

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

AGRESIVNÍ TENDENCE U PACIENTŮ SE SOMATOFORNÍ PORUCHOU

**AGGRESSIVE TENDENCY AMONG PATIENTS
WITH SOMATOFORN DISORDER**



Magisterská diplomová práce

Autor: **Markéta Peldová**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.**

Olomouc
2013

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Martinu Lečbychovi, PhD. za přínosné vedení práce, PhDr. Davidu Čápovi za poskytnutí jím vyvinuté verze PFT (C-W) Rosenzweigova obrázkového frustračního testu, prof. PhDr. Františku Manovi, CSc. a prof. PaedDr. Ivě Stuchlíkové, CSc. za poskytnutí jejich české verze Spielbergerova testu STAXI. Dále velice děkuji pracovníkům Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, zejména MUDr. Vladislavu Chválovi za ochotu a umožnění výzkumu na jeho pracovišti a Markétě Finkousové za milou spolupráci a praktickou pomoc. Ve stejné věci děkuji PhDr. Martinu Jáníšovi a Mgr. Anně Sklenářové z PL Kroměříž a MUDr. Michalu Krylovi z PL Šternberk. Velké díky patří všem účastníkům výzkumu, bez kterých by tato diplomová práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za podporu, pomoc a trpělivost.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma: „Agresivní tendence u pacientů se somatoformní poruchou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne Podpis

Obsah

	Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST		
1	Psychosomatický přístup	6
1.1	Úvod do problematiky a vymezení pojmů	6
1.2	Psychosomatická onemocnění	8
1.3	Přehled vývoje psychosomatických přístupů a teorií	11
1.4	Etiopatogeneze psychosomatických onemocnění	14
2	Somatoformní poruchy	18
2.1	Vymezení poruch a somatizace	18
2.2	Třídění a popis jednotlivých poruch	23
2.3	Lékařsky nevysvětlitelné příznaky (MUS)	31
2.4	Lékařská intervence a terapie	33
3	Agresivní tendence	36
3.1	Vymezení pojmů agresivita, agrese, hněv, hostilita	36
3.2	Teoretické modely hněvu a agrese	40
3.3	Souvislost agrese a psychosomatických onemocnění	44
4	Přehled dosavadních výzkumů	48
4.1	Zkoumání agresivních tendencí u somatoformních poruch	48
4.2	Výzkumy používající Rosenzweigův obrázkový frustrační test	51
VÝZKUMNÁ ČÁST		
5	Výzkumný problém a cíle práce	55
5.1	Hypotézy	57
5.2	Fáze a průběh výzkumu	58
6	Metodologický rámec a metody výzkumu	58
6.1	Metody získávání dat	59
6.2	Popis sběru dat	64
6.3	Metody zpracování a analýzy dat	65
6.4	Etické aspekty	65
7	Charakteristiky výběrového souboru	66
8	Výsledky	72

8.1	Výsledky porovnání skupin v testu PFT	72
8.2	Výsledky porovnání skupin v Hand testu	76
8.3	Výsledky porovnání skupin v dotazníku STAXI	81
8.4	Výsledky porovnání skupin v Beckově inventáři úzkosti	83
8.5	Shrnutí a interpretace výsledků	84
8.6	K platnosti hypotéz	86
9	Diskuze	87
10	Závěry	96
	Souhrn	97
	Literatura	100
	Příloha 1: Formulář zadání DP	
	Příloha 2: Abstrakt	
	Příloha 3: Popis faktorů testu PFT (C-W)	
	Příloha 4: Skórovací kategorie Hand testu	
	Příloha 5: Kompletní tabulky výsledků	

Úvod

Přístup k člověku ve zdraví a nemoci se během vývoje společnosti měnil. Po poměrně dlouhém období, kdy byl prosazován zejména biomedicínský přístup, který hledí na člověka a nemoc z hlediska biologického a je zaujat somatickou entitou, se v průběhu 20. století začal znovu klást důraz na celostní pohled na zdraví a nemoc, začalo se mluvit o tzv. psychosomatice. Psychosomatický přístup také prošel vývojem. Zprvu bylo psychosomatické onemocnění chápáno tak, že vznik somatických obtíží zapříčinila nějaká psychická příčina. Od tohoto pojetí se ale brzy začalo ustupovat a psychosomatické onemocnění bylo chápáno jako vzájemná interakce bio-psycho-sociálních faktorů. V dnešní době je pojem psychosomatika široce rozšířen, ale nejasně specifikován. Psychosomatický přístup byl pro naši diplomovou práci teoretickým rámcem, úžeji jsme se však zaměřili na skupinu chorob, které jsou často také klasifikovány jako psychosomatické, a to somatoformní poruchy. Přestože je tato klinická skupina nezanedbatelnou co se prevalence a závažnosti týče, není u nás dostatečně výzkumně popsána. Zaměřili jsme se na agresivní tendence a naším cílem bylo je popsat a zjistit, zda se nějak liší právě u skupiny pacientů se somatoformní poruchou v porovnání s kontrolní skupinou zdravých osob.

Teoretická část pojednává o psychosomatickém přístupu, jeho charakteristikách a vývoji, dále také o etiopatogenezi psychosomatických onemocnění. Posléze se pozornost zužuje na skupinu somatoformních poruch, jejich popis, klasifikaci a terapii. Neopomínáme ani pojednání o lékařsky nevysvětlitelných příznacích. Třetí kapitola se zaměřuje na agresivní tendence, teorie agrese a hněvu a jejich souvislosti s psychosomatickými obtížemi. Čtvrtá kapitola tvoří přechod mezi teoretickou a výzkumnou částí práce a je zaměřená na již provedené výzkumy týkající se souvislosti agrese a psychosomatických onemocnění, somatoformních poruch a využití Rosenzweigova obrázkově frustračního testu ve výzkumu. Výzkumná část je věnovaná kvantitativní srovnávací studii pacientů se somatoformní poruchou s kontrolní skupinou zdravých osob v agresivních tendencích. Agresivní tendence byly zkoumány pomocí dvou projektivních metod, Rosenzweigova obrázkového frustračního testu (česká verze PFT C-W, kterou jsme chtěli ověřit v praxi) a Hand testu, a dotazníku STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory). Jako doplňkový byl použit Beckův inventář úzkosti. Výzkumu se účastnilo celkem 64 osob, příležitostným výběrem bylo vybráno 32 pacientů se somatoformní poruchou a příležitostným kriteriálním (pohlaví, věk, vzdělání) výběrem 32 osob do kontrolní skupiny zdravých jedinců.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychosomatický přístup

„...there are not, in my view, psychosomatic illnesses; it is the human being who is, by definition, a somatopsychic unity“ (Aisenstein, 2008, s. 121).

Podle M. Aisenstein (2008) neexistují psychosomatické nemoci, je to právě lidská bytost, která je a priori somatopsychickou jednotou. Tento výrok jsme na úvod vybrali proto, že naznačuje nejasnost a nejednotnost pojmu psychosomatika, o čemž budeme pojednávat v následující kapitole. Termín psychosomatika se však velmi často objevuje v současné mluvě, jak vědecké, tak i laické a je pod ním skryto velké množství významů, přístupů a názorů. Účelem této práce není obsáhnout veškeré vědění v této oblasti, psychosomatický přístup nám však slouží jako teoretický rámeček. Pokusíme se zde tedy stručně vystihnout a popsat základní poznatky psychosomatiky.

1.1 Úvod do problematiky a vymezení pojmů

Pojem **psychosomatika** se skládá ze dvou slov: „**soma**“, což řecky znamená tělo a „**psyche**“, neboli psychično, duševno, tedy způsob, jak reagujeme na různé životní situace. Psychosomatika se zabývá vztahem mezi těmito dvěma oblastmi, nenazírá je však jako oddělené entity, ale jako **navzájem se ovlivňující a propojené systémy**, na zdraví a nemoc nahlíží celistvě. Každý z nás může propojení duševna a tělesna zažívat v každodenním životě, například stažení hrdla, pocení rukou a pocit svírání žaludku před důležitým rozhovorem či veřejným vystoupením (Poněšický, 2002). V. Chvála (2009) považuje za synonyma k pojmu psychosomatika tyto výrazy: celostní (holistická) medicína, biopsychosociální přístup v medicíně, behaviorální medicína a psychoterapeutická medicína. Odlišujeme pojmy **psychosomatické poruchy** a **somatopsychické poruchy**. První z nich označuje situace, kdy psychické obtíže, těžké životní situace či konflikty negativně ovlivňují tělesný zdravotní stav. Naopak za somatopsychické poruchy považujeme ty stavy, kdy základní somatické onemocnění (často dlouhodobě trvajících) druhotně vyvolá psychické problémy (Kučírek, 2006).

J. Baštecký, J. Šavlík a J. Šimek (1993) uvádějí tři možná pojetí psychosomatiky. **V nejširším pojetí psychosomatiky** bereme člověka ve zdraví i nemoci jako jednotu psychického a somatického, které je navíc ovlivňováno vlivy okolního prostředí. Z tohoto pohledu má tedy každá nemoc svoji stránku psychickou, somatickou a sociální. **V užším pojetí** jsou předmětem zájmu psychosomatiky taková tělesná onemocnění, u kterých se v etiopatogenezi významněji objevují psychosociální faktory. V tomto pojetí však nelze pojem psychosomatická porucha vázat na určitou diagnostickou kategorii, jelikož v rámci všech diagnóz najdeme jak pacienty se zřejmou psychosociální patologií, ale i ty, u kterých tato složka nemá podstatný vliv. Do **nejúžšího pojetí** psychosomatiky spadají psychosomatické syndromy – nozologické jednotky, u kterých se vliv psychosociálních faktorů považuje za odůvodněný a podstatný. Toto nejužší pojetí je však v současnosti značně překonáno.

K. Balcar (2006) píše, že u každé poruchy lze předpokládat podíl multifaktoriálních činitelů povahy psychické, somatické a sociální, proto by se mělo k jakémukoliv onemocnění přistupovat **z hlediska bio-psycho-sociálního**. Toto pojetí zastává moderní psychosomatický přístup v lékařství. Tradiční přísné rozlišení mezi psychickými a somatickými nemocemi mizí, stejně tak i původní pojetí psychosomatické poruchy jako somatického onemocnění z psychických příčin. „*Pojmem psychosomatické poruchy proto neoznačujeme jasně vymezenou třídu onemocnění. ... Nozologicky totéž onemocnění může být u někoho podmíněno poměrně více vlivy povahy fyzické, u někoho více vlivy povahy duševní*“ (Balcar, 2006, s. 141). K dřívějšímu pojetí psychosomatiky (tedy že, primární duševní trápení je příčinou sekundární tělesné poruchy) se staví kriticky i G. Danzer (2010), podle kterého termín psychosomatika přispívá k neoprávněnému dělení nemocí na „psychické“, „somatické“ a „psychosomatické“. Při všech onemocněních je psychosomatický přístup v diagnostice a terapii indikovaný a vhodný, jedině tak lze postihnout komplexnost lidského onemocnění. Právě specifikace psychosomatiky jako samostatného oboru vedla k tomu, že psychologické aspekty nemoci začaly být považovány za problémy psychologie a psychosomatiky a zároveň se tak vytrácely ze somatických oborů. Cílem tzv. **integrativní psychosomatiky** je medicína, která bude využívat psychosomatického přístupu jako základu pro lékařské a vědecké postoje a nebude tedy třeba psychosomatiky, jako samostatného oboru (Danzer, 2010). Daseinsanalytický přístup dokonce navrhuje místo pojmu psychosomatika, který předpokládá dualismus duše a těla, pojem **filosomatika**, který by vypovídal o filosofickém pohledu na tělesnou nemoc (Condrau, 1998).

Na závěr této kapitoly ještě uvedeme, jak pojem psychosomatika chápe H. Morschitzky a S. Sator (2007). Tito autoři přikládají termínu psychosomatika dvojitý význam. Jednak psychosomatika jako základní **interdisciplinární postoj** a pohled na diagnostiku a terapii všech nemocí. Z jiného pohledu psychosomatika **jako samostatný klinický obor**, jehož zájmem je zkoumání a léčba určitých onemocnění, u kterých je vzájemné působení těla a duše významné. Autoři definují psychosomatiku, jako přístup, který se „zabývá psychickými příčinami, průvodními a následnými projevy tělesných poruch, působením těchto poruch na pacientovo psychosociální okolí a na vztah mezi pacientem a terapeutem nebo lékařem“ (Morschitzky, Sator, 2007, s. 15).

1.2 Psychosomatická onemocnění

Podle integrativní psychosomatiky by se každá lidská nemoc měla nazírat z celostního pohledu. Uvedeme zde **oblasti nemocí**, kterým se v minulosti psychosomatika věnovala zejména a **kde je vhodné využít psychosomatického přístupu** (Danzer, 2010).

Nemoci tradičně považovány za psychosomatózy v užším slova smyslu – Za tyto nemoci považoval Franz Alexandr (1950, in Danzer, 2010) např. esenciální vysoký krevní tlak, bolesti hlavy a migrénu, bronchiální astma, revmatickou artritidu či diabetes mellitus. Později byl tento výčet několikrát pozměněn. Dnes rozlišujeme „**funkční poruchy**“ (orgánové neurózy), kdy jednotlivé orgány nejsou porušeny, narušena je pouze funkce, například překyselení žaludku. Oproti tomu „**morfologické a strukturální poruchy**“ (organické neurózy) už předpokládají poškození orgánů, které může být vratné i nevratné. Příkladem mohou být žaludeční vředy (Danzer, 2010; Kučírek, 2006).

Onemocnění s dosud nejistým psychosomatickým počátečním výkladem – U této skupiny onemocnění nebyl dosud empiricky prokázán vliv psychosociálních faktorů, přesto je integrativní psychosomatika zahrnuje do oblasti svého působení. U těchto poruch lze předpokládat patologické průběhy s psychosociálními kořeny a také sekundární vyvinutí psychických obtíží z primárně somatické poruchy. Patřily by sem různé infekce, poruchy prokrvení, úrazy, nádory a další.

Nemoci s chronickým průběhem – Psychosomatika zde má za úkol především překlenout a zprostředkovat rozdílný jazyk lékařů a pacientů. Pokud se tyto dva jazyky mýjí, je pro pacienta těžké zpracovat nemoc, přijmout diagnózu a léčbu, většina intervencí pak selhává, neboť pacienti nepochopili ani svou chorobu ani smysl a nutnost léčby.

Nemoci po medicínském zásahu – I zde je na místě psychosomatické uvažování, spousta operativních zásahů (např. transplantace orgánů či umístění kardiostimulátoru) může u pacientů vyvolat psychické obtíže, je tedy na místě včas rozeznat indikaci psychoterapeutické či psychosomatické léčby.

Nemoci charakteru extrémní existenciální situace – Komplikované operace, léčba nádorových onemocnění, tedy situace často hraničící mezi životem a smrtí vyvolávají jak v pacientech a jejich okolí, tak i ve zdravotnickém personálu existenciální tíseň, na kterou často nejsou připraveni a neumějí s ní zacházet. Psychosomatika zde může pomoci formou supervizí či Balintovských skupin zabránit obranným strategiím, jako je potlačování, v těchto přetěžujících situacích (Danzer, 2010).

Jiné rozlišení psychosomatických poruch do čtyř skupin uvádí H. Morschitzky a S. Sator (2007):

Poruchy celkového tělesného schématu – Někdy se objeví u většiny lidí, aniž by je považovali za nemoc, jedná se o tělesné symptomy, jako je bolest hlavy, zažívací či žaludeční obtíže. Tyto poruchy jsou převážně psychosociálně podmíněné, nevznikají však u nich žádné poruchy orgánů ani chorobné změny tkání, mohou se však časem změnit ve funkční nebo somatoformní poruchy, které už za nemoc považované jsou.

Funkční poruchy – Jsou to poruchy funkce bez organického nálezu, nemusí být nutně psychogenní (např. funkční poruchy způsobené zneužíváním alkoholu). Takto postižení lidé se cítí nemocní a vyhledávají zdravotní péči, ačkoliv jsou vlastně zdraví (pro jejich onemocnění se nenachází žádná organická porucha). Patří sem disociativní poruchy a poruchy somatoformní, kterým budeme později věnovat celou kapitolu. Disociativní poruchy jsou vlastně neorganickým poškozením v oblasti smyslového vnímání či volní motoriky a jsou často vyvolané psychickým traumatem, problémovými mezilidskými vztahy či neřešitelnými konflikty. Při těchto poruchách, které byly dříve označovány jako

konverzní, jsou psychické a tělesné funkce rozštěpeny (disociovány). V porovnání se somatoformními poruchami jsou disociativní poruchy méně rozšířeny.

Psychosomatické poruchy v užším smyslu – Jedná se o choroby, kdy orgány jsou prokazatelně poškozené a na etiopatogenezi a udržování nemoci se významnou měrou podílejí psychické a sociální faktory. Řadíme sem např. ekzém či asthma bronchiale a tyto poruchy vyžadují dvojitou diagnózu, jednak kód pro organickou poruchu a také kód pro psychologické faktory. Mělo by se tedy užívat označení „psychologické faktory a vlivy chování u např. střevní vředové choroby“. Tito pacienti často odmítají možnost psychického podmínění a dožadují se ryze somatické léčby.

Somatopsychická onemocnění – Jsou to primárně organická onemocnění, která mají za následek psychosociální obtíže a jsou náročné na psychické zpracování. Z dnešního bio-psycho-sociálního pohledu mohou takové být vlastně veškeré nemoci, avšak typickými příklady jsou AIDS, rakovina, diabetes mellitus, epilepsie a jiné (Morschitzky, Sator, 2007).

Za **psychosomaticky nemocného** považujeme jedince, u něhož jsou psychosociální faktory důležitou či nezbytnou součástí optimální diagnostiky a léčby. Psychosomaticky nemocní jedinci mají některé společné charakteristiky a vlastnosti. Jedním z nich je soustředění se pacienta na tělesné obtíže a opakování stesků z tělesné oblasti i přes opakovanou snahu lékaře/psychologa upozornit na zjevné psychické a sociální problémy, které způsobují jeho trápení. Říkáme tomu somatizace psychických a sociálních problémů, která je různou měrou nevědomá a je tedy náročné dovést pacienta k vědomému náhledu. Navíc být somaticky nemocný je naší kulturou lépe přijímáno a dotyčného to nediskvalifikuje, může to přinášet i různé výhody (sekundární zisk z nemoci). Naopak psychické onemocnění není společností tak snadno přijímáno a je tedy spíše ostudou a něčím, co si člověk musí vyřešit sám, není tedy divu, že dochází k somatizaci (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993). Psychosomaticky nemocní si často těžko dokážou představit, že jejich symptomy mohou znamenat i něco více než somatickou poruchu, mívají menší schopnost abstraktního myšlení a sebepercepce a zdá se, že jsou schopni popisovat svoji zkušenost jen v terminologii svých fyzických symptomů (Kohutis, 2010).

1.3 Přehled vývoje psychosomatických přístupů

Dalo by se říci, že psychosomatika je stará jako lidstvo samo, stačí pomyslet na šamany a přírodní léčitele, kteří provázeli lidstvo od nepaměti. Existence mnoha úsloví, která běžně používáme, a která poukazují na spojitost těla a duše (něco mi leží v žaludku, praskne mi z toho hlava apod.), to jen potvrzuje (Poněšický, 2002). Psychosomatické jevy jsou tedy známy odedávna a psychosomatické myšlení se objevuje už u **řeckých lékařů** jako **Hippokrates** (učení o čtyřech tělesných šťávách) či **Aviccena**, který provedl experiment s beranem a vlkem. Umístil vlka do vedlejšího výběhu vedle berana, který po několika dnech, aniž by byl přímo ohrožen na životě, přestal žrát a pošel (Komárek, 2005; Bendová, 2006).

Dualismus, tedy rozčlenění člověka na tělo a duši vnesl do medicíny již **Galenos**. Francouzský filosof a matematik **René Descartes** také zastával dualistické pojetí, rozdělil **jevy hmotné res extensa** (princip fyzický), kterými by se měla zabývat pouze věda (medicína) a **jevy nehmotné res cogitans** (princip duchovní), které jsou v zájmu duchovních disciplín. Tento filosofický základ dal vzniknout **dnešnímu biomedicínskému přístupu**, který pro praxi ještě v polovině 19. století završil pruský patolog **Vichrow**. Ve Vichrowě pojetí je příčinou nemoci porucha tkání a buněk, která se projevuje různými symptomy (Honzák, 2005; Chvála 2009). Zajímavé je, že dichotomie duše a těla neexistuje v judaistickém pohledu, hebrejščina totiž nemá slovo tělo (sóma). Slovo „gúf“ znamená jen mrtvolu. Nelze mluvit o člověku ve významech těla a duše, existuje však slovo „basár“, jež znamená živé tělo, celek, duše není protipól k tělu, duše je člověk (Kučírek, 2006). **Biomedicínský přístup** v západní vědě se vždy díval na tělo jako na kompletně biologickou entitu a přehlížel, že tělo je také produktem sociální a kulturní konstrukce. Přestože v posledních dekádách značně vzrostlo uznání nebiologických vlivů na vznik a průběh nemoci, západní medicína se stále soustředí na tvrdá data a ve výzkumech se snaží identifikovat geny, které mohou způsobovat mentální poruchy jako je schizofrenie či deprese (So, 2008).

Už koncem 19. století se striktně biologizující přístup v medicíně stal neúnosným a zájem lékařů k psychické složce onemocnění podnítil zejména nástup psychoanalýzy a Sigmund Freud, který popsal vliv nevědomých psychických procesů na tělesné reakce (Chvála, 2009). **Samotný termín psychosomatika** zavedl již v roce **1818** německý lékař **Heinroth** při popisu spánkových poruch (Komárek, 2005; Honzák, 2005). S. Komárek

(2005) považuje za zakladatele novodobé psychosomatiky **Alfreda Adlera**, který se zabýval vzájemným vztahem moci a nemoci a na nemoc se díval z pohledu individuálního charakteru a osudu dané osoby. A. Adler (1935) předpokládá, že nevědomý obsah se dere na povrch skrze hledání nejslabšího místa odporu, kde se posléze projeví. Toto místo může však být u každého jedince zcela jinde, Adler hovoří o tzv. řeči či **dialektu orgánů**. A. Adlera za zakladatele moderní psychosomatiky považuje i L. Sperry (2011), který se podrobně zabývá jeho přínosem v článku „Psychosomatic Medicine Today: Adlerian Contributions“, kde mimo jiné popisuje **orgánovou méněcennost** jako vrozený defekt, slabost či deficienci orgánu nebo celých orgánových soustav. Dalšími významnými mysliteli v psychosomatice byly osobnosti jako Georg Groddeck či biolog Jacob von Uexküll a jeho syn Thure von Uexküll (Komárek, 2005).

Psychoanalýza byla základem pro moderní psychosomatiku, která vznikala v 20. letech. Freud sám však slovo psychosomatika nikdy nepoužil, ani nevytvořil speciální psychosomatickou teorii, přišel ale s teorií konverze, tedy tělesného vyjádření intrapsychických konfliktů, či popsal vznik tělesných a vegetativních symptomů jako doprovod emočních reakcí na vnější podnět. Psychoanalytičtí lékaři byli především židovského původu a během 30. let 20. století po převzetí moci nacisty v Německu byli buď zdecimováni či vyhnáni, což byla rána pro rozvoj psychosomatického smýšlení v Evropě (Chvála, Trapková, 2009; Baštecký et al., 1993). Emigrací analytiků do USA se začíná rozvíjet psychosomatika na americkém kontinentu, kde se rozvíjí **psychosomatická medicína**, zejména zásluhou **Flanders Dunbarové a Franze Alexandra** (Honzák, 2005). Autoři popsal skupinu chorob, u kterých předpokládali specifickou psychogenní etiopatogenezi, jedná se o tzv. „**Chicagskou sedmu**“: peptický vřed, asthma bronchiale, hypertenze, ulcerózní kolitida, revmatoidní artritida, atopický ekzém a hypertyreóza (Bergner, 2009). Alexandrova teorie se zakládá na myšlence, že určité tělesné choroby jsou výsledkem potlačovaného nevědomého psychického konfliktu a zároveň klade velký význam vegetativnímu nervovému systému v patogenezi těchto poruch. Například k zvyšování krevního tlaku a posléze hypertonii vedou nevybouřené agresivní impulzy, které způsobují dlouhodobou aktivaci sympatiku. Této koncepci, kdy specifické konflikty jsou dávány do souvislosti s určitými chorobami, se říká **teorie specifičnosti**. Z důvodů, které jsme již popsali výše, byla však tato teorie již překonána (Morschitzky, Sator, 2007).

Teorie **nespecifičnosti** naopak vidí etiopatogenezi psychosomatických poruch v působení psychického stresu, zátěžových situací a životních událostí na daného jedince. Tyto teorie se prosazovaly od 60. let 20. století a zajímaly se i o osobnostní proměnné

(hypotéza o chování typu A) a sociální vlivy. **Teorie stresu**, která je jedním z témat behaviorální psychologie, je popularizována v široké veřejnosti. Pojem stres je zároveň nekriticky užíván pro všechny druhy zátěže a jejich následky (Baštecký et al., 1993). Ne všechny druhy stresu jsou však škodlivé, například krátkodobý stres přiměřené intenzity (eustres) přispívá k procvičení daného systému. Škodlivý vliv může mít dlouhodobý stres (distres), to když už jedinec nemá nad ním kontrolu (Faleide, Lian, Faleide, 2010). Stres může být jedním z faktorů, které se spolupodílejí na vzniku nemoci, ne ale každý, kdo je vystaven působení určitého stresoru onemocní. Model náklonnosti člověka k určité nemoci (diatéza) předpokládá spolupůsobení dvou faktorů: vrozená predispozice k určité nemoci a vystavení se určitému stresoru (Křivohlavý, 2009). Pro psychosomatiku byl také přínosem předpoklad Selyeho, že psychosociální stresory budou mít na organismus stejný vliv jako biologické stresory (Honzák, 2005).

Zmíňme ještě psychofyziologicky orientovanou **kortikoviscerální koncepci**, která vychází z teorie o podmíněných reflexech ruského fyziologa Pavlova. Kortikoviscerální teorie popisuje vztahy mezi vyšší nervovou činností a vegetativními funkcemi a tvrdí, že některé fyziologické funkce lze podmínit různými vnitřními i vnějšími podmínkami. Mozková kůra řídí činnost vnitřních orgánů (Baštecký et al., 1993). Další významnou psychosomatickou koncepcí, o které by se však dala napsat další samostatná práce, my ji ale jen zmíníme, je **alexitymie**, kterou popsali v 70. letech 20. století Sifneos a Nemiah. Psychosomatické pacienti se podle této teorie vyznačují tím, že nedokážou rozpoznat a popsat svoje emoce a pocity a místo toho je promítají do somatických symptomů (Honzák, 2005).

Velmi důležitý byl pro vývoj psychosomatiky **bio-psycho-sociální model**, který v 70. letech nejprve navrhl americký psychoanalytik **George Engel** a později v 80. letech rozpracoval kanadský psychosomatik **Lipowski**. Tento celostní integrativní model nemoci, který popisuje vzájemné ovlivňování těla, duše a sociálního okolí, je koncepčním rámcem moderní psychosomatiky (Honzák, 2005; Morschitzky, Sator, 2007). V dnešní době se uvažuje v rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu, kde je přidaná ještě dimenze spirituality, tedy existenciálně-intelektuální, morální či sebezpřesahující dimenze osobnosti (Orel, Facová, 2009). Zajímavou studii na toto téma provedl v Polsku na souboru 683 vysokoškolských studentů pedagogiky K. Mausch (2008). Autor předpokládal statistickou korelaci mezi vnímaným smyslem života a psychosomatickými obtížemi, přesněji, že vyšší míra pocitu smysluplnosti života bude souviset s nižším výskytem psychosomatických

symptomů (autor používá termín noopsychosomatické, tedy spirituálně-psychosomatické obtíže), a tato korelace byla i prokázána.

Od celostního pojetí už není daleko **k multifaktoriálnímu modelu** patogeneze, který překonává monokauzální lineární model a popisuje propletenou síť různých faktorů, které se navzájem ovlivňují, a teprve tato interakce vede k onemocnění. Multifaktoriální teorie také připouští, že ke stejnému onemocnění mohou různí lidé dospět odlišným způsobem. Dalším zdrojem psychosomatiky je **systemový přístup**, který chápe problémy jako komplexní ve svých vnitřních i vnějších souvislostech a z hlediska kauzality pracuje s cirkulárním pojetím (Baštecký et al., 1993). Taktéž **daseinsanalýza** vycházející z M. Heideggera a M. Bose má k psychosomatice co říci. Místo o psychosomatické medicíně navrhuje hovořit o antropologické medicíně a místo pojmu tělo používat pojem tělovost. Daseinsanalýza se dívá na člověka v jeho celistvosti, narušení celistvosti existence se pak projeví jako tělesné onemocnění, přičemž cílem je hledat smysl onemocnění, ne jeho příčiny (Kučírek, 2006).

Na území dřívějšího Československa se dlouhou dobu psychosomatika příliš nerozvíjela a byla spíše koníčkem některých lékařů a psychologů. Převažoval biomedicínský přístup a psychoanalýza nebyla rozšířena, tudíž ani psychosomatické teorie z ní vycházející. V 50. letech 20. století sice převládla kortikoviscerální teorie, neměla však širokou klinickou aplikaci. Od 70. let 20. století se začala psychosomatika prosazovat i v našich institucích, bylo založeno několik psychosomatických lůžkových jednotek a poliklinických oddělení a začali se konat konference na toto téma (Baštecký et al., 1993). V současné době u nás pořádá konference o psychosomatice V. Chvála a L. Trapková, v roce 2012 proběhla v Liberci již 14. konference psychosomatické medicíny. Výuku lékařské psychologie zavedla na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně v roce 2005 M. Bendová.

1.4 Etiopatogeneze psychosomatických onemocnění

Podle etiologie lze poruchy dělit na **vrozené neboli konstituční** a **získané** jako důsledek různých vlivů, v psychosomatice se tyto dvě složky často prolínají. Různé stresové emocionální podněty vyvolávají reakci v autonomním nervovém systému (sympatikus, parasympatikus), což vede k různým psychosomatickým reakcím. U psychosomaticky nemocných často vidíme určitou klinickou citlivost (symptom specifity),

kteřá se však může v delších časových obdobích přesouvat na jinou oblast. Podle klinické manifestace můžeme **vegetativní symptom** dělit na **všeobecný**, který se neváže na určitou orgánovou soustavu a na **orgánový** vázající se k určitému orgánu či orgánové soustavě (Irmíš, 2006). C. Bronstein (2011) uvádí dvě hlavní pojetí ve snaze pochopit mechanismy psychosomatických onemocnění. První z nich vidí symptom jako produkt psychického konfliktu, který doprovází nevědomé fantazie a druhé z nich dává důraz na deficit v psychické struktuře pacienta. Deficitem myslí nedostatek kapacity pro vyjadřování a prožívání konfliktu skrze fantazii a psychické reprezentace.

J. Poněšický (2002) shrnuje do čtyř tezí to, co je společné všem psychosomatickým poruchám. První tezí je předpoklad, že reakce našeho těla je tím pravděpodobnější a intenzivnější, čím máme méně osobnostních prostředků ke zvládnání náročných životních situací, například snížená frustrační tolerance. Dále pokud dojde k **potlačení** či vyhnutí se **emoční reakci**, dojde k zvýšení napětí v určité tělesné oblasti a vzniku tělesného symptomu. Druhá teze hovoří o **zástupné psychosomatické reakci** v případě nedostatečných psychických obran. Tělo tak převezme komunikační funkci. Podle třetí teze přispívají ke vzniku psychosomatických poruch **dva extrémy: velmi nízká diference psychického** od jednoty psychosomatické, člověk pak reaguje velmi intenzivně, automaticky a je otrokem svých tělesných impulzů; druhým extrémem je naopak **příliš vysoká diference psychického** bez vzájemného propojení s tělesným, psychika i tělo tak reagují naprosto odděleně. Poslední teze popisuje **negativní vztah k vlastnímu tělu** jako faktor přispívající ke vzniku psychosomatického onemocnění. Tělo je chápáno jako oddělená část od naší osobnosti, pouhá tělesná schránka, objekt vhodný k projekci všeho negativního a nepřátelského. J. Poněšický (2011) v jiné své knize k tomuto tématu uvádí, že lidé, kteří vnímají své tělo jako objekt, v mládí jako prostředek ke kráse a výkonu, ve stáří jako přítěž, která již optimálně nefunguje, mají větší sklon k psychosomatickým poruchám.

Podle daseinsanalýzy svoboda znamená možnost být sám sebou a nemoc znamená ztrátu této svobody. Jádro nemoci psychosomatických poruch spočívá tedy v nemožnosti se svobodně rozhodovat a naplňovat tak možnost být sám sebou. Jakási „vnitřní zábrana“, například neorganická srdeční arytmie při řízení auta, člověku zabraňuje v této činnosti, ačkoliv dovednost pro ni má. Svobodná volba a psychosomatické onemocnění je taktéž propojeno s otázkami viny. Pocity viny dle daseinsanalýzy znamenají, že se člověk nějak proviňuje na možnosti být sám sebou. Úzkost je pocitem, který ohlašuje ohrožení možnosti být sám sebou. S možností být sám sebou úzce souvisí vztahové možnosti a právě v jejich

narušení vidí daseinsanalýza podstatu psychosomatických onemocnění. Narušené vztahové možnosti jsou zúžené či některé zcela zablokované, člověk jich pak není schopen nebo k nim přistupuje stereotypně, například jedinec neumí říci „ne“ požadavkům okolí (Čálek, 2005).

Jiný český odborník K. Balcar (2006) uvádí jako významný zdroj psychosomatických poruch **neodžité emoce**, zejména ty dysforické, jako je například hněv, úzkost či strach. Jde zde zejména o emoce, které jedinec nemůže či nesmí dát najevo a odreagovat je, patologické však nejsou emoce samy o sobě, nýbrž nepřiměřenost, jak se s nimi jedinec vyrovnává. Novodobá psychofyziologická hypotéza předpokládá, že určité druhy emočního přetěžování organismu vyvolávají nezužitkovanou fyziologickou energetickou aktivaci, která pak rozdílně přetěžuje různé orgány. Dalším zdrojem pro psychosomatické onemocnění může být a často bývá **citově náročný vnitřní konflikt**. K lepšímu pochopení vzniku daného onemocnění je třeba uvažovat zejména o třech činitelích: **konstituční somatické dispozi**ci, která je z velké části dědičná, ale vlivem okolních podmínek se může i měnit; **přítomnosti konfliktu**, který je často nevědomý a citově náročný; **psychofyziologickém učení**, díky němuž jsou symptomy zpevnovány, protože přináší nějaký zisk, úlevu či fungují jako způsob komunikace.

Němečtí autoři W. Tress, J. Krusse a J. Ott (2008) uvádějí pět modelů příčin podílejících se na tělesné symptomatice – **Tělesná symptomatika jako:**

- **symbolický výraz určitého konfliktu (konverze)** – Člověk vyjadřuje svoje emoce a přání tělesným symptomem, například psychogenní hluchota může vyjadřovat, že někoho nechce slyšet. Konverzní symptomy často vycházejí z nevědomých nahromaděných agresivních či sexuálních impulzů;
- **výraz ekvivalentu afektu v rámci konfliktní problematiky** – Vědomé či nevědomé afekty mohou vést k vegetativnímu napětí a to pak např. k funkčnímu onemocnění. Platí to zejména při vytěšňování dysforických afektů, jako je zloba, smutek či úzkost, což může vést k tělesným obtížím;
- **výraz nezralých afektů v rámci určité nespecifické zátěžové situace** – V tomto případě nejsou tělesné příznaky symbolickým vyjádřením konfliktu, ale tito pacienti mají malou schopnost prožívat a vyjadřovat své emoce, jak k sobě samému, tak ve vztahu k druhým, což vede k trvalému vegetativnímu přetížení a následně tělesným obtížím;

- **výraz zamrzlých impulsů k jednání po zátěžové reakci** – Působící zátěžové situace mohou vést k napětí, které se pak může v těle dlouhodobě ukládat. Jedná se např. o situaci, kdy dítě má hněv, ale ze strachu z trestu tento impuls neprojeví a zatíná jen zuby. Takto mohou vznikat například bolesti svalů;
- **výraz traumatických životních zkušeností** – tělesná symptomatika může být součástí tělesného flash-backu či vegetativního vzrušení při znovuoživení intenzivních pocitů spojených s traumatem, které jsou však často nezpracovány vědomě.

Některé psychosomatické poruchy mohou být podmíněny kromě jiného i společenskými a rodinnými vlivy. Jako společnost současně uznáváme zejména tělesné příznaky, které jsou legitimní k ulehnutí, prohlášení se za nemocného a tedy i k získání pracovní neschopnosti, není tedy divu, že své psychosomatické potíže často vyjadřujeme pouze tělesně. Takovéto nastavení funguje často i v rodině, kdy nejslabší členek rodiny na sebe bere problémy ostatních, pozornost je zaměřena na něj a tak i nevědomě udržuje rodinu pohromadě (Poněšický, 2004). Už F. Alexander (1948, in Poněšický, 2004; také in Hašto, 2003) popisoval psychosomatické poruchy jako **problém interpersonální psychodynamiky** jedince ve spojitosti hyperstimulace sympatiku či parasympatiku. Při afektivním agresivním vyladění směřujícímu k boji či útěku vzniká reakce sympatiku. Boj či útěk je ale z nějakých příčin znemožněn. Tomu by mohly dopovídat například migrény či hypertenze. Parasympatická reakce naopak odpovídá pasivní tendenci reagovat závislostně a přizpůsobením. To by mohlo vést například k astmatu či peptickému vředu.

Pro vznik psychosomatických poruch mají také význam rané frustrace a konflikty. Bylo sepsáno několik **rizikových biografických faktorů**, uvádíme zde jen některé: dlouhodobá disharmonie a vztahová patologie v rodině, nechtěné dítě, psychická porucha rodičů, špatné kontakty s vrstevníky, nepřítomnost otce, autoritativní výchova otce, nízký socioekonomický status (Egle, 1997, in Hašto, 2003).

Po rozebrání etiopatogeneze by v logické návaznosti měla následovat diagnostika a terapie, vzhledem k užšímu změření práce přímo na somatoformní poruchy, však toto pojednání uvedeme na konci druhé kapitoly o somatoformních poruchách. Tyto zásady diagnostiky a terapie však obecně můžeme vztáhnout na všechny tzv. psychosomatické poruchy. Po obecnější části o psychosomatických nemocech tedy následuje druhá kapitola, která se podrobněji zabývá somatoformními poruchami a medicínsky nevysvětlitelnými příznaky.

2 Somatoformní poruchy

Somatoformní poruchy spadají v systému Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (dále jen MKN-10) do diagnostické kategorie poruch F40-F49 (Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy), která je charakterizovaná poruchami emotivity, labilitou, úzkostnými a depresivními náladami a takto postižení jedinci aktivně vyhledávají lékařskou pomoc. Tyto často se vyskytující poruchy mohou být reakcí na tíživé životní situace a události, neřešitelné problémy či etiologie není jasná (Pavlovský, 2009).

2.1 Vymezení poruch a somatizace

Somatoformní poruchy (F45) se vyznačují **dlouhodobě trvajících tělesnými obtížemi, které však nemají dostatečné vysvětlení v organické příčině**. Předpokládá se, že na jejich vzniku se podílí psychické a sociální faktory. Symptomy se často objevují v souvislosti s náročnými životními událostmi a konflikty a narušují normální schopnost fungování. Příčina těchto obtíží je nevědomá a většina pacientů psychické příčiny odmítá a dožaduje se dalších a dalších somatických vyšetření. Nepoměr mezi subjektivními obtížemi pacienta a objektivním somatickým nálezem je značný (Tress et al., 2008; Svoboda, 2006; Bouček, 2006). Přitom je nutno k pacientům přistupovat vážně a s pochopením, jako k jakýmkoli jiným pacientům, jelikož pacient si příznaky nevymýšlí, nesimuluje a subjektivně je opravdu prožívá (Praško, Herman, 2008). Pacienti se somatoformní poruchou oproti jiným skupinám pacientů nadprůměrně využívají lékařskou péči a výkony, což způsobuje vysoké náklady na jejich léčbu, na které se mimo jiné podílí i neindikované hospitalizace, chirurgické zákroky a drahá přístrojová vyšetření. Dobrý výsledek léčby se přitom nedostavuje, tyto náklady by se daly snížit včasnou psychosomatickou péčí, která by zabránila chronifikaci (Tress et al., 2008).

Výskyt této poruchy v populaci udávaný různými autory se liší. J. Bouček (2006) uvádí, že v ordinacích praktických lékařů se až u 20-50% nemocných nenajde pro jejich příznaky jasná tělesná příčina, neuvádí však, zda se tento odhad týká české populace či nikoliv. Střednější odhad **prevalence** somatoformních poruch v primární péči v tuzemsku je 8% (Praško, Prašková, Horáček, Fremund, 2002). Zahraniční autoři H. Morschitzky a S. Sator (2007) mluví o 30% pacientů se somatoformní poruchou z objemu pacientů praktických lékařů. V zahraniční studii, kde byly zkoumány tři skupiny subjektů, dvě

skupiny vysokoškolských studentů a jedna skupina pacientů v primární péči, vyšla prevalence somatoformních symptomů následovně: u dvou skupin studentů 11% a 12%, u skupiny pacientů v primární péči 20% (Jasper, Hiller, Rist, Bailer, Witthöft, 2012). Je nutno brát v úvahu, že uvedená data se liší zemí, odkud pochází autoři i tím, co všechno zahrnují pod pojem somatoformní symptomy. Bereme tedy tato procenta pouze orientačně a chceme tím poukázat pouze na to, že somatoformní poruchy nejsou vzácné a neměli by tedy být na okraji zájmu odborníků a celého lékařského systému.

Dánští autoři zkoumali prevalenci somatoformních poruch na vzorku 294 hospitalizovaných pacientů na oddělení interní medicíny a použili jak klasifikaci MKN-10, tak DSM-IV. Diagnostická kritéria pro MKN-10 splnilo 18,1% a pro DSM-IV 20,2% pacientů. Studie také našla vyšší prevalenci somatoformní poruchy u mladých žen (ve vyšším věku však genderový rozdíl nebyl) a 36% pacientů se somatoformní poruchou mělo další psychiatrickou komorbidní diagnózu – 11% depresi a 25% úzkostnou poruchu (Fink, Hansen, Oxhøj, 2004). Australští autoři upozorňují na to, že somatoformní poruchy jsou neprávem ignorovány psychiatry zabývající se starými lidmi. Předmětem zájmu psychogeriatrických služeb jsou zejména pacienti s kognitivními, afektivními, psychotickými poruchami a poruchami chování. V některých případech mohou praktici i pacienti chybně připisovat somatické příznaky procesu stárnutí (Wijeratne, Brodaty, Hickie, 2003).

Termín **somatoformní**, který nahradil dřívější pojem „tělesné funkční poruchy psychického původu“, značí poruchu, která se nejprve zdá, jako by byla tělesného původu, ale pozdější vyšetření neprokáže somatickou příčinu. Neměli bychom však pojem somatoformní ztotožňovat s pojmem psychogenní. Multidimenzionální přístup počítá s kombinací a vzájemným ovlivňováním nejrůznějších psychologických, biologických i sociálních faktorů. Somatoformní porucha však nevylučuje jiné somatické onemocnění, které může být přítomno, to ale zároveň nevysvětluje tíživost, závažnost a rozmanitost symptomů. Pacienty se somatoformními poruchami najdeme spíše v péči praktických lékařů a internistů než psychiatrů a psychologů. Pacienti nerozumí tomu, proč pro jejich nemoc nemá medicína vysvětlení a obávají se toho, že je společnost označí za „blázný“, psychicky nemocné či „hypochoondry“. U některých pacientů se somatoformní poruchou se vyskytují i deprese, úzkosti či poruchy osobnosti, u jiných naopak psychické obtíže chybí. I když popisují náročné životní situace, mluví o nich jakoby bez emocí a jen těžko si dovedou představit, jak mohou souviset s jejich tělesnými obtížemi (Morschitzky, Sator,

2007). Somatoformní poruchy tedy vykazují **vyšší komorbiditu**, jak v rámci své skupiny - mezi sebou, tak i s jinými duševními poruchami (Chromý, 2005).

Individuálnost a rozmanitost potíží i osobností pacientů se somatoformní poruchou výstižně shrnuje W. Tress, J. Krusse a J. Ott (2008), kteří uvádějí, v čem se jednotliví pacienti liší: **v modelu vzniku nemoci** – někteří trvají na somatické příčině, jiní připustí psychické příčiny poměrně rychle; **v chování v nemoci** – někteří pacienti navštěvují svého praktického lékaře „jenom“ jednou za tři měsíce, jiní lékaře často střídají či využívají pohotovosti a hospitalizací; **v emocionálně doprovodné reakci** – někteří pacienti prožívají zároveň i úzkost, depresi či agresi, jiní si žádné jiné psychické problémy nepřipouští a své emoce nedokážou pojmenovat.

J. Křivohlavý (2002) také pojednává o velké skupině pacientů, kteří navštěvují praktického lékaře se stížnostmi na somatické onemocnění, ale jedná se u nich spíše o psychické a emocionální obtíže. Autor tyto nemocné dělí do tří skupin. První skupinu tvoří tzv. „**somatizéři**“ (somatizers). Jedná se o pacienty, kteří somatizují, tedy svoji psychickou nepohodu dávají najevo skrze tělesné symptomy, v případě, že se dostanou do nějaké zátěžové životní situace, krize, konfliktu či je napadeno jejich sebehodnocení a tuto situaci nejsou schopni sami zvládnout. Další skupinou jsou pacienti „**ustrášení**“ (worry-well), kteří si dělají nepřiměřeně velké starosti o svůj zdravotní stav a neustále se jím zabývají. V laické mluvě je nazýváme hypochondry, jsou to lidé, kteří mají tendenci zveličovat malé zdravotní problémy a mít nepřiměřené obavy z toho, že trpí závažnou nemocí. Třetí skupinou pacientů jsou lidé, kteří mají ze somatické nemoci určitý užitek, tzv. **sekundární zisk**, což může být nevědomý mechanismus, ale patří sem i „**simulanti**“, kteří vědomě předstírají nemoc. Ziskem může být například invalidní důchod, útek od namáhavé životní situace či i zážitek péče o svou vlastní osobu.

Lidé se somatoformní poruchou tendují k intenzivnímu prožívání tělesných symptomů a nepohody, často se svěřují se svými somatickými steskami okolí, vyhledávají a posléze lpí na lékařské péči. Příčiny nepohody hledají v tělesném onemocnění. Jedná se o **tzv. somatizaci**, tedy o psychogenní funkční tělesné poruchy bez zjevného orgánového poškození. Emocionální reaktivita se promítá do tělesných symptomů, nejčastěji jde o vegetativní poruchy. Psychosomatické poruchy vznikají také tak, že **potlačujeme určité afekty, zejména ty negativní**. Místo zlosti reagujeme svalovým napětím, zvracíme místo vyjádření protestu apod. (Poněšický, 2010). Somatizace je z psychologického hlediska vyjádření afektu tělesnou reakcí. Jakého orgánu či orgánového systému se bude týkat, záleží na fyziologické funkci daného orgánu a na symbolické podobnosti s určitým afektem, který vyvolává nepříjemný zážitek, což bude u různých lidí různé (Poněšický, Chvála, 2010). U pacientů se somatoformní poruchou můžeme najít již v psychickém vývoji vazbu afektů na tělesné symptomy, které mají tyto lidé tendenci akcentovaně vnímat.

Ve spojitosti s touto dispozicí pak v zátěžových situacích často **nedokážou své emoce vyjádřit**, ventilace pak proběhne skrze tělesné symptomy (Svoboda, 2006).

Je třeba **rozlišit somatizaci od konverze**, somatizace postihuje vegetativní systém a vnímání bolesti, kdežto konverzní poruchy senzorio-motorický aparát. Emoce mají svoji tělesnou i psychickou složku, pokud ta psychická chybí nebo je potlačena, o to více se projeví složka tělesná. V raném dětství jsou pod vlivem výchovy k vzorcům chování přiřazeny určité emoce, což bychom mohli nazvat desomatizací. V případě velké psychické zátěže, ale tento proces může být obrácen zase nazpět, jde o somatizaci afektů či resomatizaci. Rozdíl mezi konverzí a somatizací se projeví i v rozdílném přístupu v terapii. U konverzních poruch je snaha rozluštit symboliku symptomu a u somatizace pro ozřejmění psychického konfliktu je třeba přiřadit afekt k tělesnému symptomu (Poněšický, 2010).

Podle psychoanalýzy je somatizace primitivní psychická obrana, kdy subjekt skrze somatické kanály projevuje zvýšenou tenzi, která je psychicky neúnosná. Psychický konflikt zůstává nevědomý, ale aktualizuje se skrze somatický symptom. Mentální organizace poskytuje ochranu od somatické reakce, čím je bohatší a různorodější výsledek mentální práce, tím je menší riziko somatizace a naopak čím je vyšší dezorganizace a ochuzení psychických procesů, tím se somatizace objeví spíše. Somatická odpověď regresivně udržuje křehkou mentální strukturu. Somatizace je regresí od vyspělejších psychických obran (Fischbein, 2011).

Vývoj pojmu **somatizace** potažmo i somatoformní poruchy úzce souvisí s vývojem pojmu hysterie. Již ve Starém Egyptě se lékaři domnívali, že některé tělesné symptomy jsou zapříčiněny cestováním orgánů, především dělohy, uvnitř těla. Toto přesvědčení přetrvávalo až do 17. století, kdy si lékaři povšimli přítomnosti poruchy i u mužů a poukázali na emoční původ. Velký zájem o monosymptomatické formy hysterie byl v 19. a na počátku 20. století, kdy se touto chorobou zabývali lékaři jako J.-M. Charcot, P. Janet, J. Breuer a S. Freud. Polysymptomatické formy hysterie popsal již v 19. století P. Briquet, větší zájem o ně ale propukl až v druhé polovině 20. století, kdy v roce 1970 byla v USA polysymptomatická forma pojmenována **Bricquetův syndrom**. V roce 1980 pak byl přejmenován **na somatizační poruchu** a byla vytvořena diagnostická kritéria určitého počtu organicky nevysvětlitelných symptomů. Ze začátku byla přisuzována velice nízká prevalence této poruše, ale časté střídání lékařů stejnými pacienty a vysoká ekonomická náročnost léčby těchto pacientů byla známa. Somatizující pacienti byli také postupně

oddělení od konverzní poruchy a popisování také jako „larvovaná deprese“, „funkční somatické syndromy“ či „na symptomech založený stav“ (Chromý, 2005).

Somatizace byla dříve považována za fenomén západní společnosti, ale měli bychom ji spíše chápat jako univerzální zkušenost, kterou lze najít ve všech kulturách. Somatizace zdůrazňuje signifikantní vzájemný vztah mezi tělem a psyché. Zkušenost s nemocí často reflektuje kulturu, ve které žijeme, daná kultura spoluvytváří smysl nemoci. Západní medicína, kde je dlouhá historie psychologické explanace psychických poruch, vidí pacienty se somatoformní poruchou jako ty, co mají maladaptivní copingové strategie, což může být jednou z podmínek, která tyto pacienty stigmatizuje. Diagnóza somatizace často také vede ke stigmatizaci pacientů jako excesivních uživatelů péče v mainstreamové lékařské komunitě. Naopak východní civilizace mají silnou tradici v holismu těla a duše, takže integrace psychických a tělesných stránek nemoci je běžná. Sociální a kulturní kontext, v kterém se člověk narodí, má silný vliv na jeho model chápání nemoci (So, 2008).

Diagnostická kategorie somatoformní poruchy se poprvé objevila v DSM-III (Diagnosticko statistickém manuálu) před více než čtvrt stoletím a je někde na pomezí mezi somatickou medicínou a psychiatrií. Od té doby, co se staly tyto poruchy samostatnou diagnostickou kategorií, jejich konceptualizace a kategorizace vzbuzovala **rozsáhlé debaty a kontroverzi**. Současný koncept somatizace a diagnostických kritérií pro somatoformní poruchy má teoretické i praktické omezení a výzkumníci i praktici se shodují, že koncept somatizace a jeho operacionalizace do kategorie somatoformních poruch by měl být přezkoumán v příštích revizích mezinárodních klasifikačních systémů nemocí (Janca, Isaac, Ventouras, 2006). Soubor poruch spadajících do somatoformních poruch (dle MKN-10) je příliš heterogenní. Hypochondrická a dysmorfofobická porucha má více společného spíše s úzkostnými poruchami. Somatizační porucha a bolestivá porucha jsou charakterizovány spíše nepříjemnými somatickými pocity. Nejjednodušším řešením revize somatoformních poruch by mohlo být limitování této kategorie právě jen na tuto druhou skupinu poruch (Wijeratne, Brodaty, Hickie, 2003). Dalším návrhem pro revizi somatoformních poruch v příštích vydáních mezinárodních klasifikací nemocí je zahrnutí psychologických a behaviorálních charakteristik, které byly zkoumány v empirickém výzkumu, příkladem může být zaměření pozornosti na symptomy či katastrofizování symptomů (Rief, Isaac, 2007).

2.2 Třídění a popis jednotlivých poruch

Vraťme se ještě pro úplnost a přehlednost k pojetí psychosomatických poruch podle **F. Alexandra**, které s členěním poruch dle MKN-10 porovnává J. Hašto. F. Alexander (1950, in Hašto, 2003) rozlišil konverzní neurózy, vegetativní neurózy a psychosomatózy, přičemž všem je společný význam psychických faktorů pro etiopatogenezi a tělesné symptomy vystupující do popředí.

Ke **konverzním neurózám** lze v MKN-10 přiřadit ty poruchy, kde hraje důležitou roli **mechanismus konverze a disociace**. Jsou to dissociativní poruchy (F44), **somatizační porucha** (F45.0), **nediferencovaná somatizační porucha** (F45.1) a **přetrvávající somatoformní bolestivá porucha** (F45.4). Disociaci lze popsat jako rozštěpení duševního a tělesného prožívání (Hašto, 2003). Konverze je „*proces, jímž se psychický konflikt a potlačený afekt obrací v tělesný příznak*“ (Hartl, 2004, s. 117).

Vegetativní neurózy najdeme v MKN-10 pod diagnózou **somatoformní vegetativní dysfunkce** (F45.3). Dlouhodobé či naléhavě opakující se stavy emočního napětí mají negativní vliv na vegetativní funkce. Symptomy tu jsou **vegetativním vyjádřením více či méně nevědomých emocí**, nejsou symbolickým vyjádřením konfliktu, jak tomu bylo u konverzních poruch (Hašto, 2003).

Psychosomatózy, u kterých mohou být **organické léze**, lze najít v diagnostické kategorii MKN-10 **psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde** (F54) (Hašto, 2003).

V současnosti se používají dva hlavní klasifikační systémy – **Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize** (dále jen **MKN-10**) a **Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, IV. revize** (dále jen **DSM-IV**). Tyto klasifikační systémy jsou čas od času přerabovávány a v současné době se chystají nové revize. Oba systémy klasifikují somatoformní poruchy rozdílně (Baštecký et al., 1993; Chromý, 2005). Přestože se budeme v popisu jednotlivých poruch řídit dle MKN-10, uvedeme zde pro úplnost stručně i porovnání s DSM-IV.

DSM-IV uvádí následující výčet poruch: somatizační porucha, nediferencovaná somatoformní porucha, konverzní porucha, bolestivá porucha, hypochondrie, tělesná dysmorfofobická porucha, nespecifikovaná somatoformní porucha. Největší rozdíl je zahrnutí konverzní poruchy, která v MKN-10 mezi somatoformní poruchy nepatří. MKN-10 také řadí tělesnou dysmorfofobickou poruchu pod kód hypochondrické poruchy. U somatizační poruchy chybí v DSM-IV kritérium nepřesvědčitelnosti o psychické podmíněnosti a naopak definice poruchy je zde mnohem přísnější (Chromý, 2005). U mužů je třeba, aby bylo přítomno 12 a u žen 14 symptomů z celkového počtu 37 symptomů, přičemž byly vyloučeny jejich organické příčiny, aby mohla být diagnostikována somatizační porucha. Tato kritéria splňuje jen velmi málo pacientů, zato méně přísná kritéria nediferencované somatoformní poruchy naplní podstatně více pacientů (So, 2008).

V DSM-IV zároveň chybí samostatná diagnóza somatoformní vegetativní dysfunkce, ta v tomto systému spadá pod somatizační poruchu (Smolík, 1996).

Diagnostickou kategorií **MKN-10 somatoformní poruchy (F45)**, jak už jsme uvedli výše, charakterizuje opakované uvádění tělesných symptomů a stálé žádosti o lékařské vyšetření, i když již dříve nebylo prokázáno organické poškození, možnost psychologických příčin pacient obvykle odmítá (MKN-10, 2006). Následuje výčet jednotlivých poruch a jejich popis.

F45.0 - SOMATIZAČNÍ PORUCHA

Charakterizují ji **mnohočetné, různorodé a často se měnící obtíže**, které přetrvávají **alespoň dva roky** a nebylo pro ně **nalezeno somatické vysvětlení, pacient tento závěr stále odmítá**. Rodinné, sociální a **interpersonální fungování pacienta je často narušeno**. U pacienta mohlo být během let provedeno mnoho nepříjemných vyšetření či zbytečných operací, často dochází také k abúzu léků. Sdělované obtíže se mohou týkat jakéhokoliv orgánu či orgánového systému, nejběžnější jsou gastrointestinální senzace, abnormální pocity na kůži, sexuální a menstruační potíže. Porucha se častěji vyskytuje u žen než u mužů a obvykle začíná v rané dospělosti (MKN-10, 2006). Prevalence se celosvětově odhaduje na 1-3% populace (Morschitzky, Sator, 2007). Somatizační porucha odpovídá dřívějšímu názvu Briquetův syndrom. Pokud potíže trvají méně než dva roky, použije se kódu F45.1 (Baštecký et al., 1993).

Dalším diagnostickým kritériem (kromě těch, které jsou tučně vyznačené výše) je přítomnost **alespoň šesti nebo více následujících příznaků**, přičemž příznaky se mají vyskytovat alespoň ve dvou různých skupinách (převzato od J. Praška a E. Hermana):

Gastrointestinální příznaky

- (1) bolest břicha,
- (2) neusea,
- (3) pocity nadmutí a plynatost,
- (4) špatná chuť v ústech nebo potažený jazyk,
- (5) stížnosti na zvracení nebo regurgitaci potravy,
- (6) stížnosti na časté pohyby střev a průjmy nebo vytékání tekutin z konečníku.

Kardiovaskulární příznaky

- (7) zadýchávání se, které není způsobeno námahou,
- (8) bolesti na hrudi.

Urogenitální systém

- (9) dysurie nebo stížnosti na časté močení,

(10) nepříjemné pocity v genitáliích nebo kolem nich,

(11) stížnosti na neobvyklý nebo silný poševní výtok.

Kožní příznaky a příznaky bolesti

(12) trudovitost,

(13) bolesti končetin nebo kloubů,

(14) nepříjemné znečitlivění nebo pocity pálení (Praško, Herman, 2008, s. 368).

Pacienti se často přespříliš zaobírají svou vlastní osobou a chtějí být druhými obdivováni, proto se chovají dramaticky a nápadně a mohou také s druhými manipulovat (Svoboda, 2006). Somatické příznaky se obvykle objevují už v adolescenci a většinou přetrvávají v různé intenzitě po celý život. Vždy by se měla věnovat pozornost nově vzniklým příznakům, jelikož sama somatizační porucha nevyklučuje přítomnost jiného organického onemocnění a samotné nespecifické symptomy mohou být i počátečním stádiem mnoha nemocí (Baštecký et al., 1993). Emocionální distres většinou vede k tomu, že se u pacientů objeví nové symptomy a oni pak opět vyhledávají lékařskou péči (Papežová, 2004). Podle klinických zkušeností trvá jedna epizoda zhruba šest až devět měsíců, remise pak kolem jednoho roku, poté následuje opětovné zhoršení symptomů či objevení nových (Praško, Herman, 2008).

V rámci **diferenciální diagnózy** by se mělo uvažovat zejména o skutečných somatických chorobách, jako jsou systémová onemocnění či hormonální poruchy. Mnohočetnost a měnlivost symptomů odlišuje somatizační poruchu od ostatních somatoformních poruch (Bouček, 2006). Od hypochondrické poruchy lze odlišit somatizační poruchu tím, že pacienti s touto poruchou vyhledávají léčbu, která by příznaky odstranila a často nadužívají medikamenty. Naopak pacienti s hypochondrickou poruchou se bojí vedlejších účinků léků a skrze časté návštěvy lékařů a početná vyšetření požadují potvrzení přítomnosti domnělé základní nemoci (MKN-10, 2006).

F45.1 - NEDIFERENCOVANÁ SOMATIZAČNÍ PORUCHA

Jedná se o ještě ne plně rozvinutý syndrom somatizační poruchy. I zde musí chybět somatický podklad pro symptomy, ale charakteristické působivé a dramatické stesky se vyskytují méně často, taktéž nemusí být narušeno pacientovo fungování v rodině a společnosti (MKN-10, 2006). Somatické obtíže by měly trvat **alespoň šest měsíců** (Smolík, 1996). Prevalence se udává kolem 10-16% obyvatelstva (Morschitzky, Sator, 2007).

F45.2 - HYPOCHONDRICKÁ PORUCHA

Četné somatické stesky a nadměrné zabývání se vlastním fyzickým vzhledem, ale zejména pacientovo stálé zaobírání se možností, že trpí závažnou a progredující fyzickou nemocí, je typickým rysem této poruchy. Toto přesvědčení se obvykle týká jednoho nebo dvou orgánů či orgánových soustav. Nesmí být přítomny stálé bludy o tělesných funkcích. Průběh onemocnění je chronický a kolísavý, vyskytuje se u mužů i žen a zřídka kdy nastupuje po 50. roce věku. Pacienti většinou odmítají pomoc psychiatra, často skrze symptomy manipulují s okolím, méně často fungují zcela normálně. Podmínkou pro diagnózu je **stále přesvědčení o přítomnosti vážné somatické choroby** (jedné či více), **trvajícím i přes stále přesvědčování odborníků, že podkladem symptomů není žádná somatická nemoc** (MKN-10, 2006). Prevalence u pacientů praktických lékařů je asi 1-6% (Morschitzky, Sator, 2007). Přesvědčení o vážné somatické chorobě by mělo trvat **alespoň šest měsíců**. Úzkostné fantazie o poruše se vážou zejména na vnitřní orgány, které nejsou přístupné přímému vnímání a pozorování. Pokud mají pacienti obavu z konkrétní choroby, často se jedná o choroby, které jsou aktuálně veřejností probírané, jako je infarkt či rakovina. Spouštěcí podmínky mohou být různé, často stačí vyprávění o nemoci od někoho jiného, pořad v televizi či nemoc blízkého člověka (Praško et al., 2002).

Průběh je většinou dlouhodobý s epizodami trvajících měsíce až roky, často se zhoršením po psychosociálním zatěžujícím stresu. Potíže nezřídka zasahují do osobního i pracovního fungování pacienta. Asi polovina pacientů se zlepší, ale druhá polovina jde do chronifikace choroby. Lepší prognózu mají pacienti bez poruchy osobnosti, s vyšším socioekonomickým statusem a ti, kteří zároveň mají i jinou poruchu, která reaguje na léčbu (Papežová, 2004). Faktory, které přispívají k chronicitě hypochondrické poruchy, jsou negativní afektivita a alexitymie. Hypochondrická porucha je tak stabilní v čase, že se dokonce uvažuje o zavedení diagnózy hypochondrické poruchy osobnosti (Chromý, 2005).

Hypochondričtí pacienti se stahují od lidí směrem do sebe, potlačují nepřátelské afekty vůči lidem, a tak namísto lidí obsadí agresí své tělo. Projikují tak citově pudová hnutí do vlastních orgánů. Pacient zaměří pozornost na fungování vlastního těla, orgány jsou obsazeny potlačenými afekty, což může vést k jejich dysfunkci a následnému opětovnému zaměření pozornosti pacienta na obtíže (Poněšický, 2004).

Diferenciálně diagnosticky je nejprve třeba vyloučit organické onemocnění, dobré je taktéž vyloučit simulaci. Rozdíly od somatizační poruchy jsme již uvedli, bolestivá somatoformní porucha je sice také chronická, ale dominují u ní stížnosti na bolest.

Hypochondrická porucha bývá často komorbidní také s depresí, pokud je deprese primární, pak s jejím ústupem mizí i hypochondrické příznaky. Důležité je odlišit hypochondrickou poruchu od trvalé poruchy s bludy. Hypochondrický blud je mimořádně intenzivní, nevývratný a může být doprovázen i halucinacemi různého druhu, to už je obraz psychózy, ne somatoformní poruchy. Lidé s hypochondrickou poruchou jsou ohroženi sebevraždou (Praško et al., 2002).

Za druh hypochondrie je považována **dysmorfofobie**, která se také řadí v MKN-10 do této diagnostické jednotky. Dysmorfofobie je charakteristická trvalým přesvědčením a úzkostmi pacienta o tom, že je nějak tělesně znetvořen či postižen (Morschitzky, Sator, 2007). Domnělé znetvoření se naopak od hypochondrické poruchy týká vnějších viditelných míst na těle, jako je obličej, prsa či končetiny (Praško et al., 2002). Lidé s touto poruchou se obvykle snaží svůj domnělý hendikep maskovat a není výjimkou, že podstupují plastické operace, které jim ovšem úlevu nepřinesou (Bouček, 2006).

Longitudinální studii o míře úzkosti o zdravotní stav („health anxiety“) u pacientů se somatoformní poruchou provedli autoři z Rumunska. Porovnávali skupiny pacientů s hypochondrickou poruchou, nehypochondrickými somatoformními poruchami, depresivní poruchou, panickou poruchou a pacienty fyzicky nemocné. Míru úzkosti ohledně zdravotního stavu hodnotili na začátku a po šesti měsících léčby antidepresivy. Výsledkem výzkumu bylo to, že u skupiny pacientů s hypochondrickou poruchou byla signifikantně nejvyšší míra úzkosti před i po léčbě a hypochondrická porucha by tedy podle autorů měla být chápána jako „health anxiety disorder“, tedy porucha úzkostnosti o vlastní zdraví. Tato charakteristika byla vysoká a perzistentní u somatoformních poruch v porovnání s ostatními skupinami a měla by být považována jako rysová dimenze somatoformních poruch (Vasilescu, Panaitescu, 2009).

F45.3 - SOMATOFORNÍ VEGETATIVNÍ DYSFUNKCE

Klinický obraz této poruchy je **zaujetí tělesnými obtížemi, které se vztahují k určitému orgánu či orgánové soustavě, která je pod vegetativní kontrolou a inervací**, přičemž se žádná signifikantní porucha určitého orgánu nebo orgánové soustavy neprokázala. Bývá přítomna i obava z vážné poruchy daného orgánu i přes stálé ujišťování lékařů o opaku. Symptomy mohou být dvojího typu, u prvního jsou stížnosti založené na objektivních viditelných příznacích vegetativního podráždění (pocení, zarudnutí, atd.). Pro druhý typ jsou typické nespecifické subjektivní potíže (např. pocity sevřenosti, prchavé bolesti, nadmutí apod.). V této skupině se odlišují jednotlivé poruchy podle orgánu nebo orgánové soustavy, kterou pacient považuje za původce symptomů:

F45.30 Srdce a kardiovaskulární systém

F45.31 Horní gastrointestinální trakt

F45.32 Dolní gastrointestinální trakt

F45.33 Respirační systém

F45.34 Urogenitální systém

F45.38 Jiné orgány nebo systémy (MKN-10, 2006).

„K těmto poruchám náleží rovněž klinické obrazy nemocí, které jsou označovány také následujícími pojmy: srdeční neuróza, dyspepsie, psychogenní aerofagie, žaludeční neuróza, dráždivý tračník, funkční bolesti v podbřišku, nadýmání, hypoventilační syndrom, dysurie, dráždivý močový měchýř“ (Tress et al., 2008, s. 88).

I zde uvedeme obdobně jako u somatizační poruchy podrobnější diagnostická kritéria dle MKN-10 převzatá od J. Praška a E. Hermana:

Musejí být přítomny **příznaky vegetativní aktívace**, které postižený přisuzuje tělesné nemoci jednoho nebo více následujících orgánů nebo systémů:

- (1) srdce a kardiovaskulární systém,
- (2) horní gastrointestinální trakt (jícen a žaludek),
- (3) dolní gastrointestinální trakt,
- (4) respirační systém,
- (5) urogenitální systém.

Musejí být přítomny **alespoň dva z následujících vegetativních příznaků**:

- (1) palpitace (bušení srdce),
- (2) pocení (horké nebo studené),
- (3) sucho v ústech,
- (4) červenání nebo návaly,
- (5) epigastrické potíže, svírání nebo škroukání v žaludku.

Musí být **přítomen jeden nebo více z následujících příznaků**:

- (1) bolesti na hrudi nebo nepříjemné pocity v srdeční krajině nebo kolem ní,
- (2) dušnost nebo hyperventilace,
- (3) nadměrná únava po mírné námaze,
- (4) aerofagie, škytavka nebo pálivé pocity na hrudi nebo v epigastriu,
- (5) časté pohyby střev,
- (6) časté močení nebo dysurie,
- (7) pocity nadýmání, nafouknutí nebo tíže (Praško, Herman, 2008, s. 382).

Diferenciálně diagnosticky je nutno tuto poruchu odlišit od generalizované úzkostné poruchy, u které chybí důsledné zaměření na somatický zdroj. Diagnóza somatoformní vegetativní dysfunkce také vylučuje diagnózu F54 psychologické a behaviorální faktory s poruchami a chorobami klasifikovanými jinde (MKN-10, 2006).

F45.4 - PŘETRVÁVAJÍCÍ SOMATOFORNÍ BOLESTIVÁ PORUCHA

Charakterizuje ji stížnost pacienta na **stálou, skličující bolest**, kterou však nelze vysvětlit tělesnou poruchou. Hlavními vyvolávajícími vlivy jsou často psychosociální problémy a emoční konflikty. Pacient obvykle tímto způsobem získá zvýšenou pozornost od okolí i lékaře. Kromě somatoforní bolestivé poruchy zahrnuje i psychalgiu a psychogenní bolest zad a hlavy. (MKN-10, 2006). Těžká bolest by měla trvat nepřetržitě **alespoň šest měsíců** po většinu dnů (Smolík, 1996). Odhad prevalence je asi 5-7% pacientů navštěvujících praktického lékaře (Morschitzky, Sator, 2007). Bolestivá porucha se může objevit v jakémkoliv věku a může mít chronický průběh. Pacienti tendují k závislosti na druzích a často mají ze své nemoci sekundární zisk, v tom případě se nemoc často chronifikuje, pacienti končí v invalidním důchodu a je zde vysoké riziko závislosti na analgetikách. Pokud ale skončí sekundární zisky spojené s nemocí, často i sama bolestivá porucha odeznívá (Praško et al., 2002).

Tuto poruchu je nutno **diferenciálně diagnosticky** odlišit od histriónského zpracování bolesti organického původu. Na rozdíl od různých bolestí přítomných u somatizačních poruch, zde jsou bolesti úporné a převládají nad jinými stesky. Pokud jsou u bolesti známy psychofyziologické mechanismy vzniku (například bolest z napětí svalů či migréna), pak použijeme kód F54 (MKN-10, 2006). Bolest může být také příznakem depresivní či schizofrenní poruchy, komorbidita s depresí je častá (Praško et al., 2002).

U psychogenních bolestivých stavů se může jednat o **tělesné vyjádření psychické bolesti** či bolestného zážitku. **Potlačení agresivních popudů** také může vést k bolestem. Dojde-li k agresi, jako k reakci na ohrožení, je aktivován celý organismus, zvyšuje se svalová tenze i krevní tlak. Pokud z nějakých důvodů (například společenské zábrany či strach z reakce okolí) nedojde k odreagování, chronifikuje se svalové napětí a svalová tenze přetrvává i během spánku, což dále vede k bolestem svalů a kloubů a k vyčerpání (Poněšický, 2010).

Bolest je komplexní prožitek, který vychází z aktuálního poškození tkáně nebo je popisován podobně, což umožňuje zahrnout i bolesti bez organických příčin. Dříve se bolest rozlišovala na organicky podmíněnou a psychogenní, dnes se k ní přistupuje multidimenzionálně. Pokud je bolest akutní a krátkodobá má pozitivní funkci v upozornění na hrozící nebezpečí. Tato pozitivní funkce mizí, stává-li se bolest dlouhodobou a chronickou, bolest trvající déle jak šest měsíců je vyčerpávající a může vést k rezignaci a depresi (Morschitzky, Sator, 2007; Honzák, 2006). Následujícími příznaky lze odlišit pacienty s trvalou bolestivou poruchou od pacientů s organicky podmíněnou bolestí: bolesti nejsou přesně lokalizovány a lokalizace se může měnit, bolesti často neodpovídají anatomickým hranicím, pacienti popisují bolest spíše pojmy z oblasti afektů (šílená bolest) než z oblasti smyslů (bodavá bolest), bolest je stále stejná a nekolísá

během dne, v anamnéze těchto pacientů často najdeme tělesné či sexuální zneužívání. Pacienti s bolestivou poruchou často omezují veškeré své aktivity, přestávají se sportovními aktivitami, rezignují a často se dostávají do deprese. Stažení se do ústraní jen dává prostor na soustředění se na bolest, čímž se ještě více potencuje její prožívání (Morschitzky, Sator, 2007).

F45.8 - JINÉ SOMATOFORNÍ PORUCHY

Jsou to jakékoliv jiné poruchy pocitů časově spojené se stresovými událostmi nebo problémy, které nejsou způsobené somatickými poruchami. Mohou pro pacienta znamenat zvýšení pozornosti od okolí. Potíže nejsou spojeny s vegetativním systémem, ani se často nemění jako u somatizační poruchy, spíše se váží na specifickou část těla, např. kůži (MKN-10, 2006). Může se jednat např. o pocity otékání, pálení či znečitlivění, dále také o skřípění zubů (Chromý, 2005).

F45.9 - SOMATOFORNÍ PORUCHA NESPECIFIKOVANÁ

Zahrnuje všechny ostatní somatoformní příznaky, které nesplňují podmínky pro žádnou z předchozích specifických somatoformních poruch (Smolík, 1996).

V obecnějším pojetí bychom mohli k somatoformním poruchám zařadit také **neurastenii (F48.0)**, kterou někteří autoři ztotožňují s pojmem **chronický únavový syndrom** (chronic fatigue syndrome – CFS). Pacienti s neurastenií prožívají dlouhodobou únavu a tělesnou slabost, často také bolesti svalů a hlavy, po sebemenší námaze se cítí vyčerpaní, nejsou schopni se uvolnit a trpí poruchami spánku (Tress et al., 2008). Zvýšená unavitelnost může navazovat jak na tělesnou, tak duševní námahu (MKN-10, 2006). Hlavním znakem CFS je únava, nemocný ale trpí i celou řadou dalších symptomů. Kromě výše uvedených to bývá také dlouhodobě trvající zvýšená teplota, zvětšení mízních uzlin, bolesti v krku, špatná koncentrace, podrážděnost, neklid a depresivní nálady. Únavovým syndromem trpí převážně ženy nejčastěji mezi 25. a 45. rokem života. Domněnkou je, že postihuje zejména jedince zaměřené na výkon, kteří mají velký smysl pro povinnost a odpovědnost a neumějí odpočívat. Průběh bývá chronický, u části pacientů dojde během času k samovolnému zlepšení, u jiných se stav naopak zhoršuje. Za pravděpodobnou příčinu se považuje infekční původce, některé únavové syndromy i navazují na prodělanou virózu. Určitá infekce vyvolá komplexní imunitní poruchu a může současně i mírně poškodit CNS, ke všemu ještě pravděpodobně přispívá stres. Únavový syndrom je považován za civilizační chorobu posledních sto let, zmínky o něm však sahají mnohem

dále do minulosti. Neustále o neurastenii probíhají odborné diskuse, je vlastně někde na pomezí psychických poruch a poruch imunity (Chromý, 2005).

2.3 Lékařsky nevysvětlitelné příznaky (MUS)

V poslední době se v anglicky psané literatuře píše o tzv. „**medically unexplained symptoms**“ (MUS), do češtiny se tento pojem překládá jako „lékařsky nevysvětlitelné příznaky“. Značná část pacientů navštěvujících praktické lékaře ale i specialisty, přichází se stížnostmi na fyzické obtíže, avšak tyto potíže ani po všech možných vyšetřeních nevykazují organické poškození a nejsou jednoznačně vysvětlitelné. Tyto „**lékařsky nevysvětlitelné příznaky**“ jsou často v psychiatrické klasifikaci **řazeny právě do kategorie somatoformních poruch** (Skorunka, 2009). Nelze je však úplně ztotožňovat se somatoformními poruchami, i přítomnost několika lékařsky nevysvětlitelných příznaků ještě nemusí splňovat přísná kritéria např. somatizační poruchy. Některé lékařsky nevysvětlitelné příznaky jsou často popisovány jako funkční syndromy, např. syndrom chronické únavy. Je třeba zmínit, že organicky nevysvětlitelné příznaky jsou poměrně častý jev i v běžné populaci „nepacientů“, někteří lidé ani nevyhledají lékařskou péči a příznaky nevedou k žádnému funkčnímu onemocnění, ba naopak jsou ignorovány či spontánně normalizovány (Chromý, 2005). Většina pacientů s MUS splní maximálně pouze kritéria pro nediferencovanou somatizační poruchu či pro somatoformní poruchu nespecifikovanou (Janca, Isaac, Ventouras, 2006).

K. Kroenke (1997) se svými spolupracovníky navrhl pro klinickou praxi a užití v primární péči termín **multisomatoformní porucha**. Kritéria této kategorie jsou splnění alespoň tří lékařsky nevysvětlitelných příznaků a minimálně dva roky trvající somatizace. U vzorku jednoho tisíce pacientů primární péče diagnostikovali multisomatoformní poruchu u 82 pacientů, prevalence tedy byla 8,2%. F. Creed (2009) se zaměřil na průběh a závěr léčby lékařsky nevysvětlitelných příznaků. Porovnává teoretické výzkumy, které pojednávají o MUS jako o skupině chronických a zneschopňujících poruch, s klinickou praxí, kde spoustu pacientů má jen přechodné lékařsky nevysvětlitelné příznaky s dobrou prognózou. Práce s pacienty s MUS je velmi náročná z toho pohledu, že se jedná o velice heterogenní skupinu, takže i průběh a závěr obtíží se liší v závislosti na mnoha faktorech (přítomnost organické poruchy, úzkosti, deprese, trvání symptomů, negativní náhled na nemoc apod.). Na rozdíl od některých somatoformních poruch nemají MUS časový limit,

takže mohou zahrnovat i přechodné a krátkodobé epizody obtíží. Skupina pacientů s MUS je co do počtu velmi významná skupina, ale jen minimální množství těchto pacientů lze diagnostikovat jako somatoformní poruchu, je tedy zapotřebí používat širšího pojmu a specifické diagnózy. Autor také uvádí, že do budoucna by se měli výzkumníci zaměřit na studium průběhu symptomů u všech pacientů, jelikož se zdá, že není podstatné, jsou-li symptomy lékařsky vysvětlitelné či nevysvětlitelné, ale spíše záleží na jejich trvání, počtu a množství přidružených psychologických faktorů. V neposlední řadě nejasná a neurčitá definice MUS brání kvalitnímu výzkumu.

Průběhem somatoformní poruchy a prediktory, které by mohly předpovídat průběh těchto poruch a lékařsky nevysvětlitelných příznaků (MUS) během jednoho roku sledovali němečtí autoři na vzorku 308 pacientů (na začátku, po roce 277 pacientů) primární péče. Na začátku trpělo somatoformní poruchou 84 lidí, po roce splňovalo kritéria už jen 43 osob, téměř u 50% se tedy příznaky zmírnily. Během roku se ale objevilo 13 nových případů somatoformní poruchy. Signifikantními prediktory průběhu lékařsky nevysvětlitelných příznaků (MUS) byly: aktuální depresivní epizoda, negativní životní události, počet MUS na počátku, atribuční styl a katastrofizující uvažování. Průběh somatoformní poruchy může být ovlivněn následujícími prediktory: aktuální úzkostnou či depresivní epizodou, negativními životními událostmi, atribučním stylem a funkční poruchou (Steinbrecher, Hiller, 2011).

Pojem lékařsky nevysvětlitelné symptomy neznačí specifickou poruchu, ale spíše sociální a klinickou nesnáz, nenahrazuje koncept somatoformních poruch. Jak pacienti, tak lékaři doufají, že každý symptom může být adekvátně vysvětlen a léčen. Pokud selže léčba, alespoň vysvětlení symptomů může přinést útěchu a podpoření zvládnání problémů a realistického plánování do budoucna. Pokud selže i vysvětlení symptomů, respektive k žádnému nedojde, zvyšuje se nejistota a úzkost u pacienta a často i u lékaře. Kromě obecně uznávaného dopadu stresu na organismus, také kulturní tradice poskytují explicitní teorie, které spojují sociální podmínky s nemocí. U vzorku 2400 obyvatel zkoumali kanadští autoři pomocí telefonního interview počet lékařsky nevysvětlitelných příznaků ze seznamu patnácti těchto symptomů přítomných u respondentů za poslední rok. 10,5% respondentů uvedlo alespoň jeden lékařsky nevysvětlitelný symptom za poslední rok. Nejčastější symptomy se nelišily mezi muži a ženami a byly jimi muskuloskeletární bolest a bolest žaludku a jiné problémy s trávicím traktem. Autoři poukazují na to, že pouze dialog, projednávání a kulturní výměna mezi pacientem a lékařem může vést k porozumění vysvětlení symptomů pacientem a jeho rodinou. Právě nedostatek takového porozumění

mohl vést k tomu, že v uvedeném souboru respondentů někteří uváděli, že symptomy zůstaly lékařsky nevysvětlené, i když jim lékaři vysvětlení podali. Kulturní perspektiva podněcuje pozornost k sociálnímu kontextu, v kterém symptomy vznikají a získávají význam. Relevantní kulturní pozadí pro vysvětlení nevysvětlitelných symptomů zahrnuje pacientovu rodinu, okolí, ale také globální massmedia a kulturu (Kirmayer, Groleau, Looper, Dao, 2004).

2.4 Lékařská intervence a terapie

Význam vztahu lékař – pacient je uznáván za podstatný u všech onemocnění, u těch psychosomatických obzvláště. Důležité je zejména tzv. zlaté pravidlo psychosomatiky: příznak, s kterým pacient přichází, se nikdy nesmí vyvracet či podceňovat. Obecně stojí léčba psychosomaticky nemocného na dvou základních kamenech, **důkladné znalosti pacienta a dobrý důvěrný vztah mezi pacientem a lékařem/terapeutem** (Baštecký et al., 1993). Aby se předešlo zbytečné sekundární **iatrogenizaci** (např. zbytečné operativní zákroky, rentgenová vyšetření, předepisování farmak), je třeba včas stanovit diagnózu, jinak je pacient udržován ve svém přesvědčení o somatických příčinách svých obtíží a podstupuje zbytečné zákroky a vyšetření. Důležité je také, aby byl pacient veden jen jedním lékařem a k němu získal důvěrný vztah. Strach z vážné patologie často vyvolávají nejasné výroky lékařů typu „nespecifické změny“, „hraniční hodnoty“ apod. (Praško et al., 2002).

Komunikace mezi lékařem a pacientem se somatoformní poruchou je velmi důležitá, zároveň ale může být velmi náročná. Lékaři často nepřiliš citlivě objasní důvody doporučení (po všech vyšetření s negativním nálezem) k psychiatrovi či psychologovi nebo dokonce dají pacientovi doporučení bez jakéhokoliv vysvětlení. Pacienti zase jen neradi přijímají možnost psychogenní příčiny svých obtíží a trvají na skutečné fyzické nemoci a dožadují se dalších vyšetření a péče, či mění lékaře. Vzniká tak frustrace na obou stranách, pacient je frustrován, že nebyl pochopen, že mu nebylo pomoci a lékař, že nemohl pomoci. Proto velice záleží zejména u těchto pacientů s „lékařsky nevysvětlitelnými příznaky“ na tom, jak lékař přistupuje k pacientovi a jak mu vysvětlí možné příčiny jeho potíží a důvod doporučení k psychiatrovi/psychologovi. U pacientů často zafungují nevědomé obranné mechanismy a jejich necitlivé a uspěchané odkrývání, může situaci ještě

zhoršit. Zjednodušené a radikální psychogenní výklady potíží mohou být stejně nevhodné, jako často kritizovaný biologický redukcionismus (Skorunka, 2009).

Léčba by neměla být jednostranná, ale založená **na bio-psycho-sociálním přístupu**. Do biologické léčby spadá **farmakoterapie**, psychofarmakoterapie, popřípadě i nutné chirurgické zákroky a různé formy **rehabilitace** (Baštecký et al., 1993). Jako užitečná metoda při léčbě psychosomatických nemocí se osvědčuje akupunktura a **biologická zpětná vazba** (biofeedback), při které pacient dostává okamžitou zpětnou informaci o změně své fyziologické funkce (Irmiš, 2007). **Akupunktura**, pomocí zapichování drobných jehliček do určitých bodů na těle, pomáhá snížit bolest. V Číně se používá už po tisíciletí a slouží i jako náhrada anestezie. Během akupunktury dochází k uvolňování endogenních opioidů, které působí analgeticky, i z toho důvodu našla využití také v psychosomaticce. (Joshi, 2007).

Při psychoterapii psychosomatických poruch se uplatňuje **individuální i skupinová terapie**. Individuální terapie může jít více do hloubky, ale je časově náročnější než skupinová. U psychosomatických pacientů nelze používat tyto dvě metody tak, jak byly vytvořeny pro neurotické pacienty, jelikož psychosomaticky nemocní často nebývají tak ochotní spolupracovat a také nejsou obvykle schopni využít přínosu odkrývacích technik, přesto jen pouhé porozumění souvislostem nemoci může danému člověku velmi ulevit (Baštecký et al., 1993). Před zahájením psychoterapeutické léčby je nutné porozumět pacientovi i jeho symptomům a podle toho stanovit cíle a psychoterapeutické postupy. Výběr psychoterapeutické strategie závisí na tom, v jaké oblasti spočívá problematika konkrétního pacienta. Např. psychoanalýza a humanistická psychoterapie totiž klade důraz na citový, svobodný rozvoj osobnosti, naopak např. KBT se zaměřuje na behaviorální a racionální složku, tedy na to, jak mít lépe pod kontrolou své chování a vnitřní život (Poněšický, 2011).

Psychodynamicky zaměřená terapie pracuje s vnitřním konfliktem, vycházejícím z vývojových potřeb pacienta. Symbolickým vyjádřením tohoto konfliktu jsou právě symptomy. Po zvládnutí tohoto konfliktu vymizí i příznaky, které tak ztratily význam. **Behaviorálně zaměřená terapie** se soustředí na ovlivnění vnějších vlivů, které považuje buď za spouštěče nemoci, nebo za faktory, které ji udržují. Podporuje zdravé způsoby uspokojování potřeb a snaží se zbavit těch patologických. **Kognitivně zaměřená terapie** považuje za jednu z příčin vzniku nezvládnutého psychofyziologického stresu a následných tělesných symptomů patogenní nepřiměřené vnímání a hodnocení životních událostí či sebe sama a snaží se o jeho modifikaci, což následně vede k zlepšení (Balcar, 2010). K. Kroenke

(2007) provedl analýzu 34 randomizovaných klinických studií psaných v angličtině mezi lety 1966 – 2006, aby zjistil efektivnost terapie somatoformních poruch. Došel k závěru, že kognitivně behaviorální terapie je v léčbě somatoformních poruch nejúčinnější.

Již dříve jsme zmínili vhodnost systemického přístupu v psychosomatice, i v terapii se úspěšně uplatňuje **systemická rodinná terapie**. Chronické somatoformní syndromy u dětí i dospělých jsou jednou z indikací k rodinné terapii, během níž je třeba přihlížet jak k samotnému onemocnění, tak k vývojové fázi rodiny. Právě systemický rámec umožňuje pochopit vznik symptomů vzhledem k proudu událostí v rodině. V každé vývojové fázi rodiny vystupují do popředí určitá témata (např. separace dětí v dospívání), která mohou vyvolávat obavy, emoční reakce a konflikty. Ty mohou vést ke vzniku symptomů, které se pak mohou jako v bludném kruhu udržovat a ovlivňovat tak celý systém (Poněšický, Chvála, 2010). Při práci s rodinou se ukazuje jako účinná **technika externalizace**, což je způsob rozhovoru, kdy se snažíme podpořit zdravou stránku osobnosti pacienta proti příznaku. Příznak se v mysli pacienta a jeho okolí důsledně odděluje od jeho osobnosti a to mu umožňuje na příznak pohlížet jakoby z vnějšku a účinněji s ním bojovat. Externalizací se sníží úzkost, dojde k úlevě a tím se zvětší i prostor pro ozdravné zdroje pacienta i rodiny (Chvála, Trapková, 1995).

Na závěr se krátce zmíníme o **prevenci** psychosomatických poruch. Jedná se zejména o prevenci primární a sekundární. Úkolem primární prevence je onemocnění předcházet. Tato prevence probíhá jednak v ordinacích praktických lékařů, ale i skrze semináře či osvěty ve školách i zaměstnání. Osvěta se týká správné životosprávy, technik předcházení stresu, podporují se pozitivní vzájemné vztahy či přestávky na cvičení, jak na pracovištích, tak ve školách. Sekundární prevence se snaží o včasné rozpoznání nemoci, tedy diagnostiky, a zabránění jejímu rozvinutí a chronifikace. Sekundární prevence by měla probíhat v pracovních lékařů, psychologů a v rehabilitačních zařízeních. Příznaky vznikají na místě nežitých či potlačených přání a impulsů, nejlepší prevencí psychosomatických poruch je tedy co nejpřirozenější, nejplnější a nejspontánnější emocionální život (Poněšický, 2010),

3 Agresivní tendence

Od obecného pojednání o psychosomaticke jsme přešli k somatoformním poruchám, jimž je věnován i výzkum náležící k této práci. U pacientů se somatoformní poruchou nás zajímaly agresivní tendence, způsob vyjadřování hněvu. Pro úplnost tedy následuje kapitola pojednávající o agresi a hněvu. Nejprve vymezíme obecné pojmy týkající se tohoto tématu, dále popíšeme některé teorie agrese a na závěr popíšeme souvislosti agresivních tendencí s psychosomatickými nemocemi.

3.1. Vymezení pojmů agrese, agresivita, hněv, hostilita

Agrese je vnější projev chování člověka, určitý agresivní akt zaměřený vůči nějakému objektu. **Agresivita** je pojímána jako stálější vnitřní charakteristika jedince, dispozice k agresivnímu chování. Přirozenou reakcí všech živých tvorů, od zvířat až po člověka, na ohrožující situaci je útok nebo útěk. Agresivita tedy hraje důležitou funkci v přežití jedince, který je více či méně disponován k agresivním reakcím. Z tohoto pohledu je agresivita vrozenou dispozicí, která se ovšem rozvíjí v průběhu vývoje jedince. Zejména pak způsoby agresivního chování jsou ovlivněny výchovou, danou kulturou a mechanismem nápodoby agresivně jednajících vzorů. Agrese má mnoho podob a můžeme ji dělit na různé typy. Agresivní tendence se mohou projevovat navenek aktivním agresivním chováním, či mohou mít formu agresivního uvažování. Rozlišujeme agresi **konstruktivní**, která má svůj účel, pomáhá obraně jedince či druhých lidí a agresi **destruktivní**, která neslouží k ochraně jedince, ale její primární účel je ubližovat a ničit, často bývá projevem poruchy osobnosti. (Šrutová, 2001). Odlišujeme **přímou** a **nepřímou** agresi a **fyzickou** a **verbální** agresi. Fyzický útok na člověka je přímá fyzická agrese, slovní nadávky zase přímá verbální agrese. Nepřímou fyzickou agresí je ničení věcí patřící jedinci, který je objektem agrese, nepřímou verbální agresí pak například pomlouvání (Čermák, 1998). Rozlišujeme také agresi zaměřenou na ostatní (**heteroagrese**), jejímž extrémem je vražda a agresi zaměřenou na sebe sama (**autoagrese**), jejímž krajním případem je sebevražda (Nakonečný, 1995).

Agresi můžeme dále dělit z hlediska povahy na **reaktivní** a **proaktivní**. Reaktivní agrese není předem promyšlená, je reakcí na nějaký podnět, který vyvolává zlost a impulzivní reakci. Takovou reaktivní agresí je **afektivní agrese**, která bývá těžko

kontrolovatelná a má silný emoční doprovod, souvisí se zlostí a hostilitou. Afektivní agrese směřuje k vybití nahromaděných agresivních afektů. Naopak proaktivní agrese je promyšlená, slouží k dosahování určitých cílů. Jejím příkladem je **instrumentální agrese**, kdy jedinec nejedná pod vlivem zlosti a není to vyprovokovaná reakce nějakým podnětem. Instrumentální agrese nemá výrazný afektivní náboj, je proto označována také jako chladná agrese. Jiným typem proaktivní agrese je tyranizování, šikanování, což je dlouhodobé a opakované ubližování, které není vyprovokované zlostí. **Agrese je záměrné chování směřující k ublížení** či poškození jakéhokoliv druhu. Agresí naopak není náhodné a nechtěné ublížení či poškození, které vzniklo neopatrností. Agresivní chování bývá součástí chování zaměřeného na dosahování cílů a uspokojování potřeb. Agresivita se často zaměňuje s pojmem **asertivita**, což je sebeprosazování se bez zjevné agresivity. (Lovaš, 2008). E. Fromm (1997) používá také pojmy **benigní agrese** pro obrannou a reaktivní formu agrese a **maligní agrese** pro specificky lidskou ničivou a krutou agresi.

Agrese teprve v závislosti na vnějších či vnitřních okolnostech nabývá na pozitivním nebo negativním významu. Agresivita je ovlivněna i vnitřními fyziologickými a motivačními procesy a agresivní projevy mohou být ovlivněny intoxikací (např. alkoholem) nebo duševní poruchou (Nevřala, 2005). Za **osobnostní indikátory agrese** lze považovat náchylnost k emocionálním reakcím, iritabilitu, hostilní přemítání, strach z trestu, potřebu nápravy a toleranci vůči násilí. Agrese může také sloužit jako ochrana ohroženého pocitu vlastního já nebo je motivována touhou prosadit se a ochránit tak svoji sebeúctu a identitu (Čermák, 2003). Častou příčinou agrese jsou situační podněty či změny v prostředí, které vyvolávají nepohodu, označují se jako averzivní podněty. Příkladem averzivních podnětů je napadení někým, bolest, frustrace, stres, špatná nálada či podněty, které zvyšují úroveň aktivace. Mezi biologické faktory agrese patří dědičnost a určité biochemické procesy – např. nízký obsah cukru v krvi, nízké koncentrace serotoninu či vysoká hladina hormonu testosteronu může zvyšovat agresivitu. Nezanedbatelný vliv na agresi má také sociální prostředí, od rodiny, přes širší společnost až po masová média (Lovaš, 2008).

Zajímavé je Poněšického (2005) dělení druhů agrese, které vznikají ve vztahovém rámci. Autor popisuje závislostní typ, pedanticky-mocenský typ a rivalitní konkurující typ agrese. **Závislostní typ** dělá pro blaho ostatních vše, zejména pro to, že se bojí konfliktu, hádky či opuštění, takoví lidé mají sklon k depresím. Tento typ manipuluje s lidmi tím, že si je zavazuje, pokud pocítí beznaděži a odmítnutí, obrátí veškerou agresi vůči sobě. Převažujícím druhem agrese je zde závist, někdy potlačená. **Pedanticky-mocenský typ** má potřebu řádu a racionální kontroly emocí, tudíž i agresi drží na uzdě. Vztahy si často vynucuje manipulací, neboť nevěří v sílu vztahu založeného na citech. Zdravější než předchozí dva typy je **rivalitní konkurující**

typ agrese, který se nesnaží o znevažování a degradování druhých, ale jde zde o férový boj být lepší. Poněšický popisuje ještě i **dospělou konstruktivní agresi**, jejímž kritériem je, že slouží životu a opomenutí agrese by znamenalo škodu, ohrožení životaschopnosti či poddání se nespravedlnosti. Příkladem může být konkurenční boj mezi firmami, který vede ke zkvalitnění služeb, obrana všeho lidského, nebo agrese zabraňující trestnému činu.

Někdy se vyčleňuje pojem **násilí**, což je záměrný pokus někomu fyzicky ublížit, ne každá agrese je násilí, násilí je jen jednou formou agrese, ale často se tyto pojmy používají jako synonymum. **Hostilita** je obecný negativní postoj vůči ostatním či sobě samému, nemusí se však projevit přímým ubližováním, ale hostilní jedinec smýšlí o ostatních kriticky a negativně. Hostilita může být jedním z faktorů vyvolávající agresi, stejně tak se hostilita nemusí projevit agresivním chováním (Lovaš, 2008; Čermák, 1998). Hostilita je spíše dlouhodobé nastavení jedince, jejími dílčími aspekty jsou ironie, zlost, cynismus, nedůvěra k druhým a podceňování humanity (Křivohlavý, 2002). Hostilita je charakterizována nedůvěrou a negativismem ke „zlému světu“, pokud je zaměřena na konkrétní osobu (skupinu osob) může se stát **nenávisť** (Stuchlíková, Man, 2003). Nenávist může vznikat na základě hromadění pocitů zlosti, odporu a strachu (Plháková, 2007).

Hněv je jednou ze základních lidských emocí, je prožíván nepříjemně a poměrně často. Jeho intenzita je různá, od mírné rozladěnosti až po zuřivost. Prožívání hněvu se často odvíjí od atribuce (subjektivní interpretace) příčin, které hněv vyvolaly. Vyjadřování hněvu je ovlivňováno sociálními normami dané společnosti. Na jedné straně se střetává tendence hněv vyjádřit a dosáhnout tak uvolnění a změny ve svůj prospěch s tendencí hněv brzdit a kontrolovat na straně druhé. Prožívání a exprese hněvu je spojována se zdravotními problémy, zejména v oblasti kardiovaskulárního a imunitního systému (Stuchlíková, Man, 2003; Plháková, 2007). Hněv je „*krátkodobější než hostilita a méně výrazný než vztek*“ (Hartl, 2004, s. 80). Hněv často doprovází agresi, ale někdy ani k agresivnímu chování vést nemusí (Čermák, 1998). Hněv, hostilita a agrese spolu těsně souvisí, proto jsou někdy spojovány do konceptu „AHA (Anger, Hostility, Aggressivity) Syndrom“. Propojování a záměna těchto pojmů však často působí zmatky, zejména ve výzkumu. Agrese je typ chování, kdežto hněv a hostilita se vztahují k pocitům a postojům (Stuchlíková, Man, 2003).

Svůj hněv také můžeme různě maskovat, uvádíme čtyři způsoby. Když se snažíme přesvědčit sebe i druhé, že se nikdy nehněváme, pak **hněv potlačujeme**. Svůj hněv si také můžeme vybit na jiném objektu, než nás rozhněval, tomu říkáme **záměna cíle hněvu**. K **zobecnění hněvu** dochází, pokud máme strach se rozhněvat na konkrétní osobu či

událost. Místo rozzlobení někdy dochází k **zamaskování hněvu** jinou reakcí, například smutkem či depresí. Strach z vyjádření vlastního hněvu může plynout z obavy ze zavrhnoucí reakce okolí, z obavy, že se nebudeme ovládat nebo z obavy, že vyjádřením hněvu získáme příliš velkou moc (Dentemarová, Kranzová, 1996).

Zpracování podnětů vzbuzujících hněv probíhá v limbickém systému. Hněv, který vyžaduje investici úsilí, aktivuje sympatikus a dřeň nadledvinek. Aktivace sympatiku připraví organismus k akci, z dřeň nadledvinek se vyplaví katecholaminy, adrenalin a noradrenalin, dojde ke zvýšení tlaku a pulsu. Pokud má hněv adaptivní podobu, organizuje a energetizuje fyziologické a psychické funkce a reguluje sociální chování. Hněv má schopnost mobilizovat energii, pokud ale je příliš silný a má spíše podobu zuřivosti, má za následek spíše psychickou dezorganizaci a jedinec pak není schopen reagovat přiměřeně. Za vyvolávající podmínky hněvu je považováno nejčastěji blokování cíleného jednání, tedy frustrace, dále provokace, obtěžování, poškozování nebo křivda. Pokud se nám zdá něco nespravedlivé, vyvolá to v nás hněv a potřebu odplaty. Každý prožíváme a vyjadřujeme hněv jinak, hněv se tedy liší v závislosti na osobnostních charakteristikách, sociální situaci a kontextu (Stuchlíková, Man, 2003). Adaptivní hněv nám kromě výše uvedeného také pomáhá stanovit hranice mezi námi a druhými lidmi, uvědomit si vlastní individualitu a získat větší nezávislost (Dentemarová, Kranzová, 1996).

Zbývá zmínit **techniky zvládnání agrese**. Už od pradávna napříč společnostmi se používal k nápravě či prevenci agrese **trest**. Je otázkou, zda je trest vždy účinný, vliv na chování má tehdy, následuje-li v krátkém čase po agresii, je dostatečně intenzivní a je jasná souvislost mezi agresivním chováním a trestem. **Emocionální katarze** je další hypotetickou technikou zvládnání agrese. Předpokládá, že pokud člověk nahradí přímou agresii nějakou jinou neublížující činností, dojde také tímto způsobem k uvolnění tenze. Dalším způsobem, jak se vyhnout přímé agresii může být **navození odpovědi, která je naprosto odlišná od agrese** (např. humor, empatie), člověk, jak známo nedokáže reagovat dvěma způsoby naráz. V omezení agrese může pomoci **trénink sociálních a komunikačních dovedností**. Ke kontrole agrese mohou sloužit také **kognitivní techniky**, jako polehčující okolnosti nebo omluva a vysvětlení příčin (Čermák, 1998).

3.2 Teoretické modely hněvu a agrese

Většina teoretických modelů se zaměřuje na identifikování a popsání jedné obecné příčiny agrese. Takovou domnělou příčinou byly třeba instinkty či sociální učení. Objevují se i integrativní modely, které spojují tyto dílčí aspekty agrese do jednoho celku (Lovaš, 2008). Následuje výčet nejvýznamnějších teorií agrese s podrobnějším zaměřením na teorii agrese-frustrace a teorii agrese Saula Rosenzweiga, které jsou podstatné pro výzkumnou část naší práce.

Instinktivistická (pudová) teorie je založena na myšlence, že agresivní chování je u lidí podmíněno vrozeným pudem, který je fylogeneticky naprogramován a čeká na vhodný okamžik k projevení (Fromm, 1997). Instinktivistickou teorii popsal **K. Lorenz** (1992) v knize „Takzvané zlo“. Lidská agrese je instinktem založeným na neustále proudící energii a nemusí být vždy reakcí na vnější podněty. Energie se neustále hromadí, jakmile se nahromadí velké množství, nastane výbuch i bez vnějšího popudu. Lidé si ale často nějaký podnět k výbuchu sami hledají nebo jej vytvoří. Agrese tedy není primární reakcí na ohrožení, ale výsledkem nahromaděné energie, která hledá cestu vybití. E. Fromm (1997) toto pojetí K. Lorenze kritizuje a říká, že je nutné odlišovat benigní agresi, tedy obrannou, která je člověku přirozená, od agrese maligní, která fylogeneticky naprogramovaná není a neslouží k přežití jedince. Tato destruktivní agrese je dána souhrou negativních osobnostních a společenských faktorů. K. Lorenz považoval každou lidskou agresi i tu maligní za projev biologicky dané agresivity, s čímž právě Fromm nesouhlasí.

O agresi jako o jednom ze základních pudů přemýšlel i **Sigmund Freud**, který k pohlavnímu pudu a pudu sebezáchovy později přidal pud k životu a pud k smrti. Pud smrti je sebezničující nebo má tendenci ničit ostatní organismy, je to v organismu zakořeněná síla, která působí trvale a není jen reakcí na podněty z okolí. Podle Freuda je tedy agresivita a destruktivita biologicky dána (Fromm, 1997). Tuto destruktivitu lze najít v patologii jako je sadismus, masochismus, ale i alkoholismus, mentální anorexie, schizofrenie, těžké deprese, sebepoškozování a v neposlední řadě v mezilidských vztazích (Poněšický, 2005). Lorenzovo i Freudovo pojetí agrese využívá **hydraulický model**, podle kterého se neustále přítomná energie v organismu postupně hromadí, než je nějakým způsobem uvolněna. Energie se přemění do chování, které směřuje k naplnění cíle, díky

kterému tato energie vznikla, nebo pokud to není možné, vyústí do náhradní formy chování (Lovaš, 2008).

Teorie prostředí a sociálního učení, podle kterých je agrese naučeným sociálním chováním, jsou protikladem k předchozím teoriím o vrozenosti a biologických faktorech agrese. Agresivní chování je ovlivněno prostředím, tedy sociálními a kulturními faktory. Teoretickým základem pro toto pojetí je behaviorismus. Pokud jsme agresivním chováním dosáhli cíle či výhod, budeme takto jednat i příště, jednáme tedy způsobem, který se nám osvědčil (Fromm, 1997). Teorie sociálního učení je založena na tom, že se učíme od ostatních na základě pozorování a imitace. Pozorovaná osoba se označuje jako model a její chování a jeho následky by měly být zakódovány v paměti, aby při vhodné příležitosti mohlo dojít k použití tohoto chování. Agresivní chování je motivováno averzivními zkušenostmi jako útok, bolest či frustrace. To, zda se vyskytne agresivní chování, záleží na tom, jestli je daná situace aktivizující a také na očekávaných důsledcích. Agresivně jednáme, pokud důsledky nejsou negativní a přinášejí jistou odměnu. Agresivní chování je tedy upevněno, je-li pozitivně posíleno (Bandura, 1973, in Lovaš, 2008).

Teorie frustrace – agrese pochází z Yalské školy. Skupina autorů vytvořila hypotézu, která spojuje agresi s frustrací. Podle této hypotézy frustrace vždy vede k agresi a agrese je vždy výsledkem nějaké frustrace. Frustraci chápou jako situaci, kdy nějaká překážka brání v dosažení cíle a agresi jako jednání se záměrem ublížit. Agrese nemusí vždy být namířena vůči frustrující překážce, ale může najít zástupné vybití či se projevit skrytě, nepřímým způsobem (Dollard, Doob, Miller, Mowrer, Sears, 1939, in Mummendey, Otten, 2006). Yalská hypotéza, podle které agresivita vzniká jako reakce na frustraci, byla protiváhou instinktivistických teorií a pudu smrti. Agresivní reakce jsou o to větší a prudší, o co je frustrace naléhavější a dlouhodobější. Agrese je naopak tlumena očekávaným trestem. Pokud se agrese odreaguje, dochází ke **katarzi** a další potenciál agresivního reagování se tím snižuje. Tato hypotéza však nebyla zcela potvrzena, v některých případech totiž došlo místo ke katarzi ještě k většímu nárůstu agresivního chování (Čáp, Dytrych, 1968). Teorie frustrace – agrese byla brzy kritizována, zejména ta část, která předpokládá, že frustrace vede vždy k agresi. Na frustraci mohou lidé reagovat i jinak než agresí, například apatií. Také agrese se může vyskytnout bez předchozí frustrace. Samotní autoři později svoji teorii upravili, označili agresi jako dominantní reakci na frustraci. Frustrace vyvolává

připravenost k agresi, ale záleží na vnějších okolnostech, zda k projevení agrese dojde (Dollard et al., 1941, in Mummendey, Otten, 2006).

Frustrace nemusí být vždy způsobena vnějšími podmínkami, ale i chybami či neschopností dané osoby. Frustrace vyvolává negativní emoce, často hněv, který pak může vést k agresivnímu chování, jehož cílem je odstranit původní frustraci (Čermák, 1998). E. Fromm (1997) popisuje dva významy pojmu frustrace. První pojetí popisuje frustraci jako přerušování již započaté aktivity, která směřuje k cíli. Druhé pojetí přistupuje k frustraci jako k zamítnutí, negaci nějakého přání. Pro sílu frustrace a typ reakce na ni je podstatný její psychologický význam a charakter daného jedince. Překonání frustrace je důležité pro vývoj osobnosti. J. Poněšický (2005) pojednává o frustraci vztahových potřeb, která může vést k agresivitě ve formě vypočítavosti, kompenzace lásky mocí a bohatstvím nebo k zahořknutí. Pojem **frustrační tolerance** označuje schopnost jedince odolávat frustrujícími situacím, je to míra zátěže, kterou je schopný člověk vydržet, aniž by došlo k narušení jeho normálního fungování. Frustrační tolerance je velmi individuální a záleží na mnoha faktorech (Buchtová, 2001).

Hypotézu frustrace – agrese reformuloval L. Berkowitz (1989,1993, in Lovaš, 2008) ve své **kognitivní neasociační teorii**. Základním předpokladem je, že frustrace vyvolává agresi, protože je averzivní. Averzivní podněty vyvolávají agresi, frustrace je jen jedním z nich. Averzivní událost podnítl negativní emocionální reakci a tendenci k útěku či boji. Tendence k boji se pojí s pocitem hněvu a tendence k útěku se strachem. Averzivní situace se pojí s jí vyvolanými kognitivními a emocionálními procesy a tendencemi v chování a to vše zanechá paměťovou stopu. Tyto asociace mohou být dalšími podněty znovu aktivovány.

Frustrační teorie Saula Rosenzweiga (1944, in Čáp, Dytrych, 1968) popisuje frustraci jako situaci, kdy dochází k zamezení uspokojení důležitých potřeb a vymezuje **čtyři formy frustrace**. Jednou z forem je **oddálení**, kdy nedochází k úplnému znemožnění cíle, ale jeho dosažení je oddáleno, dále je to **zmaření**, kdy cíle už nelze dosáhnout, potřeby nejsou uspokojeny. Další formou je deprivace, tedy vážný **nedostatek** uspokojování nějaké potřeby. Jako poslední uvádí **konflikt**, který je závažnou formou frustrace, kdy na cestě k cíli dochází k střetávání dvou protichůdných sil. Rosenzweig také rozlišuje mezi **překážkou aktivní a pasivní**. Aktivní překážka je vážnější než pasivní, uvádí do nebezpečí celý organismus a ohrožuje i další potřeby, jejím příkladem může být člověk, který pomocí

zbraně zabraňuje druhému v pohybu. Příkladem pasivní překážky jsou zamknuté dveře znemožňující únik.

S. Rosenzweig dále rozlišuje dva druhy **frustrace** – **primární a sekundární**. Primární frustrace se vyznačuje nespokojeností a napětím, jelikož nedošlo k situaci přinášející uklidnění. Sekundární frustrace je způsobena překážkami a nesnázemi na cestě k uspokojení aktuální potřeby (Svoboda, 2010). V roce 1945 Rosenzweig poprvé publikoval diagnostickou metodu s názvem **Rosenzweig Picture Frustration Study** a popisoval ji jako propojení slovně-asociačních a tématicky-apercepčních technik (Rosenzweig, 1945) Tento test, pro který se používá zkratka P-F Test a řadí se mezi verbálně-tématické projektivní metody, se snaží odhalit vzorce chování při reakci na běžnou zátěž (frustraci). Do verbalizace se projikují latentní agresivní tendence vyvolané podnětovým materiálem (Svoboda, 2010). Popisu testu se budeme věnovat později.

S. Rosenzweig (1976) rozlišuje dvě hlavní kategorie - směr agrese a typ agrese. **Směr agrese** zahrnuje „**extraggression**“, tedy agresi zaměřenou na okolí, „**intraggression**“, agrese zaměřená na vlastní osobu a „**imaggression**“, kdy je frustrace označena za nepodstatnou a člověk se přes ni snaží přenést. Jinými slovy by se dalo říci, že extra-agrese obrací agresi ven, intro-agrese obrací agresi dovnitř a im-agrese tuto agresi zcela „vypne“. Mezi **typy agrese** patří „**obstacle – dominance**“, kdy je zdůrazněno převládání frustrující překážky, „**ego-defence**“, tedy obrana sebe sama a „**need – persistence**“, kdy se projevuje snaha řešení situace navzdory překážce. Agrese v Rosenzweigově pojetí není synonymem pro hostilitu a destruktivitu, není vždy negativní. Naopak může být i pozitivní, konstruktivní formu agrese reprezentuje například typ agrese „need- persistence“.

Doposud jsme se zabývali dílčími teoriemi agrese, objevily se ale i pokusy o **integrativní pohled na agresi**. L. Lovaš (2008) uvádí za zástupce integrativních teorií C. A. Andersona a R. G. Greena. Pro vyjádření agrese jsou nutné dvě podmínky, jednak podněty, které za dané situace provokují agresi a pak také osobnostní predispozice k agresivnímu jednání. K agresivní reakci tedy dochází tehdy, je-li vyvolávajícím podnětům vystavena osoba s určitým naladěním a predispozicemi k takovému jednání.

3.3 Souvislost agrese a psychosomatických onemocnění

Agresivní chování je jedna z technik **vyrovnávání se s náročnými životními situacemi**. Přímé vyjádření agrese je do jisté míry společensky schvalováno, například u různých sportů, akčních filmů, či mezi muži se agrese často hodnotí jako projev mužnosti. Přesto většina civilizovaných zemí pohlíží na přímé agresivní chování, které ohrožuje druhé, negativně a trestá jej. Často vlivem společenských norem neobracíme agresi vůči frustrující překážce. Dochází pak třeba k **přesunutí agrese** na jinou osobu či objekt. Společensky nebezpečnou variantou je přesunutí agrese na menšiny obyvatel. Agrese se také může přesunout na vlastní osobu. Někdy je zdroj frustrace tak neurčitý a nekonkrétní („ten život, osud“), že vzniká pocit bezmocnosti a agrese se může snadno obrátit proti sobě samému (Čáp, Dytrych, 1968).

Hostilita, hněv a agrese, ať už projevená či potlačená, obrácená vůči okolí či proti sobě samému, je často spojována jako predisponující faktor s různými somatickými i psychosomatickými onemocněními. Nejvíce byl hněv sledován v patogenezi esenciální hypertenze, ale i u některých typů rakoviny, astmatu či koronární sklerózy (Baštecký et al., 1993). Nacházíme zde určitý rozpor, jednak naše společnost má tendenci hodnotit agresivní chování spíše negativně, tudíž je žádoucí jej neprojevit, na druhou stranu různí klinické i teoretické zastávají myšlenku, že násilné **potlačování** agresivních tendencí vede k psychosomatickým onemocněním. Pod vlivem společenských norem potlačujeme určité pocity a chování, což ale nevede k řešení, spíše k pocitům viny a stavům úzkosti (Čáp, Dytrych, 1968). V pojetí psychoanalýzy se jedná o konflikt mezi nadjá (internalizované kulturní normy a výchova) a ono (pudová a emoční přirozenost). V rámci zachování harmonie a předejití konfliktu člověk omezí sám sebe (Poněšický, 2005).

J. Poněšický (2005) píše o typech **úzkosti** vyvolaných potlačením negativních impulzů. Neurotická úzkost je obava z ohrožujících reakcí okolí na vyjádření vlastních negativních tendencí (například agrese). Úzkost ze ztráty kontaktu a vztahu některé lidi nutí potlačit veškeré své reakce, které by mohly vyvolat antipatii, tato tendence je častější u lidí, kteří už něco podobného zažili dříve či v dětství. Někteří lidé naprosto odsuzují jakékoliv agresivní jednání a odmítají oplácet zlo zlem, mají apriorní strach někoho zranit. Podstatnou roli také hraje vnímání sebe sama, každý člověk si neustále potvrzuje svůj sebeobraz, někdy ale lidé ubližují sami sobě, jen když zůstanou věrní svému sebeobrazu.

Extrémním příkladem je hladovění dívek s anorexií, aby si uchovaly obraz o sobě samých jako štíhlých modelkách.

Hněv patří mezi základní **emoce**. Emoce můžeme ovlivňovat, **kontrolovat** i zmírňovat, přičemž prožitková složka emocí nám slouží jako zpětná vazba při kontrole emocí. Jedním způsobem kontroly emocí, je kognitivní zhodnocení události vyvolávající danou emoci, které může zcela zabránit reakci. Jiným způsobem je kontrola síly emoce, lze potlačit například výraz tváře, i když už emoce vznikla. Vyjadřování emocí tedy může být používáno cíleně, jeho hlavní funkcí je přitom komunikace a interakce s druhými. Ve vyjadřování emocí stále přetrvává genderová stereotypie. Od žen se předpokládá, že budou své emoce více spontánně vyjadřovat, od mužů naopak, že je budou kontrolovat („muži nebrečí“) a ovládat (Scherer, 2006). Muži se nenaučí s těmito situacemi zaházet a tím spíše budou reagovat tělesně. Ženy jsou zase vedeny k zdrženlivosti v agresivních projevech, dojde tedy místo energické reakce k potlačení emoce (Poněšický, 2002).

Primární emoce mají tři složky – subjektivní prožitek, vnější změny v chování a fyziologické reakce, přičemž ne vždy jsou tyto složky v souladu (Irmiš, 2006). G. H. Gudjonsson (1982) zkoumal spojitost mezi kožní galvanickou reakcí a subjektivní emoční nepohodou u souboru 24 mužů a 24 žen. Zjistil, že fyziologická reakce autonomního nervového systému může být v nesouladu se subjektivním prožitkem. Někteří lidé potlačují nevědomě své emoce a mají nízkou míru úzkostnosti, přitom fyziologická reaktivita je vysoká, jsou to **tzv. represori**. Naopak existují lidé, kteří při nízké míře fyziologické reakce udávají vysoké subjektivní hodnoty úzkostnosti, jedná se o **tzv. senzitivizéry**. H. J. Eysenck (1981, in Irmiš, 2006) vyjádřil domněnku, že první skupina lidí, kteří potlačují své emoce, má tendence spíše k somatickým nemocem. Kdežto druhá skupina s vysokou úzkostností má sklon častěji k psychosomatickým nemocem.

Tělesné a citové reakce jsou navzájem úzce propojeny, citová reakce je spojena s tělesnou a tělesná reakce zase vede k té citové. Citové reakce mohou být vnímány jako nepříjemné, nebo jsou spojeny s dřívějšími bolestnými zážitky, a proto jsou potlačovány. Čím víc se snažíme emoce a city kontrolovat, tím více se hlásí o slovo v tělesné řeči. Psychosomatické onemocnění přeci jen něco vyjadřuje, samotný pacient tomu však nerozumí. Emoční defekt se projeví tělesnou reakcí, která vyvolává napětí a je vnitřně nediferencovaná. Pokud například jedinec vnitřně nerozlišuje jak u sebe tak u druhých agresivní situace, nerozezná nebezpečí či, že někoho zranil, vnímá jen neurčité napětí a to může vést k zneužívání uklidňujících léků či rozvoji psychosomatické poruchy (Poněšický, 2002). Pokud dojde vlivem zákazů a traumat k potlačení významové složky emocí, zbude

jen tělesná reakce spojená se studem, úzkostí, vinou. Tělesná reakce bez významu je pro člověka nepochopitelná a je tedy prohlášena za somatický symptom. Otázkou je, zda spojení symptomů s vyvolávající zátěžovou situací, bude dostačující k tomu, aby pacient porozuměl smyslu svých symptomů (Poněšický, 2011). R. Dahlke (2005) navrhuje používat pro odkrytí skrytých problémů s principem agrese (ale nejen s ním) metodu výklad klinických obrazů nemocí. Tato metoda odhaluje psychické problémy na základě fyziologických obtíží. Většina lidí vnímá agresivní tendence spíše u druhých, u sebe sama je spíše podceňuje, pomocí klinických obrazů nemocí lze sledovat agresivní princip v našem nitru. Lze se k němu dopracovat přes objektivní příznaky skrze kladení vhodných otázek, jednou z nich je: „Co mi vlastně chybí?“. Tento autor považuje za vhodný způsob vybití nahromaděné agresivní energie zájmovou sportovní aktivitu oproštěnou od tlaku na výkon.

Tělesná reakce může být jak ekvivalentem **potlačeného agresivního impulsu**, tak i ekvivalentem opačné tendence – úzkosti z následků projevené agrese. Například u bolestí zad dochází tedy k napětí agonistických i antagonistických svalů, což vede k bolesti a blokáde. Potlačené projevení agrese se může projevit jako **vysoký krevní tlak, svalová bolest**. Potlačená úzkost z agrese se zase může projevit **bolestmi hlavy, průjmem**. Zástupná tělesná reakce vytlačených afektů ušetří pacienta emoční osobní krize (Poněšický, 2004). Jindy potlačená agrese projevená svalovým napětím může hrát roli **v poruchách spánku**. Poruchy usínání mohou být zapříčiněny nevědomou obavou ze ztráty kontroly nad agresivními impulsy (Poněšický, 2010). Souvislost mezi potlačováním hněvu a zdravotními problémy podporují i další autoři: „*Když se nemohou vybouřit agresivní impulsy, způsobuje dlouhodobá aktivace sympatického nervstva například trvalé zvyšování krevního tlaku*“ (Morschitzky, Sator, 2007, s. 13). Tuto hypotézu podporuje i výzkum korejských autorů K. B. Koha a S. J. Kima (1995), kteří zkoumali souvislost **potlačeného hněvu s hypertenzí** u padesáti osob s hypertenzí a padesáti zdravých osob. Obě skupiny byly shodné v pohlaví, věku, vzdělání a BMI indexu. Pacienti s hypertenzí skórovali signifikantně významněji výše v supresi hněvu než kontrolní osoby, které naopak zase skórovali výše v expresi hněvu než skupina pacientů.

Američtí autoři R. Kellner, J. Hernandez a D. Pathak (1992) zkoumali vliv **potlačovaného hněvu** (měřeného pomocí sebesuzovacích škál) **na somatizaci** u psychiatrických pacientů a pacientů praktických lékařů. Zjistili souvislost mezi potlačeným hněvem a depresí a také, že deprese je spojovací článek mezi potlačeným hněvem a somatizací. Psychiatrickí pacienti měli signifikantně vyšší skóry v potlačovaném hněvu,

depresi i somatizaci než pacienti praktických lékařů. Zajímavý výzkum v laboratorních podmínkách provedl tým výzkumníků z USA (Burns et al., 2008). Autoři se zaměřili na pacienty s chronickou bolestí v bederní páteři a na to, zda **suprese hněvu ovlivní vážnost chronické bolesti**. Dvěma skupinám participantů byla zadána náročná úloha na počítači s obviňujícími a nepříjemnými poznámkami administrátora, které vyvolávaly hněv, jedna skupina participantů ale dostala instrukci hněv potlačit a neprojevit, druhá nikoliv. Poté následovala sekvence pohybů, které měli participanté provést, to bylo natočeno a posléze byly sledovány behaviorální projevy bolesti. Participanté také vyplňovali sebeposuzující dotazníky na bolest, hněv, úzkost a smutek. Pacienti, kteří potlačovali hněv během provokace, cítili během počítačové úlohy větší hněv a během série pohybů větší bolest. Potlačení hněvu u pacientů s chronickou bolestí v zádech tedy může zvyšovat sílu jimi pociťované bolesti. Pacienty s chronickou bolestí v zádech si vybrala jako výzkumný soubor i další skupina autorů (Carson et al., 2007) Tito autoři se zaměřili na studium spojitosti ambivalence ohledně vyjadřování emocí s bolestí a hněvem u pacientů s trvalou neorganickou bolestí. Analýza korelací ukázala, že pacienti, kteří skórovali vysoko v dotazníku zkoumajícím ambivalenci při vyjadřování emocí, taktéž měli vysoké skóre bolesti a hněvu – zejména tendenci potlačovat v sobě hněvivé myšlenky a pocity.

Skupina autorů z Číny a USA se zabývala **spojením nejistého připoutání, hněvu a somatizace**. U vzorku 101 amerických párů došli autoři k závěru, že mediátorem mezi nejistým připoutáním a somatizací byla u mužů dispozice k hněvu a u žen potlačování hněvu. Muži, kteří mají nejisté připoutání v blízkých vztazích, jsou náchylnější k prožívání hněvu, který následně podporuje somatizaci. Nejisté připoutání u žen může ovlivnit úroveň somatizace v dospělosti, která je podpořena potlačováním hněvu. Autoři z toho vyvozují závěr pro klinickou praxi: somatizaci a náchylnost k lékařsky nevysvětlitelným příznakům by mohly zmírnit strategie zaměřené na nácvik adaptivních cest přímého vyjádření agrese (Liu, Cohen, Schulz, Waldinger, 2011).

Doposud jsme se zabírali jen potlačováním hněvu, není to ale jen potlačování hněvu, které bývá spojováno se zdravotními potížemi, ale i jeho **nadměrná a častá exprese**. Zejména diastolický krevní tlak je silně asociovaný s hněvem (Stuchlíková, Man, 2003). I. Čermák (1998) popisuje právě spojení osobnostních sklonů k hněvivým reakcím a k agresivitě s náchylností k chorobám srdce a krevního oběhu. Osobnost s chováním typu A (důraz na výkon, soutěživost, neustálý spěch, zodpovědnost) má často větší sklon k reaktivní agresi a onemocnění srdce a cév. S. Bruehl, O. Y. Chung, J. W. Burns a L. Diedrich (2007) se ve svém výzkumu zabývali expresí hněvu ve spojitosti s bolestí u

pacientů s chronickou bolestí bederní páteře. Zjistili, že jak zvýšené potlačování hněvu, tak zvýšená přímá exprese hněvu jsou spojeny se zvýšenou akutní bolestivou odpovědí, ale pouze přímá exprese hněvu je asociována se sníženým uvolňováním endogenních opioidů při reakci na škodlivý stimul. Exprese hněvu (anger-out) je tedy asociována s dysfunkcí opioidního analgetického systému.

Expresí hněvu také záleží na dané situaci, hněv by se tedy neměl zkoumat obecně, ale jako situačně podmíněná charakteristika. Na této teorii postavili autoři z Jihočeské univerzity studii na 215 vysokoškolských studentech. Použili jimi přepracovanou českou verzi dotazníku STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory), jehož původním autorem je C. D. Spielberger. Dotazník mimo jiné rozlišuje mezi anger-out (otevřené vyjádření hněvu), anger-in (hněv obrácený dovnitř) a anger-control (kontrola hněvu), tyto rozdílné formy vyjadřování hněvu zkoumali ve třech situacích: v práci, doma a ve volném čase. Zjistili, že exprese hněvu se významně liší v závislosti na situaci. Studium exprese hněvu v kontextu situace by mohlo pomoci objasnit vztah k zdravotním obtížím (Stuchlíková, Man, 2003).

4 Přehled vybraných dosavadních výzkumů

Spojitostí agrese se symptomy u různých nemocí se zabývalo poměrně velké množství výzkumů, některé z nich jsme uvedli v předchozí kapitole. Výzkumů zkoumajících agresivní tendence u somatoformních poruch je již méně. Některé zahraniční studie na toto téma uvádíme v následující kapitole. Pokud je nám známo, v České republice doposud neexistuje výzkum, který by se zabýval přímo agresí a hněvem u skupiny pacientů se somatoformní poruchou. Dále uvedeme některé výzkumy, které využily Rosenzweigův obrázkově frustrační test.

4.1 Zkoumání agresivních tendencí u somatoformních poruch

Někteří autoři považují somatoformní poruchy primárně jako poruchy regulace afektů (Waller, Scheidt, 2004). Jako první tedy zmíníme výzkum, který se nezabývá konkrétně agresivními tendencemi, ale obecněji dysregulací afektů, přesněji řečeno příliš velkou regulací (over-regulation) a příliš malou regulací (under-regulation) afektů a kombinaci obojího u borderline pacientů a pacientů se somatoformní poruchou. Pacienti se

somatoformní poruchou vypovídali jen trochu o deregulaci afektů a pokud tomu tak bylo, tak měli tendenci spíše k příliš velké regulaci afektů, nicméně jeden ze šesti pacientů vypovídal spíše o příliš nízké regulaci afektů. Výsledky tedy naznačují, že považovat somatoformní poruchu za poruchu dysregulace afektů může být příliš zjednodušující, objevuje se spíše spektrum jak příliš nízké, tak příliš vysoké regulace afektů (Van Dijke et al., 2010).

Skupina autorů z Noska zkoumala mimo jiné míru hostility (dotazníkem Aggression Questionnaire) u tří skupin probandů – pacienti s psychogenními neepileptickými záchvaty, pacienti se somatoformními poruchami a kontrolní skupina bez patologie. V každé skupině bylo 23 osob, osoby se ve všech třech skupinách shodovaly v pohlaví a věku. Obě skupiny pacientů měly vyšší míru hněvu než kontrolní skupina. Vysoká míra hostility je často spojená s hostilními copingovými strategiemi a ty zase interferují s mírou kompliance při léčbě. Hostilní copingové strategie jsou důležitým faktorem udržujícím symptomy u pacientů se somatoformní poruchou a měl by se na ně brát zřetel v terapii (Mökleby et al., 2002).

Korejští autoři zkoumali hněv u pacientů s depresivní poruchou (73 osob), s úzkostnou poruchou (67 osob) a somatoformní poruchou (47 osob, 26 mužů a 21 žen, dle DSM-IV) a tyto skupiny pacientů porovnávali s 215 zdravými probandy. Pro měření hněvu použili Anger Expression Scale, subškálu hostility z dotazníku SCL-90-R a subškálu hněvu a agrese z dotazníku Stress Response Inventory. Všechny tři skupiny pacientů měly vyšší skóre hněvu na subškále hněvu (Stress Response Inventory) než kontrolní skupina. Mezi skupinami pacientů měli signifikantně vyšší skóre na subškálách anger-out a anger-total pacienti s depresivní poruchou než pacienti se somatoformní poruchou. Pacienti s depresivní poruchou tedy více pociťují hněv než pacienti s úzkostnou a somatoformní poruchou, navíc pacienti s depresivní poruchou vyjadřují hněv spíše než pacienti se somatoformní poruchou (Koh, Kim, Park, 2002).

Dva z těchto autorů dále zkoumali spojitost hněvu se symptomy určitých orgánů a zjistili, že u pacientů se somatoformní poruchou nebyla významná spojitost mezi supresí či expresí hněvu a vážností somatických symptomů týkajících se různých orgánových soustav. Podle této studie tedy hněv u pacientů se somatoformní poruchou není asociován s žádným orgánovým systémem (Koh, Park, 2008). Tento výzkum na stejném vzorku 47 pacientů se somatoformní poruchou v dalším článku rozvedla skupina pěti autorů. Autoři tentokrát porovnávali jen somatoformní poruchu s úzkostnou poruchou, uvádíme výsledky jen pro somatoformní poruchu. Přímý signifikantní vliv na somatické symptomy měla

deprese a úzkost. Dále se ukázala pozitivní korelace mezi skóry v subškále anger-in a depresí. Nicméně skóry na subškále anger-out nevykazovaly signifikantní korelaci s úzkostí, depresí, ani s úrovní somatických symptomů. Z toho plyne, že pouze suprese hněvu (anger-in) má nepřímý vliv na somatické symptomy skrze depresi či úzkost u pacientů se somatoformní poruchou. Výsledky napovídají, že spojitost hněvu se somatickými symptomy je slabší než spojitost deprese a úzkosti se somatickými symptomy (Koh, Kim, Kim, Park, Han, 2008).

Na výzkum Koha a jeho spoluautorů navazuje tým autorů z Itálie, kteří na vzorku více jak sedmi stovek pacientů s depresivními, úzkostnými a somatoformními (dle DSM-IV, somatoformní porucha 26 osob, průměrný věk 40,2 let, 50% ženy; somatoformní porucha nediferencovaná 21 osob; hypochondrická porucha 5 osob) poruchami ověřovali, zda italští ambulantní psychiatřičtí pacienti s depresivní poruchou budou mít vyšší míru hněvu a agresivity. Pacienti aktuálně neužívali antidepressiva. Pacienti s depresivní poruchou měli signifikantně vyšší míru hněvu a agresivity než pacienti s úzkostnou a somatoformní poruchou. Nedostatkem studie bylo nezahrnutí kontrolní skupiny a použití pouze jedné škály k měření hněvu, která nerozlišovala mezi supresí a expresí hněvu (Picardi, Morosini, Gaetano, Pasquini, Biondi, 2004).

Jeden z výzkumů, který se přímo netýkal agresivních tendencí u somatoformních poruch, ale agrese se okrajově dotkl, provedly dvě autorky ze Švédska. Svůj výzkum provedly na 31 pacientech léčebného centra pro psychosomatické obtíže, 17 jich mělo somatoformní poruchu, ostatní jiné poruchy (úzkostné či poruchy spojené se stresem). Pacienti podstoupili fyzioterapeutickou tělesnou prohlídku (ROBE II), která sledovala držení těla, dýchání, pohyby, svaly a reakci na fyzický dotek. Dále probandí vyplňovali dotazník SCL-90, který má mimo jiné subškálu hněv-hostilita. Prokázala se silná korelace mezi touto subškálou a jednotkami dýchání, držení těla a pohyby z ROBE II, což poukazuje na důležitost zvládnutí negativních aspektů agrese u psychosomatických poruch. Zvýšená kontrola dýchání signifikantně korelovala se subškálou hněv-hostilita (Meurle-Hallberg, Armelius, 2006).

Skupina autorů u USA provedla již v 90. letech 20. století výzkum u 127 vdaných/ženatých pacientů s chronickou bolestí, přičemž se nejednalo přímo o pacienty se somatoformní poruchou, ale jednalo se o benigní bolest kosterního svalstva, vyloučena byla maligní bolest při rakovině, migréně a tenzní bolesti hlavy, proto se o tomto výzkumu zmíníme na tomto místě. Pacientům byl administrován kromě jiných i dotazník exprese hněvu (Anger Expression Inventory, Spielberger) a škála hostility (Cook-Medley Hostility

Scale). Autoři došli k závěru, že styl zpracování hněvu (suprese či exprese hněvu) souvisí s mírou hostility a pohlavím, a že skrze tyto rozdíly lze porozumět mechanismu bolesti a stanovit tak vhodnou léčbu. U souboru žen byla vysoká míra exprese hněvu a nízká míra hostility spojena s nízkou mírou bolesti, zatímco vysoká míra exprese hněvu i hostility predikovala velkou míru bolesti. U mužů byla nízká míra exprese hněvu a nízká míra hostility spojena s nízkou mírou bolesti, zatímco nízká míra exprese hněvu, ale vysoká míra hostility predikovala velkou míru bolesti. Ženy, které tendovaly k expresi hněvu, a přitom nebyly hostilní, měly oproti jiným ženám lepší strategie vyrovnávání se s bolestí. Muži, kteří měli tendenci hněv spíše nevyjadřovat, a přitom byli hostilní, se s bolestí vyrovnávali hůře než ostatní muži. Nebyly nalezeny žádné interakce mezi supresí hněvu a bolestí (Burns, Johnson, Mahoney, Devine, Pawl, 1996).

Studii zabývající se konkrétně agresivními tendencemi u pacientů se somatoformní poruchou je poskrovnu. Pokud už se tímto výzkumným problémem zabírají, většinou je v popředí zájmu depresivní porucha a somatoformní porucha slouží jen k porovnání (viz. Koh et al., 2002). Častější je zkoumání agresivních tendencí u pacientů s různými chronickými bolestivými syndromy (např. Carson et al., 2007; Burns et al., 2008). Mezi českými studiemi nám není známa žádná zaměřující se na téma agrese u somatoformních poruch. Zmíňme ale nedávný výzkum pražských autorů, kteří pomocí projektivních testů (Hand test, ROR, TAT) zkoumali možnosti posuzování agrese u tří skupin psychiatrických pacientů (psychotické poruchy, afektivní poruchy a poruchy osobnosti) a kontrolní skupiny. Zjistili, že použité projektivní metody spolehlivě měří dispozice k agresivnímu chování spíše než projevy manifestní agrese (Harsa, Žukov, Csémy, 2009).

4.2 Výzkumy používající Rosenzweigův obrázkový frustrační test

Jako hlavní metodu pro náš výzkum jsme se rozhodli použít Rosenzweigův obrázkový frustrační test (dále jen PFT), který uveřejnil již v roce 1945 Saul Rosenzweig (Rosenzweig, 1945). V současné době na jeho české standardizaci pracuje David Čáp. V zahraničí je tento test hojně využívanou klinickou i výzkumnou metodou, kdežto u nás nebyla verze pro dospělé ani oficiálně vydaná, český překlad provedl v 60. letech J. Diamant a J. Srnec (Čáp, 2010). Podrobnější popis testu uvedeme ve výzkumné části, na tomto místě představíme některé výzkumy využívající test PFT.

Tento test byl hojněji využíván ve výzkumech staršího data (ve svém článku z roku 1976 Rosenzweig uvádí na 500 dostupných referencí o výzkumech s testem PFT), v posledním desetiletí je výzkumů podstatně méně, z toho důvodu uvádíme i dříve datované studie. Časté jsou výzkumy s dětskou verzí testu PFT (např. Barnes, Pai, 1983), oblíbené je také využití testu PFT ve forenzní psychologii (např. Hornsveld, Nijman, Hollin, Kraaimaat, 2007). Na začátku uvedeme některé obecnější výzkumy, následně se budeme soustředit na studie používající test PFT ve spojitosti s psychosomatikou. Není nám znám výzkum, který by zkoumal využití testu PFT přímo u somatoformních poruch.

J. Basu (1991) se ve svém výzkumu zabýval vlivem genderových stereotypů na agresivní odpovědi v testu PFT. Používal dětskou verzi u vzorku 44 dětí (polovina dívků) a zkoumal, zda bude mít na odpovědi vliv pohlaví respondentů a pohlaví figur v testu. Pohlaví dětí nemělo na výsledky žádný vliv, zato pohlaví figur v jednotlivých situacích ovlivňovalo směr a typ agrese u chlapců i dívek. Vliv na odpovědi tedy mohou mít genderové stereotypy. U chlapeckých figur se vyskytovala spíše inhibice obranného chování, snižování důležitosti frustrující situace a přetrvávání překážky. U dívčích figur pak převládalo přímé obranné chování a zvýšená tendence brát vinu na sebe.

Japonský autor T. Yoshizumi (2010) zkoumal na skupině 60 studentů (průměrný věk 20,4 let) souvislosti mezi disociací a agresí. Použil test PFT a škálu disociace (DES). Skóre ze škály disociace negativně korelovalo s převládáním frustrující překážky (typ agrese) a snaze vyhnout se agresí (směr agrese) a pozitivně korelovalo s agresí (směr) směřující k okolí měřené testem PFT. Výsledky tedy ukázaly, že adolescenti s vysokou mírou disociace inklinují k přímému vyjadřování agrese vůči lidem.

Jedním ze zástupců starších výzkumů používajících test PFT je studie P. M. Lewinshona (1956), který pomocí tohoto testu a také testu MMPI zkoumal rozdíly mezi těmito klinickými skupinami: pacienti s duodenálním vředem, esenciální hypertenzí a neuromuskulární tenzí a tyto porovnával s kontrolní skupinou. V žádné dimenzi testu PFT nebyl mezi skupinami shledán signifikantní rozdíl. Z let šedesátých pak pochází výzkum R. A. Pierloota a J. Van Royové (1969). Tito autoři administrovali test PFT třem skupinám po 30 probandech, všechny osoby byly ženy, průměrný věk 29 let. Jednalo se o pacientky s astmatem a dvě kontrolní skupiny – pacientky psychiatrické ambulance stěžující si na různé psychoneurotické obtíže a zdravé ženy bez vážné fyzické a psychické poruchy v anamnéze. Skupina pacientek s astmatem dávala signifikantně méně extrapunitivních (agrese zaměřena na okolí) odpovědí než kontrolní skupina zdravých žen, v porovnání s psychoneurotickými pacientkami nebyl rozdíl signifikantní. Skupina astmatiků také

dávala signifikantně vyšší počet impunitivních (situace je považována za nevyhnutelnou, vyhnutí se agresí) odpovědí než obě kontrolní skupiny.

Test PFT se uplatnil i při studiu pacientů s poruchami oběhového systému. Dva američtí autoři porovnávali 30 mužů s onemocněním koronárních tepen s 30 zdravými muži bez kardiologické poruchy, přičemž probandi se shodovali ve věku, vzdělání, IQ a socio-ekonomickém statusu. Obecně se pacienti nelišili od kontrolní skupiny v testu PFT, jediná proměnná, která signifikantně diferencovala mezi skupinami, byla frekvence impunitivních odpovědí - skupina pacientů jich dávala signifikantně více než kontrolní skupina. Mnohem více podmiňoval odpovědi věk a socioekonomický status probandů. Autoři se tedy klaní k názoru, že neexistují osobnostní vlastnosti podmiňující vznik onemocnění koronárních tepen, jsou to spíše demografické faktory, které hrají roli (Mordkoff, Golas, 1968). Psychosomatickou komponentu u pacientů s esenciální hypertenzí zkoumali autoři ze Švýcarska, kteří 37 pacientů s diagnostikovanou esenciální hypertenzí ještě rozdělili do dvou skupin dle hladiny enzymu reninu – s vysokou hladinou a normální hladinou. Výzkumníci kromě standardizovaného interview zadali probandům test PFT a Freiburský osobnostní dotazník. Pacienti s vysokou hladinou reninu se v testu PFT signifikantně lišili od pacientů s normální hladinou reninu. První skupina skórovala signifikantně méně extrapunitivně (agrese zaměřená na okolí), vykazovala zvýšenou intropersistivní reakci (snaha o řešení submisivní cestou) a méně často zdůrazňovala přítomnost frustrující překážky. Pacienti s esenciální hypertenzí s vysokou hladinou reninu jsou méně asertivní, méně externalizují agresi a jsou více submisivní než pacienti s normální hladinou reninu, navíc mají současně vyšší potřebu řešit problémy okamžitě, což vede ke konfliktu mezi submisivitou a tendencí se prosadit (Perini, Rauchfleisch, Bühler, 1985). Z této studie tedy oproti té předchozí vyplývá, že u pacientů s esenciální hypertenzí přeci jen nějaké typické osobnostní charakteristiky jsou.

Autoři z Německa provedli v 90. letech za pomoci testu PFT studii zabývající se agresí u pacientů s ulcerózní kolitidou (psychosomatická skupina, 32 osob) v porovnání s pacienty s diabetem (somatická kontrolní skupina, 30 osob). Došli k závěru, že pacienti s ulcerózní kolitidou reagují signifikantně častěji intropunitivně, tedy agrese a výčitky zaměřují na vlastní osobu, než kontrolní skupina. Výsledky nasvědčují tomu, že pacienti s ulcerózní kolitidou agresi inhibují (Liedtke, Jäger, 1993).

V poslední době zveřejnila výzkum skupina autorek z Anglie, která administrovala test PFT 22 pacientkám s mentální anorexií a 44 zdravým ženám. Autorky studie se zaměřily na porovnání typu a směru agrese u těchto dvou skupin. Ve směru agrese nebyl

mezi skupinami žádný signifikantní rozdíl, přesto byla patrná tendence u žen s anorexií dávat méně impunitivních (neutralizace agrese) odpovědí. Signifikantní rozdíly se ale našly u typu agrese. Ženy z klinické skupiny dávaly signifikantně méně odpovědí zaměřených na řešení frustrace a signifikantně více ego-obranných odpovědí než kontrolní skupina. Typ agrese jako reakce na frustrující situaci se tedy liší u pacientek s mentální anorexií v porovnání s kontrolní skupinou (Harrison, Genders, Davies, Treasure, Tchanturia, 2011).

Použití testu PFT v **českých výzkumech** není zdaleka tak časté jako v zahraničí. Podařilo se nám najít už poměrně dávno publikovaný výzkum zaměřený na studium agrese u osob závislých na alkoholu. Autoři zjistili pomocí testu PFT u 71 osob závislých na alkoholu zvýšenou míru intropunitivity (agrese zamířené vůči sobě samému) a z hlediska typu agrese zvýšený důraz na přetrvávání překážky (Kunda, Kudélková, 1973). Jak už jsme uvedli výše, v současnosti se zabývá testem PFT ve své rigorózní práci D. Čáp (2010), který na vzorku 100 žáků středních a základních škol ve věku 14-17 let standardizoval verzi testu pro adolescenty.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Výzkumný problém a cíle práce

V teoretické části této práce jsme se zabývali psychosomatickým přístupem k člověku a nemoci, který v nejširším slova smyslu klade důraz na vzájemné propojení, ovlivňování a spolupůsobení psychických, somatických a sociálních vlivů. Tento přístup se v posledních desetiletích začíná prosazovat v psychologii, medicíně i obecně v přístupu k člověku. Na druhou stranu, kvůli rozvolněnému používání termínu psychosomatika je obtížné tuto oblast zkoumat. Rozhodli jsme se proto úžeji zaměřit na konkrétní oblast psychosomatických poruch, u které se předpokládá významný vliv psychických faktorů a která je definována jako samostatná diagnostická kategorie MKN10 – Somatoformní poruchy (F45). Ačkoliv se předpokládá poměrně vysoký výskyt těchto poruch v populaci, osob s touto diagnózou, kteří se psychiatricky či psychoterapeuticky léčí je podstatně méně. I výzkumů zaměřených přímo na tuto diagnostickou jednotku je poskrovnu, mezi českými výzkumy nám není znám žádný.

Psychosomatická onemocnění bývají spojována mimo jiné i s poruchami emocí, často konkrétně s emocí hněvu a agresivními tendencemi. Hněv a agrese, ať už projevená či potlačená je dávána do souvislosti s etiopatogenezí psychosomatických poruch (viz. kapitola 3.3), proto jsme se i na tuto oblast zaměřili v teoretické části a rozhodli jsme se ji prozkoumat výzkumně. Existuje i pár zahraničních výzkumů, které se zabývali hněvem a agresí u pacientů se somatoformní poruchou (viz. kapitola 4.1), v popředí zájmu těchto studií však převážně byla depresivní či úzkostná porucha a somatoformní porucha sloužila jako srovnávací skupina, také výsledky těchto studií nejsou jednoznačné. V naší studii jsme se tedy rozhodli prozkoumat agresivní tendence u pacientů se somatoformní poruchou v porovnání s kontrolní skupinou zdravých jedinců, abychom zjistili, jak to tito pacienti s agresí mají a jak se liší od zdravých jedinců.

Obecná výzkumná otázka zněla:

Jak se liší agresivní tendence u pacientů se somatoformní poruchou v porovnání s kontrolní skupinou?

Na základě těchto úvah a studie literatury postupně začal vznikat výzkumný plán, který si kladl za cíl prozkoumat tuto otázku pomocí projektivních testů a doplňujících dotazníků u skupiny pacientů s diagnostikovanou somatoformní poruchou a kontrolní

skupinou zdravých osob ekvivalentních ve věku, pohlaví a vzdělání ke klinické skupině. Projektivní metody byly pro výzkum zvolené zejména proto, že jsou vhodné pro zjišťování emotivity a různých faktorů u psychosomatických poruch, jelikož jsou schopné odhalit latentní tendence projikované do projektivního materiálu (Baštecký et al., 1993). Projektivní metody (například Hand test) byly použity i ve studii posuzující agresivitu u psychiatrických pacientů a vyšlo najevo, že jsou schopny posoudit latentní dispozice k agresivním tendencím (Harsa, et al., 2009). Pro náš výzkum jsme zvolili Rosenzweigův obrázkový frustrační test (PFT) – českou verzi PFT (C-W) nově přepracovanou D. Čápem (2010), což je projektivní metoda, která zkoumá směr a typ agrese v reakci na frustraci. Tato metoda není bohužel v českých výzkumných studiích hojně používaná, nás ale zaujala a proto jsme chtěli ověřit její využití na klinickém vzorku. Jako další projektivní metodu jsme zvolili výše zmíněný Hand test, který je naopak ve výzkumu často využíván. Vzhledem k vhodnosti triangulace metod jsme rozhodli použít i dotazníkovou sebesuzovací metodu, a to v zahraničí hojně využívaný Spielbergerův „State-Trait Anger Expression Inventory – STAXI“, konkrétně jeho českou předběžnou verzi zpracovanou I. Stuchlíkovou a F. Manem (2003) se souhlasem C. D. Spielberga i vydavatelství Psychological Assessment Resources, Inc. Jelikož jedním z podstatných rysů somatoformní poruchy je i úzkost (Vasilescu, Panaitescu, 2009), použili jsme pro ověření oprávněnosti diagnózy a rozdílu mezi klinickou a kontrolní skupinou Beckův inventář úzkosti.

Hlavními cíli výzkumu tedy bylo pomocí dvou projektivních metod a dotazníku prozkoumat a popsat agresivní tendence u pacientů se somatoformní poruchou a dále tuto klinickou skupinu porovnat s kontrolní skupinou zdravých osob. Konkrétněji: zjistit, zda u jedinců se somatoformní poruchou bude rozdíl mezi směrem a typem agrese v testu PFT v porovnání s klinickou skupinou a zda se tyto skupiny budou významně lišit v jednotlivých reakcích-faktorech testu PFT. Sekundárním cílem bylo zmapovat možnosti využití testu PFT v klinické praxi. Dalšími cíli výzkumu bylo porovnat klinickou skupinu s kontrolní pomocí projektivního Hand testu a zjistit, zda se liší agresivní tendence u obou skupin zjišťované sebesuzovacím dotazníkem STAXI. Dále jsme si kladli za cíl ověřit, zda se liší míra úzkosti v Beckově dotazníku úzkosti u daných skupin.

Na základě studia literatury, výše popsaných cílů a zvolených metod jsme stanovili následující hypotézy.

5.1 Hypotézy

H₁: Existuje statisticky významný rozdíl ve směru agrese měřeného **testem PFT** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob.

H₂: Existuje statisticky významný rozdíl v typu agrese měřeného **testem PFT** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob.

H₃: Existuje statisticky významný rozdíl v některé z devíti reakcí (faktorů E', E, e, I', I, i, M', M, m) měřených **testem PFT** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob.

H₄: Pacienti se somatoformní poruchou budou skórovat signifikantně výše v kategorii MAL (maladjustivní odpovědi) v **Hand testu** než kontrolní skupina.

H₅: Pacienti se somatoformní poruchou budou skórovat signifikantně výše v kategorii TEN (tenze) v **Hand testu** než kontrolní skupina.

H₆: Pacienti se somatoformní poruchou budou skórovat signifikantně výše v kategorii CRIP (poškození) v **Hand testu** než kontrolní skupina.

H₇: Existuje statisticky významný rozdíl v kategorii AGG (agresivita) v **Hand testu** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob.

H₈: Existuje statisticky významný rozdíl ve vyjadřování hněvu měřeného dotazníkem **STAXI** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob.

H₉: Pacienti se somatoformní poruchou budou skórovat signifikantně výše na škále úzkosti v **Beckově inventáři úzkosti** než kontrolní skupina.

5.2 Fáze a průběh výzkumu

Myšlenka zabývat se agresivními tendencemi u pacientů se somatoformní poruchou vychází z autorčina zaujetí psychosomatickým přístupem, studia literatury na téma možného vlivu agresivních tendencí na psychosomatická onemocnění a seznámení se s testem PFT, který by jako projektivní test mohl být vhodný k poodhalení agresivních tendencí u těchto pacientů. Pacienti se somatoformní poruchou nejsou navíc nevýznamnou klinickou skupinou, která doposud nebyla dostatečně zkoumána. Toto tedy vedlo k sestavení výzkumného projektu pro diplomovou práci. Během podzimu roku 2011 jsme sestavovali plán výzkumu a seznamovali se s literaturou a výzkumy na toto téma. Počátkem roku 2012 byly vybrány testové metody, díky ochotě autorů byly získány české předběžné verze (PFT a STAXI) a mohla být sestavena testová baterie.

Na jaře roku 2012 bylo osloveno několik klinických pracovišť a s několika z nich navázána spolupráce. V květnu a červnu 2012 byl proveden výzkum u pacientů v PL Kroměříž a PL Šternberk. Od října 2012 do ledna 2013 pak probíhal výzkum u ambulantních pacientů Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci. Ve stejnou dobu také probíhal výzkum u kontrolního souboru zdravých osob.

V průběhu podzimu roku 2012 a počátku roku 2013 jsme se zabývali podrobnějším studiem související literatury a sepsáním teoretické části. V únoru 2013 byly vyhodnoceny veškeré testové baterie a byla provedena statistická analýza všech získaných dat. Výsledky našeho výzkumu jsou předloženy a shrnuty v prezentované diplomové práci dokončené v březnu 2013.

6 Metodologický rámec a metody výzkumu

Výzkumný problém jsme se rozhodli zkoumat pomocí **kvantitativního šetření**. Kvantitativní studie mají přinést prostřednictvím měření proměnných numerická data. V rámci kvantitativního chápání je realita zachycena pomocí proměnných a kvantitativní výzkum se zaměřuje zejména na vztahy mezi nimi. Proměnné jsou vlastnosti nebo charakteristiky nějakých entit a mohou nabývat hodnot z číselného kontinua nebo kategorií (Punch, 2008). Jelikož v současnosti v České republice neexistují výzkumy zabývající se problematikou agresivních tendencí u pacientů se somatoformní poruchou jedná se spíše o explorační studii se záměrem tento jev popsat. Zároveň porovnáváme dvě skupiny mezi

sebou (klinickou skupinu s kontrolní skupinou zdravých osob), jedná se tedy o **diferenční studii**, kdy chceme zjistit rozdíly v agresivních tendencích u těchto dvou skupin.

6.1 Metody získávání dat

Za účelem sběru dat byly použity dva projektivní testy, test PFT a Hand test a dva sebesuzovací inventáře, STAXI a Beckův inventář úzkosti. Následuje jejich popis.

Rosenzweigův obrázkový frustrační test (PFT), česká verze PFT (C-W)

Rosenzweigův obrázkový frustrační test (PFT) uveřejnil již v roce 1945 **Saul Rosenzweig** (Rosenzweig, 1945). Test patří mezi **obrázkové projektivní techniky** a vychází z psychoanalytické **teorie frustrace a agrese**, zjišťuje typickou reakci na frustraci. Test PFT má tři verze: dětskou verzi od 4 do 13 let, verzi pro adolescenty od 12 do 18 let a verzi pro dospělé nad 18 let. Test PFT byl celosvětově rozšířen a standardizován, zabývalo se jím na 500 studií (Rosenzweig, 1976). Reliabilita zjišťovaná pomocí nezávislého hodnocení dvou hodnotitelů dosahovala 85% shody (Clarke, Rosenzweig, Fleming, 1947). I koeficient test-retestové reliability je vysoký, od 0,71 do 0,82. Test PFT se uplatňuje v klinické diagnostice i při výzkumu například neuróz a psychosomatických onemocnění (Stančák, 1982). Test je tedy uznávanou klinickou i výzkumnou metodou. Navíc díky svému projektivnímu charakteru je schopný podhalit latentní agresivní tendence, které jsou projikovány do verbalizace (Svoboda, 2010), z těchto důvodů jsme si jej zvolili pro náš výzkum.

V Čechách nebyla verze pro dospělé oficiálně vydaná, český překlad provedl v 60. letech J. Diamant a J. Srnec a v dřívější době byl tento překlad hojně využívanou klinickou metodou. Oficiálně vydaná byla pouze verze pro děti, a to v roce 1998 Psychodiagnostikou Brno. Ani jedna z těchto verzí neměla české normy. Verze pro adolescenty nebyla u nás ani známa. V současné době na české standardizaci testu PFT pracuje **David Čáp**. Jeho aktualizovaná verze testu označená jako **PFT (C-W)** respektuje zásady administrace a vyhodnocení nastavené S. Rosenzweigem, upravuje však podnětový materiál, a to tak, že graficky i textově odpovídá dnešní době. V současnosti jsou k dispozici normy pro adolescenty a chystají se normy pro dospělé (Čáp, 2010). Se souhlasem autora jsme se rozhodli využít pro naši studii tuto aktuální verzi testu, jelikož ji považujeme za zdařilou.

Autorovi se podařilo ověřit psychometrické vlastnosti nové verze i úspěšná standardizace na vzorku adolescentů. Vzhledem k neexistujícím normám pro dospělé budeme pracovat s hrubými skóry. Současně také tak ověříme použití této nové české verze testu PFT v praxi.

Test **PFT (C-W)** je tedy projektivní metodou mapující reakce - formy chování na zátěžovou frustrující situaci. Může být administrován jak skupinově, tak individuálně a celková doba administrace se pohybuje mezi **15-20 minutami**. Individuální administrace je vhodnější, umožňuje totiž po ukončení zařadit i fázi inquiry, tedy dotazování, které pomůže objasnit porozumění a hodnocení odpovědi. Součástí testu je standartní instrukce, která zdůrazňuje, aby proband napsal **první odpověď**, která jej napadne. Signování se provádí dle příkladů uvedených v příručce a dle principů pro jednotlivé faktory. Pro vyhodnocení se sečtou jednotlivé faktory a kategorie do hrubých skóru a mohou být převedeny na procenta a porovnány s normami (Čáp, 2010).

Test má podobu testového sešitu, kde první strana obsahuje instrukci, poslední strana obsahuje vyhodnocení. Na šesti stranách je celkem **24 obrázků komiksového charakteru**, 4 obrázky na jedné straně. Každý obrázek znázorňuje vždy minimálně dvě osoby, nad kterými jsou textová pole. Osoba vlevo vždy informuje o frustraci či přímo frustruje osobu vpravo. Nad osobou vlevo je tedy textové pole s tím co osoba říká, nad osobou vpravo je textové pole prázdné, úkolem probanda je do něj zaznamenat odpověď. Mimika, gestikulace i postoj osob jsou znázorněny maximálně neutrálně, aby nedocházelo k ovlivnění odpovědi probanda. Základem projektivního mechanismu v testu je, že se proband vědomě či nevědomě ztotožní s frustrovanou osobou vpravo a promítá do svých odpovědí svoji jedinečnou reaktivitu (Čáp, 2010).

Každá odpověď se hodnotí na základě **dvou základních kritérií** – směru agrese a typu agrese, které se dále rozlišují na tři různé kategorie.

Směr agrese:

1. extraggression (**E-A**) – agrese směřuje do okolí;
2. intraggression (**I-A**) – agrese je zaměřena na vlastní osobu subjektu;
3. imaggression (**M-A**) – snaha o přenesení se přes frustraci, vyhnutí se agresi.

Typ agrese:

1. obstacle-dominance (**O-D**) – převládání překážky;
2. ego-defense (**E-D**) obrana sebe či vlastního chování;
3. need-persistence (**N-P**) – trvání potřeby a zdůraznění potřeby řešení.

Kombinací směru a typu agrese obsahujících **šest kategorií** vzniká devět faktorů, dva faktory mají ještě dvě varianty, což je **celkem 11 faktorů** (Čáp, 2010). Popis jednotlivých faktorů testu PFT dle D. Čápa (2010, s. 12) doslovně uvádíme v přílohách (Příloha 3). Na tomto místě uvádíme tabulku znázorňující šest kategorií i s příklady odpovědí, v dolních rozích buněk s příklady jsou označení faktorů (Tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Příklady odpovědí jednotlivých kategorií PFT

		TYP AGRESE		
SMĚR AGRESE		O-D převládání překážky	E-D obrana sebe či svého chování	N-P trvání potřeby a zdůraznění potřeby řešení
	E-A agrese směřuje na okolí	„Teď mám <u>zničené šaty</u> .“ E'	„To <u>ty</u> jsi lhář!“ E	„ <u>Pomoz</u> mi je najít.“ e
	I-A agrese je zaměřena na vlastní osobu	„Je <u>mi</u> líto, že si <u>to</u> myslíš.“ I'	„To <u>já</u> jsem <u>udělal chybu</u> .“ I	„ <u>Pokusím</u> se to opravit.“ i
	M-A přenesení se přes frustraci, vyhnutí se agresi	„ <u>To vůbec ne</u> vadí, takové věci se stávají.“ M'	„ <u>To ne</u> byla vaše <u>vina</u> .“ M	„ <u>Příště</u> snad budu mít víc štěstí.“ m

Hand test

The Hand test (HT) neboli Test ruky byl poprvé publikován v roce 1961 **E. E. Wagnerem**, který je taktéž autorem podnětového materiálu – kreseb ruky (Šípek, 2000). Test ruky je projektivní metoda sloužící převážně k diagnostice agresivního chování a jedná se spíše o metodu potvrzovací než heuristickou. Reliabilita testu byla ověřena pomocí dvou nezávislých hodnotitelů a validita porovnáváním skupin (Svoboda, 2010). Své uplatnění nachází nejen u forenzní ale i klinické populace. A. Stančák (1982) uvádí do té doby dvanáct studií na klinické dospělé populaci a schopnost testu diferencovat mezi skupinou neuróz, schizofrenie, deprese, organických psychóz atd. U nás Hand test v nedávné studii agrese u klinické populace měřený pomocí projektivních metod použil Harsa et al. (2009). Hand test byl úspěšně použit v novějším výzkumu i na skupině psychosomatických pacientů, 29 osobách s chronickou gastrointestinální poruchou a 29 osobách s chronickou bolestí zad (Panek, Skowronski, Wagner, Wagner, 2006). Z těchto

důvodů byl pro nás Hand test vhodnou doplňující projektivní metodou k zjišťování agresivních tendencí u pacientů se somatoformní poruchou.

Testový materiál se skládá z **deseti karet** a záznamového archu. Na devíti kartách jsou nakreslené obrázky lidských rukou v různých polohách, desátá kartička je prázdná. Administrátor předkládá kartičky ve stanoveném pořadí probandovy a zapisuje jeho doslovné odpovědi a reakční čas. Instrukce je také standardní a zní: „**Co asi může dělat tato ruka?**“ U poslední prázdné karty je proband vyzván, aby si představil jakoukoliv ruku a řekl, co tato ruka dělá. Celková doba administrace se pohybuje kolem **10 minut** a test je vhodný od 6 let výše (Svoboda, 2010).

Každá odpověď se skóruje dle skórovacích kategorií, pak se odpovědi v jednotlivých kategoriích sečtou a zanesou se do sumárního skóre a poměrů. Kromě **15 kategorií roztríděných do 4 skupin** se ještě vypočítává skóre patologie (PATH), poměr prožívání (experience ratio - ER) a tzv. poměr acting – out (acting out ratio – AOR), což je pravděpodobnost agresivního jednání. Mezi čtyři nadřazené kategorie patří: **interpersonální odpovědi (INT)**, **environmentální odpovědi (ENV)**, **maladjustivní odpovědi (MAL)** a **odpovědi vyjadřující odstup (WITH)** (Fridrich, Nociar, 1991). Výčet jednotlivých skórovacích kategorií dle příručky slovenského překladu J. Fridricha a A. Nociara (1991), s kterou jsme pracovali, uvádíme v přílohách (Příloha 4).

V našem výzkumu jsme se zaměřili na nadřazenou kategorii MAL (maladjustivní) odpovědi, které vyjadřují selhávání při uspokojování potřeb a z toho plynoucí subjektivní pocit vnitřní slabosti či vnějších zábran, typické jsou tyto odpovědi pro neurotické osoby (Fridrich, Nociar, 1991). Předpokládali jsme tedy signifikantně vyšší počet MAL odpovědí u pacientů se somatoformní poruchou než u kontrolního souboru. Ze stejného důvodu jsme se zaměřili na kategorie TEN (tenze) a CRIP (poškození), které jsme také předpokládali jako častější u klinické skupiny. Kategorie MAL je sycena odpověďmi TEN, CRIP a FEAR. Dále jsme sledovali počet odpovědí AGG (agresivita) u obou skupin, abychom zjistili, zda se budou v agresivních tendencích nějak lišit.

State-Trait Anger Expression Inventory - STAXI

Dotazníkovou metodu State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) publikoval v roce 1988 **C. D. Spielberger**. U nás se poprvé tato metoda objevila v roce 1994, kdy ji přeložili a provedli validizaci prvních dvou škál **F. Man a I. Stuchlíková** (Stuchlíková, Man, Spielberger, 1994). Tito autoři na dotazníku dále pracovali a provedli revizi položek,

přizpůsobili je českému jazyku i kultuře, vycházeli při tom z původní verze, z německé verze a část položek byla nově formulovaná. Autoři zadali dotazník 215 studentům Jihočeské univerzity a zkoumali vyjadřování hněvu v situačním kontextu práce/škola, doma a volný čas mimo domov (Stuchlíková, Man, 2003). Dotazník však u nás doposud nebyl oficiálně vydán, my jsme jej získali přímo od autorů I. Stuchlíkové a F. Mana se souhlasem C. D. Spielbergera i vydavatelství Psychological Assessment Resources, Inc. V zahraničí je hojně využívanou výzkumnou metodou, využívá se i u studia psychosomatických pacientů (např. Carson et al., 2007). STAXI byl vyvinut také jako nástroj k měření vlivu různých komponent hněvu na vývoj některých nemocí (Spielberger, 1988), z těchto důvodů se nám jevil jako vhodný pro náš výzkum, pracovat budeme s hrubými skóry.

Dotazník obsahuje celkem **44 položek** a skládá se ze tří škál – stav hněvu, rys hněvu a výraz hněvu. **Stav hněvu** zahrnuje prvních deset položek, které měří intenzitu pocitů hněvu v současném okamžiku. Dalších deset položek odpovídá rysu hněvu, který měří probandovu dispozici k prožívání hněvu. **Rys hněvu** má dvě subškály – temperament hněvu (sklon k hněvu bez specifické provokace) a reakci hněvu (hněv jako reakce na kritiku a nespravedlivé zacházení od ostatních). Škála **výraz hněvu** (24 položek) má **tři subškály** – **Anger-in, Anger-out a Anger Control**, každá po osmi položkách. Anger-in zachycuje neprojevený, potlačený hněv, Anger-out zachycuje expresi hněvu navenek vůči okolí, osobám či předmětům a Anger Control měří míru snahy kontrolovat projevy hněvu. U každé položky probandi posuzují sami sebe na **čtyř bodové škále**, která hodnotí intenzitu pocitu hněvu nebo frekvenci zažívaného hněvu. Dotazník je pro jedince od 13 let výše, lze jej administrovat jednotlivě i skupinově a doba vyplňování se pohybuje kolem **12 minut**. Před každou ze tří škál je písemná instrukce. Každá odpověď se ohodnotí příslušným počtem bodů, které se sečtou v rámci jednotlivých subškál a zapíše se hrubé skóre (Spielberger, 1988).

Příklady položek jednotlivých **subškál výrazu hněvu** dle I. Stuchlíkové a F. Mana (2003). Když jsem rozzloben nebo naštván:

- Anger-in: „Sžírám se problémy.“ (téměř nikdy, někdy, často, téměř vždy);
- Anger-out: „Hlasitě se projevuji.“ (téměř nikdy, někdy, často, téměř vždy);
- Anger Control: „Svůj vztek kontrolojuji.“ (téměř nikdy, někdy, často, téměř vždy).

Beck Anxiety Inventory (BAI) – Beckův inventář úzkosti

Beckův inventář úzkosti je **21 položková škála** měřící úzkost na 4 bodové škále, která vykazuje vysokou vnitřní konzistentnost a test-retestovou reliabilitu. Škála dobře diskriminuje mezi úzkostnými a neúzkostnými diagnostickými skupinami a má dobrou validitu i reliabilitu (Beck, Epstein, Brown, Steer, 1988). U nás tuto škálu použil ve výzkumu jako ukazatel míry patologie u pacientů s dissociativní poruchou P. Pastucha et al. (2009). Jako vhodnou pro upřesnění potíží u pacientů se somatoformní poruchou ji považuje i J. Praško a E. Herman (2008). Pro ověření míry patologie u klinické skupiny v porovnání s kontrolní skupinou jsme se rozhodli použít tuto škálu i my.

Proband má za úkol označit křížkem, **do jaké míry** (vůbec, mírně, středně, vážně) jej udávané **příznaky obtěžovaly během minulého týdne**. Každá položka se skóruje 0-3 body dle závažnosti potíží a následně se všechny body sečtou do celkového skóru, který může dosahovat hodnot od 0 do 63 (Beck, Epstein, Brown, Steer, 1988). 0 - 7 bodů znamená „mínimální“ míru úzkosti, 8 - 15 bodů již značí „mírnou“, 16 – 25 „střední“ a 26 – 63 „vážnou“ míru úzkosti (DeFeo, 2005).

6.2 Popis sběru dat

Sběr dat probíhal od května 2012 do února 2013, kdy byly průběžně administrovány testové baterie klinické skupině a v návaznosti na shodné charakteristiky (pohlaví, věk, vzdělání) i kontrolnímu vzorku. Každému účastníkovi byla kompletní testová baterie administrována **individuálně** autorkou výzkumu.

Celkový čas strávený s jednou osobou z klinické skupiny se pohyboval kolem **50-60 minut**, u kontrolní skupiny pak o něco méně, kolem 45 minut. Nejprve se autorka představila, popsala účel setkání a navázala kontakt s probandem. Výzkum byl všem probandům popsán jako zkoumání některých aspektů psychosomatických onemocnění, zaměření na agresivní tendence bylo sděleno až po ukončení vyplňování testové baterie. Osobám z kontrolní skupiny bylo sděleno, že se účastní výzkumu psychosomatiky jako kontrolní skupina zdravých osob. Všichni probandi ihned po seznámení se studií podepsali informovaný souhlas o účasti. U **klinické skupiny** proběhl nejprve **krátký rozhovor**, 10-15 minut, na téma osobní anamnézy a nynějšího onemocnění, který měl dva hlavní účely: **zmírnit tenzi z testové situace a ověřit správnost diagnózy**. Probandy jsme nejprve

nechali vyprávět o sobě a svém onemocnění, co chtěli a posléze jsme se doptávali na jednotlivá diagnostická vodítka v rámci somatoformních poruch F45, dle kritérií, které jsou popsány v kapitole 2.2. U probandů z kontrolní skupiny předcházel testové baterii jen kratší rozhovor na zmírnění tenze z testové situace. Domníváme se, že tyto účely byly u probandů naplněny, účastníci spolupracovali ochotně, uvolněně a se zaujetím.

Po úvodním rozhovoru byla administrována **testová baterie**, jednotlivé testy byly vyplňovány **v předem daném pořadí**, které se shodovalo u obou skupin. Jako první byl administrován Hand test, a to ze dvou důvodů, jednak autoři manuálu doporučují administraci testu co nejdříve a za druhé, test vzbuzuje jen minimální úzkost (Fridrich, Nociar, 1991), a proto nám přišel jako vhodný začátek před hlavní testovou metodou, kterou pro nás byl test PFT. Jako druhý tedy následoval test PFT, dále dotazník STAXI a jako poslední Beckův inventář úzkosti. Po ukončení testové baterie bylo všem probandům poděkováno za ochotu a pomoc při výzkumu.

Pro shrnutí, celé testování mělo následující sekvenci: 1. představení, informovaný souhlas → 2. úvodní rozhovor (10-15 minut) → 3. Hand test (10 minut) → 4. test PFT (20 minut) → 5. dotazník STAXI (10 minut) → 6. Beckův inventář úzkosti (5 minut) → 7. poděkování a rozloučení.

6.3 Metody zpracování a analýzy dat

Veškerá data v podobě hrubých skóre ze všech použitých testových metod byla převedena do elektronické podoby do programu Microsoft Excel. Statistické výpočty byly provedeny v programu Statistica, verze 10.

Nejprve jsme pomocí Shapiro-Wilkova W testu otestovali normalitu rozložení dat, která ve většině případů neodpovídala normálnímu rozložení, takže jsme dále používali pro analýzu dat **neparametrickou statistiku**. Pro testování hypotéz o rozdílu mezi skupinami jsme zvolili Mann-Whitneyův U -test, který u dvou nezávislých výběrů ověřuje, zda pochází z téže populace a je jedním z nejsilnějších neparametrických testů (Reiterová, 2008). Hladina významnosti byla zvolena na $p < 0,05$. K popisu výsledku testů jsme použili popisné statistiky.

6.4 Etické aspekty

Všechny osoby se zúčastnily výzkumu dobrovolně a byly starší 18 let. Výzkum mohli probandi kdykoliv přerušit a nebyli do ničeho tlačeni. Nejprve byl všem účastníkům vysvětlen účel studie, dále byli seznámeni s dobou trvání výzkumu a ujištěni o anonymitě. Vyhodnocování, přepis a analýza dat probíhaly pod číselnými kódy. Před samotným počátkem výzkumu podepisovali účastníci **informovaný souhlas** v následujícím znění.

„Souhlasím s účastí ve výzkumu a vyplněním tří testových metod. Veškerá data slouží k výzkumu, který se zabývá psychosomatikou a bude součástí diplomové/rigorózní práce na katedře psychologie filosofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Výzkum bude zpracováván v letech 2012 – 2014. Beru na vědomí, že moje jméno ani žádné jiné identifikační údaje o mně nebudou zveřejněny ani nijak zneužity. S veškerými daty i informacemi o mě bude pracovat pouze autorka práce – Markéta Peldová. Svůj souhlas stvrzuji podpisem.“

Během výzkumu jsme dbali na empatický přístup k probandům a snažili se o redukci tenze z testové situace. Jsme toho názoru, že se nám podařilo získat důvěru a kvalitní kontakt s účastníky. Probandi spolupracovali velmi ochotně, vyplnili všechny položky a nestěžovali si na časovou náročnost testování. Naopak projevovali zájem o výzkum i výsledky výzkumu, někteří z nich požádali o zaslání výsledků. Domníváme se, že vlivem výzkumu nedošlo u účastníků k žádné újmě. Bohužel nemohla být účastníkům poskytnuta žádná finanční odměna. Bylo jim ale vyjádřeno poděkování za ochotu a pomoc, probandi často sami vypovídali, že byli rádi, že mohli svojí účastí pomoci a přispět k řešení výzkumného problému v oblasti psychosomatiky. Tento přístup nás s ohledem na časovou náročnost a bez vyhlídky odměny příjemně překvapil.

7 Charakteristiky výběrového souboru

Celkem bylo do výzkumu zahrnuto **64 osob**, z toho 32 osob tvořilo výběrový soubor – klinickou skupinu pacientů se somatoformní poruchou a 32 osob tvořilo kontrolní skupinu zdravých osob.

Chtěli jsme se zaměřit na zkoumání agresivních tendencí u pacientů s psychosomatickými obtížemi, tedy těmi, kde psychické faktory hrají při vzniku a průběhu

nemoci významnou roli. Jak ale vyplývá z teoretické části, termín psychosomatické poruchy je v dnešní době často nadužívaný, navíc různí odborníci jej chápou různě a řadí pod tento termín rozdílné choroby. Z toho důvodu jsme se rozhodli zaměřit na přesně vymezenou (dle MKN-10) diagnostickou skupinu chorob – **somatoformní poruchy F 45**. Jak se také zmiňujeme v teoretické části, udávaná prevalence těchto poruch se různí dle autora i země, odkud autor pochází. Obecně by se však dalo říci, že pacienti se somatoformní poruchou tvoří významnou část pacientů praktických lékařů. Zahraniční studie, která se zabývala přímo prevalencí somatoformních poruch udává 20% pacientů se somatoformní poruchou v ordinacích praktických lékařů (Jasper et al., 2012). Jediný u nás dohledatelný přímý údaj o prevalenci této poruchy je 8% pacientů primární péče (Praško et al., 2002). Přes poměrně nezanedbatelný výskyt této poruchy v populaci, se jí dosud zabývalo jen malé množství studií, v tuzemsku nám není známa žádná. Proto považujeme za přínosné tuto skupinu probádat alespoň skrze studentský výzkumný projekt k diplomové práci.

Odhadovaná prevalence somatoformní poruchy u pacientů v primární péči je jedna věc, opravdový výskyt diagnózy F45 v psychiatrických zařízeních věc druhá. Tato skupina pacientů je z hlediska výzkumného velmi těžko dostupná, k jejímu získání jsme použili tedy **příležitostný výběr**. Nejprve jsme začali oslovením psychiatrických lůžkových zařízení s prosbou o umožnění výzkumu s pacienty se somatoformní poruchou. Bylo nám oznámeno, že těchto pacientů je během roku léčeno v těchto zařízeních opravdu malé množství. Pro ilustraci: spolupráce nám byla přislíbena z Fakultní nemocnice v Olomouci, PL Šternberk a PL Kroměříž, od května roku 2012 do ledna roku 2013 jsme z FN Olomouc nezískali žádného pacienta pro výzkum, **z PL Šternberk z psychosomatického oddělení vedeného MUDr. Michalem Krylem jednoho pacienta a z PL Kroměříž z psychiatrického ženského oddělení 1, díky Mgr. Anně Sklenářové a PhDr. Martinu Jánišovi, čtyři pacienty**. Některá zařízení (např. PL Havlíčkův Brod) výzkum odmítla s tím, že žádné pacienty s touto diagnózou nemají v léčbě. Celkem tedy **5 účastníků výzkumu v klinické skupině bylo léčeno na lůžkovém oddělení**.

Současně jsme také oslovili ambulantní zařízení, zabývající se léčbou neurotických či přímo psychosomatických onemocnění. Kladně odpověděla dvě zařízení. S Psychosomatickou klinikou v Praze vedenou MUDr. Jaromírem Kabátem byla dlouhodobě diskutována spolupráce na výzkumu, bohužel z důvodu nepřijímání nových pacientů nebyl za celé období červen až prosinec 2012 získán do výzkumu jediný pacient. **Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci** bylo zařízení, které

nám vyšlo vstříc a díky spolupráci s ním bylo do výzkumu získáno dalších 27 pacientů se somatoformní poruchou. Celkem **27 účastníků výzkumu v klinické skupině tedy bylo léčeno ambulantně**. S MUDr. Vladislavem Chválou a zdravotní sestrou Markétou Finkousovou (která domlouvala termíny výzkumu a vše ostatní s vybranými pacienty) jsme podobu spolupráce domlouvali již od června 2012. V období říjen 2012 až leden 2013 probíhal samotný výzkum ve Středisku komplexní terapie v Liberci. Jelikož většina osob z klinické skupiny našeho výzkumu byla získána právě z toho pracoviště, následující odstavec věnujeme jeho stručnému představení.

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch funguje v Liberci již od roku 1989, má tedy poměrně dlouhou tradici a na české poměry je zařízení tohoto typu spíše raritou. Zájem ze strany pacientů však svědčí o jeho vhodnosti a potřebnosti. Pracoviště je založeno na spolupráci týmu odborníků různého zaměření, kombinují se zde zkušenosti somatické medicíny, psychoterapie, ale i fyzioterapie, akupunktury a homeopatie. Funguje zde multidisciplinární tým, který integruje nejenom psychosociální znalosti do medicíny, ale i různé psychoterapeutické školy. Na pracovišti se stabilizovaly čtyři hlavní obory: sexuolog/psychoterapeut, psychiatr/psychoterapeut, psycholog/psychoterapeut a rehabilitační pracovník. Z hlediska psychoterapie je pro tým základem rodinná systemická terapie a krátkodobá terapie, klienti se ale mohou účastnit i skupinové a dlouhodobé terapie. Od doby vzniku ve středisku ošetřili přes 20 000 pacientů s chronickými zdravotními problémy, na které se snaží dívat z jejich stránky biologické, psychické i sociální. Do léčby jsou přijímáni pacienti jak s vleklou chronickou chorobou, tak i pacienti, jejichž onemocnění nereaguje na standardní léčbu, na věku ani pohlaví nezáleží. Středisko lze zařadit mezi psychoterapeuticky orientovaná pracoviště, jelikož převažují psychoterapeutické výkony nad klinickými vyšetřeními. Dlouhodobé zkušenosti týmu tohoto zařízení nasvědčují, že je možné poskytovat pacientům s psychosomatickými a chronickými obtížemi léčbu na základě psychosomatické medicíny (Chvála, 2009).

Abychom zahrnuli do výzkumu opravdu pacienty se somatoformní poruchou, stanovili jsme si následující **kritéria výběru**: jako hlavní diagnóza je psychiatrem stanovena somatoformní porucha; komorbidní diagnózy jsou pouze z diagnostického okruhu F4 – tedy Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (dle MKN-10); věk více jak 18 let; aktuální léčba obtíží ambulantně či v lůžkovém zařízení. **Vylučující kritéria** zahrnovala přítomnost: psychózy; poruchy nálady; poruchy osobnosti; organické duševní poruchy; závislosti na návykových látkách. Do výběrového vzorku jsme zařadili i tři pacienty, kteří měli komorbidní diagnózu jinou než z okruhu F4,

jednalo se o diagnózu nedostatek nebo ztráta sexuální touhy (F52.0) a neorganická nespavost (F51.0). Domníváme se, že tato diagnóza neovlivňuje osobnost jedince natolik, aby byla příčinnou ovlivnění výsledků. Také jsme se rozhodli zařadit jednu osobu s hlavní diagnózou neurastenie (F48.0) a vedlejší diagnózou somatoformní porucha. Jelikož považujeme obě diagnózy za shodné v hlavních rysech a někdy je neurastenie dokonce spojována se somatoformními poruchami (viz. kapitola 2.2), nedomníváme se, že by její zařazení do výzkumného vzorku mohlo významně ovlivnit výsledky.

U všech pacientů jsme v rámci úvodního rozhovoru diagnózu ověřovali doptáváním se na konkrétní symptomy jednotlivých poruch diagnostické jednotky F45, drželi jsme se při tom diagnostických kritérií popsanych v kapitole 2.2. Ve výzkumném vzorku byly na základě všech stanovených kritérií zařazeny pouze osoby s některou ze somatoformních poruch. Dvě osoby z celkového počtu 34 osob musely být vyřazeny na základě vylučujících kritérií. **Celkem tedy klinickou skupinu tvoří 32 pacientů se somatoformní poruchou.** Velikost vzorku považujeme vzhledem k dostupnosti pacientů a v porovnání se zahraničními výzkumy somatoformních poruch (Koh et al., 2002; Mökleby et al., 2002; Waller, Scheidt, 2004) za dostačující pro účely studentské diplomové práce.

Kontrolní skupina byla sestavena na základě **příležitostného kritériálního výběru** tak, aby v **pohlaví, věku a vzdělání** korespondovala s klinickou skupinou. Jsme toho názoru, že kontrolní skupina by měla být vyvážena s klinickou skupinou dle určitých demografických znaků a nelze heterogenní skupinu, co se týče pohlaví, věku a vzdělání, pacientů se somatoformní poruchou srovnávat s homogenní skupinou vysokoškolských studentů. Zahraniční studie, které porovnávají klinickou skupinu s kontrolní skupinou zdravých osob, také dbají na vyváženost skupin dle základních demografických charakteristik, často to bývá právě pohlaví, věk a vzdělání (např. Mökleby et al., 2002). Předpokládáme, že takovéto vyvážení skupin bude eliminovat vliv těchto faktorů jako nežádoucích proměnných.

Jednotlivé osoby byly do kontrolní skupiny vybírány z dostupného okolí autorky a na základě ochoty se výzkumu zúčastnit. Kromě již předem daných kritérií (pohlaví, věk, vzdělání odpovídalo dané osobě z klinické skupiny) byly stanoveny následující **podmínky pro zahrnutí do kontrolní skupiny**: nepřítomnost jakékoliv psychiatrické diagnózy; bez závislosti na návykových látkách; čistý trestní rejstřík; aktuálně bez vážných psychických i tělesných obtíží. Musíme přiznat, že sehnat dle stanovených kritérií **32 osob do kontrolní skupiny** byl úkol nelehký, v období listopad 2012 až únor 2013 ale byla sebrána data od všech 32 osob. Podařilo se nám dosáhnout naprosté shody (daná osoba z kontrolní skupiny

korespondovala s danou osobou v klinické skupině) v pohlaví a vzdělání obou skupin. Absolutní shody ve věku se nám dosáhnout nepodařilo, ani to nebylo účelem, pracovali jsme v rámci plus mínus pět let rozdílu věku osoby z kontrolní skupiny v porovnání s osobou z klinické skupiny. Ve většině případů se nám tato hranice podařila splnit, pouze ve dvou případech byl věk osoby z kontrolní skupiny o něco málo vyšší než hranice pěti let.

Co se týče pohlaví probandů klinické skupiny, bylo rozdělení následující: **17 žen a 15 mužů (obě skupiny dohromady 34 žen a 30 mužů)**, skupina tedy byla genderově poměrně vyrovnaná. Toto rozložení neodpovídá teoretickým pracím, které popisují vyšší výskyt somatoformních poruch u žen (např. Praško et al, 2002), naopak je ve shodě s výzkumy, kde obě pohlaví byla také rovnoměrně zastoupena (např. Picardi et al., 2004; Koh et al., 2002). Ovšem, abychom byli objektivní, našli jsme i jeden výzkum, kde ženy podstatně převažovaly nad muži (Steinbrecher, Hiller, 2011).

Co se týče věku, probandi klinické skupiny se pohybovali v rozmezí 25 – 70 let, **věkový průměr byl 47,7 let**. Probandi z kontrolní skupiny dosahovali věku v rozmezí 25 – 74 let a věkový průměr byl taktéž 47,7 let. Zahraniční výzkumy zabývající se somatoformními poruchami udávají věkový průměr zkoumaného vzorku mezi 37,3 let (Koh et al., 2008) a 50,4 let (Steinbrecher, Hiller, 2011).

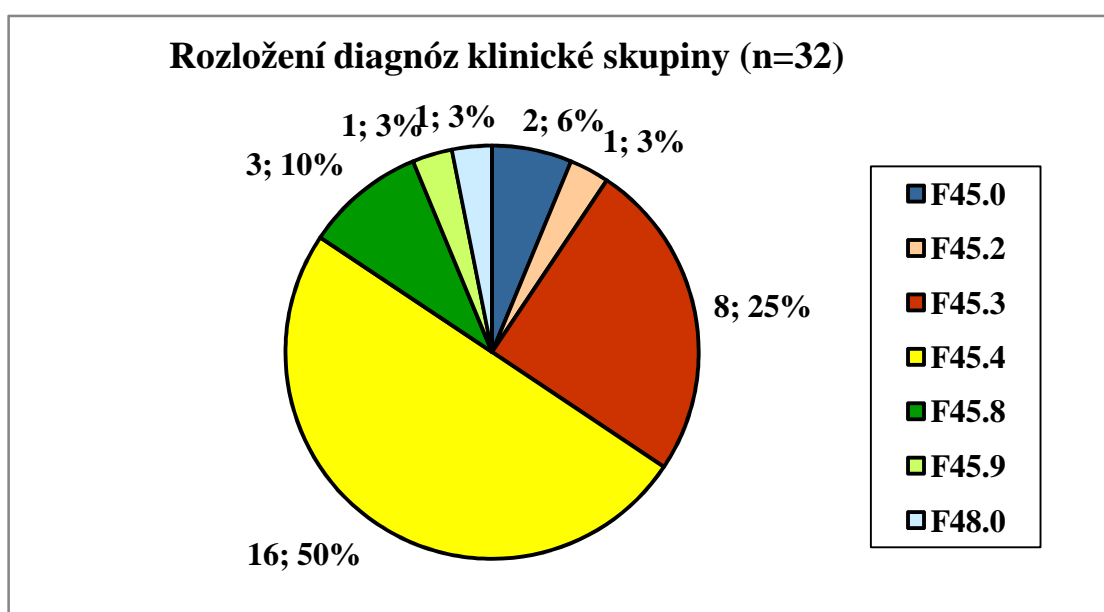
Nejvyšší dosažené vzdělání u výběrového souboru bylo různorodé, od základní až po vysoké školy. Z celkového počtu 32 osob měla základní vzdělání jedna osoba, střední odborné učiliště bez maturity pět osob, střední školu s maturitou 12 osob, vyšší odbornou či vysokou školu na bakalářské úrovni měly čtyři osoby a dokončené vysokoškolské vzdělání 10 osob. Pro přehlednost uvádíme sociodemografické charakteristiky (pohlaví, věk a vzdělání) obou souborů v Tabulce č. 2 na následující straně.

Tabulka č. 2: Sociodemografické charakteristiky klinické a kontrolní skupiny

	Klinická skupina (n=32)	Kontrolní skupina (n=32)
Pohlaví		
muži	15	15
ženy	17	17
Věk	25-70 let	25-74 let
průměr	47,7	47,7
Vzdělání		
ZŠ	1	1
SOU	5	5
SŠ s maturitou	12	12
VŠ-Bc./VOŠ	4	4
VŠ	10	10

Nezbývá než popsat četnost jednotlivých diagnóz v rámci somatoformních poruch u klinického souboru. Nejčastější diagnózou v našem vzorku byla přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F45.4), jejíž kritéria splňovalo 16 osob. Druhou nejčastější diagnózou, kterou trpělo osm osob, byla somatoformní vegetativní dysfunkce (F45.3). Tři pacienti trpěli jinou somatoformní poruchou (F45.8), následovali dva pacienti se somatizační poruchou (F45.0). Po jednom pacientovi byly zastoupeny diagnózy hypochondrická porucha (F45.2), somatoformní porucha nespecifikovaná (F45.9) a neurastenie (F48.0). Pro větší přehlednost tato data uvádíme v Grafu č. 1.

Graf č. 1: Četnosti a procenta diagnóz klinické skupiny



8 Výsledky

Vzhledem k rozsahu získaných dat není možné se v této práci věnovat všem možným oblastem analýzy získaných dat, proto se budeme v popisu výsledků výzkumu držet výše stanovených hypotéz. Výsledky budeme prezentovat v podkapitolách věnovaných jednotlivým použitým výzkumným nástrojům v pořadí, ve kterém byly administrovány i popsány výše. V každé podkapitole se budeme nejprve věnovat popisné statistice a posléze uvedeme statistické testování jednotlivých hypotéz.

Použili jsme následující symboly: s – výběrová směrodatná odchylka, \bar{x} - výběrový aritmetický průměr, Min – minimální hodnota, Max – maximální hodnota.

8.1 Výsledky porovnání skupin v testu PFT

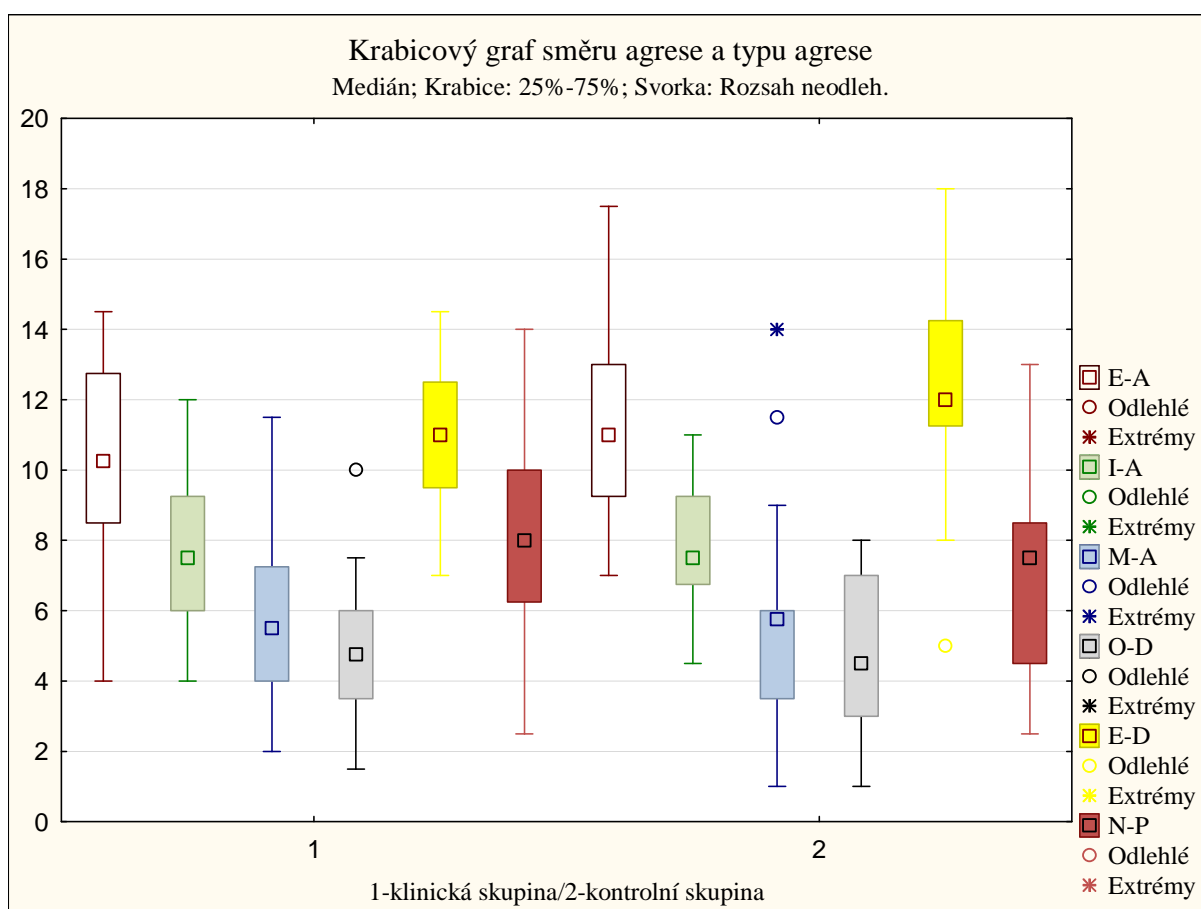
Nejprve pomocí **popisné statistiky** přehledně popíšeme výsledky testu PFT u klinické i kontrolní skupiny. V následující Tabulce č. 3 jsou uvedeny hrubé skóry popsané pomocí aritmetického průměru, směrodatné odchylky, minima a maxima pro směry agrese, typy agrese i jednotlivé typy reakcí (faktory).

Tabulka č. 3: Popis dosažených hodnot v testu PFT u obou skupin

	Klinická skupina (n=32)				Kontrolní skupina (n=32)			
	\bar{x}	Min	Max	s	\bar{x}	Min	Max	s
E-A	10,52	4	14,5	2,63	11,42	7	17,5	2,61
I-A	7,69	4	12	2,02	7,73	4,5	11	1,56
M-A	5,63	2	11,5	2,21	5,44	1	14	2,75
O-D	4,77	1,5	10	1,87	4,81	1	8	2,27
E-D	11,03	7	14,5	1,98	12,27	5	18	2,53
N-P	8,03	2,5	14	2,98	6,86	2,5	13	2,63
E´	2,39	0	5,5	1,39	3,06	0	7,5	1,99
E	4,70	1	9,5	2,19	5,83	2	12,5	2,64
e	3,42	1	6,5	1,57	2,56	0	5,5	1,47
I´	1,28	0	3,5	1,00	1,02	0	2,5	0,73
I	3,69	1	8	1,54	3,95	1	7,5	1,52
i	2,72	0	5,5	1,44	2,73	0	5,5	1,46
M´	1,09	0	3	0,94	0,77	0	3	0,88
M	2,64	0	6	1,42	2,48	0	6	1,57
m	1,89	0	5,5	1,58	1,56	0	3	1,04

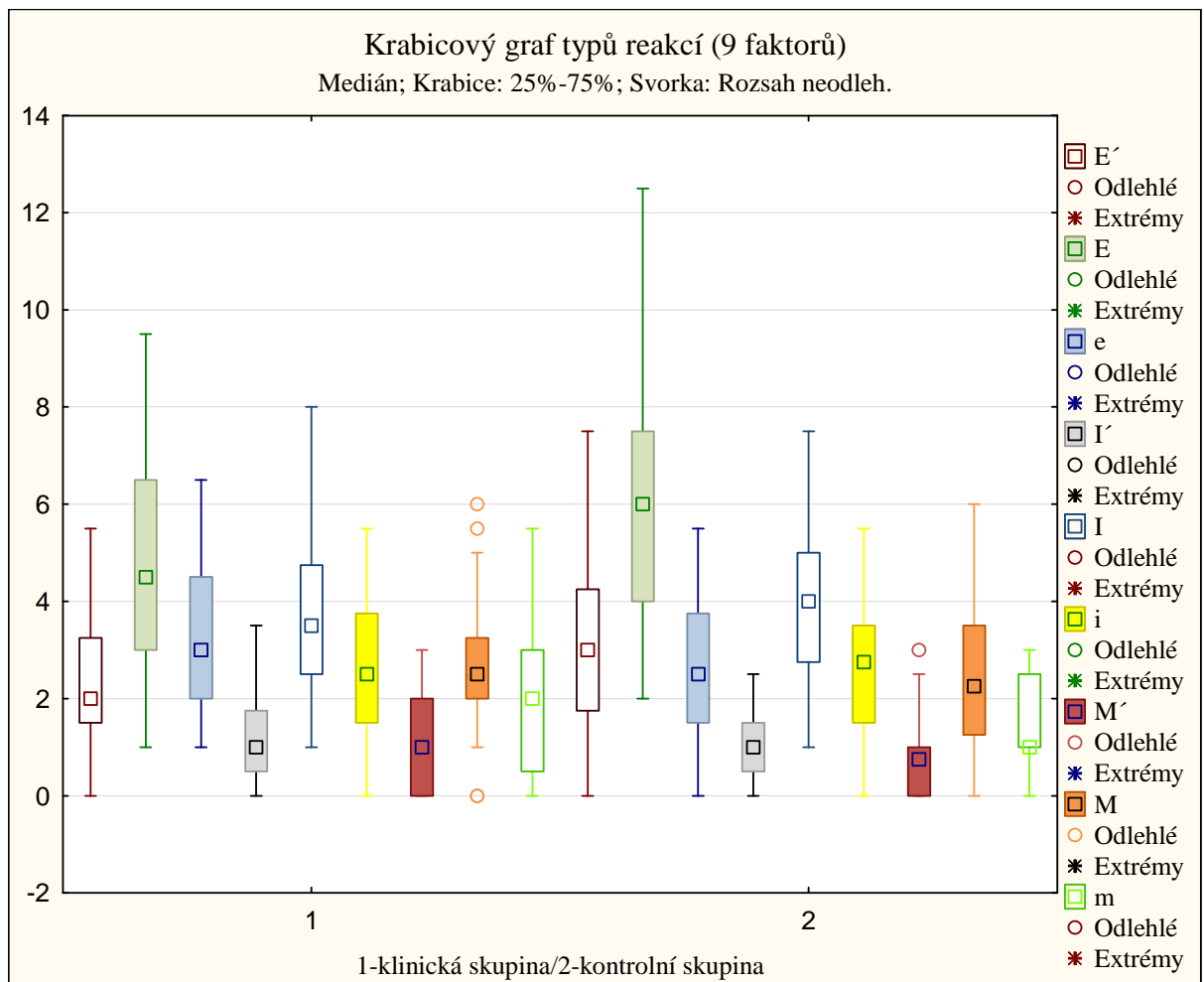
Test PFT zkoumá reakce na frustraci. My jsme se zaměřili na směr agrese, typ agrese a na jednotlivé faktory, které jsou kombinací dvou předchozích. Při pohledu na Tabulku č. 3 vidíme, že obě porovnávané skupiny, co se týče **směru agrese** (E-A, I-A, M-A), nejčastěji reagovali agresí zaměřenou na okolí (extraggression). Kontrolní skupina přitom reagovala agresí zaměřenou na venek o něco častěji než klinická skupina, rozdíl průměrů je 0,90 bodu. Druhou nejčastější reakcí u obou skupin byla agrese zaměřená na vlastní osobu (intraggression). Nejméně častý směr agrese u obou skupin byla snaha o vyhnutí se agresi (imaggression). Když se podíváme na **typ agrese** (O-D, E-D, N-P), vidíme, že nejčastějším typem agrese u obou skupin byla obrana sebe, či vlastního chování (ego-defense). Přičemž kontrolní skupina reagovala tímto typem agrese častěji než klinická skupina, rozdíl průměrů je 1,24 bodu. Druhým nejčastějším typem agrese opět u obou skupin bylo trvání potřeby a zdůraznění potřeby řešení (need-persistence). Tento typ agrese se vyskytoval častěji u klinické skupiny, rozdíl průměrů je 1,17 bodu. Nejméně častým typem agrese u obou skupin bylo převládání překážky (obstacle-dominance). Grafické znázornění hodnot obou skupin ve směru a typu agrese najdeme v Grafu č. 2.

Graf č. 2: Směr agrese a typ agrese u klinické a kontrolní skupiny



Co se týče **jednotlivých devíti faktorů**, **tři nejčastější** typy reakce u **klinické skupiny** byly: **E** ($\bar{x} = 4,70$) tedy extrapunitivní reakce, kdy obviňování a výčitky jsou zaměřeny na osoby a věci v okolí; **I** ($\bar{x} = 3,69$) neboli intropunitivní reakce, kdy výčitky a obviňování jsou zaměřeny na vlastní osobu; **e** ($\bar{x} = 3,42$) tedy extrapersistivní, kdy řešení frustrující situace je důrazně očekávané od někoho jiného. Tři nejčastější typy reakce u **kontrolní skupiny** byly následující: **E** ($\bar{x} = 5,83$) tedy extrapunitivní reakce; **I** ($\bar{x} = 3,95$) neboli intropunitivní reakce; **E'** ($\bar{x} = 3,06$) neboli extrapeditivní reakce, kdy je zdůrazněna přítomnost frustrující překážky. Ostatní znaky devíti faktorů z tabulky a jejich popis naleznete v Příloze č. 3. Větší rozdíly bodů průměrů obou skupin byly u faktorů E a e. Kontrolní skupina reagovala častěji typem reakce E – extrapunitivní než klinická skupina, rozdíl průměrů je 1,13 bodu. Naopak klinická skupina reagovala zase častěji než kontrolní skupina typem reakce e – extrapersistivní, rozdíl průměrů činí 0,86 bodu. Grafické znázornění hodnot jednotlivých typů reakcí u obou skupin najdeme v Grafu č. 3.

Graf č. 3: Typy reakcí (9 faktorů) u klinické a kontrolní skupiny



Doposud jsme výsledky popisovali pomocí popisné statistiky, všechny zmíněné rozdíly mezi skupinami je třeba ověřit statisticky. Proto se teď budeme věnovat **testování hypotéz** vztahujících se k testu PFT. Stanovené hypotézy byly následující:

H₁: Existuje statisticky významný rozdíl ve směru agrese měřeného **testem PFT** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob.

H₂: Existuje statisticky významný rozdíl v typu agrese měřeného **testem PFT** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob.

H₃: Existuje statisticky významný rozdíl v některé z devíti reakcí (faktorů E', E, e, I', I, i, M', M, m) měřených **testem PFT** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob.

Všechny hypotézy jsme podrobili statistickému testování pomocí **Mann-Whineyova U-testu**. V Tabulce č. 4 jsou uvedeny výsledky pro hypotézu H₁ a H₂ a v Tabulce č. 5 výsledky pro hypotézu H₃. Pro přehlednost zde uvádíme jen nejdůležitější hodnoty z výsledkových tabulek. Kompletní výsledkové tabulky (Tabulka č. 6) naleznete v přílohách (Příloha č. 5).

Tabulka č. 4: Statistické porovnání rozdílů směru a typu agrese u klinické a kontrolní skupiny

	Součet pořadí klinické s.	Součet pořadí kontrolní s.	U	Z	p-hodnota
E-A	963,0	1117,0	435,0	-1,03	0,30434
I-A	1025,0	1055,0	497,0	-0,19	0,84563
M-A	1077,5	1002,5	474,5	0,50	0,61933
O-D	1024,0	1056,0	496,0	-0,21	0,83513
E-D	874,0	1206,0	346,0	-2,22	0,02627*
N-P	1152,5	927,5	399,5	1,50	0,13262

*p < 0,05

Z testování a Tabulky č. 4 vyplývá, že **neexistuje signifikantní rozdíl ve směru agrese** měřeného testem PFT mezi klinickou a kontrolní skupinou, **zamítáme tedy hypotézu H₁**. Mezi pacienty se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob není statisticky významný rozdíl ve směru agrese v testu PFT.

Dále z testování a Tabulky č. 4 vyplývá, že **existuje signifikantní rozdíl v typu agrese** měřeného testem PFT mezi klinickou a kontrolní skupinou, **přijímáme tedy hypotézu H₂**. Mezi pacienty se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob je statisticky významný rozdíl, na hladině významnosti 0,05, v typu agrese E-D (ego-

defence) – v obraně sebe či vlastního chování. **Pacienti se somatoformní poruchou reagovali na frustraci signifikantně méně často obranou sebe či vlastního chování než osoby z kontrolní skupiny.**

Tabulka č. 5: Statistické porovnání rozdílů devíti reakcí (faktorů) u klinické a kontrolní skupiny

	Součet pořadí klinické s.	Součet pořadí kontrolní s.	U	Z	p-hodnota
E´	943,5	1136,5	415,5	-1,29	0,19740
E	928,0	1152,0	400,0	-1,50	0,13436
e	1186,5	893,5	365,5	1,96	0,04995*
I´	1094,5	985,5	457,5	0,73	0,46841
I	980,0	1100,0	452,0	-0,80	0,42434
i	1031,5	1048,5	503,5	-0,11	0,91446
M´	1145,0	935,0	407,0	1,40	0,16058
M	1083,5	996,5	468,5	0,58	0,56369
m	1068,0	1012,0	484,0	0,37	0,71194

*p < 0,05

Z testování a Tabulky č. 5 vyplývá, že **existuje signifikantní rozdíl v jedné z devíti reakcí (faktorů)** měřených testem PFT mezi klinickou a kontrolní skupinou, **přijímáme tedy hypotézu H₃**. Mezi pacienty se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob je statisticky významný rozdíl, na hladině významnosti 0,05, ve faktoru e – extrapersistivní, kdy řešení frustrující situace je důrazně očekávané od někoho jiného. **Pacienti se somatoformní poruchou reagovali na frustraci signifikantně častěji očekáváním řešení frustrující situace od někoho jiného, neboli požadovali nápravu po někom jiném, než osoby z kontrolní skupiny.**

8.2 Výsledky porovnání skupin v Hand testu

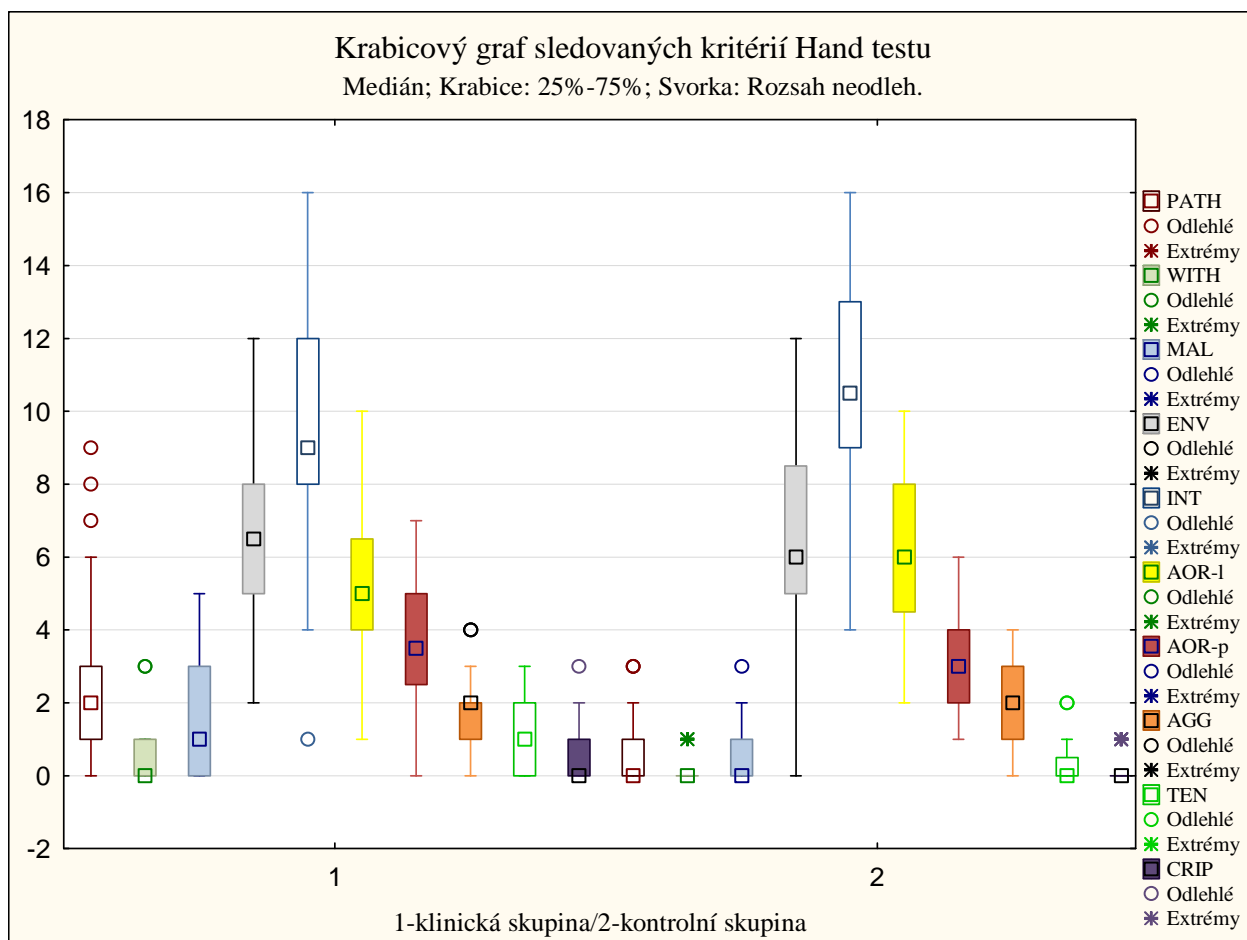
Nejprve pomocí **popisné statistiky** přehledně popíšeme výsledky Hand testu u klinické i kontrolní skupiny. V následující Tabulce č. 7 jsou uvedeny hrubé skóre popsané pomocí aritmetického průměru, směrodatné odchylky, minima a maxima. Zaměřili jsme se na souhrnné kategorie: skóre patologie (PATH), odpovědi odstupe (WITH), maladjustivní odpovědi (MAL), environmentální (ENV) a interpersonální (INT) odpovědi. Dále na poměr acting-out, jehož levá strana (AOR-l) vyjadřuje pozitivní kooperativní postoje a pravá strana (AOR-p) vyjadřuje direktivní a agresivní postoje. Z jednotlivých kategorií

jsme sledovali agresi (AGG), tenzi (TEN) a poškození (CRIP). Uvádíme také počet odpovědí (R). Následuje grafické znázornění proměnných (bez R) v Grafu č. 4.

Tabulka č. 7: Popis dosažených hodnot v **Hand testu** u obou skupin

	Klinická skupina (n=32)				Kontrolní skupina (n=32)			
	\bar{x}	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>s</i>
R	17,97	12	25	2,99	17,56	10	25	4,30
PATH	2,56	0	9	2,35	0,69	0	3	1,00
WITH	0,50	0	3	0,80	0,06	0	1	0,25
MAL	1,59	0	5	1,41	0,56	0	3	0,80
ENV	6,53	2	12	2,65	6,53	0	12	2,60
INT	9,34	1	16	3,09	10,44	4	16	2,78
AOR-I	5,13	1	10	2,37	6,13	2	10	2,28
AOR-p	3,56	0	7	1,72	3,22	1	6	1,29
AGG	1,84	0	4	1,05	1,91	0	4	1,12
TEN	0,88	0	3	0,98	0,31	0	2	0,59
CRIP	0,53	0	3	0,76	0,16	0	1	0,37

Graf č. 4: Dosažené hodnoty Hand testu u klinické a kontrolní skupiny



Hand test má celkem 15 skórovacích kritérií, které se seskupují do hlavních kategorií. Nebylo účelem zhodnotit všechny jednotlivé kategorie, vybrali jsme jenom ty, které nás zajímaly ve vztahu k somatoformním poruchám, konkrétně agrese, tenze a poškození. Hlavní kategorie jsme popsali všechny a přidali ještě poměr acting-out. Při pohledu na Tabulku č. 7 vidíme, že průměrný počet odpovědí u obou skupin byl téměř shodný (17,96 a 17,56), což je pro porovnávání skupin výhodné.

Průměrné skóre patologie (PATH), odpovědi odstupu (WITH) a maladjustivní odpovědi (MAL) je u klinické skupiny podstatně vyšší než u kontrolní skupiny. Naopak průměr environmentálních (ENV) odpovědí je u obou skupin naprosto shodný. Průměr interpersonálních (INT) odpovědí je u kontrolní skupiny vyšší než u klinické, rozdíl průměrů činí 1,10 bodu. V poměru acting-out má klinická skupina nižší levou (AOR-l) stranu (pozitivní kooperativní postoje) a vyšší pravou (AOR-p) stranu (agresivní postoje) než kontrolní skupina. Co se týče agresivity (AGG) je průměr klinické skupiny jen nepatrně (1,84) nižší než kontrolní skupiny (1,91). Tenzní odpovědi (TEN) a odpovědi poškození (CRIP) se vyskytovaly u klinické skupiny častěji než u kontrolní. Je třeba výše popsané rozdíly podrobit statistickému šetření.

Statistickému testování jsme podrobili všechny výše popsané kategorie, jelikož jsme chtěli popsat výsledky hlavních kategorií Hand testu. Zjistili jsme tedy výsledky nad rámec stanovených hypotéz. Základem ovšem byl zájem o sledování agrese u pacientů se somatoformními poruchami. Dále jsme předpokládali vzhledem k charakteristikám těchto poruch, že budou mít vyšší hodnoty kategorie tenze, poškození a maladjustivní odpovědi než kontrolní skupina. Na tomto základě byly stanoveny a dále testovány následující hypotézy:

H₄: Pacienti se somatoformní poruchou budou skórovat signifikantně výše v kategorii MAL (maladjustivní odpovědi) v **Hand testu** než kontrolní skupina.

H₅: Pacienti se somatoformní poruchou budou skórovat signifikantně výše v kategorii TEN (tenze) v **Hand testu** než kontrolní skupina.

H₆: Pacienti se somatoformní poruchou budou skórovat signifikantně výše v kategorii CRIP (poškození) v **Hand testu** než kontrolní skupina.

H₇: Existuje statisticky významný rozdíl v kategorii AGG (agresivita) v **Hand testu** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob.

Všechny hypotézy jsme podrobili statistickému testování pomocí **Mann-Whineyova U-testu**. V Tabulce č. 8 jsou uvedeny výsledky pro hypotézu H₄ až H₇ a výsledky hlavních skórovacích kategorií nad rámec hypotéz. Pro přehlednost zde uvádíme jen nejdůležitější hodnoty z výsledkových tabulek. Kompletní výsledkové tabulky (Tabulka č. 9) naleznete v přílohách (Příloha č. 5).

Tabulka č. 8: Statistické porovnání rozdílů hodnot kategorií v Hand testu u klinické a kontrolní skupiny

	Součet pořadí klinické s.	Součet pořadí kontrolní s.	U	Z	p-hodnota
PATH	1321,5	758,5	230,5	3,77	0,00016***
WITH	1202,0	878,0	350,0	2,17	0,03012*
MAL	1263,5	816,5	288,5	2,99	0,00275**
ENV	1027,0	1053,0	499,0	-0,17	0,86671
INT	922,5	1157,5	394,5	-1,57	0,11619
AOR-I	919,0	1161,0	391,0	-1,62	0,10567
AOR-p	1108,0	972,0	444,0	0,91	0,36476
AGG	1037,0	1043,0	509,0	-0,03	0,97322
TEN	1205,0	875,0	347,0	2,21	0,02719*
CRIP	1175,5	904,5	376,5	1,81	0,06988

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

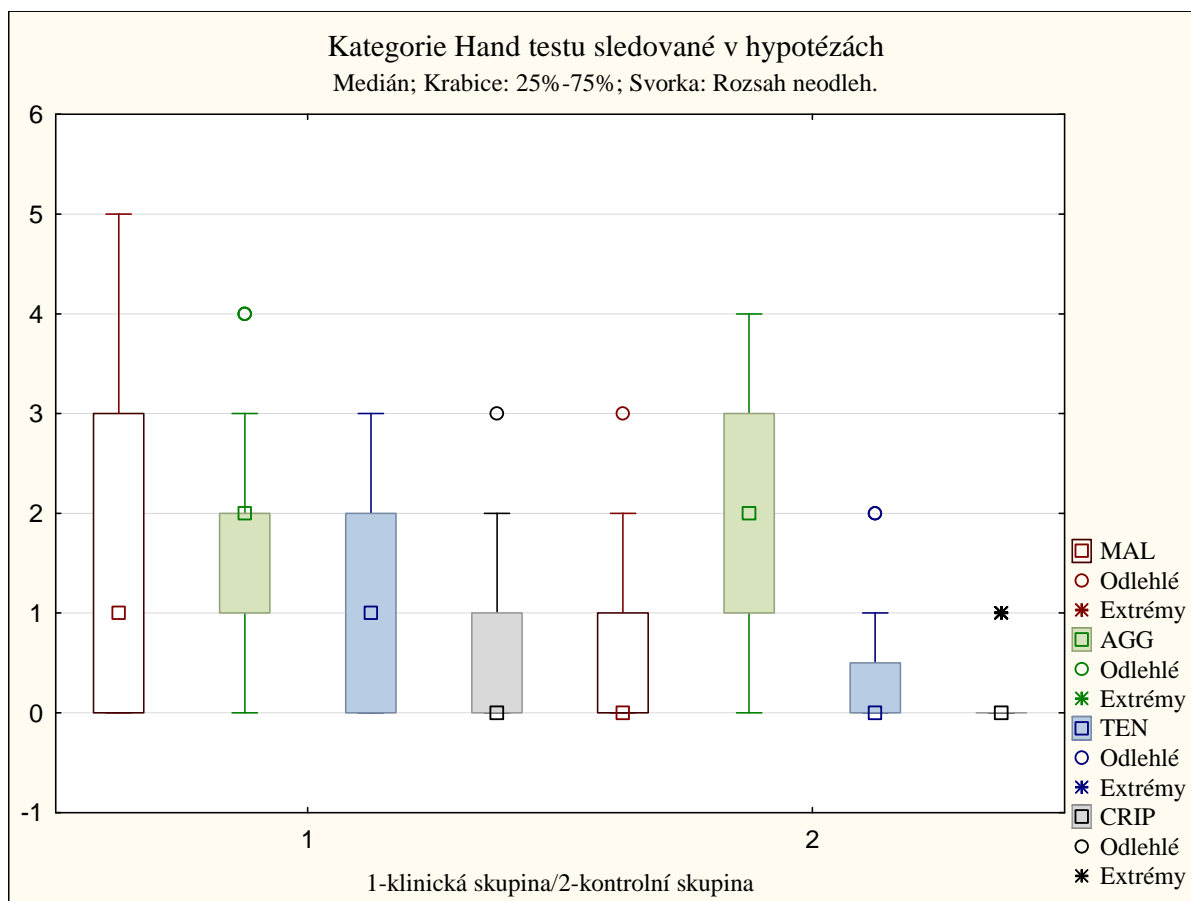
Z testování hypotéz a tabulky vyplývá, že osoby z **klinické skupiny skórují signifikantně výše v kategorii MAL** než osoby z kontrolní skupiny, **přijímáme tedy hypotézu H₄**. Výsledek je vysoce signifikantní na hladině významnosti 0,01. Pacienti se somatoformní poruchou tedy mají signifikantně vyšší skóre v maladjustivních odpovědích, které svědčí o selhávání v uspokojování potřeb a jsou charakteristikou neurotických tendencí, než kontrolní skupina zdravých osob. MAL sytí TEN, CRIP a FEAR.

Dále můžeme říci, že osoby z **klinické skupiny skórují signifikantně výše v kategorii TEN** než osoby z kontrolní skupiny, **přijímáme tedy hypotézu H₅**. Výsledek je signifikantní na hladině významnosti 0,05. Pacienti se somatoformní poruchou tedy mají signifikantně vyšší skóre v odpovědích tenze, které svědčí o potlačování nebo plýtvání fyzickou energií, než kontrolní skupina zdravých osob.

V kategorii CRIP sice skórovaly osoby z klinické skupiny výše než osoby z kontrolní skupiny, po statistickém testování však **rozdíl nebyl signifikantní**, proto **zamítáme hypotézu H₆**. U kategorie CRIP (poškození) projikuje proband vlastní psychickou inadekvátnost do ruky.

Z testování poslední hypotézy vztahující se k Hand testu vyplývá, že **neexistuje signifikantní rozdíl v kategorii AGG** mezi klinickou a kontrolní skupinou, **zamítáme tedy hypotézu H₇**. Mezi pacienty se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob není statisticky významný rozdíl v agresivitě měřené Hand testem. Pro přehlednost jsou v Grafu č. 5 znázorněny pouze kategorie sledované v hypotézách.

Graf č. 5: Rozdíl skupin v kategoriích Hand testu sledovaných v hypotézách



Nad rámec stanovených hypotéz se ukázaly jako **signifikantní rozdíly** mezi oběma skupinami v **kategorii WITH a PATH**. Pacienti se somatoformní poruchou měli signifikantně, na hladině významnosti 0,05, vyšší skóre v kategorii WITH (odpovědi odstupu – narušení adaptační schopnosti) než osoby z kontrolní skupiny. Pacienti se somatoformní poruchou dále měli velmi vysoce signifikantně, na hladině významnosti 0,001, vyšší skóre patologie - PATH (indikátor stupně patologie, skládá se z MAL a 2krát WITH) než osoby z kontrolní skupiny. V dalších hlavních kategoriích ENV a INT ani v dvou stranách (AOR-l a AOR-p) poměru acting out se neprokázaly signifikantní rozdíly mezi skupinami.

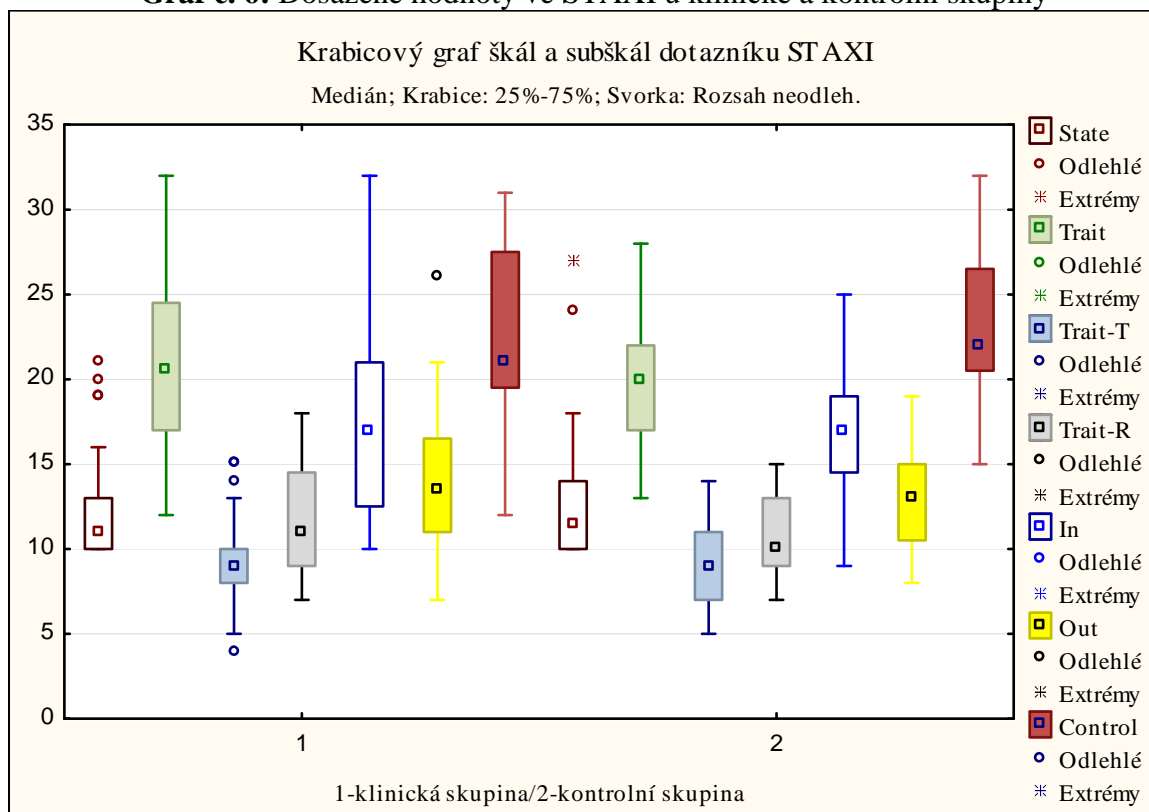
8.3 Výsledky porovnání skupin v dotazníku STAXI

V **popisné statistice** k dotazníku STAXI jsme se zaměřili na všechny jeho škály: stav hněvu (State), rys hněvu (Trait) a jeho subškály temperament (Trait-T) a reakce (Trait-R), vyjadřování hněvu na subškálách Anger In (potlačování hněvu), Anger Out (projevování hněvu navenek) a Anger Control (kontrola hněvu) u obou sledovaných skupin. Jejich popisné charakteristiky (průměr, minimum, maximum a směrodatná odchylka) uvádíme v Tabulce č. 10. Následuje Graf č. 6, znázorňující dosažené hodnoty škál a subškál obou skupin.

Tabulka č. 10: Popis dosažených hodnot v dotazníku STAXI u obou skupin

	Klinická skupina (n=32)				Kontrolní skupina (n=32)			
	\bar{x}	Min	Max	s	\bar{x}	Min	Max	s
State	12,34	10	21	3,32	12,88	10	27	4,07
Trait	20,88	12	32	5,27	19,84	13	28	3,94
Trait-T	9,06	4	15	2,58	9,16	5	14	2,30
Trait-R	11,81	7	18	3,36	10,69	7	15	2,55
In	17,28	10	32	5,54	16,75	9	25	3,71
Out	13,88	7	26	4,12	13,03	8	19	3,19
Control	22,78	12	31	5,42	23,13	15	32	4,63

Graf č. 6: Dosažené hodnoty ve STAXI u klinické a kontrolní skupiny



Při pohledu na Tabulku č. 10 a Graf č. 6 můžeme vidět, že ve **hněvu jako stavu** (State) je mezi klinickou a kontrolní skupinou jen nepatrný rozdíl. **Hněv jako rys** (Trait) je nepatrně vyšší (v průměrech o 1,04 bodu) u klinické skupiny oproti kontrolní skupině. Mohlo by se říci, že pacienti se somatoformní poruchou tedy prožívají hněv o něco častěji než kontrolní zdravé osoby, je však třeba to ověřit statisticky. Rys-temperament (Trait-T) se u skupin příliš neliší, rys-reakce (Trait-R) o něco více. Rozdíl průměrů v Trait-R je 1,12 bodu, klinická skupina má průměr vyšší než kontrolní. Vysoká hodnota rysu-reakce svědčí o citlivosti na kritiku a negativní hodnocení od ostatních. V **subškálách vyjadřování hněvu** je u obou skupin nejčastější kontrola hněvu (Control), poté potlačování hněvu (In) a nejméně časté je otevřené vyjadřování hněvu navenek (Out). Anger In a Anger Out je nepatrně vyšší u klinické skupiny a Anger Control je zase nepatrně vyšší u kontrolní skupiny. Následuje statistické ověřování rozdílů mezi skupinami.

Statistickému testování jsme podrobili všechny výše zmíněné škály a subškály dotazníku STAXI, abychom tak popsali všechny možné rozdíly v tomto dotazníku mezi klinickou a kontrolní skupinou. Z hlediska agresivních tendencí nás zajímal především rozdíl ve škále vyjadřování hněvu, proto jsme si stanovili následující hypotézu:

H₈: Existuje statisticky významný rozdíl ve vyjadřování hněvu měřeného dotazníkem **STAXI** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob.

Hypotézu jsme podrobili statistickému testování pomocí **Mann-Whineyova U-testu**. V Tabulce č. 11 jsou uvedeny výsledky pro hypotézu H₈ a výsledky pro zbývající škály nad rámec hypotéz. Pro přehlednost zde uvádíme jen nejdůležitější hodnoty z výsledkových tabulek. Kompletní výsledkové tabulky (Tabulka č. 12) naleznete v přílohách (Příloha č. 5).

Tabulka č. 11: Statistické porovnání rozdílů hodnot subškál STAXI u klinické a kontrolní skupiny

	Součet pořadí klinické s.	Součet pořadí kontrolní s.	U	Z	p-hodnota
State	1006,0	1074,0	478,0	-0,45	0,65285
Trait	1092,5	987,5	459,5	0,70	0,48505
Trait-T	1022,5	1057,5	494,5	-0,23	0,81944
Trait-R	1132,5	947,5	419,5	1,24	0,21672
In	1047,0	1033,0	505,0	0,09	0,93045
Out	1091,0	989,0	461,0	0,68	0,49773
Control	1011,5	1068,5	483,5	-0,38	0,70695

Výsledky statistického testování neprokázaly žádný signifikantní rozdíl ve škálách dotazníku STAXI mezi klinickou a kontrolní skupinou, což také můžeme vidět v Tabulce č. 11. Už při pohledu na Graf č. 6 je patrné, že výsledky všech subškál (porovnej mediány) jsou u obou skupin značně podobné. **Zamítáme tedy hypotézu H_8** a musíme konstatovat, že **ve vyjadřování hněvu** měřeného dotazníkem STAXI **neexistuje statisticky významný rozdíl** mezi pacienty se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob.

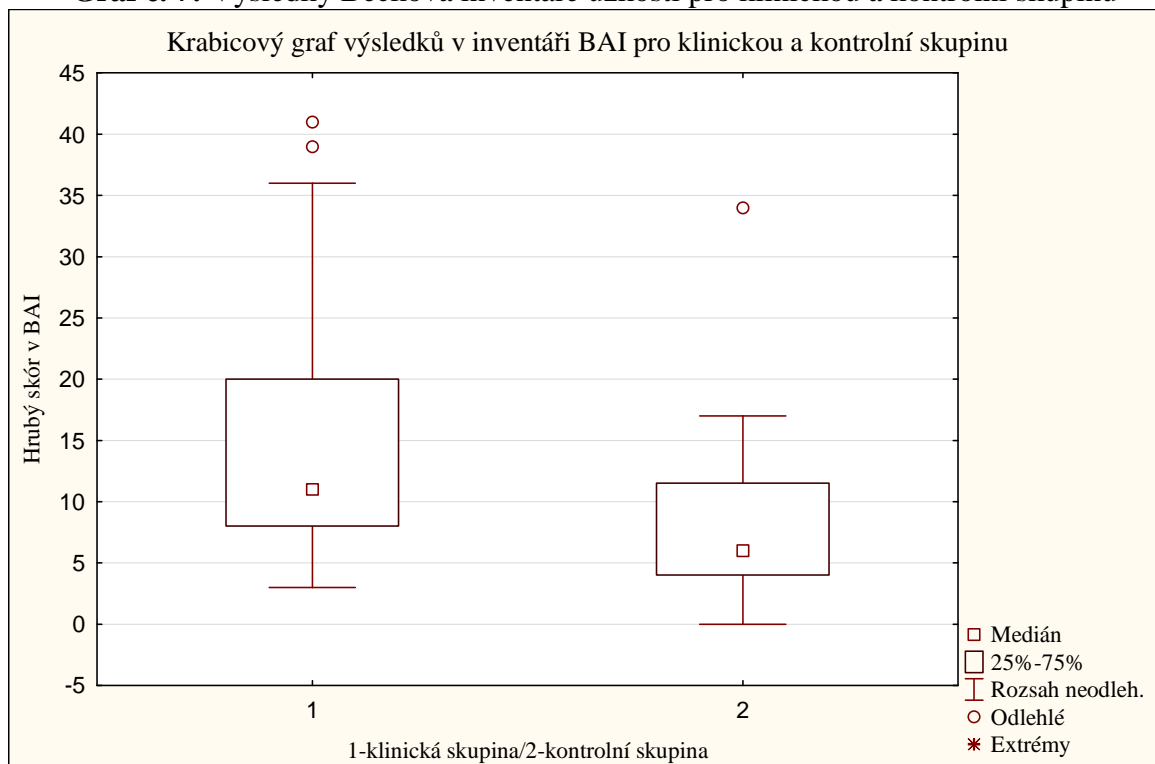
8.4 Výsledky porovnání skupin v Beckově inventáři úzkosti

V **popisné statistice** k Beckově inventáři úzkosti (BAI) uvádíme v Tabulce č. 13 průměr, minimum, maximum a směrodatnou odchylku. Výsledkem tohoto inventáře je jen jeden celkový hrubý skór. U jedné osoby z klinické skupiny nemáme tento inventář k dispozici, proto počet osob v klinické skupině je tentokrát 31, kontrolní skupina se stále skládá z 32 osob. Výsledky jsou graficky znázorněny v Grafu č. 7.

Tabulka č. 13: Popis dosažených hodnot v **Beckově inventáři úzkosti** u obou skupin

	Klinická skupina (n=31)				Kontrolní skupina (n=32)			
	\bar{x}	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>s</i>
BAI	15,65	3	41	10,75	8,00	0	34	6,71

Graf č. 7: Výsledky Beckova inventáře úzkosti pro klinickou a kontrolní skupinu



Z tabulky i grafu vidíme, že klinická skupina ($\bar{x} = 15,65$) skórovala výše v inventáři BAI než kontrolní skupina ($\bar{x} = 8,00$). Z hlediska interpretačních kategorií by výsledek klinické skupiny spadl na spodní hranici střední závažnosti potíží (16 – 25) a výsledek kontrolní skupiny na spodní hranici mírné závažnosti potíží (8 – 15). Tento rozdíl mezi skupinami v míře úzkosti je třeba ověřit statisticky.

Statistickému testování jsme podrobili hrubé skóry obou skupin, použili jsme opět **Mann-Whineyův U-test**. Hypotéza vztahující se k Beckově inventáři úzkosti zněla:

H₀: Pacienti se somatoformní poruchou budou skórovat signifikantně výše na škále úzkosti v **Beckově inventáři úzkosti** než kontrolní skupina.

Výsledky testování této hypotézy najdeme v Tabulce č. 14, kompletní tabulka (Tabulka č. 15) je pak umístěna v přílohách (Příloha č. 5).

Tabulka č. 14: Statistické porovnání rozdílů hodnot v inventáři BAI u klinické a kontrolní skupiny

	Součet pořadí klinické s.	Součet pořadí kontrolní s.	U	Z	p-hodnota
BAI	1231	785	257	3,28	0,00104**

**p < 0,01

Z testování hypotézy a tabulky vyplývá, že osoby z **klinické skupiny skórují signifikantně výše v Beckově inventáři úzkosti** než osoby z kontrolní skupiny, **přijímáme tedy hypotézu H₀**. Výsledek je vysoce signifikantní na hladině významnosti 0,01. Pacienti se somatoformní poruchou tedy prožívají signifikantně vyšší úzkost než kontrolní skupina zdravých osob. Úzkost je jedním z rysů somatoformních poruch, můžeme tedy říci, že se nám skrze prokázaný signifikantní rozdíl v míře úzkosti u klinické a kontrolní skupiny podařilo potvrdit oprávněnost diagnózy u osob z klinické skupiny, což bylo záměrem zařazení tohoto testu do testové baterie.

8.5 Shrnutí a interpretace výsledků

Pro porovnání klinické skupiny pacientů se somatoformní poruchou s kontrolní skupinou zdravých osob jsme použili celkem čtyři testové metody a stanovili si devět hypotéz, z čehož jsme pět přijali a čtyři zamítli. Jelikož je v České republice skupina pacientů se somatoformní poruchou výzkumně téměř nedotknutá, naše práce je spíše exploračního charakteru. Chtěli jsme tuto skupinu z hlediska agresivních tendencí

především prozkoumat a popsat, nikoliv vyvozovat ze závěrů široce platná zobecnění a interpretace.

Hlavní testovou metodou pro nás byl **Rosenzweigův obrázkový frustrační test** (PFT), k němuž se vztahovaly první tři hypotézy. Zajímaly nás rozdíly ve směru a typu agrese a taky zda bude rozdíl v některém z devíti faktorů. Došli jsme k závěru, že mezi klinickou a kontrolní skupinou není signifikantní rozdíl ve směru agrese. Jinými slovy pacienti se somatoformní poruchou se v našem výzkumu nelišili od kontrolního souboru v tom, zda agresi projevují vůči okolí, sobě samým či se jí vyhýbají. Naopak u typu agrese jsme prokázali signifikantní rozdíl mezi skupinami. Osoby z klinické skupiny signifikantně méně často reagovali obranou sebe či vlastního chování než kontrolní skupina. Jinými slovy pacienti se somatoformní poruchou na frustrující situaci reagovali signifikantně méně často bráněním vlastní osoby či chování než zdraví jedinci. Co se týče jednotlivých faktorů, tak byl prokázán signifikantní rozdíl mezi skupinami u faktoru „e“. Pacienti se somatoformní poruchou reagovali signifikantně častěji vyžadováním řešení frustrující situace po někom jiném než kontrolní skupina zdravých osob. Sekundárním cílem bylo také ověřit použití české verze testu PFT (C-W) v praxi, o tom pojednáme blíže v diskuzi.

Druhou použitou metodou byl **Hand test**, ke kterému se vztahovaly další čtyři hypotézy. Co se týče agresivních tendencí, zde reprezentovaných odpověďmi AGG (agresivita), nebyl signifikantní rozdíl mezi skupinami prokázán. Dále jsme se zaměřili na MAL, TEN a CRIP odpovědi. Jak MAL (maladjustivní) tak TEN (tenze) odpovědi dávali pacienti se somatoformní poruchou signifikantně častěji než kontrolní skupina, což svědčí u klinické skupiny o větším selhávání při uspokojování potřeb a značném výdeji energie bez dostavení výsledku. Ačkoliv osoby v klinické skupině dávali i více CRIP (poškození) odpovědí než kontrolní skupina, výsledek nebyl signifikantní.

Třetí metodou byl **dotazník STAXI**, kde jsme sledovali, zda se skupiny budou lišit ve vyjádření hněvu, zde jsme však museli hypotézu o existenci rozdílu mezi skupinami zamítnout. Pacienti se somatoformní poruchou se ve způsobu vyjadřování hněvu měřeného tímto dotazníkem nijak nelišili od zdravých osob.

Poslední metodou, k níž se vztahovala i poslední hypotéza, byl **Beckův inventář úzkosti**. Celkový skór byl u klinické skupiny signifikantně vyšší než u skupiny kontrolní, hypotézu jsme potvrdili. Můžeme tedy říci, že pacienti v našem výzkumu pociťovali větší míru úzkosti než osoby zdravé, což nám sloužilo i jako kontrola oprávněnosti diagnózy v klinické skupině a „zdraví“ v kontrolní skupině.

8.6 K platnosti hypotéz

H₁: Existuje statisticky významný rozdíl ve směru agrese měřeného **testem PFT** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob. → **ZAMÍTÁME**

H₂: Existuje statisticky významný rozdíl v typu agrese měřeného **testem PFT** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob. → **PŘIJÍMÁME (na hladině významnosti $\alpha = 0,05$)**

H₃: Existuje statisticky významný rozdíl v některé z devíti reakcí (faktorů E', E, e, I', I, i, M', M, m) měřených **testem PFT** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob. → **PŘIJÍMÁME (na hladině významnosti $\alpha = 0,05$)**

H₄: Pacienti se somatoformní poruchou budou skórovat signifikantně výše v kategorii MAL (maladjustivní odpovědi) v **Hand testu** než kontrolní skupina. → **PŘIJÍMÁME (na hladině významnosti $\alpha = 0,01$)**

H₅: Pacienti se somatoformní poruchou budou skórovat signifikantně výše v kategorii TEN (tenze) v **Hand testu** než kontrolní skupina. → **PŘIJÍMÁME (na hladině významnosti $\alpha = 0,05$)**

H₆: Pacienti se somatoformní poruchou budou skórovat signifikantně výše v kategorii CRIP (poškození) v **Hand testu** než kontrolní skupina. → **ZAMÍTÁME**

H₇: Existuje statisticky významný rozdíl v kategorii AGG (agresivita) v **Hand testu** u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob. → **ZAMÍTÁME**

H₈: Existuje statisticky významný rozdíl ve vyjadřování hněvu měřeného dotazníkem STAXI u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob. → **ZAMÍTÁME**

H₉: Pacienti se somatoformní poruchou budou skórovat signifikantně výše na škále úzkosti v **Beckově inventáři úzkosti** než kontrolní skupina. → **PŘIJÍMÁME (na hladině významnosti $\alpha = 0,01$)**

9 Diskuze

Hlavními cíli předkládaného výzkumu bylo prozkoumat agresivní tendence u pacientů se somatoformní poruchou a tuto oblast u klinické skupiny porovnat s kontrolní skupinou zdravých osob. Na tomto základě byl vystavěn kvantitativní výzkum, vybrán výzkumný soubor, metody a stanoveny hypotézy. Statistickým šetřením byla ověřena platnost devíti stanovených hypotéz, pět hypotéz bylo potvrzeno a čtyři zamítnuty. Na tomto místě se budeme věnovat diskuzi nad zjištěnými výsledky. Nejprve se zaměříme na diskusi o výzkumném vzorku a okolnostem výzkumu, pak se budeme věnovat výsledkům jednotlivých metod a souvislostem s dříve provedenými studiemi a na závěr se zamyslíme nad limity a přínosy výzkumu a možnostmi dalšího výzkumu.

Vztažný **rámec našeho výzkumu** byl psychosomatický přístup k člověku a nemoci. Z širokého a mnohdy nejasně ohraničeného okruhu psychosomatických onemocnění jsme se rozhodli zaměřit na u nás málo zkoumanou skupinu pacientů se somatoformní poruchou (F45). Jelikož tato klinická skupina není mnoho prozkoumána, zvolili jsme pro její zkoumání srovnávací studii, tedy porovnání dvou skupin. Dílčím problémem, na který jsme se zaměřili, byly agresivní tendence. Výzkum porovnávající dvě nejasně ohraničené skupiny v psychosomaticce není příliš uznáván jako přínosný. Hodnotu takové studie zvyšuje právě zaměření na dílčí konkrétní problémy, jasné a podrobné definování skupiny vyšetřovaných osob a použití při ověřování vyšetřovacích nástrojů (Baštecký et al., 1993). Tomuto jsme se snažili dostat právě tím, že jsme si úzce vymezili výzkumnou skupinu pouze na pacienty se somatoformní poruchou, dílčím problémem pro nás byly agresivní tendence a také jsme si vybrali jako hlavní metodu novou českou verzi PFT (C-W) Rosenzweigova obrázkového frustračního testu, jejíž použití jsme chtěli ověřit v praxi. Naším záměrem tedy nebylo prokázat příčinné vztahy mezi psychickými faktory a onemocněním, nýbrž se podívat na jednu konkrétní diagnostickou skupinu z pohledu agresivních tendencí a zjistit zda a jak se liší od kontrolní skupiny zdravých osob. Z tohoto pohledu považujeme naši studii za přínosnou pro klinickou praxi.

Jako výběrový soubor jsme zvolili **skupinu pacientů se somatoformní poruchou**. Jsme si vědomi nejasnosti a nejednotnosti ve vymezení psychosomatických poruch, rozhodli jsme se tedy zaměřit na jednu diagnostickou jednotku v rámci diagnostického manuálu MKN-10 a dostat tak záměru zaměřit se na jasně diagnosticky vymezenou klinickou skupinu. Pacienti přijímaní do výzkumu museli mít stanovenou jako hlavní

diagnózu právě některou ze somatoformních poruch (F45), přičemž u nich nesměla být přítomna jiná závažná psychiatrická patologie (viz kritéria výběru klinické skupiny v kapitole 7). To jsme se snažili zajistit jednak požadovanou diagnózou stanovenou ošetřujícím lékařem, také jsme ale tuto diagnózu ověřovali dle stanovených diagnostických kritérií (dle MKN-10) pro jednotlivé poruchy v rámci úvodního rozhovoru. Pro správnost diagnózy u klinické skupiny a relativní zdraví kontrolní skupiny svědčí i výsledky Beckova inventáře úzkosti a skóre MAL a PATH (patologie) v Hand testu. Míra prožívané úzkosti byla u klinické skupiny signifikantně vyšší než u kontrolní skupiny. Klinická skupina také dávala signifikantně více MAL (maladjustivních) odpovědí než kontrolní skupina. Vysoké MAL svědčí pro neurotické poruchy. I přes velkou snahu zajistit přesné vymezení výběrového souboru, se mohlo stát, že někteří pacienti ne plně splňovali podmínky diagnózy F45. Je třeba brát v úvahu, že i při diagnóze somatoformní poruchy se mohou kdykoliv objevit somatická onemocnění s organickým podkladem. Přesto jsme toho názoru, že se nám podařilo jasně vymežit i zajistit výběrový soubor dle stanovených kritérií.

Co se týče počtu osob v klinické skupině a jejich sociodemografických charakteristik, jsou více méně shodné se zahraničními výzkumy somatoformních poruch (např. Koh et al., 2002; Mökleby et al., 2002; Waller, Scheidt, 2004). Vzhledem k u nás poměrně náročné dostupnosti této klinické skupiny, považujeme celkový počet 32 osob rozdílného věku a ekvivalentního počtu mužů i žen za relativně dostatečný vzhledem k populaci léčených pacientů s diagnózou F45 a vzhledem k účelům a rozsahu studentské práce. Přesto jsme si plně vědomi, že tento počet není dostatečně reprezentativní a nelze tedy vyvozovat zobecňující závěry. K dostatečné reprezentativnosti pro populaci pacientů se somatoformní poruchou v České republice by bylo potřeba získat pacienty i z dalších zařízení zabývajících se psychosomatickou problematikou (např. Psychosomatická klinika v Praze), kde se podle našich informací pacienti s diagnózou somatoformní poruchy léčí. Mohli bychom ale říci, že je náš vzorek dostatečně reprezentativní pro pacienty se somatoformní poruchou léčené v roce 2012 ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci.

Naším záměrem bylo utvořit **kontrolní skupinu** tak, aby v základních charakteristikách byla ekvivalentní ke kontrolní skupině. Kontrolní skupina se shodovala s klinickou v pohlaví, věku a vzdělání, čímž se nám podařilo eliminovat vliv těchto faktorů jako nežádoucích proměnných. Je samozřejmě možné, že na výsledky mohly mít vliv i jiné intervenující proměnné jako je sociální status, rodinné zázemí a vztahy, osobnostní charakteristiky apod. Zaměření na konkrétní pohlaví, věk a vzdělání nám při výběru osob

do kontrolní skupiny také podstatně zužovalo výběr. Kontrolní osoby jsme vybírali na základě dostupnosti a jejich ochoty z našeho nejbližšího okolí, mohlo tak dojít k značnému zkreslení odpovědí v testech vlivem známosti s administrátorem. Tomu jsme se snažili předejít apelem na co možná nejupřímnější a pravdivé vyplnění testových metod a vyhodnocováním pod číselným kódem. Lepší by jistě bylo vybrat do kontrolní skupiny osoby autorce neznámé, třeba na základě inzerátu, to ale bylo vzhledem k časovým i finančním možnostem výzkumu nereálné. Osoby byly zavzaty do kontrolní skupiny, pokud splňovaly následující podmínky: nepřítomnost jakékoliv psychiatrické diagnózy, bez závislosti na návykových látkách, čistý trestní rejstřík a aktuálně bez vážných psychických i tělesných obtíží, čímž jsme se snažili zajistit, že se kontrolní skupina bude skládat z osob relativně zdravých. Nebyl však prostor podrobně zjišťovat veškerá psychická či somatická trápení. Mohlo se tedy stát, že i některé osoby z kontrolní skupiny měly více či méně psychosomatická trápení, obzvlášť uvažujeme-li v rámci obecného pojetí psychosomatiky, kdy psychosomatické jsou veškeré jevy a nemoci. Rozhodně ale můžeme říci, že žádná z kontrolních osob neměla diagnostikovanou somatoformní poruchu, ani žádnou jinou psychiatrickou diagnózu.

V neposlední řadě mohla mít vliv na výsledky jak u klinické tak kontrolní skupiny aktuální nálada a psychický stav. Vzhledem k dobré test-retestové reliabilitě použitých metod nepovažujeme tento vliv za zásadní. Také vliv výzkumníka může být podstatný. Snažili jsme se ke všem osobám přistupovat empaticky, zmírňovat tenzi a navodit atmosféru důvěry. Z reakcí a ohlasů výzkumných osob se domníváme, že se nám to povedlo. Byly dodržovány etické zásady výzkumné práce. Vliv výzkumníka mohl hrát významnou roli zejména u kontrolní skupiny, jak už bylo popsáno výše.

Pro zjištění agresivních tendencí jsme použili tři metody, dvě projektivní a jednu dotazníkovou. Snažili jsme se o triangulaci metod, aby se naše výsledky nezakládaly pouze na jedné metodě. Jednak to nepovažujeme za dostačující a za druhé, rozhodli jsme se využít Rosenzweigův obrázkový frustrační test, českou verzi PFT (C-W) od Davida Čápa, která ještě nebyla oficiálně vydaná a standardizovaná pro dospělé populaci, ačkoliv v zahraničí je hojně využívanou metodou. Pro doplnění jsme proto použili další projektivní metodu, která je i u nás výzkumně ověřená (např. Harsa et al., 2009), a to Hand test neboli Testu ruky. Právě Harsa et al. (2009) ověřoval použitelnost projektivních testů pro měření agrese u psychiatrických pacientů a došel k závěru, že projektivní testy jsou schopné měřit dispozice k agresivnímu chování. Pro porovnání jsme zařadili i dotazníkovou metodu

STAXI, taktéž v zahraničí hojně využívanou, ale u nás doposud oficiálně nevydanou. Jako doplňující jsme ještě zařadili Beckův inventář úzkosti. U všech testů jsme počítali s hrubými skóry pro větší přesnost výsledků a z důvodu neexistence norem pro českou populaci.

Hypotézy týkající se **Rosenzweigova obrázkového frustračního testu** se potvrdily jen z části. Ve směru agrese nebyl shledán mezi skupinami signifikantní rozdíl. U obou skupin byla nejčastějším směrem agrese agrese obrácená na okolí (extraaggression E-A). Signifikantní rozdíl mezi skupinami byl prokázán u typu agrese. Pacienti se somatoformní poruchou reagovali signifikantně méně často obranou sebe či vlastního chování (ego-defense E-D). Jinými slovy kontrolní skupina zdravých osob v situaci frustrace reaguje signifikantně častěji bráněním sebe samého a svého chování než pacienti se somatoformní poruchou. Co se týče jednotlivých typů reakce (faktorů), prokázal se signifikantní rozdíl mezi skupinami ve faktoru e – extrapersistivní reakce, kdy řešení je důrazně očekávané od někoho jiného. Pacienti se somatoformní poruchou reagují tímto typem reakce signifikantně častěji než kontrolní skupina, neboli v situaci frustrace očekávají její řešení od někoho jiného. Tyto výsledky nám říkají, že pacienti se somatoformní poruchou se od kontrolní skupiny liší v agresivních tendencích, jednak signifikantně méně brání vlastní osobu a chování a také signifikantně více očekávají řešení frustrující situace od někoho jiného.

Nejsou nám známy výzkumy využívající test PFT přímo u pacientů se somatoformní poruchou, určité srovnání nám ale mohou poskytnout výzkumy s testem PFT u psychosomatických pacientů v širším slova smyslu. P. M. Lewinshon (1956) mezi čtyřmi skupinami – pacienti s duodenálním vředem, esenciální hypertenzí a neuromuskulární tenzí a kontrolní skupinou neshledal v žádné dimenzi testu PFT signifikantní rozdíl. Ve výzkumu R. A. Pierloota a J. Van Royové (1969) skupina pacientek s astmatem dávala signifikantně méně extrapunitivních (agrese zaměřena na okolí) odpovědí a signifikantně vyšší počet impunitivních (situace je považována za nevyhnutelnou, vyhnoutí se agresi) odpovědí než kontrolní skupina zdravých žen. Rozdíly mezi klinickou a kontrolní skupinou tedy byly ve směru agrese. Švýcarští autoři C. Perini et al. (1985) došli k závěru, že pacienti s esenciální hypertenzí s vysokou hladinou reninu skórovali v testu PFT signifikantně méně extrapunitivně (agrese zaměřená na okolí), vykazovali zvýšenou intropersistivní reakci (i; snaha o řešení, často z pocitů vlastní viny) a méně často zdůrazňovali přítomnost frustrující překážky (E; extrapeditivní) než pacienti s nízkou hladinou reninu. J. Liedtke a B. Jäger (1993) porovnávali skupinu psychosomatických pacientů s ulcerózní kolitidou se skupinou

somaticky (diabetes mellitus) nemocných pacientů v agresivních tendencích pomocí testu PFT. Pacienti s ulcerózní kolitidou reagovali signifikantně častěji intropunitivně (I; agrese a výčitky zaměřují na vlastní osobu) než kontrolní somatická skupina. Novější studie s testem PFT pochází od skupiny autorek z Anglie – A. Harrison et al. (2011) porovnávali skupinu žen s mentální anorexií s kontrolní skupinou zdravých žen ve směru a typu agrese. Ve směru agrese nebyl mezi skupinami žádný signifikantní rozdíl. Signifikantní rozdíly se ale našly u typu agrese. Ženy z klinické skupiny dávaly signifikantně méně odpovědí zaměřených na řešení frustrace (N-P) a signifikantně více ego-obranných (E-D) odpovědí než kontrolní skupina.

Z uvedených výzkumů je patrné, že se výsledky značně liší dle klinických skupin. Bohužel nemůžeme porovnat naše výsledky s natolik odlišnými klinickými skupinami, i když by se z obecného hlediska dala všechna tato onemocnění zařadit pod termín psychosomatické nemoci. Naše Výsledky se také od těch výše zmíněných značně liší, to nasvědčuje tomu, že i somatoformní porucha je oprávněně samostatnou diagnostickou jednotkou a nelze ji jen jednoduše obecně hodnotit jako psychosomatickou chorobu.

Sekundárním cílem našeho výzkumu bylo **ověřit použití české verze PFT (C-W)** zpracované Davidem Čápem (2010) v klinické praxi. Považujeme tuto verzi za velmi zdařilou. Uzpůsobení podnětového materiálu (obrázků s frustrujícími situacemi) dnešní době zaručuje aktuálnost a blízkost reálným frustrujícím situacím probandů, eliminuje zastaralost a tudíž možné nepochopení situací probandem. Standardní a jasně formulovaná instrukce a dané principy signování a vyhodnocování zaručují objektivitu. Z vlastní zkušenosti musíme říci, že se nám u žádného z 64 probandů nestalo, že by zadání nepochopil. Domníváme se, že právě část instrukce povzbuzující k napsání toho, „co vás napadne jako první“, přispívá k upřímné a necenzurované odpovědi, což by ovšem měl zaručovat už samotný projektivní charakter testu. Často se nám stávalo, že probandi se nebáli použít i sprostých výrazů (se slovy „to bude sprosté, když mám napsat první, co mě napadne“), což považujeme za důkaz právě necenzurovanosti odpovědí. Výhodou v tomto ohledu je to, že proband zapisuje přímo své odpovědi do záznamového archu a neříká je nahlas (oproti např. projektivnímu Hand testu) administrátorovi, což eliminuje tenzi z testování. Probandi v našem výzkumu vyplňovali test PFT ochotně a po skončení ve většině případů referovali, že to bylo zajímavé a že je vyplňování bavilo. Neshledali jsme u nich odpor ani tenzi během testování. Po vyhodnocení testu PFT (C-W) jsme shledali signifikantní rozdíly ve výsledcích mezi klinickou a kontrolní skupinou, došli jsme tedy k závěru, že tato verze testu je schopna diferencovat mezi klinickou skupinou pacientů a

skupinou zdravých osob. Česká verze PFT (C-W) dokáže spolehlivě měřit a postihnout podoby agresivních reakcí na frustrující situaci.

V **Hand testu** nás zajímalo porovnání skupin v kategoriích MAL, TEN, CRIP a AGG. Hypotézy o signifikantně vyšším skóru v kategorii MAL a TEN u pacientů se somatoformní poruchou se potvrdily. Pacienti se somatoformní poruchou tedy signifikantně častěji selhávají při uspokojování svých potřeb, mají problémy v realizování akčních tendencí (MAL) a signifikantně častěji potlačují nebo plýtvají fyzickou energií, i přes značný výdej energie nedosahují kýženého výsledku (TEN) než kontrolní skupina zdravých osob. V kategorii CRIP (poškození) jsme také očekávali vyšší hodnoty u klinické skupiny, jelikož jsme předpokládali, že do popisu poškození ruky budou pacienti promítat somatické stesky. Klinická skupina sice skórovala výše v této kategorii než kontrolní skupina, výsledek porovnání byl na hranici signifikantnosti, ale přeci ne signifikantní, hypotézu jsme zamítli. To by se možná změnilo při větším vzorku. Konečně skrze kategorii AGG (agrese) jsme zkoumali rozdíly mezi skupinami v agresivních tendencích. Výsledek však nebyl signifikantní a hypotézu jsme zamítli. Takto to vypadalo z pohledu kvantitativního, během vyhodnocování jsme si ale všimli, že z hlediska kvalitativního se agresivní odpovědi u obou skupin značně liší. Bylo by vhodné v následující analýze výsledků provést právě kvalitativní hodnocení agresivních odpovědí. Domníváme se, že by taková analýza mohla přinést zajímavé výsledky. Toto naše zjištění o nesignifikantnosti rozdílů v kategorii AGG se shoduje s výzkumem českých autorů P. Harsa et al. (2009), kteří v této kategorii mezi klinickými skupinami depresivních poruch, poruch osobnosti, schizofrenie a kontrolní skupinou zdravých osob taktéž neshledali signifikantní rozdíl.

Nad rámec hypotéz jsme v Hand testu došli ještě k dalším signifikantním rozdílům mezi skupinami, a to v kategoriích WITH (odstup) a PATH (skóre patologie). V obou těchto kategoriích skórovali pacienti se somatoformní poruchou signifikantně výše než kontrolní skupina. Kategorie WITH značí interpersonální odstup a narušení adaptačních schopností subjektivními pocity stresu. K podobným výsledkům došel opět P. Harsa et al. (2009), který shledal signifikantně vyšší hodnoty v obou kategoriích u tří klinických skupin v porovnání s kontrolní skupinou. Pro srovnání, pacienti se somatoformní poruchou v našem výzkumu dosahovali průměr 0,50 v kategorii WITH a 2,56 v kategorii PATH, v Harsově výzkumu dosahovali pacienti s depresivní poruchou průměru 0,64 WITH a 2,18 PATH (poruchy osobnosti dosahovali ještě nižších průměrů). Dalo by se tedy říci, že somatoformní porucha není o nic méně závažná než například depresivní porucha a měla by jí proto být věnována dostatečná výzkumná i terapeutická pozornost.

Hypotézu vztahující se k **dotazníku STAXI** jsme museli zamítnout. Klinická skupina se od té kontrolní signifikantně nelišila ani v jedné škále dotazníku. Mezi skupinou pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob neexistuje statisticky významný rozdíl ve vyjadřování hněvu měřeného dotazníkem STAXI. Jelikož se jedná o sebesuzovací metodu, mohla zde hrát roli touha „udělat se lepším“. U kontrolní skupiny to zejména mohlo být způsobeno známostí s administrátorem, což dále mohlo ovlivnit výsledky. Nevýhodami sebesuzovacích metod je právě možnost záměrného zkreslení žádoucím směrem ze strany probanda, záleží také na úrovni schopnosti introspekce a objektivního sebesouzení ve smyslu sebekritiky (Svoboda, 2010), což právě u hněvu a agrese může být problematické. I v rámci společenských norem a očekávání v naší kultuře není žádoucí, aby například člověk při naštvání téměř vždy „vybouchnul, tak že ostatní jeho vztek pocítí“, tudíž to ani není jednoduché přiznat v dotazníku. Pacienti se somatoformní poruchou také tíhnou k připisování svých obtíží tělesným symptomům než psychickému distresu. Afektivní prožitky mohou být u nich vágní či zeslabené, tudíž pro ně může být obtížné je popisovat v sebesuzujícím dotazníku. Autoři české verze dotazníku F. Man a I. Stuchlíková (2003) specifikují u vyjadřování hněvu situační okruhy – doma/v práci/ve volném čase a došli k závěrům, že se právě vyjadřování hněvu liší v závislosti na situaci. My jsme ve výzkumu žádnou situaci nespécifikovali a to také mohlo ovlivnit výsledky. Probandi se totiž občas dotazovali, k jaké situaci mají odpovědi v tomto dotazníku vztáhnout, vypovídali, že vyjadřují hněv jinak doma a jinak v práci. Bylo jim řečeno, ať odpovídají tak, jak reagují nejčastěji, co je pro ně nejobvyklejší, přesto by výsledky mohly být zcela jiné, pokud bychom situaci jasně specifikovali.

Na druhou stranu subškály vyjadřování hněvu (In, Out, Control) v dotazníku STAXI se konceptuálně podobají směrům agrese (zaměřená na vlastní osobu, okolí a vyhnutí se agresí) v testu PFT. Ve směru agrese v testu PFT nebyl mezi skupinami signifikantní rozdíl, což je ve shodě s nesignifikantním rozdílem mezi skupinami právě ve vyjadřování hněvu v dotazníku STAXI. V zahraničním výzkumu byl dotazník STAXI úspěšně použit při zkoumání hněvu u pacientů se somatoformní poruchou. K. B. Koh et al. (2008) zjistil, že pouze Anger-In (subškála škály vyjadřování hněvu) má nepřímý vliv na somatické symptomy u pacientů se somatoformní poruchou a to skrze depresi a úzkost. Autoři došli k závěru, že spojení hněvu se somatickými symptomy je slabší než spojení deprese a úzkosti se somatickými symptomy. Úzkost je tedy důležitým zdrojem

somatických symptomů u somatoformních poruch, tím se dostáváme k poslední použité metodě.

Beckův inventář úzkosti nám sloužil pouze jako doplňková metoda pro ověření míry patologie u klinické skupiny v porovnání s kontrolní skupinou. Tento účel byl splněn, pacienti se somatoformní poruchou skórovali vysoce signifikantně výše na škále úzkosti než kontrolní skupina. Průměr míry úzkosti u klinické skupiny spadl do střední závažnosti potíží a průměr kontrolní skupiny do mírné závažnosti obtíží. Různé situační okolnosti a drobné každodenní problémy, které se mohly vyskytnout u kontrolní skupiny v rámci jednoho týdne před administrací inventáře, mohou být důvodem, proč probandi z této skupiny neskórovali v pásmu minimální úzkosti. I když tento inventář není na českou populaci standardizován, je ve výzkumu používán (např. Pastucha et al., 2009). Dle výsledků našeho výzkumu můžeme říci, že dobře diferencuje mezi klinickou a kontrolní skupinou zdravých osob v míře úzkosti. Ve shodě s teorií a jinými výzkumy (např. Koh et al., 2008; Vasilescu, Panaitescu, 2009) můžeme říci, že úzkost je u somatoformních poruch důležitým faktorem.

Shrneme-li výsledky výzkumu, můžeme říci, že pacienti se somatoformní poruchou se nelišili od kontrolní skupiny ve směru agrese měřeného testem PFT ani ve způsobu vyjádření hněvu měřeného dotazníkem STAXI. Z našich výsledků tedy nelze vyvodit závěr o nadměrném potlačování hněvu či naopak nadměrné expresi hněvu, o čemž jsme pojednávali v teoretické části, u pacientů se somatoformní poruchou, potažmo psychosomatických pacientů. Nezdá se tedy, ve shodě s trendem v teoriích psychosomatiky, že by hněv byl hlavním určujícím faktorem u těchto poruch. Domníváme se ale, že by hněv a agrese mohly být jedním z mnoha dílků z mozaiky vzájemně se ovlivňujících faktorů, které mají vliv na vznik a průběh somatoformní poruchy. To podporují námi zjištěné signifikantní rozdíly mezi pacienty se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob v typu agrese a extrapersistivním faktoru v testu PFT. Pacienti se somatoformní poruchou signifikantně méně často reagovali v situacích frustrace bráněním sebe sama a svého okolí a signifikantně častěji důrazně očekávali řešení od někoho jiného než kontrolní skupina zdravých osob. Pacienti se somatoformní poruchou se také od kontrolní skupiny signifikantně lišili v některých kategoriích Hand testu – častěji selhávají při uspokojování svých potřeb (MAL), častěji potlačují či plýtvají fyzickou energií (TEN), mají více narušené adaptační schopnosti (WITH) a mají vyšší skóre patologie (PATH). Pacienti se somatoformní poruchou také prožívají větší úzkost

(signifikantně vyšší skór BAI) než kontrolní skupina zdravých osob. Somatoformní porucha byla doposud jen málo výzkumně probádána a popsána, proto považujeme tato zjištění za **přínosná** pro klinickou praxi. Agresivní tendence pacientů se somatoformní poruchou, charakterizované častějším očekáváním řešení frustrující situace od někoho jiného a nižší obranou sebe a svého chování, by mohly být brány v úvahu při terapii. Zároveň jsme si ale vědomi **limitů**, které byly popsány již výše, zejména poměrně malého výzkumného vzorku, a proto si nedovolujeme zobecňovat tvrzení na všechny pacienty se somatoformní poruchou a vymezovat příčinné vztahy mezi agresí a somatickými symptomy této poruchy.

Další možné rozvedení této problematiky vidíme jednak v kvalitativním pohledu na výsledky, zejména na odpovědi agresivity v Hand testu, kde vidíme potenciál kvalitativní rozdílnosti odpovědí u klinické a kontrolní skupiny. V Hand testu jsme také z důvodu rozsahu této práce nepodrobili statistickému testování všechny kategorie odpovědí, do budoucna bychom chtěli zjistit, zda se skupiny nějak liší i v těchto doposud neporovnaných kategoriích. Dále by bylo přínosné rozdělit osoby z klinické skupiny na dvě podskupiny dle diagnózy a provést analýzu výsledků pro tyto dvě skupiny v rámci jedné diagnózy. Vzhledem k tomu, že klinickou skupinu somatoformních poruch tvoří z poloviny jedna diagnóza (viz. Graf č. 1 na straně 71) a to přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F45.4) a druhá polovina je složena ze zbylých diagnóz, porovnávali bychom právě tyto dvě skupiny. Zjistili bychom tak, zda se osoby s přetrvávající somatoformní bolestivou poruchou nějak liší v agresivních tendencích od zbylých diagnóz v rámci kategorie F45 či od kontrolní skupiny. Z hlediska kvalitativního by také šlo výsledky rozšířit o kazuistiky některých pacientů a více se zaměřit na možné terapeutické implikace. Toto všechno by mohlo být obsahem a rozšířením v uvažované navazující rigorózní práci.

10 Závěry

Výsledky výzkumu nesevďečí pro jasný příčinný vztah mezi agresí a somatoformní poruchou, ale můžeme říci, že z nich vyplývá určitá rozdílnost v agresivních tendencích u pacientů se somatoformní poruchou v porovnání s kontrolní skupinou zdravých osob. Na základě získaných dat a jejich statistické analýzy můžeme konstatovat následující:

- Pacienti se somatoformní poruchou se signifikantně nelišili ve směru agrese v testu PFT ani ve způsobu vyjadřování agrese v dotazníku STAXI od kontrolní skupiny. Můžeme tedy říci, že mezi touto klinickou skupinou a kontrolní skupinou zdravých osob není signifikantní rozdíl v tom, zda agresi obracejí na okolí, na sebe sama či ji kontrolují.
- Signifikantní rozdíl mezi skupinami byl v typu agrese a v jednom z devíti faktorů v testu PFT. Pacienti se somatoformní poruchou reagovali v porovnání s kontrolní skupinou ve frustrující situaci signifikantně méně často obrannou sebe a vlastního chování a signifikantně více často očekávali řešení frustrující situace od někoho jiného.
- V agresivních tendencích měřených kategorií AGG (agresivita) v Hand testu nebyl mezi skupinami signifikantní rozdíl. Skupiny se však v Hand testu lišily v následujících kategoriích: pacienti se somatoformní poruchou signifikantně častěji skórovali v kategorii maladjustivních odpovědí, v kategorii tenze, v kategorii odstupu a měli vyšší skóre patologie než kontrolní skupina zdravých osob.
- Pacienti se somatoformní poruchou pociťovali signifikantně vyšší úzkost měřenou Beckovým inventářem úzkosti než kontrolní skupina zdravých osob.

Souhrn

Předkládaná diplomová práce se skládá z teoretické a praktické části a jejím hlavním tématem je psychosomatika, somatoformní poruchy a agresivní tendence. Psychosomatický přístup se vyvíjel během 20. století a je alternativou k široce rozšířenému biomedicínskému přístupu k člověku v medicíně. V zahraničí, například v Německu, má psychosomatický přístup k nemocným své pevné a uznávané místo, kdežto u nás se tento přístup jen pozvolna prosazuje. Z psychosomatického přístupu k člověku ve zdraví a nemoci, tedy přístupu k onemocnění a léčbě z pohledu psychických, somatických a sociálních faktorů, jsme vycházeli i my, byl pro naši práci teoretickým rámcem. Jelikož se ale v dnešní době odborníci neshodnou na tom, co vše by se mělo řadit mezi tzv. psychosomatická onemocnění, rozhodli jsme se v naší práci zaměřit na konkrétní jasně vymezenou skupinu chorob, a to na somatoformní poruchy vymezené kódem F45 dle MKN-10. Somatoformní poruchy jsou poměrně často se vyskytujícím onemocněním, přesto u nás ale doposud nebyly dostatečně výzkumně popsány. U těchto poruch jsme se zaměřili na agresivní tendence a porovnání s kontrolní skupinou zdravých osob.

Teoretická část práce je uvedena obecným pohledem na psychosomatiku, vymezením psychosomatických onemocnění a také historickým vývojem psychosomatického přístupu. První kapitola se také zaměřuje na etiopatogenezi psychosomatických poruch. Druhá kapitola je již úžeji zaměřená přímo na somatoformní poruchy. Přes vymezení pojmů a somatizaci se dostáváme k popisu a klasifikaci jednotlivých somatoformních poruch. Jedna podkapitola je také věnována fenoménu lékařsky nevysvětlitelných příznaků (medically unexplained symptoms – MUS). Kapitulu uzavírá pojednání o lékařské intervenci a terapii těchto poruch. Třetí kapitola je zaměřena na agresivní tendence, vymezení pojmů a teoretické modely agrese se zaměřením na teorii frustrace – agrese a teorii Saula Rosenzweiga. Na závěr této kapitoly také dojde k propojení koncepce agrese a psychosomatiky – podkapitola o souvislosti agrese s psychosomatickými chorobami, kde najdeme i výzkumy na toto téma.

Čtvrtá kapitola tvoří přechod mezi teoretickou a výzkumnou částí diplomové práce. Skládá se z dvou podkapitol, první je zaměřena na výzkumy zkoumající agresivní tendence u pacientů se somatoformní poruchou a druhá na výzkumy využívající Rosenzweigův obrázkový frustrační test u pacientů s psychosomatickým onemocněním. Norští autoři našli u pacientů se somatoformní poruchou vyšší míru hostility a hostilních copingových

strategií než u kontrolní skupiny (Mökleby et al., 2002). Korejští autoři zjistili u pacientů se somatoformní poruchou vyšší míru hněvu než u kontrolní skupiny zdravých osob (Koh et al., 2002). Dále také, že suprese hněvu měla pouze nepřímý vliv na vážnost somatických příznaků, a to skrze depresi a úzkost (Koh et al., 2008). Rosenzweigův obrázkový frustrační test byl od doby svého vzniku několikrát použit pro posouzení agresivních tendencí u pacientů s psychosomatickým onemocněním, právě tyto výzkumy, které došly k více či méně rozdílům v tomto testu mezi psychosomatickými pacienty a kontrolní skupinou, uvádíme na závěr čtvrté kapitoly.

Výzkumná část popisuje vlastní srovnávací studii dvou skupin – klinickou skupinu pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinu zdravých osob. Cílem této studie bylo popsat agresivní tendence u pacientů se somatoformní poruchou a zjistit, zda se v porovnání s kontrolní skupinou v tomto nějak liší. Jedná se o kvantitativní studii, která je zaměřená jednak exploračně a jednak diferenciačně. Na základě cílů výzkumu a použitých metod bylo stanoveno devět hypotéz.

Jako hlavní výzkumný nástroj jsme se rozhodli využít projektivní metody, jelikož jsou vhodné pro odhalení agresivních tendencí. Testovou baterii tedy tvořily dvě projektivní metody a jeden dotazník, jako doplňkový pro ověření míry patologie byl zařazen i Beckův inventář úzkosti. Hlavní výzkumnou metodou byl projektivní Rosenzweigův obrázkový frustrační test, použita byla nová česká verze PFT (C-W) od D. Čápa, jejíž použití v praxi jsme chtěli ověřit. Jako druhá projektivní metoda byl zařazen Hand test. Vybraným dotazníkem na měření agresivních tendencí byl State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), česká verze od F. Mana a I. Stuchlíkové. Obě zkoumané skupiny vyplnily všechny použité metody ve stejném pořadí. Testová baterie byla administrována individuálně a doba vyplňování se pohybovala mezi 45 a 60 minutami.

Na základě příležitostného výběru bylo vybráno celkem 64 osob. Klinickou skupinu tvořilo 32 pacientů s diagnostikovanou somatoformní poruchou, jejíž oprávněnost jsme ještě ověřovali v úvodním rozhovoru. Kontrolní skupina zdravých osob byla vybrána tak, aby byla ekvivalentní s klinickou skupinou v pohlaví, věku a vzdělání. Klinická skupina byla, co se týče pohlaví, poměrně vyvážená, průměrný věk probandů byl 47,7 let a nejvyšší dosažené vzdělání variovalo od základního až po vysokoškolské. Během výzkumu byly dodržovány etické zásady, všichni probandi podepsali informovaný souhlas s výzkumem.

Ke statistické analýze dat bylo využito neparametrické statistiky, k popisu výsledků jsme použili popisnou statistiku a k testování hypotéz Mann-Whitneyův U-test. Hladina

významnosti byla zvolena na $p < 0,05$. Z celkového počtu devíti hypotéz jsme jich pět potvrdili a čtyři zamítli. V testu PFT se skupiny mezi sebou signifikantně nelišily ve směru agrese. Pacienti se somatoformní poruchou se tedy od zdravých jedinců neliší v tom, zda zaměřují agresi na okolí, sebe sama, či se jí snaží vyhnout. V typu agrese měřeným testem PFT naopak mezi skupinami signifikantní rozdíl byl. Pacienti se somatoformní poruchou signifikantně méně často reagovali na frustrující situaci obranou sebe či vlastního chování než kontrolní skupina zdravých osob. Signifikantní rozdíl byl také prokázán v jednom z devíti typů reakce, a to v reakci extrapersistivní. Pacienti se somatoformní poruchou signifikantně častěji očekávali řešení frustrující situace někým jiným než osoby z kontrolní skupiny.

Agresivní tendence měřené kategorií AGG v Hand testu nebyly u obou skupin signifikantně rozdílné. To se týče kvantitativních výpočtů, domníváme se, že kvalitativní rozbor těchto odpovědí by rozdíly přinesl. Obě skupiny se však signifikantně lišily v jiných kategoriích Hand testu. Klinická skupina skórovala signifikantně častěji v kategorii maladjustivní odpovědi, tenze, odpovědi odstupu a skóru patologie než kontrolní skupina. To svědčí u pacientů se somatoformní poruchou o častém selhávání při naplňování svých potřeb, potlačování či plýtvání fyzickou energií a narušených adaptačních schopnostech. Zároveň tyto výsledky ukazují na závažnost patologie u somatoformních poruch a na nepřítomnost patologie u kontrolní skupiny.

Klinická a kontrolní skupina se mezi sebou nelišily v žádné subškále dotazníku STAXI. Není tedy signifikantní rozdíl ve vyjadřování hněvu (exprese, suprese a kontrola) u pacientů se somatoformní poruchou a kontrolní skupinou zdravých osob, což koresponduje s výsledkem ve směru agrese v testu PFT, kde také nebyl shledán žádný rozdíl mezi skupinami. Výsledky Beckova inventáře úzkosti ukazují na vysoce signifikantní rozdíl v míře úzkosti mezi skupinami. Osoby z klinické skupiny pocítovaly vyšší míru úzkosti než osoby z kontrolní skupiny, což potvrzuje, že úzkost je významným faktorem u somatoformních poruch.

Výsledky našeho výzkumu neprokazují příčinnou souvislost mezi agresí a somatoformními poruchami, vypovídají ale o určitých rozdílech v agresivních tendencích u pacientů se somatoformní poruchou a zdravých osob. Výzkum přináší nové poznatky o somatoformních poruchách, které jsou využitelné v klinické praxi a terapii. Zároveň má však vzhledem k velikosti vzorku své limity a omezení v možnosti zobecnění výsledků.

Literatura

- Adler, A. (1935). *Člověk jaký jest: Základy individuální psychologie*. Praha: Orbis.
- Aisenstein, M. (2008). Beyond the dualism of psyche and soma. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(1), 103–123. doi:10.1521/jaap.2008.36.1.103
- Balcar, K. (2006). Psychologické aspekty psychosomatických poruch v dětství a dospívání. In P. Říčan, & D. Krejčířová (Ed.), *Dětská klinická psychologie. 4., přepracované a doplněné vydání* (141-154). Praha: Grada Publishing.
- Balcar, K. (2010). Děti s psychosomatickými poruchami. In J. Langmeier, K. Balcar, & J. Špitz, *Dětská psychoterapie* (362-386). Praha: Portál.
- Barnes, B. L., & Pai, P. M. (1983). Patterns of aggression-frustration among neurotic children. *Indian Journal Of Clinical Psychology*, 10(2), 417-421.
- Basu, J. (1991). The influence of gender stereotype on projection of aggression in the Rosenzweig Picture Frustration Study. *Sex Roles*, 25(5/6), 301-309. doi: 10.1007/BF00289758
- Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Bendová, M. (2006). Úvod do psychosomatické medicíny. In H. Kubešová, J. Holík, & V. Marek (Ed.), *Praktický lékař a psychosomatická medicína. Sborník* (8-11). Brno: Protis.
- Bergner, S. (2009). The analytic environment in times of bodily dysfunction: The effect of psychoanalytic psychosomatic theories. *Psychoanalytic Psychology*, 26(4), 362–378. doi:10.1037/a0017713
- Bouček, J. et al. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Bronstein, C. (2011). On psychosomatics: the search for meaning. *The International Journal of Psycho-analysis*, 92(1), 173–95. doi:10.1111/j.1745-8315.2010.00388.x
- Bruehl, S., Chung, O. Y., Burns J. W., & Diedrich, L. (2007). Trait anger expressiveness and pain-induced beta-endorphin release: Support for the opioid dysfunction hypothesis. *Pain*, 130, 208-215. doi:10.1016/j.pain.2006.11.013
- Buchtová, B. et al. (2001). *Člověk – psychosomatická bytost. K problem lidské sebereflexe*. Brno: Masarykova univerzita.
- Burns, J. W., Johnson, B. J., Mahoney, N., Devine, J., & Pawl, R. (1996). Anger management style, hostility and spouse responses: Gender differences in predictors of adjustment among chronic pain patients. *Pain*, 64(3), 445-453. doi:10.1016/0304-3959(95)00169-7
- Burns, J. W., Quartana, P., Gilliam, W., Gray, E., Mastsuura, J., Nappi, C., ... Lofland, K. (2008). Effects of anger suppression on pain severity and pain behaviors among chronic pain patients: evaluation of an ironic process model. *Health Psychology*, 27(5), 645-652. doi:10.1037/a0013044
- Carson, J. W., Keefe, F. J., Lowry, K. P., Porter, L. S., Goli, V., & Fras, A. M. (2007). Conflict about expressing emotions and chronic low back pain: Associations with pain and anger. *The Journal of Pain*, 8(5), 405-411. doi:10.1016/j.pain.2006.11.004
- Clarke, H. J., Rosenzweig, S., & Fleming, E. E. (1947). The reliability of the scoring of the Rosenzweig Picture-Frustration study. *Journal of Clinical Psychology*, 3, 364-370. doi: 10.1002/1097-4679(194710)3:4364
- Condrau, G. (1998). *Sigmund Freud a Martin Heidegger. Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie*. Praha: Triton.
- Creed, F. (2009). The outcome of medically unexplained symptoms – Will DSM-V improve on DSM-IV somatoform disorders?. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(5), 379-381. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.10.022
- Čálek, O. (2005). *Skupinová daseinsanalýza. Možnost být sebou*. Praha: Triton.
- Čáp, D. (2010). *Rosenzweigův obrázkový frustrační test. PFT (C-W). Příručka*. (Rigorózní práce). Univerzita Karlova v Praze.

- Čáp, J., & Dytrych, Z. (1968). *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Čermák, I. (1998). *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Nakladatelství Fakta.
- Čermák, I. (2003). Agrese, osobnost a vztah k vlastnímu já. In I. Čermák, M. Hřebíčková, & P. Macek (Ed.), *Agrese, identita, osobnost* (23-56). Tišnov: Sdružení SCAN a Psychologický ústav AV ČR v Brně.
- Dahlke, R. (2005). *Agrese jako šance. Psychická podstata zdravotních problémů a onemocnění*. Praha: Ikar.
- Danzer, G. (2010). *Psychosomatika. Celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál.
- DeFeo, J. (2005). *Beck Anxiety Inventory*. *NCTSN Measure Review Database*. Získáno 1. března 2013 z http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/measure/BAI.pdf
- Dentemarová, Ch., & Kranzová, R. (1996). *O hněvu*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Faleide, A. O., Lian, L. B., & Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing.
- Fink, P., Hansen, M. S., & Oxhøj, M. L. (2004). The prevalence of somatoform disorders among internal medicine inpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 413-418. doi:10.1016/S0022-3999(03)00624-X
- Fischbein, J. E. (2011). Psychosomatics: A current overview. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92(1), 197-219. doi:10.1111/j.1745-8315.2010.00389.x
- Fridrich, J., & Nociar, A. (1991). *Test ruky. Příručka*. Bratislava: Psychodiagnostika Bratislava.
- Fromm, E. (1997). *Anatomie lidské destruktivity*. Praha: Lidové noviny.
- Gudjonsson, G. H. (1982). Electrodermal responsivity to interrogation questions and its relation to self-reported emotional disturbance. *Biological Psychology*, 14(3-4), 213-218. doi:10.1016/0301-0511(82)90002-3

- Harrison, A., Genders, R., Davies, H., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2011). Experimental measurement of the regulation of anger and aggression in women with anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(6), 445-452. doi:10.1002/cpp.726
- Harsa, P., Žukov, I., & Csémy, L. (2009). Možnosti posuzování agresivity pomocí projektivních testů u psychiatrických pacientů. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 105(1), 20-26. Získáno 14. února 2013 z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_1_20_26.pdf
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hašto, J. (2003). K psychogenéze a psychodynamice psychosomatických porúch. *Psychiatria*, 10(4), 178-183. Získáno 12. ledna 2013 z <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/4-2003/psy4-2003-cla3.pdf>
- Honzák, R. (2005). Vývoj a současný stav psychosomatického myšlení. In K. Chromý, & R. Honzák (Ed.), *Somatizace a funkční poruchy* (15-27). Praha: Grada Publishing.
- Honzák, R. (2006). Psychosomatické aspekty bolesti. In H. Kubešová, J. Holík, & V. Marek (Ed.), *Praktický lékař a psychosomatická medicína. Sborník* (30). Brno: Protis.
- Hornsveld, R. J., Nijman, H. I., Hollin, C. R., & Kraaimaat, F. W. (2007). An adapted version of the Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV) for the measurement of hostility in violent forensic psychiatric patients. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 17(1), 45-56. doi:10.1002/cbm.638
- Chromý, K. (2005). Somatizace a funkční poruchy – obecná část. In K. Chromý, & R. Honzák (Ed.), *Somatizace a funkční poruchy* (29-68). Praha: Grada Publishing.
- Chvála, V. (2009). Psychosomatika. In B. Baštecká (Eds.), *Psychologická encyklopedie. Aplikovaná psychologie* (297-301). Praha: Portál.
- Chvála, V. (2009). Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve Středisku komplexní terapie v Liberci. *PsychoSom*, 7(2), 93-103. Získáno 6. března 2013 z http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psychosom_2_2009_def_web.pdf
- Chvála, V., & Trapková, L. (květen, 1995). *Externalizace – nový nástroj psychosomatiky?* Získáno 7. ledna 2013 z <http://www.sktlib.cz/publikace/external.htm>

Chvála, V., & Trapková, L. (2009). *Rodinná terapie psychosomatických poruch. Rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál.

Irmiš, F. (2006). Emoce a různé reakce v autonomním nervovém systému. *PsychoSom*, 4(4), 164-169. Získáno 10. ledna 2013 z http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_4/Psychosom%204_2006.pdf

Irmiš, F. (2007). *Temperament a autonomní nervový systém. Diagnostika, psychosomatika, konstituce, psychofyziologie*. Praha: Galén.

Janca, A., Isaac, M., & Ventouras, J. (2006). Towards better understanding and management of somatoform disorders. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 5-12. doi:10.1080/09540260500466766

Jasper, F., Hiller, W., Rist, F., Bailer, J., & Witthöft, M. (2012). Somatic symptom reporting has a dimensional latent structure: results from taxometric analyses. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 725-738. doi:10.1037/a0028407

Joshi, V. (2007). *Stres a zdraví*. Praha: Portál.

Kellner, R., Hernandez J., & Pathak D. (1992). Self-rated inhibited anger, somatization and depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 102-107. doi:10.1159/000288582

Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J., & Dao, M. D. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 663-672. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.01.021

Koh, K. B., & Kim, S. J. (1995). Comparison of anger between patients with essential hypertension and normal controls. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine*, 3(1), 19-27. Získáno 9. února 2013 z http://ocean.kisti.re.kr/IS_mvpopo213L.do?ResultTotalCNT=12&pageNo=1&pageSize=10&method=view&acnCnt=&poid=kps1&kojic=JSSCBG&sVnc=v3n1&id=2&setId=60386&iTableId=4&iDocId=12431&sFree=

Koh, K. B., Kim, Ch. H., & Park, J. K. (2002). Predominance of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(6), 486-492. doi:10.4088/JCP.v63n0604.

- Koh, K. B., & Park, J. K. (2008). The Relation between Anger Management Style and Organ System-Related Somatic Symptoms in Patients with Depressive Disorders and Somatoform Disorders. *Yonsei Medical Journal*, 46(1), 46-52. Získáno 9. února 2013 z <http://synapse.koreamed.org/DOIX.php?id=10.3349/ymj.2008.49.1.46&vmode=FULL>
- Koh, K., Kim, D., Kim, S., Park, J., & Han, M. (2008). The relation between anger management style, mood and somatic symptoms in anxiety disorders and somatoform disorders. *Psychiatry Research*, 160(3), 372-379. doi:10.1016/j.psychres.2007.06.003
- Kohutis, E. A. (2010). Concreteness, metaphor, and psychosomatic disorders: bridging the gap. *Psychoanalytic Inquiry*, 30, 416-429. doi:10.1080/07351690.2010.482393
- Komárek, S. (2005). *Spasení těla. Moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá fronta.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., deGruy, F. V., Hahn, S. R., Linzer, M., Williams, J. B. W. ... Davies, M. (1997). Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 352-358. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830160080011
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 69, 881-888. doi:10.1097/PSY.0b013e31815b00c4
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kučírek, J. (2006). *Psychosomatika a děti*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Kunda, S., & Kúdelková, E. (1973). Rosenzweigov test u alkoholiků. *Československá psychiatrie*, 69, 310-316.
- Lewinsohn, P. M. (1956). Personality correlates of duodenal ulcer and other psychosomatic reactions. *Journal Of Clinical Psychology*, 12, 296-298. doi:10.1002/1097-4679(195607)12:3<296::AID-JCLP2270120321>3.0.CO;2-Q

- Liedtke, R., & Jäger, B. (1993). Zum Aggressionsverhalten psychosomatisch Kranker. Eine vergleichende Untersuchung von Patienten mit Colitis ulcerosa und Diabetes mellitus mit dem Rosenzweig-P-F-Test. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 43(5), 178-182. doi: 35400003756088.0050
- Liu, L., Cohen, S., Schulz, M. S., & Waldinger, R. J. (2011). Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1436-1443. doi:10.1016/j.socscimed.2011.07.034
- Lorenz, K. (1992). *Takzvané zlo*. Praha: Mladá fronta.
- Lovaš, L. (2008). Agrese. In J. Výrost, & I. Slaměník (Ed.), *Sociální psychologie, 2., přepracované a rozšířené vydání*, 267-283. Praha: Grada Publishing.
- Mausch, K. (2008). Noopsychosomatic disorders. Empirical study among the students of pedagogy in Poland. *E-psychologie*, 2(2), 25-37. Získáno 20. ledna 2013 z <http://e-psycholog.eu/pdf/karol-mausch.pdf>
- Meurle-Hallberg, K., & Armelius, K. (2006). Associations between physical and psychological problems in a group of patients with stress-related behavior and somatoform disorders. *Physiotherapy Theory & Practice*, 22(1), 17-31. doi:10.1080/09593980500422354
- Mökleby, K., Blomhoff, S., Malt, U. F., Dahlström, A., Tauböll, E., & Gjerstad, L. (2002). Psychiatric comorbidity and hostility in patients with psychogenic nonepileptic seizures compared with somatoform disorders and healthy controls. *Epilepsia*, 43(2), 139-198. doi:10.1046/j.1528-1157.2002.20901.x.
- Mordkoff, A. m., & Golas, R. M. (1968). Coronary artery disease and response to the Rosenzweig picture-frustration study. *Journal Of Abnormal Psychology*, 73(4), 381-386. doi:10.1037/h0026121
- Morschitzky, H., & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla. Stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál.

- Mummendey, A., & Otten, S. (2006). Agresivní chování. In M. Hewstone & W. Stroebe (Ed.), *Sociální psychologie. Moderní učebnice sociální psychologie* (362-388). Praha: Portál.
- Nakonečný, M. (1995). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Nevřela, J. (2005). *Základy forenzní psychologie*. Ostrava: Ostravská Univerzita.
- Orel, M., & Facová, V. (2009). Komplexní přístup aneb staronová psychosomatika. In M. Orel, & V. Facová et al., *Člověk, jeho mozek a svět* (116-125). Praha: Grada Publishing.
- Panek, P. E., Skowronski, J. J., Wagner, E. E., & Wagner, C. F. (2006). Interpersonal style and gastrointestinal disorder: An exploratory study. *Journal Of Projective Psychology & Mental Health*, 13(1), 17-24.
- Papežová, H. (2004). Somatoform disorders. In J. Raboch, & P. Pavlovský (Ed.), *Basic Psychopathological Terms and Psychiatric Diagnoses* (103-111). Prague: The Karolinum Press.
- Pastucha, P., Praško, J., Grambal, A., Latalová, K., Sigmundová, Z., & Ticháčková, A. (2009). Dissociative disorder and dissociation – comparison with healthy controls. *Neuroendocrinology Letters*, 30(6), 769-773.
- Pavlovský, P., (Ed.). (2009). *Soudní psychiatrie a psychologie. 3., rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing.
- Perini, C., Rauchfleisch, U., & Bühler, F. R. (1985). Personality characteristics and renin in essential hypertension. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 43(1), 44-48. doi:10.1159/000287857
- Picardi, A., Morosini, P., Gaetano, P., Pasquini, M., & Biondi, M. (2004). Higher Levels of Anger and Aggressiveness in Major Depressive Disorder Than in Anxiety and Somatoform Disorders. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 65(3), 442-443. doi:10.4088/JCP.v65n0322b
- Pierloot, R. A., & Van Roy, J. (1969). Asthma and aggression. *Journal Of Psychosomatic Research*, 13(4), 333-337. doi:10.1016/0022-3999(69)90002-6
- Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.

- Poněšický, J. (2004). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2005). *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2010). *Psychosomatické lékařství*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
- Poněšický, J., & Chvála, V. (2010). Místo psychoterapie v psychosomatické medicíně. In Z. Vybíral, & J. Roubal (Ed.), *Současná psychoterapie* (451-474). Praha: Portál.
- Poněšický, J. (2011). *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění*. Praha: Triton.
- Praško, J., Prašková, B., Horáček, J., & Fremund, F. (2002). *Somatoformní poruchy*. Praha: Galén.
- Praško, J., & Herman, E. (2008). Somatoformní poruchy. In D. Seifertová (Ed.), *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti* (365-388). Praha: Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ.
- Punch, K. F. (2008). *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál.
- Reiterová, E. (2008). *Základy psychometrie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
- Rief, W., & Isaac, M. (2007). Are somatoform disorders 'mental disorders'? A contribution to the current debate. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 143-146. Získáno 28. ledna 2013 z <http://www.laboratoriosilesia.com/upfiles/sibi/P0207161.pdf>
- Rosenzweig, S. (1945). The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. *Journal Of Personality*, 14, 3-23. doi:10.1111/j.1467-6494.1945.tb01036.x
- Rosenzweig, S. (1976). Aggressive behavior and the Rosenzweig Picture-Frustration (P-F) Study. *Journal Of Clinical Psychology*, 32(4), 885-891. doi:10.1002/1097-4679(197610)32:4<885::AID-JCLP2270320434>3.0.CO;2-R
- Scherer, K. R. (2006). Emoce. In M. Hewstone & W. Stroebe (Ed.), *Sociální psychologie. Moderní učebnice sociální psychologie*, 189-236. Praha: Portál.

- Skorunka, D. (2009). Životní příběhy jako základ psychosomatické medicíny. *Psychosom*, 7(1), 24-43. Získáno 6. ledna 2013 z http://www.psychosom.cz/?page_id=116
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: MAXDORF.
- So, J. K. (2008). Somatization as cultural idiom of distress: rethinking mind and body in a multicultural society. *Counselling Psychology Quarterly*, 21(2), 167–174. doi:10.1080/09515070802066854
- Sperry, L. (2011). Psychosomatic medicine today: Adlerian contributions. *The Journal of Individual Psychology*, 67 (1), 73-82. Získáno 21. listopadu 2013 z <http://www.utexas.edu/utpress/journals/jip.html>
- Spielberger, C. D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory. Research edition. Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Stančák, A. (1982). *Klinická psychodiagnostika*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p.
- Steinbrecher, N., & Hiller, W. (2011). Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 33(4), 318-326. doi:10.1016/j.genhosppsy.2011.05.002
- Stuchlíková, I., Man, F., & Spielberger, C. D. (1994). Hněv jako stav a jako rys. Předběžné sdělení o vývoji české verze Spielbergova “State Trait Anger Expression Inventory – STAXI”. *Československá psychologie*, 48, 220-227.
- Stuchlíková, I., & Man, F. (2003). Hněv a výraz hněvu. In I. Čermák, M. Hřebíčková, & P. Macek (Ed.), *Agrese, identita, osobnost* (134-157). Tišnov: Sdružení SCAN a Psychologický ústav AV ČR v Brně.
- Světová zdravotnická organizace. (2006). *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize* (3rd ed.). Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Svoboda, M. (Ed.). (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.

- Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Šípek, J. (2000). *Projektivní metody*. Praha: ISV nakladatelství.
- Šrutová, L. (2001). Psychologická znalecká činnost. In P. Pavlovský (Ed.), *Soudní psychiatrie a psychologie* (143-173). Praha: Grada Publishing.
- Tress, W., Krusse, J. & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
- Van Dijke, A., Ford, J.D., Van der Hart, O., Van Son, M., Van der Heijden, P., & Bühring, M. (2010). Affect dysregulation in borderline personality disorder and somatoform disorder: differentiating under- and over-regulation. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 296-311. Získáno 10. února 2013 z <http://www.fss.uu.nl/pubs/pgmvanderheijden/journalpersdisorder.pdf>
- Vasilescu, A., & Panaitescu, E. (2009). Health anxiety in somatoform disorders – Results of a comparative longitudinal study. *Mædica – A Journal of Clinical Medicine*, 4(2), 114-123. Získáno 28. ledna 2013 z [http://www.maedica.org/articles/2009/2009_Vol4\(7\)_No2/2009_Vol4\(7\)_No2_pg114-123.pdf](http://www.maedica.org/articles/2009/2009_Vol4(7)_No2/2009_Vol4(7)_No2_pg114-123.pdf)
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2004). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 239-247. doi:10.1016/S0022-3999(03)00613-5
- Wijeratne, Ch., Brodaty, H., & Hickie, I. (2003). The neglect of somatoform disorders by old age psychiatry: some explanations and suggestions for future research. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(9), 812-819. doi:10.1002/gps.925
- Yoshizumi, T. (2010). The relationship between dissociation and aggression in adolescents with using P-F Study. *The Japanese Journal of Personality*, 19(1), 62–64. Získáno 19. února 2013 z https://www.jstage.jst.go.jp/article/personality/19/1/19_1_62/_article/-char/ja/

Příloha 1: Formulář zadání DP

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
PELDOVÁ Markéta	Károvsko 1891, Turnov	F08141

TÉMA ČESKY:

Agresivní tendence u pacientů se somatoformní poruchou

NÁZEV ANGLICKY:

Aggressive Tendency Among Patients With Somatoform Disorder

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Seznámení se s novými normami pro DP na Katedře psychologie FF UP a dodržování zásad v nich uvedených.
2. Studium literatury z oblasti klinické psychologie, psychologie zdraví a nemoci, psychodiagnostiky, témat agrese a agresivity, historie psychosomatiky, somatoformních poruch a jejich spojitosti s agresí - reflektovat psychodynamickou perspektivu a teorie, které spojují psychosomatickou symptomatiku s potlačováním hněvu, hostility, agresivních popudů.
3. Shrnutí stávajících poznatků a výzkumů s touto tematikou.
4. Příprava výzkumu, jehož cílem bude zjistit, zda u souboru jedinců se somatoformní poruchou bude rozdíl v míře intrapunitivního/extrapunitivního/impunitivního směru agrese v porovnání s kontrolním souborem. Sekundárním cílem je zmapovat možnosti využití Rosenzweigova testu v praxi.
5. Předpokladem je sestavení kontrolního souboru formou příležitostného kriteriálního výběru, tak, aby v hlavních parametrech korespondoval s klinickou skupinou (věk, vzdělání, pohlaví).
6. Realizace výzkumu (administrace Rosenzweigova obrázkově frustračního testu a dalších doplňujících metod pro zkoumání agrese). Zvažován je dále Hand test, sebezposuzovací metody vztahující se k hněvu, hostilitě, agresivitě - volba dle úvahy autorky.
7. Kvantitativní zpracování výzkumných metod, statistika a interpretace.
8. Diskuze nad dosaženými výsledky, zpracování závěru a souhrnu DP.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). Základy klinické psychologie. Praha: Portál.
- Čermák, I. (1999). Lidská agrese a její souvislosti. Žďár nad Sázavou: Fakta.
- Čermák, I., Hřebíčková, M., & Macek, P. (Eds.). (2003). Agrese, identita, osobnost. Brno: Psychologický ústav AVČR.
- Dahlke, R. (2005). Agrese jako šance. Psychická podstata zdravotních problémů a onemocnění. Praha: Ikar.
- Danzer, G. (2010). Psychosomatika. Celostný pohled na zdraví těla i duše. Praha: Portál.
- Faleide, A.O., Lian, L.B., & Feleide, E.K. (2010). Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika. Praha: Grada Publishing.
- Fromm, E. (1997). Anatomie lidské destruktivity. Praha: Lidové noviny.
- Poněšický, J. (2010). Agrese, násilí a psychologie moci. V životě i v procesu psychoterapie. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2001). Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty a laiky. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (1999). Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Hlubinně-psychologický pohled na strukturu a dynamiku psychogenních poruch. Praha: Triton.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha 2: Abstrakt

Vysoká škola: **Univerzita Palackého v Olomouci**

Fakulta: **filozofická**

Katedra: **psychologie**

Školní rok: **2012/2013**

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: **Agresivní tendence u pacientů se somatoformní poruchou**

Jméno a příjmení: **Markéta Peldová**

Obor: **psychologie**, jednooborové prezenční magisterské studium

Rok imatrikulace: **2008**

Konzultant práce: **PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.**

Počet stran a znaků: **110; 191 652**

Počet titulů použité literatury: **122**

Počet příloh: **5**

Abstrakt: Diplomová práce se zabývá agresivními tendencemi u pacientů se somatoformní poruchou. Teoretická část pojednává o psychosomatickém přístupu, somatoformních poruchách, agresivních tendencích a spojitosti agrese s psychosomatickými poruchami. Výzkumná část popisuje kvantitativní studii srovnávající vzorek 32 pacientů se somatoformní poruchou s kontrolní skupinou 32 zdravých osob ekvivalentních v pohlaví, věku a vzdělání. Cílem výzkumu bylo popsat agresivní tendence u pacientů se somatoformní poruchou a zjistit zda se nějak liší od kontrolní skupiny. Agresivní tendence byly zkoumány pomocí dvou projektivních metod – Rosenzweigova obrázkového frustračního testu (česká verze PFT C-W) a Hand testu a jedné dotazníkové metody – STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory). Jako doplňkový byl použit Beckův inventář úzkosti (BAI). Pacienti se somatoformní poruchou se lišili od kontrolní skupiny v typu agrese a v jednom z devíti faktorů agrese měřených testem PFT, v některých kategoriích Hand testu a v celkovém skóru v BAI. V dotazníku STAXI se skupiny mezi sebou nelišily v žádné ze subškál.

Klíčová slova: somatoformní poruchy, agresivní tendence, Rosenzweigův obrázkový frustrační test, psychosomatika

Příloha 2: Abstrakt (2) - Aj

University: **Palacky University in Olomouc**

Faculty: **of Art**

Department: **psychology**

Academic year: **2012/2013**

DIPLOMA THESIS ABSTRACT

Title: **Aggressive Tendency Among Patients With Somatoform Disorder**

Author: **Marketa Peldova**

Field of study: **psychology**, daily master study

Matriculation year: **2008**

Supervisor: **PhDr. Martin Lecbych, Ph.D.**

Number of pages and characters: **110; 191 652**

Number of references: **122**

Number of appendices: **5**

Abstract: The master's thesis deals with aggressive tendencies in patients with a somatoform disorder. The theoretical part covers the psychosomatic approach, somatoform disorders, aggressive tendencies and the connection between aggression and psychosomatic disorders. The research part describes a quantitative study comparing a sample of 32 patients with a somatoform disorder with a control group of 32 healthy people equivalent in sex, age and education. The aim of the research was to describe aggressive tendencies in patients with a somatoform disorder and find out whether they differ in any way from the control group. In the examination of aggressive tendencies were employed two projective methods – Rosenzweig Picture Frustration Study (Czech version PFT C-W) and Hand test and the questionnaire method STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory). The Beck Anxiety Inventory (BAI) was used as a supplementary device. Patients with a somatoform disorder differed from the control group in the type of aggression and in one of the nine aggression factors measured by PFT, in some Hand test categories and in the overall BAI score. There were no subscale differences between the groups in the STAXI questionnaire.

Key words: somatoform disorders, aggressive tendency, Rosenzweig Picture Frustration Study, psychosomatics

Příloha 3: Popis faktorů testu PFT (C-W)

E - extrapunitivní: obviňování, výčitky a nepřátelství jsou namířeny na osoby či věci v okolí. **E** je variantou E, kdy osoba agresivně popírá svou vinu.

E' - extrapeditivní: je zdůrazněna přítomnost frustrující překážky.

e – extrapersistivní: řešení frustrující situace je důrazně očekávané od někoho jiného.

I – intropunitivní: obviňování, výčitky a nepřátelství jsou naměřeny na vlastní osobu. I je variantou **I**, kdy osoba přiznává svou vinu, ale odmítá svou zodpovědnost poukazováním na nevyhnutelné okolnosti.

I' - intropeditivní: frustrující překážka je interpretována jako nefrustrující či nějakým způsobem prospěšná, eventuelně osoba vyjadřuje rozpaky nad tím, že se účastnila na frustraci jiné osoby.

i – intropersistivní: osoba sama se snaží o řešení, často z pocitu vlastní viny.

M – impunitivní: otázka viny je přehlížena, zejména frustrující osoba je zbavena jakékoliv viny a situace je považována za nevyhnutelnou.

M' - impeditivní: překážka ve frustrující situaci je zmenšena tak, že je téměř popřena její existence.

m – impersistivní: vyjádření naděje, že čas nebo očekávané okolnosti problém vyřeší, charakteristická je trpělivost a přizpůsobivost (Čáp, 2010, s. 12).

Příloha 4: Skórovací kategorie Hand testu

Interpersonální odpovědi (INT):

- **AFF** (affection) – náklonnost: vyjadřuje sympatii a náklonnost k lidem;
- **DEP** (dependece) – závislost: vyjadřuje závislost na druhých lidech;
- **COM** (communication) – komunikace: prezentace a výměna informací mezi lidmi;
- **EXH** (exhibition) – předvádění se: ruka se předvádí, získává uznání;
- **DIR** (direction) – řízení: ruka ovlivňuje, řídí, ovládá činnosti jiných osob;
- **AGG** (aggression) – agresivita: způsobuje bolest, projevuje hostilitu a agresi.

Environmentální odpovědi (ENV):

- **ACQ** (acquisition) – získávání: snaha získat předmět či dosáhnout nějakého cíle;
- **ACT** (active) – aktivita: neosobní tendence, kdy je ruka aktivně činná;
- **PAS** (passive) – pasivita: ruka nemění polohu, odpočívá či relaxuje.

Maladjustivní odpovědi (MAL):

- **TEN** (tension) – napětí: napětí, úzkost, nepokoj, ale nic se nezískává;
- **CRIP** (crippled) – poškození: ruka je zmrzačená, deformovaná, zraněná, mrtvá;
- **FEAR** (fear) – strach: ruka se obává trestu, odplaty, hrozícího poškození.

Odpovědi vyjadřující odstup (WITH):

- **DES** (description) – popis: ruku jen popisuje, není přítomna akční tendence;
- **BIZ** (bizzare) – bizarní: založené na halucinatorním obsahu a bludných myšlenkách
- **FAIL** (failure) – selhání: nepodá hodnotitelnou odpověď (Fridrich, Nociar, 1991).

Příloha 5: Kompletní tabulky výsledků

Tabulka č. 6: Souhrnné výsledky porovnávání klinické a kontrolní skupiny v testu **PFT**

	Sčet poř. - skup. 1	Sčet poř. - skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z – uprav.	p-hodn.	N platn. - skup. 1	N platn. - skup. 2
E-A	963,0	1117,0	435,0	-1,03	0,30434	-1,03	0,30297	32	32
I-A	1025,0	1055,0	497,0	-0,19	0,84563	-0,20	0,84469	32	32
M-A	1077,5	1002,5	474,5	0,50	0,61933	0,50	0,61790	32	32
O-D	1024,0	1056,0	496,0	-0,21	0,83513	-0,21	0,83452	32	32
E-D	874,0	1206,0	346,0	-2,22	0,02627*	-2,23	0,02575	32	32
N-P	1152,5	927,5	399,5	1,50	0,13262	1,51	0,13174	32	32
E´	943,5	1136,5	415,5	-1,29	0,19740	-1,30	0,19484	32	32
E	928,0	1152,0	400,0	-1,50	0,13436	-1,50	0,13319	32	32
e	1186,5	893,5	365,5	1,96	0,04995*	1,98	0,04809	32	32
I´	1094,5	985,5	457,5	0,73	0,46841	0,76	0,44838	32	32
I	980,0	1100,0	452,0	-0,80	0,42434	-0,80	0,42186	32	32
i	1031,5	1048,5	503,5	-0,11	0,91446	-0,11	0,91392	32	32
M´	1145,0	935,0	407,0	1,40	0,16058	1,47	0,14089	32	32
M	1083,5	996,5	468,5	0,58	0,56369	0,58	0,56033	32	32
m	1068,0	1012,0	484,0	0,37	0,71194	0,37	0,70874	32	32

*p < 0,05

Tabulka č. 9: Kompletní výsledky porovnávání klinické a kontrolní skupiny v **Hand testu**

	Sčet poř. - skup. 1	Sčet poř. - skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z – uprav.	p-hodn.	N platn. - skup. 1	N platn. - skup. 2
PATH	1321,5	758,5	230,5	3,77	0,00016***	3,92	0,00009	32	32
WITH	1202,0	878,0	350,0	2,17	0,03012*	3,02	0,00255	32	32
MAL	1263,5	816,5	288,5	2,99	0,00275**	3,17	0,00154	32	32
ENV	1027,0	1053,0	499,0	-0,17	0,86671	-0,17	0,86556	32	32
INT	922,5	1157,5	394,5	-1,57	0,11619	-1,58	0,11336	32	32
AOR-I	919,0	1161,0	391,0	-1,62	0,10567	-1,63	0,10268	32	32
AOR-p	1108,0	972,0	444,0	0,91	0,36476	0,93	0,35451	32	32
AGG	1037,0	1043,0	509,0	-0,03	0,97322	-0,04	0,97187	32	32
TEN	1205,0	875,0	347,0	2,21	0,02719*	2,53	0,01132	32	32
CRIP	1175,5	904,5	376,5	1,81	0,06988	2,31	0,02091	32	32

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Příloha 5: Kompletní tabulky výsledků (2)

Tabulka č. 12: Kompletní výsledky porovnávání klinické a kontrolní skupiny ve **STAXI**

	Sčet poř. - skup. 1	Sčet poř. - skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z – uprav.	p-hodn.	N platn. - skup. 1	N platn. - skup. 2
State	1006,0	1074,0	478,0	-0,45	0,65285	-0,47	0,63613	32	32
Trait	1092,5	987,5	459,5	0,70	0,48505	0,70	0,48393	32	32
Trait-T	1022,5	1057,5	494,5	-0,23	0,81944	-0,23	0,81652	32	32
Trait-R	1132,5	947,5	419,5	1,24	0,21672	1,24	0,21388	32	32
In	1047,0	1033,0	505,0	0,09	0,93045	0,09	0,93020	32	32
Out	1091,0	989,0	461,0	0,68	0,49773	0,68	0,49591	32	32
Control	1011,5	1068,5	483,5	-0,38	0,70695	-0,38	0,70600	32	32

Tabulka č. 15: Kompletní výsledky porovnávání klinické a kontrolní skupiny v **BAI**

	Sčet poř. - skup. 1	Sčet poř. - skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z – uprav.	p-hodn.	N platn. - skup. 1	N platn. - skup. 2
BAI	1231	785	257	3,28	0,00104**	3,29	0,00101	31	32

**p < 0,01