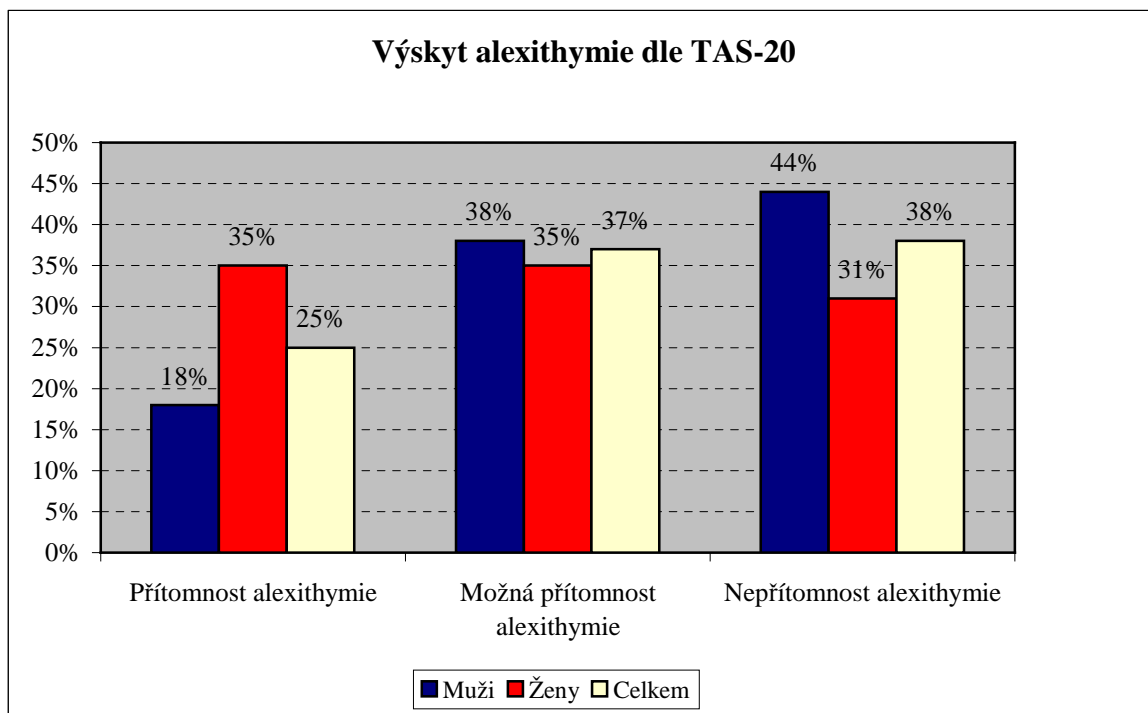
V následující kapitole práce se zaměřím na zajímavá zjištění, která se mi podařilo v rámci výzkumu zjistit. Tyto informace budou kvůli větší přehlednosti členěny do několika podčástí.

Nejprve popíši prevalenci alexithymie u souboru osob se závislostí na alkoholu. Poté se budu věnovat výskytu jednotlivých osobnostních stylů a strategií zvládnání stresu u celého souboru a v závislosti na přítomnosti alexithymie. V poslední části se souhrnně vyjádřím k platnosti hypotéz.

9.1. Přítomnost alexithymie u osob se závislostí na alkoholu

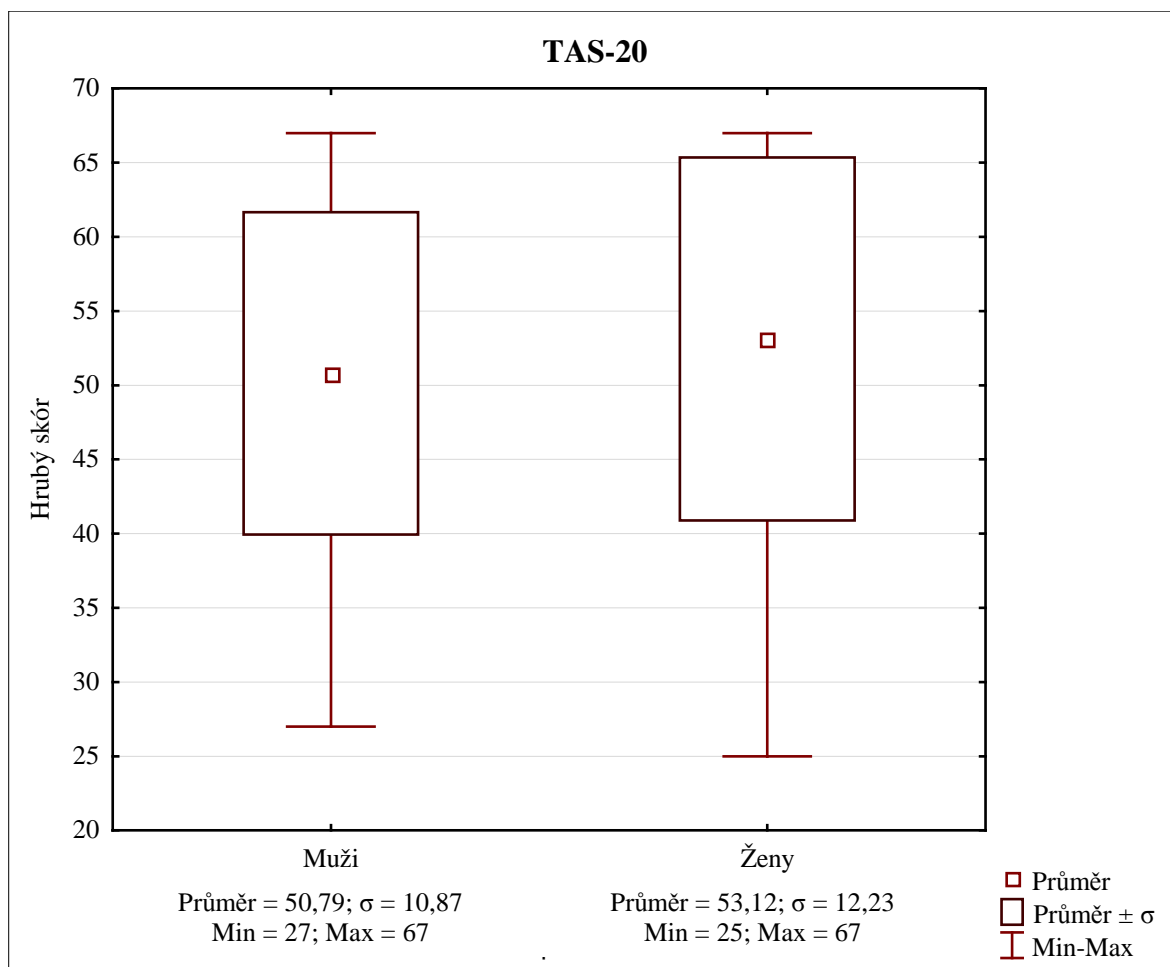
Z výzkumného souboru vykazovalo alexithymii (tzn. 61 a více bodů hrubého skóru v testu TAS-20) celkem 25% dotázaných. Výrazně výše skórovaly dotázané ženy (35% dotázaných splňuje kritéria pro diagnostikování alexithymie), než muži (18%). Názorně výsledky prezentuje následující graf (Graf č. 2).

Graf č. 2: Výskyt alexithymie ve výběrovém souboru



Z grafu jsou vidět také vysoké střední hodnoty pro možnou přítomnost alexithymie. Podrobnější údaje o rozložení alexithymie a naměřeném rozdílu mezi muži a ženami je možné vyčíst z následujícího grafu (Graf č. 3).

Graf č. 3: Hrubý skór alexithymie v TAS-20 v závislosti na pohlaví



Přestože se výzkumný soubor výrazně liší z hlediska pohlaví v přítomnosti alexithymie, průměrné hrubé skóry v testu TAS-20 nevykazují přílišný rozdíl, ženy mají dokonce nižší minimum v testu než muži. Rozdíly mezi jednotlivými subtesty alexithymie popíši v následující tabulce (tabulka č. 5).

Tabulka č. 5: Subtesty alexithymie, průměr, směrodatná odchylka

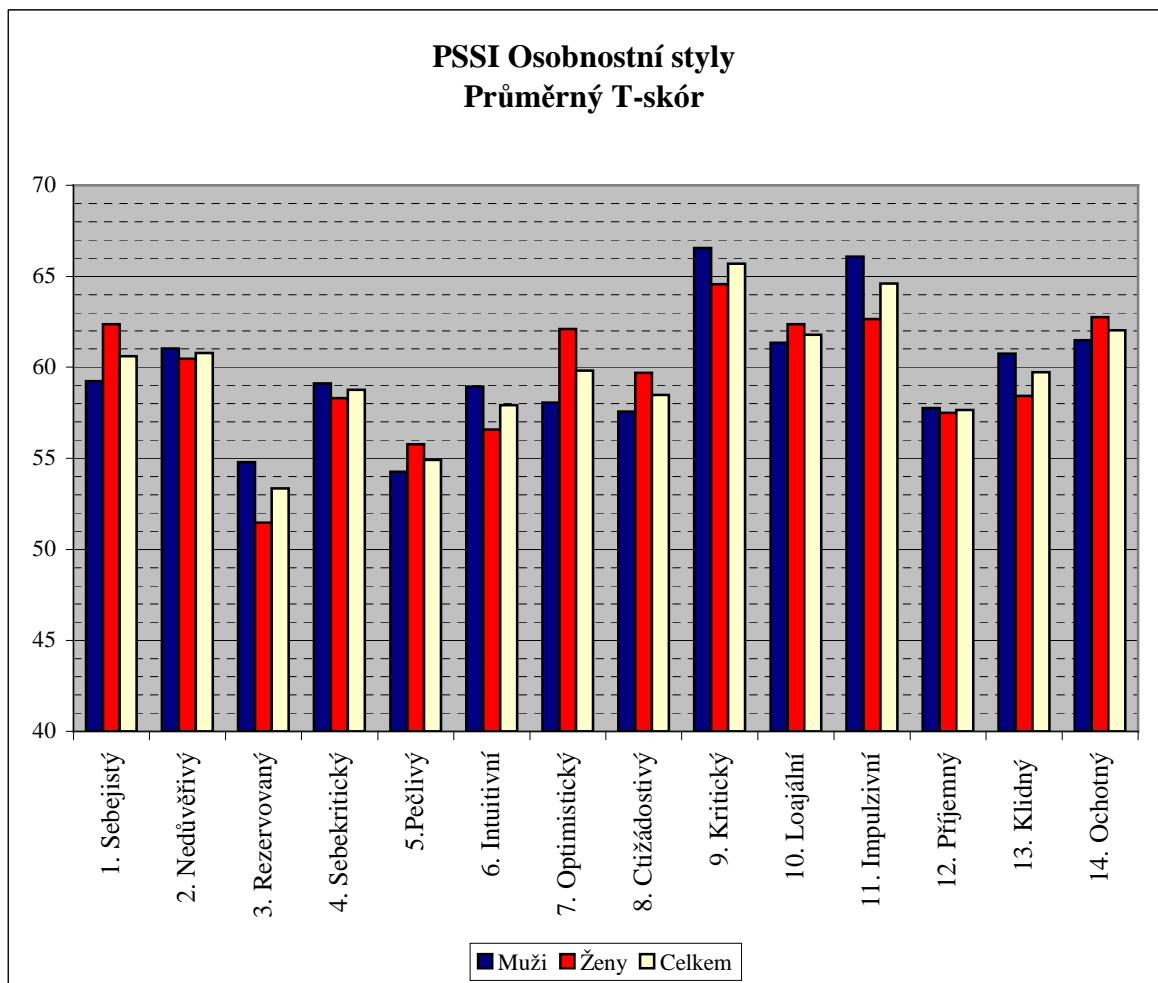
Škála	Muži				Ženy				Celkem			
	Průměr	Min	Max	σ	Průměr	Min	Max	σ	Průměr	Min	Max	σ
DIF	13,15	5	19	3,29	13,88	7	20	3,79	13,47	5	20	3,51
DDF	15,82	7	26	5,80	18,04	8	28	5,60	16,78	7	28	5,78
EOT	15,15	8	20	3,04	14,27	5	21	3,95	14,77	5	21	3,46
Celkem TAS-20	50,79	27	67	10,87	53,12	25	67	12,23	51,80	25	67	11,44

V celém souboru vidíme nejvyšší skóry v škále DDF - neschopnost deskripce emocí.

9.2. Osobnostní styly osob se závislostí na alkoholu

Výzkumný soubor vykazuje nejvyšší hodnoty průměrného T-skóru v Kritickém (65,7) a Impulzivním (64,6) stylu osobnosti. Největší rozdíl mezi muži a ženami jsem naměřila v Optimistickém stylu osobnosti, kde ženy skórují o 4,06 bodů průměrného T-skóru výše. Podrobněji viz následující graf (č. 4). Tabulka (č. 10) s přesnými hodnotami průměrných T-skóru včetně minimálních a maximálních hodnot a směrodatné odchylky je pro snazší orientaci v textu uvedena v příloze 4.

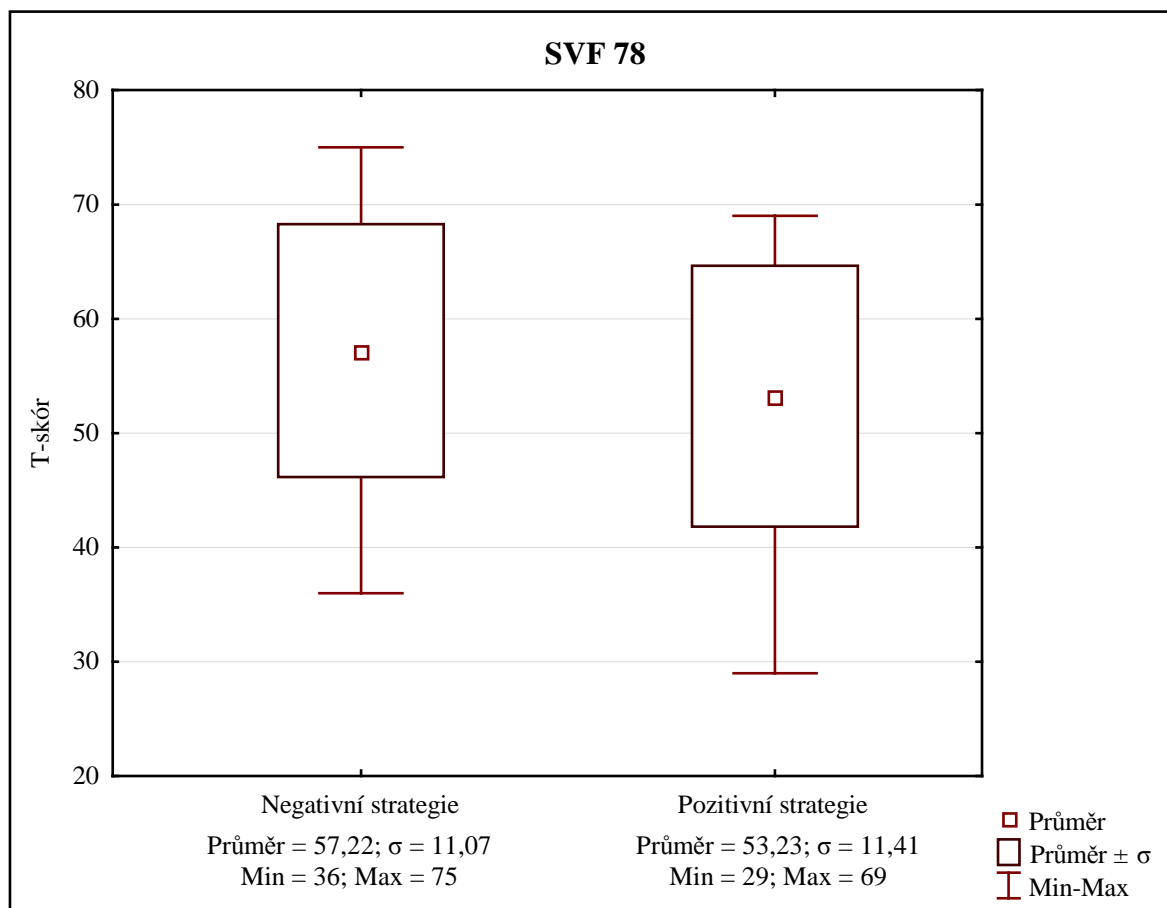
Graf č. 4: Osobnostní styly dle pohlaví



9.3. Strategie zvládání stresu u osob se závislostí na alkoholu

Výzkumný soubor užívá více negativních strategií zvládání stresu (57,22 bodů průměrného T-skóru) než pozitivních (53,23 bodů). Názorné porovnání nabízí následující krabicový graf (č. 5).

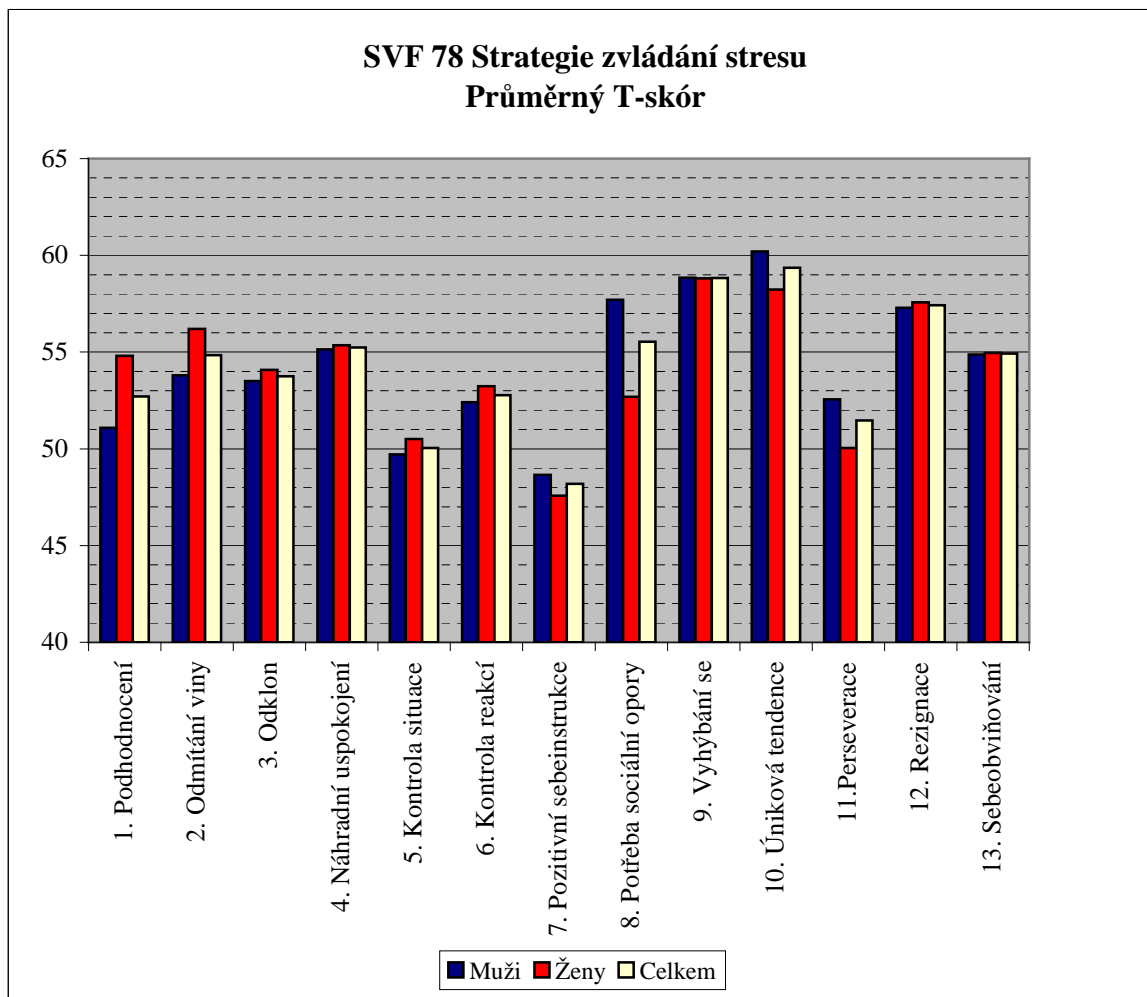
Graf č. 5: Porovnání negativních a pozitivních strategií zvládání stresu



Z grafu je možné vidět podobné charakteristiky pozitivních i negativních strategií zvládání stresu, pozitivní strategie jsou však ve všech charakteristikách posunuty níže.

Nejvíce užívanou konkrétní strategií je Úniková tendence (59,35) a Vyhýbání se (58,83). Z hlediska pohlaví se soubor nejvíce liší ve strategiích Potřeba sociální opory, kterou více užívají muži než ženy (rozdíl 5,02 bodů průměrného T-skóru) a Podhodnocení využívané více ženami (rozdíl 3,72 bodů T-skóru). Zastoupení jednotlivých strategií zvládání stresu u mužů, žen a v celém výzkumném souboru je možné vidět na následujícím sloupcovém grafu (č. 6).

Graf č. 6: Strategie zvládání stresu dle pohlaví

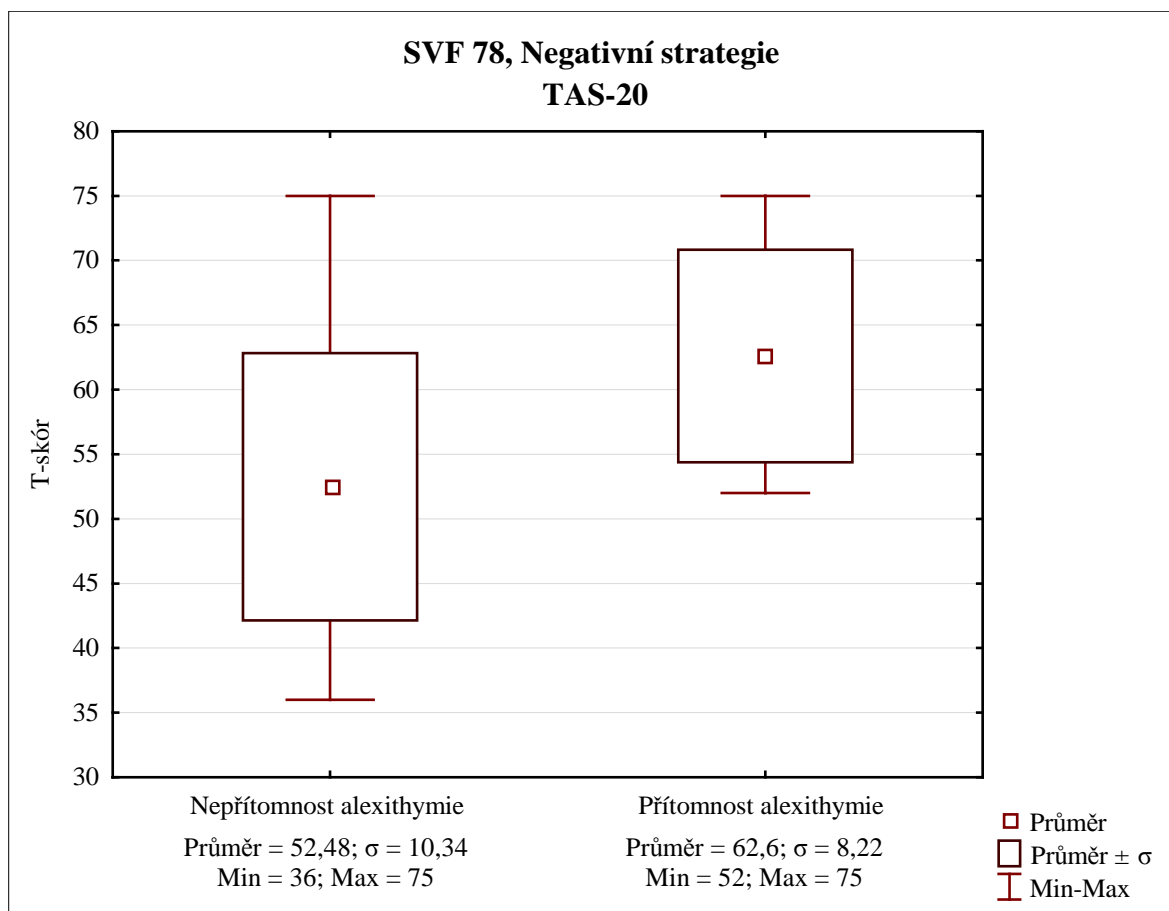


Kromě výše zmíněného vidíme v grafu i velmi nízké hodnoty strategie Pozitivní sebeinstrukce (48,18 bodů). Hodnoty průměrů T-skórů jednotlivých strategií spolu s minimem, maximem a směrodatnou odchylkou uvádím v příloze 4 v tabulce č. 11.

9.4. Strategie zvládání stresu u osob s alexithymií

V měření byly dle předpokladu nalezeny rozdíly v míře užívání negativních strategií zvládání stresu u osob s alexithymií oproti osobám bez alexithymie. Výsledky jsou patrné z následujícího krabicového grafu.

Graf č. 7: Strategie zvládání stresu v závislosti na přítomnosti alexithymie



U osob s alexithymií vidíme výrazně vyšší minimum negativních strategií zvládání stresu i průměr těchto strategií.

Normalita dat u této hypotézy byla zamítnuta na základě malého rozsahu zkoumaného podsouboru osob s alexithymií (N = 15), a proto jsem zvolila Mann-Whitneyův U test. V tabulce č. 6 jsou uvedeny naměřené výsledky.

Tabulka č. 6: Statistické výsledky pro hypotézu H1

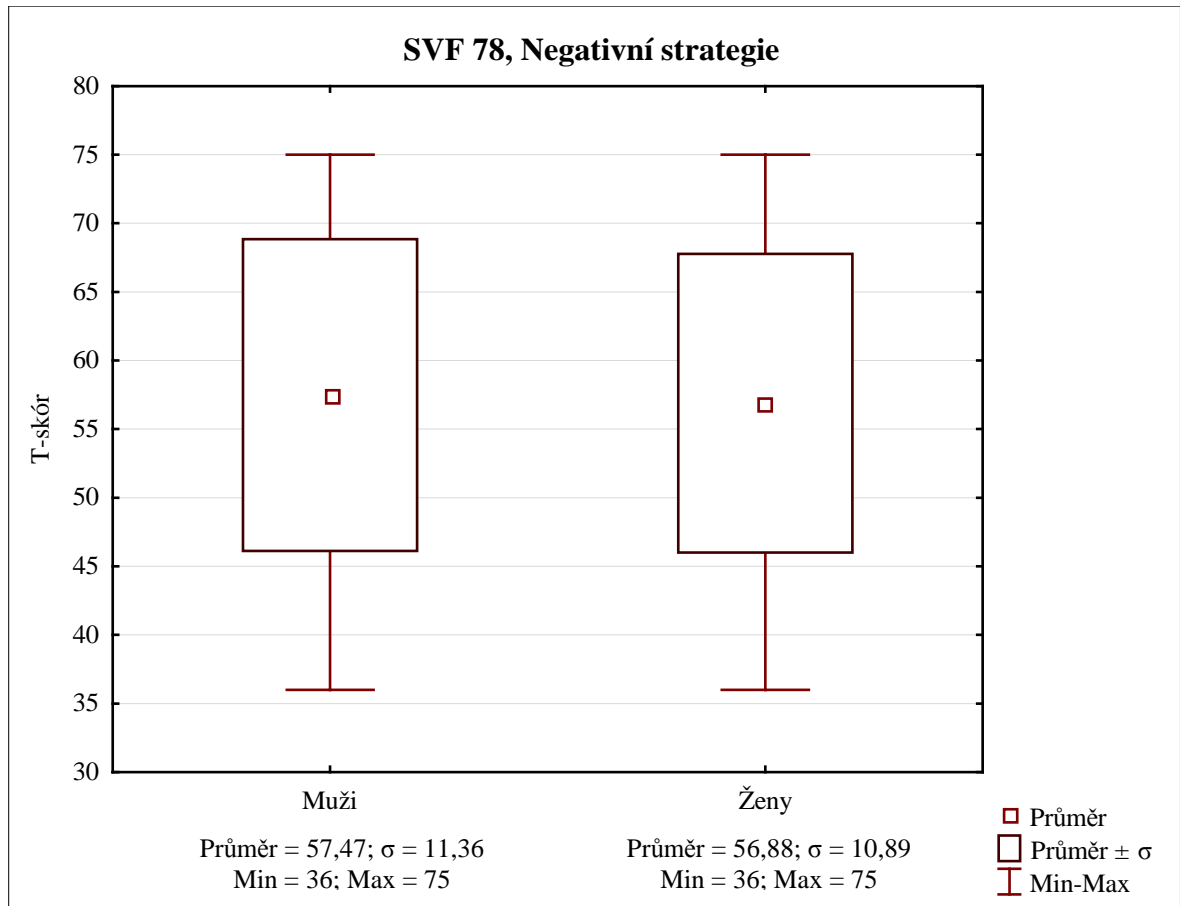
Mann-Whitneyův U test pro SVF 78 NEG	Součet pořadí Přítomnost alexithymie	Součet pořadí Nepřítomnost alexithymie	U	Z	p-hodnota
	397	344	68	3,11	0,001897

P-hodnota testu je menší než stanovená hodnota významnosti (0,05), čili výsledek testu je následující: Osoby s alexithymií se významně liší v negativních strategiích zvládání stresu od osob bez alexithymie.

9.5. Rozdíl mezi pohlavími v strategiích zvládnání stresu

Hypotéza Ha2 předpokládá, že ženy se závislostí na alkoholu užívají více negativních strategií zvládnání stresu než závislí muži. Názorné zpracování dat uvádím v následujícím grafu.

Graf č. 8: Negativní strategie zvládnání stresu v závislosti na pohlaví



Z grafu je patrné, že skupiny jsou téměř vyrovnané z hlediska negativních strategií zvládnání stresu. Obdobný graf pro pozitivní strategie zvládnání stresu (Graf č.13) je uveden v příloze 4.

Pro statistické ověření výsledků nejprve otestuji normalitu dat Shapiro-Wilkovým W testem. (Histogramy rozložení dat včetně p-hodnot uvádím v příloze 3.) Obě p-hodnoty vycházejí vyšší než hladina α , a proto zamítám normalitu dat a volím neparametrický Mann-Whitneyův U test. Výsledky opět uvádím v tabulce č. 7.

Tabulka č. 7: Statistické výsledky pro hypotézu Ha2

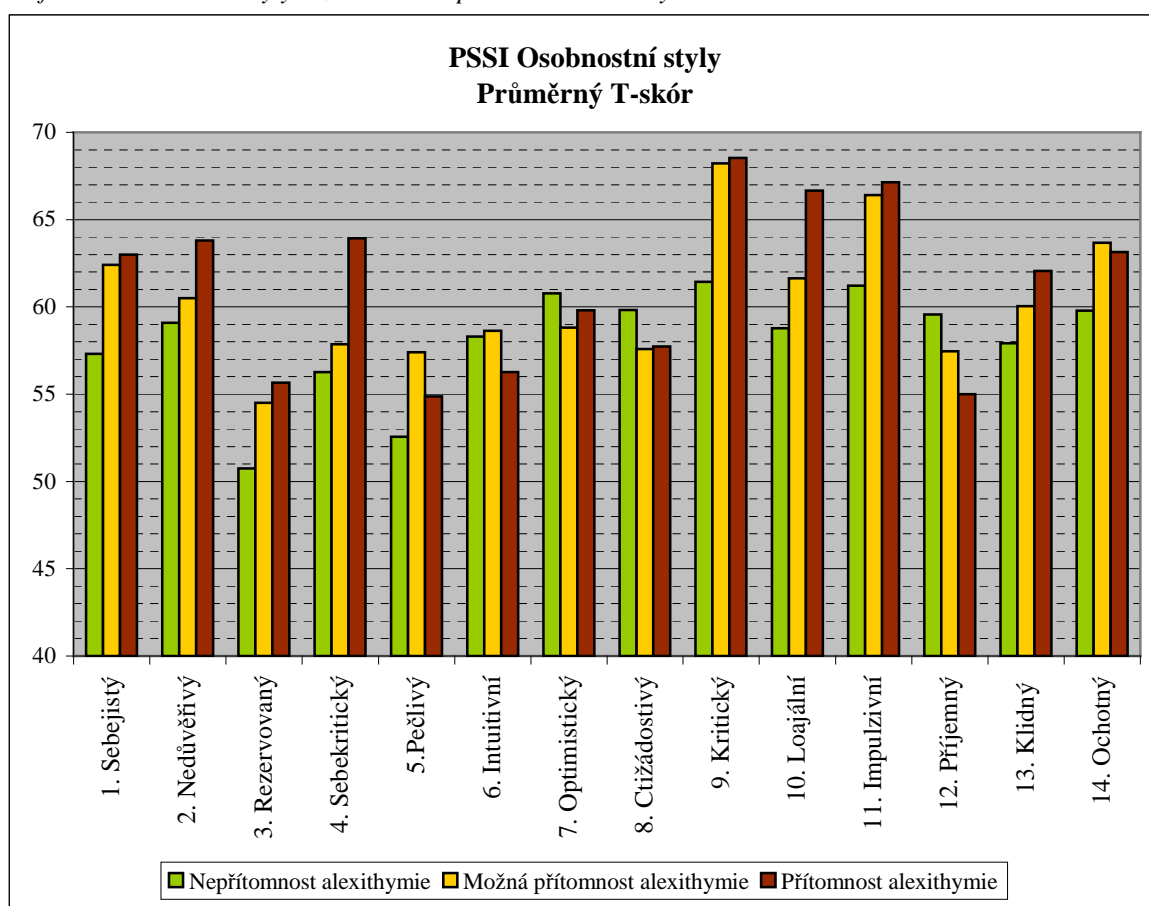
Mann-Whitneyův U test pro SVF 78 NEG	Součet pořadí Muži	Součet pořadí Ženy	U	Z	p-hodnota
	1032	798	437	-0,07	0,946479

P-hodnota testu je větší než stanovená hodnota významnosti (0,05), čili výsledek testu je následující: Mezi pohlavími nelze prokázat rozdíl v negativních strategiích zvládnání stresu.

9.6. Vztah osobnostních stylů a alexithymie u osob se závislostí na alkoholu

V následující části bych chtěla prezentovat vztahy mezi osobnostními styly dle inventáře PSSI ve vztahu k alexithymii.

Graf č. 9: Osobnostní styly v závislosti na přítomnosti alexithymie

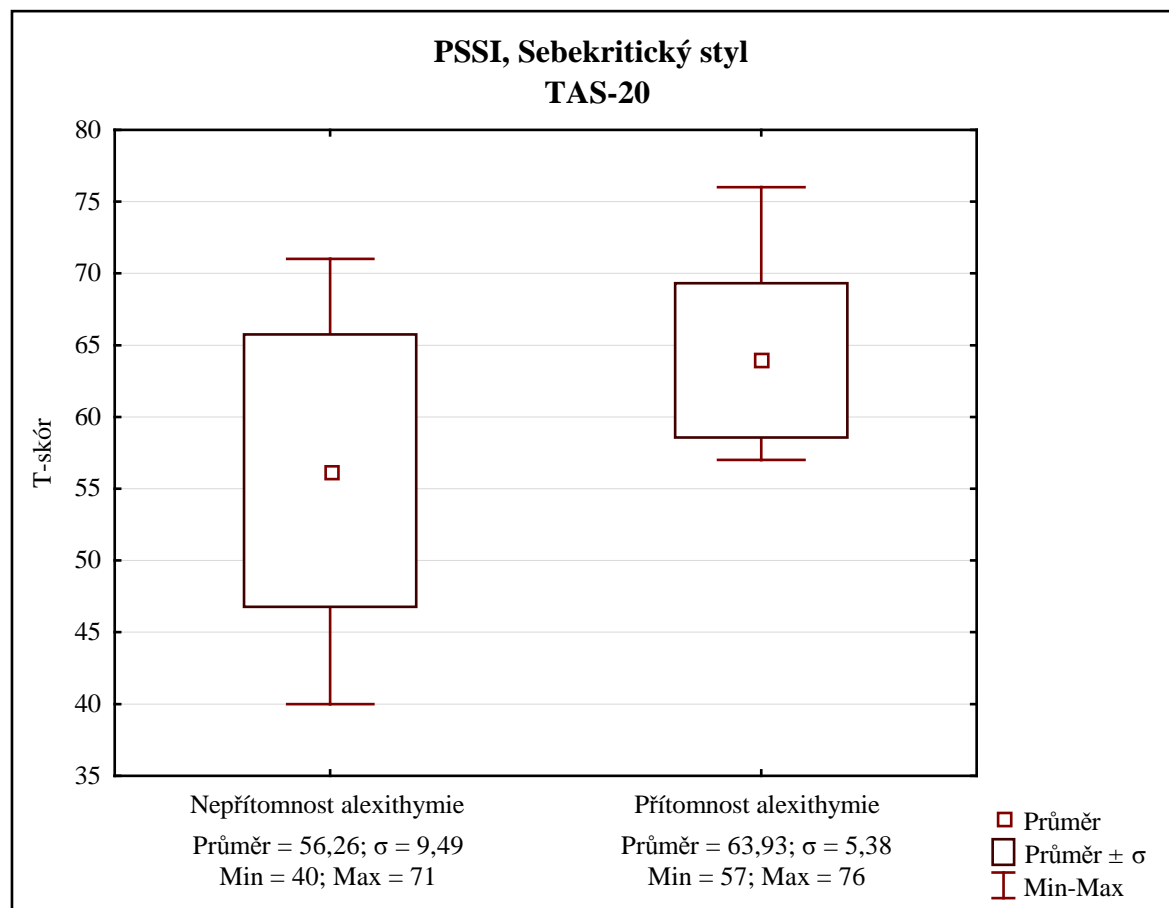


Největší rozdíly v průměrných T-skórech mezi osobami bez alexithymie a s alexithymií vidíme u škál Sebekritický styl, Kritický styl a Loajální styl. Podrobnější výsledky uvádím v příloze 4 (tabulka č. 13: *Osobnostní styly v závislosti na přítomnosti alexithymie*).

9.6.1 Sebekritický osobnostní styl u osob s alexithymií

Výsledky výzkumu naznačují správnost hypotézy o vyšších hodnotách T-skóru pro sebekritický styl u osob s alexithymií oproti osobám bez alexithymie. Patrný je tento jev zvláště z krabicového grafu, který uvádím.

Graf č. 10: Sebekritický styl inventáře PSSI v závislosti na přítomnosti alexithymie



Vidíme nápadně zvýšenou minimální hodnotu T-skóru sebekritického osobnostního stylu u osob s alexithymií a výrazně posunutý průměr nad hodnoty normy (50 bodů) i nad hodnoty průměru závislých bez alexithymie.

Pro malý počet subjektů v testované skupině osob s alexithymií ($N = 15$) zamítám normální rozložení dat a používám neparametrický Mann-Whitneyův U test. Výsledky prezentuji v tabulce (č. 8).

Tabulka č. 8: Statistické hodnoty pro hypotézu H_{a3}

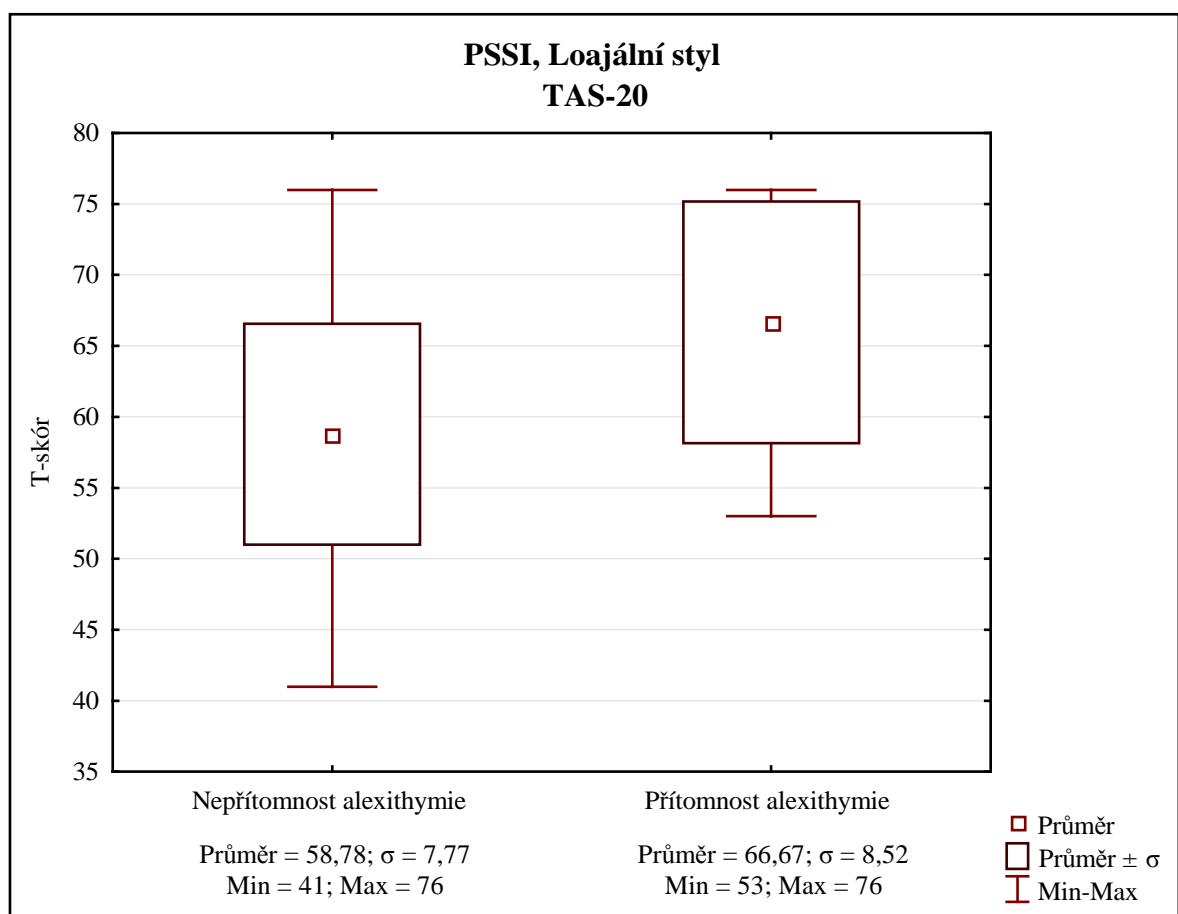
Mann-Whitneyův U test pro PSSI, Sebekritický styl	Součet pořadí Přítomnost alexithymie	Součet pořadí Nepřítomnost alexithymie	U	Z	p-hodnota
	375	366	90	2,45	0,014332

P-hodnota testu je menší než stanovená hodnota významnosti (0,05), čili výsledek testu je následující: Mezi osobami s alexithymií a bez alexithymie je signifikantní rozdíl v míře sebekritického osobnostního stylu.

9.6.2 Loajální osobnostní styl u osob s alexithymií

Hypotéza Ha4 předpokládá zvýšenou míru Loajálního osobnostního stylu u závislých s alexithymií oproti závislým bez alexithymie. Názorně je možné výsledky vidět z krabicového grafu (č. 11).

Graf č. 11: Loajální styl inventáře PSSI v závislosti na přítomnosti alexithymie



Statistický postup ověření dat bude obdobný jako v předešlém případě. Použiji neparametrický Mann-Whitneův U test kvůli relativně malému počtu subjektů s alexithymií. V tabulce (č. 9) následují naměřené výsledky:

Tabulka č. 9: Statistické výsledky pro hypotézu H4

Mann-Whitneyův U test pro PSSI, Loajální styl	Součet pořadí Přítomnost alexithymie	Součet pořadí Nepřítomnost alexithymie	U	Z	p-hodnota
	381,5	359,5	83,5	2,64	0,008219

P-hodnota testu je menší než stanovená hladina významnosti (0,05), čili výsledek testu je následující: Mezi osobami s alexithymií a bez alexithymie je signifikantní rozdíl v míře Loajálního osobnostního stylu.

9.7. K platnosti hypotéz

- Hypotéza 1 (Ha1): **Alexithymičtí jedinci se závislostí na alkoholu užívají statisticky významně více negativních strategií zvládnání stresu než závislí bez alexithymie.**

Na základě velmi nízké hodnoty p Mann-Whitneyho U testu ($< 0,01$) zamítám H01. Soubory vykazují signifikantní rozdíl. Na základě poznatků prezentovaných výše přijímám hypotézu alternativní Ha1.

- Hypotéza 2 (Ha2): **Ženy se závislostí na alkoholu využívají statisticky významně více negativních strategií zvládnání stresu než závislí muži.**

Hypotézu Ha2 zamítám na základě výsledků Mann-Whitneyho U testu, v němž naměřená p hodnota vyšla vyšší než hladina $\alpha = 0,05$ ($p = 0,95$). Přijímám hypotézu H02, mezi muži a ženami není signifikantní rozdíl v používání pozitivních strategií zvládnání stresu.

- Hypotéza 3 (Ha3): **U závislých na alkoholu s alexithymií je statisticky významně zvýšený sebekritický styl osobnosti oproti závislým bez alexithymie.**

Statistická hodnota p Mann-Whitneyho U testu mezi osobami s alexithymií a bez alexithymie v škále Sebekritický styl inventáře PSSI je $p < 0,05$. Skupiny vykazují signifikantní rozdíl, a proto zamítám H03. Jelikož víme, že osoby s alexithymií skórují výše ve škále Sebekritického stylu (viz podkapitola 9.6.1), můžeme přijmout hypotézu alternativní Ha3.

- Hypotéza 4 (Ha4): **U závislých na alkoholu s alexithymií je statisticky významně zvýšený Loajální styl osobnosti oproti závislým bez alexithymie.**

Hypotézu Ha4 přijímám na základě statistické hodnoty U testu ($p < 0,01$), která je nižší než stanovená hladina významnosti hladina $\alpha = 0,05$ a na základě výše prezentovaných výsledků.

10. Diskuze

V této části bych se chtěla blíže zaměřit na poznatky získané v rámci této diplomové práce. Cílem výzkumu bylo prozkoumání prevalence a vzájemných vztahů mezi alexithymií, osobnostními styly a strategiemi zvládnání stresu u osob se závislostí na alkoholu v regionu Moravy a Slezska. Přítomnost alexithymie byla nalezena u 25% osob výzkumného souboru, přičemž významně více se na uvedeném procentu podílely ženy než muži (18% alexithymických mužů a 35% alexithymických žen). Z výsledků vidíme výrazné zvýšení prevalence alexithymie u osob se závislostí na alkoholu nad běžnou normu, která bývá uváděna v rozmezí okolo 11% u mužů a 9% u žen (např. Mattila et al., 2009; Franz et al., 2008) a taktéž obrácený poměr mezi muži a ženami. Přesto, že je prevalence alexithymie u výzkumného souboru zvýšená, nedosahuje hodnot, jež jsou popisovány v jiných odborných studiích: Procházka (2011), Evren et al. (2012) a další uvádějí prevalenci v hodnotách okolo 43 – 45%. Hypotézou může být možnost postupného snižování hladiny alexithymie u osob léčících se ze závislostí vlivem celkového nárůstu zájmu o tuto problematiku a přizpůsobení léčebného programu pro důkladnější práci s emocemi jedinců. Výsledky výzkumného souboru čítajícího 60 osob však není možné generalizovat na populaci, viz dále.

Při analýze jednotlivých škál alexithymie byly nalezeny oproti očekávání nejvyšší výsledky u škály DDF - potíže v popisu emocí. Tento jev je opět v rozporu s dřívějšími výzkumy (Procházka, 2011), kde jako majoritní vycházela škála alexithymie DIF - potíže v identifikaci emocí. Pacienti tedy mají více problému v popisu vlastních emocí svému okolí, pocity jsou ale schopni identifikovat.

Z hlediska osobnostních stylů měřených inventářem PSSI vykazoval soubor značně zvýšené hodnoty v mnohých škálách, přičemž u některých se i průměr souboru pohyboval nad jednou směrodatnou odchylkou oproti populaci. Myslím, že se proto mohu přiklonit k názorům popírající tvrzení Berglund et al. (2011), že neexistuje přímá souvislost mezi závislostí na alkoholu a osobnostním stylem, popř. poruchou osobnosti. V souboru jsem zcela nejvyšších hodnot naměřila u Kritického (65,7 bodů průměrného T-skóru) a Impulzivního osobnostního stylu (64,6 bodů průměrného T-skóru). Jelikož extrémně vyhraněné styly v inventáři PSSI mohou předznamenávat poruchu osobnosti (Kuhl & Kazén, 2002), domnívám se, že tyto výsledky potvrzují měření Agrawala et al. (2013), který na relativně rozsáhlém výzkumném souboru prokázal korelaci závislosti na alkoholu s impulzivní poruchou osobnosti typu borderline. Ve výzkumu Colpaert et al. (2012) byla

prevalence impulzivní poruchy osobnosti u osob se závislostí na alkoholu taktéž zvýšena na 22%.

Největší rozdíl mezi muži a ženami jsem naměřila v Optimistickém stylu osobnosti, kde ženy skórovaly výrazně výše než muži. Je možné předpokládat, že se ženy vidí více jako „optimistky“ než muži a mají sklon k pozitivnímu přehodnocení zprvu negativně se jevících událostí. Opakované a vyhraněné odpovědi na položky typu „*také v nejtěžších životních situacích jsem si vždy jist(a), že vše dobře dopadne*“ a celkově vysoké hodnoty v škále optimistického stylu osobnosti mohou dle mého názoru představovat specifickou snahu o vyrovnání se s dlouhodobě zátěžovými a frustrujícími situacemi spojenými se závislostí na alkoholu a aktuální pobytovou léčbou. Mojí druhou hypotézou je disimulace v sebeposuzovacím inventáři.

V literatuře se objevuje předpoklad souvislosti alexithymie a osobnostních rysů. Tahir a Ghayas (2012) prokázali korelaci přítomnosti alexithymie dle testu TAS-20 a neuroticismu dle inventáře NEO a dále inverzní korelaci mezi alexithymií a škálou přívětivosti. Dalbudak et al. (2013) poukazuje na celkově úzkostné ladění u osob s alexithymií. Pomocí statistických testů jsem prokázala souvislost mezi alexithymií a Sebekritickým osobnostním stylem a taktéž Loajálním osobnostním stylem. Vycházela jsem z poznatků Nicola et al. (2011), jehož výzkumy naznačovaly tento závěr. V šetření bylo možné pozorovat taktéž významně zvýšený nárůst Kritického osobnostního stylu a stylu Impulzivního u osob s alexithymií v porovnání s nealexithymickými jedinci. Průměrný T-skór v obou těchto škálách (a taktéž ve škále Loajální styl) dosahuje hodnoty výrazně nad 65 bodů a blíží se tak hladině 70 bodů, kterou autoři inventáře PSSI Kuhl a Kazén (2002) označili jako extrémně vyhraněný styl, jež může značit danou poruchu osobnosti.

V souboru se dle očekávání a v návaznosti na výzkum Procházky (2011) vyskytovaly ve zvýšené míře negativní strategie zvládnání stresu, které zřetelně a signifikantně dle použitých analýz převažovaly nad strategiemi pozitivními. V jednotlivých strategiích jsem v celkovém průměru pozorovala nejvyšší hodnoty v škálách Úniková tendence (60,21 bodů T-skóru) a Vyhýbání se (58,85 bodů T-skóru). Osoby se závislostí na alkoholu v léčení prožívají tedy rezignační tendenci vyváznout ze zátěžové situace a napříště se podobným situacím vyhnout. Janke a Erdmannová (2003) hovoří o Únikové strategii jako o jednoznačně maladaptivním způsobu reagování, který brání adekvátnímu postavení se zátěžové situaci a dlouhodobě zvyšuje úroveň stresu jedince.

V práci Procházký (2011) ženy vykazovaly více negativních strategií zvládnání stresu než muži. Tento poznatek se mi nepodařilo potvrdit, v mém výzkumném souboru se ženy signifikantně nelišily v používání copingových strategií od mužů, de facto ženy v průměru používaly nepatrně méně negativních strategií než muži a vykazovaly ve srovnání s nimi i více strategií pozitivních. Mohli bychom tedy předpokládat, že z hlediska copingových strategií, v rozporu s dřívějšími zjištěními, jsou na tom lépe ženy než muži. V konkrétních strategiích se ženy od mužů nejvíce lišily ve strategii Potřeba sociální opory, kterou výrazně více dle výzkumu vyhledávají muži. Pro ženy je typické skrývané, osamocené pití alkoholu, pro muže pití na veřejnosti a v restauračních zařízeních společně se spolupijícími přáteli (Řehan, 2008). Je tedy možné, že muži se závislostí na alkoholu jsou více zvyklí vyhledávat pomoc od okolí než je tomu u žen.

V souhrnu tedy můžeme říct, že osoby léčící se se závislostí na alkoholu trpí ve zvýšené míře (oproti populaci) alexithymií, používají více negativních copingových strategií, které převažují nad strategiemi pozitivními, a jsou jim diagnostikovány poruchy osobnosti. Otázkou je, zda závislost na alkoholu vyvolává tyto komplikace či zda komplikace vedou právě k rozvoji závislosti. Logickou myšlenkou je, že osoby, které mají problémy v porozumění a popisu vlastních pocitů i pocitů druhých a vlivem svých nevyvážených osobnostních stylů se dostávají častěji do konfliktu s ostatními, jež ale nemohou řešit použitím adekvátních copingových strategií, budou náchylnější pro užití snadných a krátkodobých mechanismů redukce tenze a vyvolání odměňujících pocitů prostřednictvím pití alkoholu. Skála (1977) nahlíží na problematiku závislosti jako na naučený maladaptivní způsob reagování na problematické sociální situace a nezvládnutý stres. Snahou léčebných zařízení by tedy měla být práce na zmírnění obtíží, jež konkrétní osobnostní styl či případná porucha osobnosti přináší jedinci se závislostí na alkoholu, a terapie věnující se rozvoji pozitivních strategií zvládnání stresu v kombinaci s podporou fantazie a učení se identifikace a popisu emocí.

Na závislost se samozřejmě můžeme dívat i opačně jako na faktor, který vede k rozvoji alexithymie, vyhraněným osobnostním stylům a negativním strategiím zvládnání stresu. Bylo prokázáno, že vlivem alkoholu dochází k přestavbě struktury sítě mozkových buněk, jež může vést k nejrůznějším komplikacím (např. Kalina, 2008). Závislost na alkoholu tak může spouštět kaskádu reakcí, které negativně ovlivňují psychologické charakteristiky jedince. Na tyto otázky je možné nalézt odpověď pouze pomocí longitudinální studie, která by sledovala osoby ještě před rozvojem závislosti.

Závislost na alkoholu v České republice je běžným jevem přes své jednoznačně škodlivé následky v psychické i somatické rovině zdraví člověka. Dle mého názoru by bylo vhodné navýšit úroveň primární prevence závislosti právě na alkoholu, který je společensky z mého pohledu chybně vnímán jako méně rizikový, než je tomu například u syntetických drog. Taktéž považuji za vhodné pracovat s veřejností a edukovat o možných souvislostech a následcích užívání alkoholu. Efektivní metodou by mohla být práce na zlepšování prožívání a identifikaci emocí již u mladých lidí a taktéž praktické nácviky vyrovnávání se se zátěžovými situacemi použitím adekvátních a bezpečných strategií zvládání stresu v dostatečně brzkém věku.

V diplomové práci jsem popsala souvislost závislosti na alkoholu s alexithymií, specifickými osobnostními styly a negativními strategiemi zvládání stresu. Přestože z výzkumu není možné odhalit, zda jsou tyto jevy příčinou či důsledkem, doporučovala bych osoby s popsányými charakteristikami vnímat jako více rizikové z hlediska možného rozvoje závislosti a věnovat jim zvýšenou pozornost například v zmiňovaných preventivních programech.

Jak již bylo zmíněno dříve, tato práce má určité limity, které je nutné zohlednit. Na prvním místě je to malý počet subjektů ($N = 60$) z určitého specifického regionu České republiky, jež umožňuje prozkoumat vztahy mezi jednotlivými psychologickými fenomény, ale brání zobecnění výsledků na populaci osob léčících se se závislostí na alkoholu. Dalším limitem je použití dotazníkových metod, které jsou velmi cenné pro prvotní screening a jsou schopné poskytnout účastníkům bezpečí anonymity. Rizikem je však možnost zkreslení výzkumu. Jak již bylo řečeno dříve, předpokládám možnou snahu participantů „dělat se lepšími“ a disimulovat své problémy i přes anonymitu výzkumu. Taktéž se domnívám, že u jedinců se závislostí na alkoholu se kromě alexithymie, odlišných osobnostních stylů a negativních copingových strategií bude objevovat i zhoršení kognitivních funkcí a další psychopatologie, jež může, mimo jiné, způsobovat špatné porozumění otázkám a celému výzkumu. Administrace inventáře trvajících 40 minut mohla být pro osoby s poruchami pozornosti a soustředění taktéž příliš dlouhá a náročná.

Doporučovala bych poznatky získané tímto šetřením přezkoumat na větším výzkumném vzorku čítajícím osoby z různých regionů ČR. Považuji za přínosné kombinovat sebesupozovací škály s individuálním rozhovorem a pozorováním, případně i s projekтивními metodami zamezujícími vědomé zkreslení.

Závěr

- Prevalence alexithymie u osob se závislostí na alkoholu je ve výzkumném souboru 25%.
- Alexithymie statisticky významně souvisí s negativními strategiemi zvládnání stresu.
- Ženy se závislostí na alkoholu používají negativní strategie zvládnání stresu ve stejné míře jako závislí muži.
- Sebekritický osobnostní styl souvisí s přítomností alexithymie u osob se závislostí na alkoholu.
- Loajální osobnostní styl souvisí s přítomností alexithymie u osob se závislostí na alkoholu.

Souhrn

Osobnost je pojem, který má celou řadu definic a záležití, z kterého pohledu se na něj podíváme. V původním významu tento pojem pochází z překladu latinského výrazu Persona, což byla maska, kterou si nasazovali antičtí herci v divadle a měnili tím své jednotlivé role. V běžné řeči bývá slovem osobnost označován výrazný nebo významný člověk. Psychologie vidí osobnost jako individuální jednotu psychických procesů, stavů a vlastností, která je specifická pro každého člověka. Již od Antiky se různí vědci snaží popsat lidskou osobnost a vzniklo tak mnoho teorií osobnostní struktury, temperamentu apod. Narušení v charakterových konstitucích a tendencích k chování nazýváme poruchou osobnosti. MKN-10 rozlišuje osm hlavních poruch: paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionskou, anakastickou, anxiózní a závislou poruchu osobnosti. Některé osobnostní rysy jsou více spojené se závislostí na alkoholu než jiné.

Závislost na alkoholu je od roku 1951 vnímána Světovou zdravotnickou organizací jako nemoc s příslušnými diagnostickými kritérii. Závislost na alkoholu má výrazný dopad na psychické i somatické zdraví člověka, přesto však patří pití alkoholu k velmi tolerovanému zvyku. Alkoholické nápoje pije 91% mužů a 77% žen a Česká republika je dlouhodobě na předních místech v spotřebě čistého lihu za osobu a rok. Existují jedinci, kteří jsou rozvojem tohoto onemocnění ohrožení více než jiní. Různé psychologické směry a teorie vysvětlují zcela jinak vznik, průběh a mechanismy závislosti. V poslední době se ukazuje jako velmi průkazná neurobiologická teorie opírající se o tzv. systém odměny lokalizovaný do mozkové struktury nucleus accumbens. Jiné teorie pracují s podmíněným chováním nebo nezvládnutým stresem.

Stres, který není dlouhodobý nebo extrémně silný, může působit jako prvek podporující osobní zrání, v opačném případě může způsobovat vážná poškození organismu. Lidé se vyrovnávají se zátěží použitím různých strategií zvládnání stresu. Tyto strategie můžeme obecně rozdělit na pozitivní a negativní dle jejich okamžité efektivity a dlouhodobého zmírnění stresových stavů. Nejvýraznějšími kategoriemi zvládnání stresu je zvládnání zaměřené na problém a zvládnání zaměřené na emoce. Nejvíce efektivní se ukazuje kombinace těchto strategií při řešení obtížných situací.

Alexithymie je koncept psychosomatické medicíny, který poprvé představil Bostonský psychiatr Peter E. Sifneos. Jedná se o poruchu poznávání a verbalizace emocí, která může způsobovat rozvoj výrazné psychické i tělesné patologie. Etiologie alexithymie je nejasná a bývá vykládána z mnoha hledisek. Prevalence alexithymie taktéž není

jednoznačně potvrzena, pohybuje se v přibližném rozmezí 8 – 12% v populaci. Výzkumy alexithymie vznikající v poslední době se zabývají nejvíce vztahem alexithymie k psychosomatickým a psychickým obtížím. Alexithymie mimo jiné může působit jako negativní faktor v zvládnání každodenní zátěže a stresu a může komplikovat odvykání a léčbu závislosti na alkoholu.

Výzkumným problémem této práce bylo prozkoumání vztahu alexithymie, strategií zvládnání stresu a osobnostních rysů u osob léčících se se závislostí na alkoholu. K tomuto byl zvolen základní soubor osob v pobytových léčebných zařízeních střední a severní Moravy a Slezska. Totálním výběrem byly osloveny všechny zařízení tohoto kraje, příležitostným výběrem jsem pracovala se všemi zařízení, která souhlasila. Do výzkumu se zapojila PN Marianny Oranžské v Bílé vodě, PN Kroměříž a PN Šternberk. Celkem jsem získala data od 63 účastníků, z nichž 3 byli z výzkumu vyřazeni pro očividné nepochopení zadání výzkumu. Cílem bylo prozkoumat rozdíl mezi osobami s alexithymií a osobami bez alexithymie v strategiích zvládnání stresu a taktéž v osobnostních rysech a získat prevalenci alexithymie u českého výzkumného souboru osob se závislostí na alkoholu. Dále jsem si stanovila cíl porovnat muže a ženy z hlediska výše zmíněných charakteristik. Výzkum byl anonymní, účastníkům byl sdělen jeho význam a smysl a všichni oslovení se účastnili výzkumu dobrovolně.

Data nevykazovala normalitu, proto jsem zvolila neparametrické metody zpracování. Konkrétně Mann-Whitneyův U test. Závěrem výzkumu byla prevalence alexithymie 25% u souboru osob se závislostí na alkoholu v psychiatrických nemocnicích Moravy a Slezska. Ze subtestů alexithymie jsem nejvyšší hodnoty našla u škály značící potíže v deskripci emocí (DDF). Škála značící potíže v identifikaci emocí (DIF), která se ukázala jako nejběžnější v jiných výzkumech, byla v tomto výzkumném souboru nejméně četná. Participantů s alexithymií se výrazně lišili v používání strategií zvládnání stresu od participantů bez alexithymie. Prokázala jsem souvislost alexithymie a negativních strategií zvládnání stresu. Muži a ženy se oproti očekávání ve strategiích zvládnání stresu nelišili. Výrazný a signifikantní vztah jsem prokázala u alexithymie a sebekritického osobnostního stylu a taktéž u závislého stylu. Vysoce skórovaným osobnostním stylem u osob se závislostí na alkoholu v tomto výzkumu byl Impulzivní (borderline) styl a Kritický styl.

Výsledky předkládaného výzkumu byly v mnohých ohledech podobné studiím, které se zabývají osobnostními charakteristikami, strategiemi zvládnání stresu a alexithymií, provedeným po celém světě. Výzkumný soubor však vykazoval nižší prevalenci alexithymie než tomu bylo v dřívějších odborných pracích, v kterých taktéž ženy

vykazovaly horší schopnost zvládat stres a vyšší podíl negativních strategií zvládání stresu než závislí muži. V tomto výzkumu se ženy ve strategiích zvládání stresu statisticky významně nelišily od mužů.

Závěry získané v této diplomové práci mají mnohé limity, které brání celkové generalizaci (rozsah výzkumného souboru $N = 60$, využití sebeposuzovacích metod a další). Domnívám se však, že mohou být přesto nápomocné v léčbě osob se závislostí na alkoholu a taktéž mohou podpořit programy primární prevence cílené na omezení či oddálení rozvoje závislosti na alkoholu.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Agrawal, A., Narayanan, G., & Oltmanns, T. F. (2013). Personality Pathology and alcohol dependence at Midlife in a community sample. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 4, 55–61. doi:10.1037/a0030224.
- Albach, F., Moormann, P. P. & Bermond, B. (1996). Memory recovery of childhood sexual abuse. *Dissociation*. 9, 258–269.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: a psychological interpretation*. New York: Henry Holt & Co.
- Baštecká, B. & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Berglund, K., Roman, E., Balldin, J., Berggren, U., Eriksson, M., Gustavsson, P. & Fahlke, C. (2011). Do men with excessive alcohol consumption and social stability have an addictive personality? *Personality and Social Science*, 52, 257–260.
- Blatný, M. et al. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Cattell, R. B. (1975). *16 PF - Šestnáctifaktorový dotazník. Příručka pro administraci, interpretaci a vyhodnocování testu*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic Adaptive Mechanisms in Alcoholism. *Science*, 236, 410–416.
- Cole, D. A., Maxwell S. E, Martin J. M., Peeke L. G., Seroczynski A. D., Tram J. M., ... Maschman, T. (2001). The Development of Multiple Domains of Child and Adolescent Self-Concept: a Cohort Sequential Longitudinal Design. *Child Development*, 72 (6), 1723–1746. doi: 0009-3920/2001/7206-0008.

Colparet, K., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., Broekaert, E. & De Fruyt, F. (2012). Prevalence and Determinants of Personality Disorders in a Clinical Sample of Alcohol -, Drug -, and Dual - Dependent Patients. *Substance Use & Misuse*, 47, (6), 649 – 662. doi: 10.3109/10826084.2011.653427.

Český statistický úřad. (2013). *Česká republika od roku 1989 v číslech - Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret na 1 obyvatele*. [online]. [cit. 2014-01-03]. Dostupné z WWW: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989.

Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K. S., Yıldırım, F.G., & Ugurlu, H. (2013). Alexithymia and personality in relation to social anxiety among university students. *Psychiatry Research*, 209, 167–172. doi: 10.1016/j.psychres.2012. 11.027.

Diehl, A. & Croissant B. (2007). Alcoholism in women: Is it different in onset and outcome compared to men? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 344–351.

Drapela, J. V. (1997). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.

Evren, C., Cagil, D., Ulku, M., Ozcetinkaya, S., Gokalp, P., Cetin, T., & Yigiter, S. (2012). Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 53, 860–867. doi:10.1016/j.comppsy.2012.01.002.

Frankenhauser, M., & Gardell B. (1976) Underload and overload in working life: Outline of a multidisciplinary approach. *Journal of Human Stress*, 2, 35–46.

Franz, M, Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W, Schneider, Ch., Hardt, J., ... Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 43, 54–62. doi:10.1007/s00127-007-0265-1.

Freud, S (1994) *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna.

- Freud, S. (2000) *Spisy z let 1904–1905*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Homola, M. & Trpišovská, D. (1992). *Psychologie osobnosti (Stručný výkladový slovník)*. Olomouc: UPOL.
- Charrel, C, Cuervo-Lombard, Ch., Miron, M., Fruntes, V., Béra-Potelle, C., & Limosin, F. (2010). Alcohol dependence in women: Difficulty of its assesment in general practise. *Journal of women´s health*, 19, (2), 343–348. doi:10.1089/jwh.2009.1505.
- Chromý, K. (2006). Alexithymie - vývoj a současný význam konceptu. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 102, 363–370.
- Janke, W. & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládnání stresu*. Praha: Testcentrum.
- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (2002). *PSSI - Inventář stylů osobnost a poruch osobnosti*. Praha: Testcentrum.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lasch, T. (2000). Alcohol drinking and risk of breast cancer. *Breast Journal*, 6, 396–399.
- Lester, D. (2001). Association of alcohol use and suicide in 27 nations of the world. *Psychological Reports*, 88, (3), 1129.

Mattila, A. K., Saarini, S. I., Salminen, J. K., Huhtala, H., Sintonen, H., & Joukamaa, M. (2009). Alexithymia and Health-Related Quality of Life in a General Population. *Psychosomatics*, 50, 59–68.

McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1986). Clinical assessment can benefit from recent advances in personality psychology. *American Psychologist*, 41, 1001–1003.

Meijer-Degen, F., & Lansens, J. (2006). Alexithymia - a challenge to art therapy The story of Rita. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 167–179. doi:10.1016/j.aip.2005.10.002.

Mokrá, T. (2009). *Alexithymie u studentů různých studijních zaměření*. (Bakalářská práce). Získáno 30. ledna 2013 z Theses.cz.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) (2013). *Výroční zpráva ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: Úřad vlády České republiky. [online]. [cit. 2013-12-04]. Dostupné z WWW: http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/press_centrum/vyrocní_zpráva_o_stavu_ve_věcech_drog_v_cr_v_roce_2012.

Nešpor, K. (2009). Zdravotní komplikace zneužívání alkoholu a závislosti. *Lékařské listy*, 16, 19.

Nicolo, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., ... Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Research*, 190 (1), 37–42. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.046.

Palm, J. (2007). Women and men - same problems, different treatment. *Internal Journal of Social Welfare*, 16, 18-31. doi:10.1111/j.1468-2397.2006.00420.x.

Parker, J., Austin, E. J., Hogan, M. J., Wood, L. M., & Bond, B., J. (2005). Alexithymia and academic success: examining the transition from high school to university. *Personality and Individual Differences*, 38, 1257–1267. doi:10.1016/j.paid.2004.08.008.

- Plháková, A. (2008). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *E-psychologie*, 3 (3), 34-45.
- Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. Olomouc: UPOL.
- Rad, M., & Rupel, V. A. (1975) Combined inpatient and outpatient group psychotherapy: a therapeutic model for psychosomatics. *Psychother Psychosom*. 26 (4) 237–243.
- Reid, R., Carpenter, B, Spackman, M., & Willes, D., L. (2008). Alexithymia, Emotional Instability, and Vulnerability to Stress proneness in Patients Seeking Help for Hypersexual Behavior. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34, 133–149. doi: 10.1080/00926230701636197.
- Řehan, V. (2007). *Adiktologie*. Olomouc: UP.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Seyle, H. (1966). *Život a stres*. Bratislava: Obzor.
- Sideridis, G. (2006). Coping is not an either or: the interaction of coping strategies in regulating affect, arousal and performance. *Stress and Health*, 22, 315–327. doi: 10.1002/smi.1114.
- Sifneos, P. E. (1973) The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(26), 255–262. doi: 10.1159/000286529.
- Skála, J. (1977). *Až na dno?*. Praha: Avicenum.
- Staňková, N. (2012). *Vybrané dimenze osobnosti studentů Fakulty sportovních studií*. (Diplomová práce). Získáno 15. října 2013 z Archiv závěrečných prací Is.Muni.

Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., ... Gulliver, S. B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent sample. *Addictive Behaviour*, 37, 469–476.

doi:10.1016/j.addbeh.2011.12.011.

Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Tahir, I. & Ghayas, S. (2012). Personality Traits and Family Size as the Predictors of Alexithymia among University Undergraduates. *Journal of Behavioural Sciences*, 22, (3), 104–111.

Timary, P., Roy, E., Luminet, O., Fillée, C., & Mikolajczak, M. (2008). Relationship between alexithymia, alexithymia factors and salivary cortisol in men exposed to a social stress test. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 1160–1164.

doi:10.1016/j.psyneuen.2008.06.005.

Trull, T. J., Waudby, C. J. & Sher, K. J. (2004). Alcohol, Tobacco, and Drug Use Disorders and Personality Disorder Symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12, 65–75.

Uher, T., Bob, P., & Ptáček, R. (2010). Alexithymie a psychosomatická onemocnění. *Československá psychologie*, 54, 496–503.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2010). *Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS ČR - Spotřeba alkoholu* [online]. [cit. 2013-06-23].

Dostupne z WWW:

<http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=alkohol®ion=100&kind=21&mnu_id=6200>.

Vanheule, S. (2008). Challenges for Alexithymia Research: a Commentary on The Construct of Alexithymia: Associations With Defense Mechanism. *Journal of clinical psychology*, 64 (3), 332–337.

Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274–282.

Vojtík, V. (1987). Abuse of addictive drugs and antisocial manifestations in young people. *Česko-Slovenská Psychiatrie*, 83, 264–273.

Whitty, M. (2003). Coping and defending: age in maturity of defence mechanism and coping strategies. *Aging and Mental Health*, 7, (2), 123–132. doi: 10.1080/1360786031000072277.

WHO (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí - Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum.

Wurmser, L. (1984). The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*. 10, 227–258.

Přílohy diplomové práce

Příloha 1: Formulář zadání MgrDP

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2011/2012

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

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
HOROVÁ Lucie	Luční 879, Letohrad	F09283

TÉMA ČESKY:

Alexithymie, strategie zvládání stresu a osobnostní rysy u lidí závislých na alkoholu

NÁZEV ANGLICKY:

Alexithymie, stress coping strategies and personality of alcohol dependent people

VEDOUCÍ PRÁCE:

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

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium literatury o problematice
2. Příprava výzkumu, formulace hypotéz, výběr výzkumného vzorku, stanovení metodiky výzkumu
3. Typ výzkumu: kvantitativní
4. Parametry práce: v souladu s metodickými pokyny katedry.
5. Základní metodika: dotazníky TAS-20, SVF 78, PSSI
6. Pravděpodobný cíl práce: srovnat osobnostní rysy, schopnost zvládat stres a alexithymii u lidí závislých na alkoholu
7. Interpretace výsledků, vypracování závěru a souhrnu práce

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Balcar, K. (1983). Úvod do studia psychoogie osobnosti. Praha: SPN.
Kalina, K., et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada
Koukolík, F., Motlová, L. (2008). Lidský mozek. Praha: Portál
Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer
Procházka, R. (2011). Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu. Olomouc: Univezita Palackého
Smékal, V. (2004). Pozvání do psychologie osobnosti. Brno: Barrister & Principal

Podpis studenta: 

Datum: 26.11.2012

Podpis vedoucího práce: 

Datum: 26.11.2012

Příloha 2: Abstrakt v českém a anglickém jazyce

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Alexithymie, strategie zvládání stresu a osobnostní rysy u lidí závislých na alkoholu

Autor práce: Lucie Horová

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

Počet stran: 72

Počet znaků: 127 936

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 66

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá vztahem alexithymie, strategií zvládání stresu a osobnostních rysů u osob se závislostí na alkoholu. Z poznatků výzkumů zabývajících se touto problematikou jsem stanovila čtyři hypotézy: alexithymičtí jedinci se závislostí na alkoholu užívají více negativních strategií zvládání stresu než závislí bez alexithymie a je u nich taktéž zvýšený Loajální a Sebekritický osobnostní styl. Ženy se závislostí na alkoholu využívají více negativních strategií zvládání stresu než závislí muži. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila inventáře TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), PSSI (osobnostní inventář) a SVF 78 (Strategie zvládání stresu). Využila jsem statistické zpracování, konkrétně Mann-Whitneyův U test. Závěrem výzkumu je prevalence alexithymie 25% u osob se závislostí na alkoholu. Potvrzena byla hypotéza o souvislosti alexithymie s negativními strategiemi zvládání stresu a taktéž výše zmíněnými osobnostními styly. Muži a ženy se neliší v copingových strategiích.

Klíčová slova:

Alexithymie, Strategie zvládání stresu, Osobnostní rysy, Lidé se závislostí na alkoholu

Abstract of thesis

Title: Alexithymia, Stress Coping Strategies and Personality of Alcohol Dependent People

Author: Lucie Horová

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka, PhD.

Number of pages: 72

Number of characters: 127 936

Number of appendices: 4

Number of references: 66

Abstract:

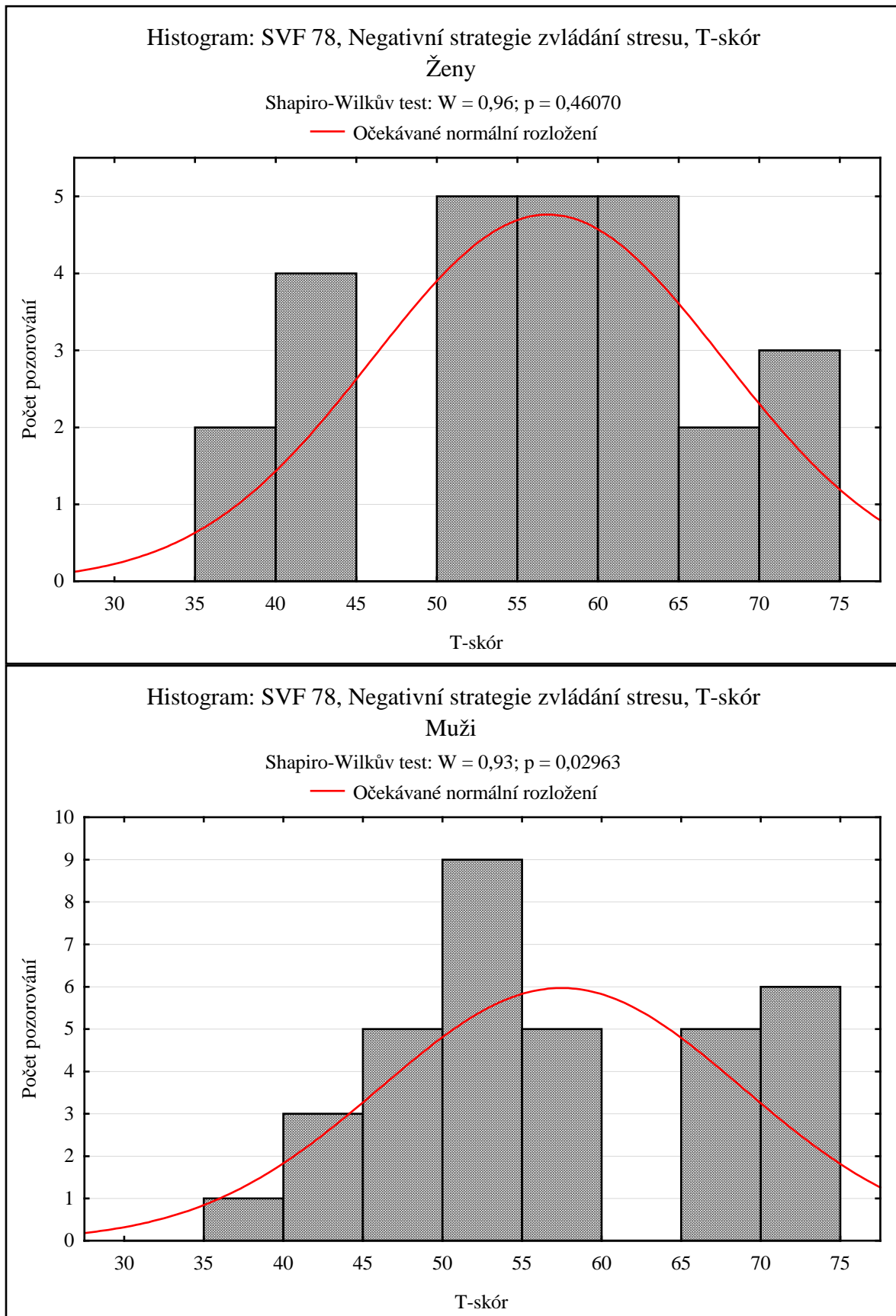
The thesis investigates the relationship between alexithymia, coping strategies and personality traits of alcohol addicted people. Four hypotheses were determined on the previous knowledge: alexithymic individuals with alcohol addiction use more negative coping strategies than addicted without alexithymia and they also showed significantly increasing numbers in Loyal and Anxious personality style. Women suffering from alcohol addiction use more negative coping strategies than addicted men. In the thesis, questionnaires TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), PSSI (personality inventory) and SVF 78 (Stress Coping Strategies) were used as a research method. Statistical processing was utilized, namely the Mann-Whitney U test. The research outcome is the prevalence of alexithymia reaching 25% considering the alcohol addicted people in the research sample. The obtained results confirm the correlation between alexithymia and negative coping strategies and also with the above mentioned personality styles. On the other hand, men and women do not significantly differ in their coping strategies.

Keywords:

Alexithymia, Coping strategies, Personality, Alcohol addicted people

Příloha 3: Histogramy pro ověření normálního rozložení (Ha2)

Graf č. 12: Histogramy normálního rozložení



Příloha 4: Ilustrace podrobných výsledků výzkumu

Tabulka č. 10: Osobnostní styly u osob se závislostí na alkoholu

Styl	Muži				Ženy				Celkem			
	Průměr	Min	Max	σ	Průměr	Min	Max	σ	Průměr	Min	Max	σ
1. Sebejistý	59,24	47	74	7,06	62,38	41	74	8,66	60,60	41	74	7,88
2. Nedůvěřivý	61,03	46	71	6,56	60,46	42	75	8,91	60,78	42	75	7,60
3. Rezervovaný	54,79	31	71	9,80	51,46	33	66	8,48	53,35	31	71	9,33
4. Sebekritický	59,12	34	76	9,28	58,31	40	71	7,94	58,77	34	76	8,67
5. Pečlivý	54,26	42	74	7,97	55,77	44	78	7,83	54,92	42	78	7,88
6. Intuitivní	58,94	42	74	8,84	56,58	36	75	8,41	57,92	36	75	8,66
7. Optimistický	58,06	34	74	8,91	62,12	42	78	9,40	59,82	34	78	9,27
8. Ctižádostivý	57,56	40	74	8,24	59,69	46	78	8,11	58,48	40	78	8,19
9. Kritický	66,56	50	74	6,63	64,58	52	75	6,72	65,70	50	75	6,69
10. Loajální	61,35	38	76	10,39	62,38	51	75	7,08	61,80	38	76	9,05
11. Impulzivní	66,09	51	76	6,86	62,65	44	71	7,04	64,60	44	76	7,09
12. Příjemný	57,76	39	69	6,56	57,50	42	78	9,44	57,65	39	78	7,86
13. Klidný	60,74	37	74	9,22	58,42	46	74	6,17	59,73	37	74	8,06
14. Ochetný	61,50	38	76	9,88	62,77	36	78	9,64	62,05	36	78	9,72

Tabulka č.11 : Strategie zvládnání stresu u osob se závislostí na alkoholu

Strategie	Muži				Ženy				Celkem			
	Průměr	Min	Max	σ	Průměr	Min	Max	σ	Průměr	Min	Max	σ
1. Podhodnocení	51,09	31	66	8,27	54,81	25	68	12,08	52,70	25	68	10,18
2. Odmítání viny	53,79	25	73	13,26	56,19	35	71	9,57	54,83	25	73	11,77
3. Odklon	53,50	33	69	9,26	54,08	40	77	8,40	53,75	33	77	8,83
4. Náhradní uspokojení	55,15	38	70	8,72	55,35	28	70	11,23	55,23	28	70	9,80
5. Kontrola situace	49,71	25	72	10,24	50,50	25	68	11,13	50,05	25	72	10,55
6. Kontrola reakcí	52,41	29	75	11,54	53,23	33	62	8,53	52,77	29	75	10,27
7. Pozitivní sebeinstrukce	48,65	25	69	11,66	47,58	30	69	10,89	48,18	25	69	11,25
8. Potřeba sociální opory	57,71	42	75	8,56	52,69	34	68	9,62	55,53	34	75	9,30
9. Vyhýbání se	58,85	42	73	7,34	58,81	43	73	8,25	58,83	42	73	7,68
10. Úniková tendence	60,21	41	73	9,28	58,23	40	77	9,62	59,35	40	77	9,40
11. Perseverace	52,56	33	72	11,44	50,04	30	64	9,43	51,47	30	72	10,60
12. Rezignace	57,29	35	77	11,52	57,58	37	77	12,14	57,42	35	77	11,69
13. Sebeovlivňování	54,88	33	77	11,89	54,96	35	77	10,85	54,92	33	77	11,35
Pozitivní strategie	51,97	29	69	11,15	54,88	32	69	11,77	53,23	29	69	11,41
Negativní strategie	57,47	36	75	11,36	56,88	36	75	10,89	57,22	36	75	11,07

Tabulka č. 12: Osobnostní styly v závislosti na přítomnosti alexithymie

Styl	Nepřítomnost alexithymie				Možná přítomnost alexithymie				Přítomnost alexithymie			
	Průměr	Min	Max	σ	Průměr	Min	Max	σ	Průměr	Min	Max	σ
1. Sebejistý	57,30	41	70	6,81	62,41	47	74	8,97	63,00	53	74	6,24
2. Nedůvěřivý	59,09	42	71	7,59	60,50	42	75	8,20	63,80	53	74	6,14
3. Rezervovaný	50,74	31	71	10,13	54,50	33	68	9,92	55,67	43	64	6,23
4. Sebekritický	56,26	40	71	9,49	57,86	34	71	8,40	63,93	57	76	5,38
5. Pečlivý	52,57	42	74	7,86	57,41	47	68	5,03	54,87	42	78	10,38
6. Intuitivní	58,30	36	75	9,26	58,64	42	74	8,11	56,27	39	71	8,88
7. Optimistický	60,78	34	78	10,35	58,82	39	74	8,20	59,80	42	78	9,48
8. Ctižádostivý	59,83	44	78	7,45	57,59	45	74	9,15	57,73	40	67	8,04
9. Kritický	61,43	50	74	5,90	68,23	52	75	6,20	68,53	59	75	5,25
10. Loajální	58,78	41	76	7,77	61,64	38	76	9,56	66,67	53	76	8,52
11. Impulzivní	61,22	44	74	7,74	66,41	52	76	5,96	67,13	57	76	5,78
12. Příjemný	59,57	39	78	8,63	57,45	45	70	6,52	55,00	42	70	8,12
13. Klidný	57,91	44	70	8,22	60,05	37	74	9,08	62,07	55	74	5,71
14. Ochetný	59,78	50	71	6,45	63,68	38	78	11,33	63,13	36	78	11,23

Graf č. 13: Pozitivní strategie zvládání stresu v závislosti na pohlaví

