

Mejzlíková, Zdenka

Ověření možností CAE pro diagnostiku alexithymie

Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. P, Řada psychologická. 1998, vol. 46, iss. P2, pp. [109]-121

ISBN 80-210-2020-2

ISSN 1211-3522

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/114237>

Access Date: 16. 02. 2024

Version: 20220831

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

ZDENKA MEJZLÍKOVÁ

OVĚŘENÍ MOŽNOSTÍ CAE PRO DIAGNOSTIKU ALEXITHYMIE

Klíčová slova: alexithymie, psychosomatické choroby, barvové experimenty

Obecná charakteristika alexithymie

Termín alexithymie navrhl v roce 1972 P.E. Sifneos. Etymologicky znamená nedostatek slov pro emoce (a — lexis — thymos). Postihuje jednu z charakteristik psychosomatických pacientů: neschopnost najít výstižná slova pro popis vlastních pocitů a zážitků, rozlišit je co do kvality a lokalizovat je v tělesném schématu (Baštecký, 1993). Za nejvýznamnější prožitkové a behaviorální projevy alexithymie se považují tyto:

- nekonečné popisování tělesných potíží, které často ani nemají vztah k základnímu onemocnění
- stížnosti na napětí, podrážděnost, frustrace, bolesti, neklid, prázdnotu, nervozitu
- nápadný nedostatek fantazie, jenž je nahrazován pečlivým popisem nevýznamných detailů prostředí
- zřetelné potíže při nalezení vhodných slov pro popis vlastních pocitů
- pacienti málo pláčí a pokud ano, pláč se nevztahuje k odpovídajícím pocitům (smutek, zlost)
- málokdy si pamatují sny
- denní snění je výjimečné
- afektivita bývá často nepřiměřená situaci
- mají sklon k impulsivnímu reagování nebo uskutečnění určité akce
- špatné interpersonální kontakty, projevuje se tendence buď k výrazné závislosti nebo k uzavření se do samoty a odmítání lidí
- osobnost bývá narcistická, stažená do sebe, pasivně agresivní nebo pasivně závislá, psychopatická
- držení těla je obvykle rigidní

- terapeut bývá často po určité době tímto nemocným znuděn a považuje jej za hloupého (Mohapl, 1987)
- omezená afektivní zkušenost, neschopnost učit se novým emočním projevům a emočnímu chování
- zhoršená sebereflexe
- strnulá faciální exprese, málo gest
- nedostatečná vyspělost vyšších symbolických funkcí
- nepostihování osobnostní jedinečnosti partnera při rozhovoru
- obranný postoj při interpersonální komunikaci (Kondáš, 1990).

Ve výčtu hlavních alexithymických příznaků nebylo dosud dosaženo plné jednoty.

Alexithymie a psychosomatické choroby

Alexithymie byla objevena jako charakteristika psychosomatických pacientů. Z hlediska deskriptivního panuje většinou mezi badateli jednota, avšak problém kauzality je nahlížen různě. Sifneos původně předpokládal určitou výlučnost alexithymických charakteristik, ale později se ukázalo, že tyto znaky vykazuje i významná část nepsychosomatické klinické populace, což poněkud zkomplikovalo dosavadní teoretické spekulace. Základním problémem je vztažení alexithymie k psychosomatickým chorobám. Otázka, zda je alexithymie určitým predisponujícím či etiologickým faktorem psychosomatických chorob, nebo představuje situačně variabilní reakci na již rozvinutou chorobu, je v literatuře transponována do diskuse stav versus rys.

Sifneos považuje alexithymii v podstatě za osobnostní rys. Empiricky dokázal dvakrát vyšší výskyt alexithymie u psychosomatických pacientů než v kontrolní skupině. Alexithymii řadí na začátek kauzálního řetězce. Tvrdí, že existence alexithymických defektů je odpovědná za vznik vnitřních konfliktů. Alexithymický jedinec, je-li konfrontován s potenciálně nebezpečnou situací, zvláště v interpersonální sféře, může se nacházet v progresivně frustrující situaci, neboť není schopen uvědomovat si pocity a vyjadřovat je verbálně. Zkouší tedy řešit problém pomocí útěku k operativnímu myšlení. Tato naprosto nevhodná reakce vede k dalšímu vzrůstu tenze a brzy se alexithymik cítí v této situaci bezmocně. Je nucen se buď stáhnout a uzavřít, nebo začne impulsivně jednat s cílem korigovat stav zdánlivé bezmocnosti. Zatímco se odehrávají tyto změny v psychické sféře, fyziologické reakce na stres mobilizují autonomní a endokrinní nervový systém. Následná hyperaktivita těchto systémů dá opět vzrůst vnitřnímu neklidu, tenzi a frustraci. Brzy se vyvinou specifické orgánové poruchy, a za nimi následují symptomy psychosomatické choroby (Sifneos, 1977).

V podobné linii byly i závěry Favy a Pavana, ale ostatní výzkumy Sifneosovu hypotézu nepotvrdily. Někteří autoři dokonce striktně tvrdí, že neexistují podstatné korelace mezi alexithymií a klasickými psychosomatickými chorobami (Heiberg, 1980, dle Ahrense, 1986).

Teorie stavu považují alexithymii ne za osobnostní rys, ale za situačně specifickou reakci, limitovanou aktuálním životním stresem. Krystal upozornil, že alexithymie často následuje za posttraumatickým stavem. Freyberger pozoroval, že alexithymické rysy se objevují často u pacientů s chorobami ohrožujícími život (např. CA), u pacientů hospitalizovaných na Jednotce intenzivní péče apod. Empiricky tuto teorii podložila Keltikangasová (1987). Zjistila, že vysoké skóre alexithymie se vyskytuje u pacientů v akutním stavu choroby, a to i jiné než psychosomatické, a po odeznění toto skóre klesá. Pacientů s permanentně vysokým alexithymickým skórem je velmi málo. Alexithymii tedy Keltikangasová považuje za reakci na aktuální stres nebo onemocnění a za součást coping mechanismů (Keltikangas — Järvinen, 1987).

Cíl výzkumu

Naší snahou bylo ověřit možnosti Chromatického asociálního experimentu (CAE) při diagnostice alexithymie. Výzkumný projekt je zaměřen na porovnání výsledků CAE u experimentální skupiny alexithymiků a kontrolní skupiny nealexithymiků, obé v rámci normální populace dospělých s předpokládanou nadprůměrnou inteligencí. Jde o studii aplikovatelnosti osobnostního testu CAE na operacionalizovaný konstrukt alexithymie.

Alexithymii se pokoušíme zachytit osobnostním testem, tedy vycházíme z předpokladu, že tato představuje stabilní rys zakomponovaný do struktury osobnosti.

Pomocí externího kritéria jsme rozdělili výzkumný vzorek na skupinu alexithymiků a nealexithymiků. Ty jsme pak porovnávali v jednotlivých kvantitativních proměnných výsledků CAE a zároveň v proměnných, získaných vyčleněním „kritických“ podnětových slov, u kterých předpokládáme jistou míru signifikance pro alexithymii.

Dílním cílem bylo přibližné zjištění procentuálního zastoupení alexithymie v populaci nadprůměrně inteligentních osob a ověření negativní korelace alexithymie s inteligencí, získané dosavadními výzkumy.

Dále byl výzkum zaměřen na hledání vztahu mezi alexithymií a psychosomatickými chorobami.

Výzkumný vzorek

Vzorek tvořilo 250 (resp. 80) dospělých osob, studentů VŠ a aspirantů na členství ve sdružení Mensa, u nichž jsme předpokládali nadprůměrnou inteligenci. Věk ZO se pohyboval mezi 18 a 50 lety.

Výzkum byl rozdělen na dvě sezení. Z 250 ZO jsme při prvních sezeních pomocí škály TAS vybrali ZO, které jsme pozvali na sezení druhé (celkem 186, z toho 75 alexithymiků). Dle očekávání se dostavilo méně osob, takže vlastní výzkumný vzorek tvořilo 80 ZO, 40 v experimentální a 40 v kontrolní skupině.

Výzkum proběhl v únoru — březnu 1997 na Filozofické a Přírodovědecké fakultě MU a ve sdružení Mensa.

Použité metody

Porovnávali jsme skupinu alexithymiků a nealexithymiků pomocí Chromatického asociačního experimentu (CAE). Jako externí kritérium jsme chtěli zvolit ověřený nástroj s prokázanou validitou a reliabilitou. Většina metod aspirujících měřit alexithymii dobrými psychometrickými charakteristikami neoplývá, pouze TAS naplňuje výše zmíněná kritéria.

TAS se skládá z 26-ti položek, výroků, s nimiž má proband vyjádřit míru svého souhlasu nebo nesouhlasu na pětibodové likertovské škále. 11 položek je inverzních.

Skóre může nabývat hodnot od 26 do 130 bodů. Hodnoty od 74 bodů včetně směrem nahoru jsou považovány za doklad alexithymické charakteristiky. Hodnoty nižší než 62 včetně se pokládají za popření alexithymie.

Chromatický asociační experiment (CAE)

Projektivní metoda CAE V. Ščepichina se užívá v psychologické diagnostice osobnosti jak v rámci normální populace, tak v klinické praxi léčebných pracovišť. Test mapuje individualitu člověka v rovině psychodynamické i vztahové, zahrnující i širší psychosociální kontext.

Autor spojil principy barvového testu a Osgoodova sémantického diferenciatu. Reakcí na podnětová slova, zastupující životní realitu, je výběr barev, které mají funkci sémantického mostu. Využitím slovního inventáře se CAE blíží verbálním asociačním experimentům, využití barev je analogické se skupinou barvových testů. Ohodnocení podnětových slov na škále 1–4 je postup vlastní posuzovacím škálám. Kombinací principů projektivní metody a dotazníku test využívá výhod obou a snižuje riziko diagnostických chyb.

„Psychosomatický dotazník“

Námi sestavený dotazník tvoří seznam sedmi chorob, které jsou považovány za klasické psychosomatické nemoci:

- esenciální hypertenze
- astma bronchiale
- colitis ulcerosa
- peptický vřed
- tyreotoxikóza
- revmatoidní artritida
- neurodermatitida

Probandi se mají přiřadit do jedné z následujících skupin:

- J — trpím (nebo jsem v minulosti měl diagnostikovánu) alespoň jednou z těchto chorob
- JR — alespoň jednou z těchto chorob trpím já i moje rodina
- R — alespoň jeden člen rodiny* trpí alespoň jednou z těchto chorob
- 0 — já ani nikdo z rodiny netrpíme žádnou z těchto chorob.

* rodina = matka, otec, sourozenci

Výsledky a interpretace

Předkládáme výsledky porovnání skupiny alexithymiků a kontrolní skupiny týkající se patnácti základních proměnných CAE, dále kritických podnětových slov a přítomnosti psychosomatických chorob. V rámci statistického zpracování jsme použili t-test a analýzu variance.

a) Srovnání výsledků CAE u alexithymické a kontrolní skupiny

Zajímalo nás, zda se statisticky významně liší výsledky jednotlivých sledovaných znaků v Chromatickém asociačním experimentu.

Tab. č.1

	Nealexithymici			Alexithymici			Mean differ.	Sign.
	Mean	SD	SE of Mean	Mean	SD	SE of Mean		
% + hodnot	31,975	13,348	2,111	31,075	12,483	1,974	0,900	0,756
% - hodnot	15,650	9,161	1,448	17,100	8,488	1,342	-1,450	0,465
% adekvát. -	10,200	5,880	0,930	11,475	6,409	1,013	-1,2775	0,357
index ambi %	52,225	15,970	2,525	51,625	16,322	2,581	0,600	0,868
% tm.barev	37,000	8,641	1,366	40,025	7,305	1,155	-3,025	0,095
tmb. do 6.poz.	1,475	0,960	0,152	1,725	1,012	0,160	-0,250	0,261
% shod VH a NH	44,950	11,161	1,765	46,150	8,568	1,355	-1,200	0,591
% nesh. o 3 poz.	1,800	3,065	0,485	1,300	2,462	0,389	0,500	0,424
% nesh. o 2 poz.	10,775	6,573	1,039	9,625	6,444	1,019	1,150	0,423
% nesh. o 1 poz.	42,050	7,282	1,151	42,375	9,559	1,511	-0,325	0,865
% slov sh.ve 3 bar	5,100	6,827	1,079	5,450	77,292	1,153	-0,350	0,825
% sl.sh. aspoň v 2b	20,950	19,319	3,055	18,950	20,697	3,2723	2,000	0,656
počet asoc 1. řádu	21,850	16,209	2,563	26,375	29,509	4,666	-4,525	0,398
poč.asoc. s Já 1. řádu	1,150	1,748	0,276	0,675	1,403	0,222	0,475	0,184
rozsah prožívání	27,825	3,281	0,519	28,325	2,886	0,456	-0,500	0,471

V žádném z patnácti znaků nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi skupinou experimentální a kontrolní.

b) Srovnání hodnoty, vědomého a nevědomého hodnocení kritických podnětových slov CAE u alexithymické a kontrolní skupiny

Ze 49 podnětových slov jsme vybrali 12 slov, které považujeme za významné pro alexithymii a předpokládali jsme u nich statisticky významnou odlišnou mezi experimentální a kontrolní skupinou.

Jsou to následující slova:

Já Život

Smrt Nemoc

Bolest	Strach
Úzkost	Únava
Lidé	Ideální já
Matka	Otec

U šesti z nich (*smrt, bolest, úzkost, nemoc, strach, únava*), které patří mezi tzv. adekvátní — (nevědomé — hodnocení v protokolu) jsme předpokládali hodnocení vyšší než — u skupiny alexithymiků a dále vyšší nevědomé hodnocení a hodnotu těchto slov u alexithymiků než u skupiny kontrolní

Dále jsme předpokládali:

- nižší vědomé hodnocení slova *Já* u alexithymiků
- nižší nevědomé i vědomé hodnocení slova *Život* u alexithymiků
- nižší hodnotu podnětového slova *Ideální já* u skupiny alexithymiků než u skupiny kontrolní
- nižší nevědomé hodnocení slov *Matka* a *Otec* u skupiny alexithymiků než u skupiny kontrolní

Výsledky jsme porovnávali pomocí t-testu

Tab. č.2

Podn. slova	Alexithymie			Nealexithymie			Mean Dif	Sign.
	Mean	SD	SE Mean	Mean	SD	SE Mean		
Matka H	14,125	4,952	0,783	14,475	6,591	1,042	-0,350	0,789
Matka VH	1,425	0,747	0,118	1,475	0,751	0,119	0,050	0,766
Matka NH	1,800	0,687	0,109	1,875	0,853	0,135	-0,075	0,666
Já H	13,150	6,041	0,955	14,525	6,160	0,974	-1,375	0,317
Já VH	1,750	0,742	0,117	2,275	0,716	0,113	-0,525	0,002
Já NH	1,700	0,883	0,140	1,850	0,777	0,122	-0,150	0,420
Život H	13,100	5,874	0,929	14,1	4,872	0,770	-1,000	0,410
Život VH	1,325	0,572	0,090	1,700	0,758	0,120	0,375	0,015
Život NH	1,725	0,784	0,124	1,775	0,698	0,110	-0,050	0,764
Otec H	20,1	7,561	1,196	22,975	33,092	5,232	-2,875	0,595
Otec VH	1,975	0,947	0,150	1,875	0,992	0,157	0,100	0,676
Otec NH	2,425	1,059	0,168	2,400	1,033	0,163	0,025	0,915
Smrt H	25,125	7,943	1,256	26,825	7,486	1,184	-1,700	0,328
Smrt VH	3,525	0,816	0,129	3,625	0,586	0,093	-0,100	0,531
Smrt NH	3,100	0,928	0,147	3,375	0,897	0,142	-0,275	0,182
Bolest H	24,375	6,020	0,952	23,850	6,108	0,966	0,525	0,700
Bolest VH	3,400	0,900	0,142	3,450	0,677	0,107	-0,050	0,780
Bolest NH	3,200	0,723	0,114	3,025	0,832	0,131	0,175	0,318
Úzkost H	27,225	6,07	0,960	25,350	7,399	1,170	1,875	0,219
Úzkost VH	3,625	0,667	0,106	3,5775	0,549	0,087	0,050	0,716

Podn. slova	Alexithymie			Nealexithymie			Mean Dif	Sign.
	Mean	SD	SE Mean	Mean	SD	SE Mean		
Úzkost NH	3,400	0,778	0,123	3,325	0,944	0,149	0,075	0,699
Strach H	26,375	6,171	0,976	25,475	6,004	0,949	0,900	0,511
Strach VH	3,450	0,677	0,107	3,550	0,552	0,087	-0,100	0,472
Strach NH	3,225	0,832	0,131	3,250	0,809	0,128	-0,025	0,892
Lidé H	15,500	7,053	1,115	16,6	7,438	1,176	-1,100	0,499
Lidé VH	2,075	0,829	0,131	2,150	0,736	0,116	-0,075	0,670
Lidé NH	2,025	0,920	0,145	2,250	0,981	0,155	-0,225	0,298
Nemoc H	25,975	6,298	0,996	27,550	5,468	0,865	-1,575	0,236
Nemoc VH	3,525	0,7751	0,119	3,600	0,591	0,093	-0,075	0,621
Nemoc NH	3,275	0,816	0,129	3,450	0,629	0,101	-0,175	0,289
Ideál. já H	10,050	4,909	0,776	12,500	6,231	0,985	-2,450	0,054
Ideál já VH	1,575	0,781	0,123	1,675	0,797	0,126	-0,100	0,572
Ideál já NH	1,400	0,591	0,093	1,675	0,797	0,126	-0,275	0,083
Únava H	24,275	6,345	1,003	23,675	6,627	1,048	0,600	0,680
Únava VH	2,875	0,791	0,125	3,050	0,749	0,118	-0,175	0,313
Únava NH	3,175	0,844	0,133	3,125	0,853	0,135	0,050	0,793

Statisticky významně se experimentální a kontrolní skupina lišila v těchto ukazatelích:

- vědomé hodnocení slova *Já* na 0,2% hladině významnosti
- vědomé hodnocení slova *Život* na 1,5% hladině významnosti
- hodnota slova *Ideální já* na 5% hladině významnosti

Ostatní rozdíly nejsou statisticky významné.

Na základě předběžného srovnání výsledků se náš vzorek liší od norem, navržených autory CAE. Souvisí to zřejmě s vyšším zastoupením neurotických a jiných patognomických charakteristik ve vysokoškolské populaci. Proto je možno uvažovat o vytvoření zvláštních norem CAE pro tuto populaci.

c) Porovnání experimentální a kontrolní skupiny dle přítomnosti psychosomatických chorob

Tab. č. 3

Skupiny	Psychosomatické choroby			
	Žádné	Rodina	Já	Já i rodina
nA — počet ZO	13,0	20,0	1,0	6,0
nA row %	32,5	50,0	2,5	15,0
nA column %	61,9	51,3	20,0	40,0
A — počet ZO	8,0	19,0	4,0	9,0
A row %	20,0	47,5	10,0	22,5
A column %	38,1	48,7	80,0	60,0
suma počet	21,0	39,0	5,0	15,0
suma %	26,3	48,8	6,3	18,8

Tab. č. 4

chi — kvadrát	Hodnota	DF	Sign.
Pearson	3,61612	3	0,30612
Likelihood R.	3,75914	3	0,28867
Linear asoc.	2,31658	1	0,12800

Výsledky ukazují, že jsme neprokázali vztah mezi alexithymií a psychosomatickými chorobami. Tab. 3 naznačuje jistou tendenci potvrzující naši hypotézu o vyšší přítomnosti psychosomatických chorob u skupiny alexithymiků, ale statisticky významný rozdíl nebyl nalezen.

Kvůli nízkému zastoupení ve skupině J nelze provádět t-test.

d) Srovnání přítomnosti alexithymie mezi muži a ženami

Tab.č. 5

	ženy	muži
nA — počet ZO	28,0	12,0
nA row%	70,0	30,0
nA column%	46,7	60,0
A — počet ZO	32,0	8,0
A row %	80,0	20,0
A column %	53,3	40,0

Tabulka č. 5 ukazuje, že 40% z celkového počtu mužů spadá do skupiny alexithymiků, zatímco z žen 53,3%. Ovšem díky malému početnímu zastoupení mužů jak ve skupině alexithymiků, tak v celém vzorku (25%), nelze výsledky statisticky porovnávat dle pohlaví.

e) Porovnání psychosomatických chorob dle pohlaví

Psychosomatické choroby nejsou závislé na pohlaví. Tento předpoklad potvrdila analýza variance (Tabulku neuvádíme).

f) Původní vzorek tvořilo 250 ZO, z toho 75 ZO mělo dle skóru v dotazníku TAS alexithymické charakteristiky. Tzn. ve vzorku nadprůměrně inteligentní populace jsme našli 33% alexithymiků. Literatura udává 20% (případně maximálně do 30%) alexithymiků v normální populaci (Kondáš, 1990), a zároveň se objevují některé empirické důkazy negativní korelace alexithymie s inteligencí. Naše výsledky jsou tedy kontrární.

Diskuse

Alexithymie je konstrukt vytvořený na základě klinických pozorování. Během minulých dvaceti let se jej různí badatelé s větším či menším úspěchem snažili operacionalizovat, přičemž výsledky některých výzkumů si odporují a zdaleka ne ve všech bodech bylo dosaženo shody. Je dobré si uvědomit, že příčinu lze spatřovat nejen v nedostatečně validních psychometrických nástrojích, ale i ve vztaženosti jakéhokoli posuzování k subjektu posuzovatele, tj. v závislosti na psychologické škole nebo směru badatele, již nelze při vši exaktnosti zcela eliminovat, takže sebetvrdí data mohou tvořit jakýsi projektivní materiál pro jejich vykladače.

Záměrem naší práce bylo posoudit možnosti CAE pro případnou diagnostiku alexithymie. Jako externího kritéria jsme použili sebesposuzovací škálu TAS, pomocí níž byla selektována skupina experimentální a kontrolní. Tyto skupiny jsme porovnávali v několika charakteristikách.

Skupina alexithymiků se statisticky významně nelišila od skupiny kontrolní v jednotlivých kritériích CAE, která mají v rámci této metody vysokou interpretační hodnotu. Příčinu takového výsledku, vyvracejícího hypotézu č. 1, lze spatřovat především v námi vybraném vzorku. Tím byla skupina normálních osob, vysokoškolských studentů a aspirantů na členství v Mense. Existuje úzus předpokládat u takového souboru „normalitu“, ale výsledky našeho výzkumu nás vedou k pochybnosti, zda je možno považovat vzorek, o kterém víme pouze to, že nepatří do psychiatrické populace a vykazuje alespoň mírně nadprůměrnou inteligenci, za normální. Příslušnost k akademické půdě a momentální pohyb mimo psychiatrická zařízení ještě, zdá se, nezaručují absenci osobnostní patologie.

Pro kvalitnější výzkum tohoto typu by tedy bylo třeba nespolehat na nominální „normalitu“, ale dokázat ji pomocí standardního vyšetření.

Dále jsme v rámci CAE porovnávali hodnotu, vědomé a nevědomé hodnocení podnětových slov, která jsme označili za kritická pro alexithymii. Ve výsledcích se projevuje tendence k potvrzení našich hypotéz, ovšem ve většině případů na nízké hladině významnosti. Pouze u vědomého hodnocení slova *Já* a slova *Život* a u hodnoty slova *Ideální já* byly rozdíly mezi alexithymickou a kontrolní skupinou statisticky významné. Nižší hodnocení slov *já*, *život* a *ideální já* u experimentální skupiny je podle nás relevantní konstrukt alexithymie. Podnětové slovo *já* se týká sebehodnocení a pojetí vlastní bytosti, včetně její somatické stránky, které je u alexithymiků posunuto směrem k patologii. Sebe — hodnota bývá často vázána u psychosomatických pacientů k jejich chorobě (lze vztáhnout i k útěku do nemoci, v psychoanalytickém smyslu), proto lze předpokládat asociaci slova *já* se slovem *nemoc*, což si ovšem žádá kvalitativní rozbor protokolů. Podnětové slovo *život* je vztahováno k ladění, ale především představuje základní postoj k existenci, vitalitu, a dotýká se alexithymie v jejím ústředním aspektu — popírání emocí, což transponováno znamená opozici proti jakýmsi elementárním energizujícím činitelům bytí v jednotě psychické a somatické, tedy popření života v jeho podstatě.

Podnětové slovo *Ideální já* představuje komparaci s ideální představou sebe sama, ale může vycházet, a to zvláště u alexithymiků, k jejichž znakům patří také

konformita, z určitých tlaků formujícího okolí, které se silně uplatňují na poli infantility. Z tohoto i jiných důvodů je konfrontace s ideálem vlastně stresující, a lze tedy považovat za pravděpodobné, že u alexithymiků dochází k obranným manipulacím s tímto faktem, např. k represi. Tímto způsobem lze interpretovat nízkou hodnotu podnětového slova *Ideální já*, kterou jsme i predikovali.

Diferenci mezi skupinami jsme prokázali na přijatelné hladině významnosti jen u velmi malého počtu kritérií CAE. Výsledky výzkumu nás neopravňují považovat CAE za test zachycující znaky alexithymie.

Nalezli jsme větší procentuální zastoupení žen oproti mužům ve skupině alexithymiků, zatímco literatura uvádí opak. V našem případě je tento výsledek způsoben malým počtem mužů ve výzkumném vzorku (25% z celkového počtu ZO), proto jej nelze zobecnit. Pro získání relevantních údajů by bylo třeba dbát na vyvážené zastoupení mužů a žen ve vzorku.

Dále jsme se zaměřili na přítomnost psychosomatických chorob ve skupině alexithymiků a nealexithymiků. Ačkoliv literatura neudává žádné absolutní rozdíly, porovnání získané na našem vzorku nedosáhlo ani hladiny statistické významnosti. Zdá se nám zřejmé, že to způsobila nedokonalost naší metodiky a neobjektivní fakt, neboť výsledky naznačují jistou tendenci, kterou jsme předpokládali. Projevuje se především v zařazení do krajních skupin: zcela bez psychosomatické choroby je 62% nealexithymiků, alespoň jednou psychosomatickou chorobou trpí 80% alexithymiků a jen 20% nealexithymiků. Fakt, že 51% nealexithymiků a 49% alexithymiků spadá do ranku Rodina, tj. psychosomatické onemocnění se vyskytuje u jejich nejbližších příbuzných (otec, matka, sourozenci) svědčí spíše pro obecnou rozšířenost psychosomatických poruch. Ovšem kombinace tohoto faktoru s alexithymickými charakteristikami může tvořit výraznou predispozici k psychosomatickým chorobám u zkoumaných osob. Tuto myšlenku by mohla ověřit dlouhodobá prospektivní studie.

Pro zpřesnění této části výzkumu by bylo třeba více se věnovat exploraci, anamnéze, a případně spolupracovat s rodinným (osobním nebo obvodním) lékařem. Tím bychom vyloučili chyby, kterých se mohli dopustit sami probandí při sebeposouzení. Nelze zřejmě předpokládat, že každý z nich znal přesně medicínskou diagnózu svou i své rodiny.

Ve vzorku 250 ZO tvořili alexithymici 33%. Literatura uvádí 20–típrocentní zastoupení alexithymie v normální populaci, a také negativní korelaci alexithymie s inteligencí. U našeho vzorku jsme předpokládali nadprůměrnou inteligenci. V souvislosti s tímto bodem vidíme určitý nedostatek v externím kritériu. Badatelé výše zmíněný vztah inteligence a alexithymie získali za použití škály TAS a operovali s jeho celkovým skórem. Zdá se, že je zde třeba vzít v úvahu faktorovou strukturu škály a k inteligenci vztahovat jednotlivé faktory.

Z dosavadních výzkumů zatím jednoznačně nevyplývá, co lze považovat za kauzální faktory alexithymie. Výsledky experimentů většinou podporují tu teorii, o kterou se badatel opírá. Je možno se domnívat, že alexithymie představuje určitou poruchu osobnosti, způsobenou nedostatečnou saturací potřeb v rané fázi vývoje. Stejně tak dobře může jít o odchylku ve funkčním propojení mozkových hemisfér, nedostatečný vývoj symbolické funkce, anebo o situační reakci na stres

generující ze somatického onemocnění. Alexithymie může mít základ hereditární, anebo může být způsobena převážně interakcí s prostředím — a zde se dotýkáme starého problému nature vs. nurture. Vztah psychosomatických chorob k alexithymii je závislý právě na jejím pojetí jako stavu nebo rysu.

Metodologické úvahy o problému alexithymie jako stav vs. rys nemají stejnou relevanci v kvalitativních kazuistických pozorováních a v tradičním kvantitativním přístupu. Množství empirických výzkumů souvisejících s rozkvětem zájmu o psychosomatickou medicínu v minulých desetiletích jako by ale vedlo do slepé uličky. Zdá se, že vše již bylo změřeno a v extenzivních výzkumech už není dále kam jít. Postmoderní doba přináší pochybnosti o kvantifikovatelnosti a měřitelnosti některých jevů. Zvláště to platí o jevech psychických. Psychologie ve snaze vyrovnat se exaktním vědám jako by někdy zapomínala, co, resp. kdo, je objektem jejího zkoumání. Otázkou je, zda kvantitativní výzkumy v oblasti psychosomatické medicíny vypovídají něco o konkrétním pacientovi, zda jsou přínosné pro jeho terapii.

Domníváme se, že alexithymie je osobnostní rys, spojený s poruchou struktury osobnosti, neboť představuje poruchu symbolické funkce, a normální vývoj osobnosti je možný jen ve znakovém prostředí. Alexithymie úzce souvisí s psychopatií (regrese ke stadiu somatizace, nebo nedosažení stadia desomatizace a verbalizace), a tedy i s psychosomatickými chorobami.

Alexithymické charakteristiky se ovšem projevují i situačně (tj. jako stav), což by bylo lze označit jako „alexithymickou reakci“ a v rámci psychodiagnostiky zařadit mezi psychické reakce. Alexithymické reakce se mohou vyskytovat nezávisle na alexithymii jako rysu a nevylučují jeho existenci (tj. alexithymie se projevuje ve formě stavu i rysu).

Na základě výsledků svého výzkumu se domníváme, že alexithymie vyžaduje idiografický a klinický přístup. Konstrukt alexithymie vznikl na základě klinických pozorování a někteří psychometricky orientovaní autoři jej považují za vágní. Přes všechna svá pochopitelná omezení se nám zdá být z mnoha důvodů přínosný: umožňuje pojmově a diagnosticky uchopit významnou skupinu osobnostních charakteristik, usnadňuje výběr vhodné terapie, neboť předem počítá s nesnázei způsobenými pacientovou rigiditou, závislostí, neschopností vnímat a vyjadřovat emoce a špatným interpersonálním kontaktem. Konstrukt alexithymie má nejen deskriptivní, ale i explanativní funkci. Může být využit v medicíně i v psychologii.

Alexithymie může být prediktorem rozvoje psychosomatóz. Domníváme se, že včasnou diagnostikou alexithymických charakteristik a vhodnou terapií lze předcházet psychosomatickým onemocněním.

LITERATURA

- Ahrens, S., Deffner, G.: *Empirical Study of Alexithymia: Methodology and Results*. Am. Psychotherapy, 1986, XL, 3, 430–447.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Ryan, D.: *T. A. S.: Relationship with Personality and Psychopathology Measures*. Psychother. Psychosomatics, 1986, 45, 207–215.
- Baštecký, J., Boleloucký, Z. et al.: *Psychosomatická medicína*. Grada, Praha 1993.
- Baštecký, J., Boleloucký, Z.: *Současný stav a perspektivy psychosomatiky*. Čs. psychiatrie, 1980, 217–223.
- Cronbach, L. J.: *Essentials of Psychological Testing*. Harper & Row, New York, London, 1960.
- Flannery, J. G.: *Alexithymie. Association with Unexplained Physical Distress*. Psychother. Psychosomatics, 1978, 30, 193–197.
- Gomez, E., Gomez, M.: *Group Psychotherapy with Psychosomatic Patients*. In: Dunlop, E., Weisman, M. N.: *Psychosomatic Medicine*. Excerpta Medica Foundation, Amsterdam, 1967.
- Hadden, S. B.: *The Use of Group Psychotherapy in Psychosomatic Disorders*. In: Dunlop, E., Weisman, M. N.: *Psychosomatic Medicine*. Excerpta Medica Foundation, Amsterdam, 1967.
- Kelkikangas — Jarvinen, L.: *Concept of Alexithymia. The Consistency of Alexithymia*. Psychother. Psychosomatics, 1987, 477, 113–120.
- Kondáš, O.: *Alexithymia a jej metodické zachytenie*. Čs. psychologie, 1990, 5, 411–424.
- Kondáš, O.: *Kapitoly z klinickej psychológie*. UK Bratislava 1969.
- Kondáš, O.: *Klinická psychológia*. Osveta, Martin 1985.
- Kondáš, O., Kratochvíl, S. et al.: *Psychoterapia a reedukácia*. Osveta, Martin 1985.
- Lipowski, Z. J.: *What Does the Word „Psychosomatic“ Really Mean?* Psychosomatic Medicine, 2, 1984, 153–171.
- Martin, J. B., Pihl, R. O.: *Influence of Alexithymic Characteristics on Physiological and Subjective Stress Responses in Normal Individuals*. Psychother. Psychosomatics, 1986, 45, 66–77.
- Martin, J. B., Pihl, R. O., Young, S. N. et al.: *Prediction of Alexithymic Characteristics From Physiological, Personality and Subjective Measures*. Psychother. Psychosomatics 1984, 45, 133–140.
- Mohapl, P.: *Vybrané kapitoly z klinickej psychológie I*. FFUP, Olomouc 1988.
- Munro, A. (Ed.): *Psychosomatic Medicine*. Churchill Livingstone, Edinburgh, London 1973.
- Nemiah, J. C.: *Alexithymia. Theoretical Considerations*. Psychother. Psychosomatics. 28, 1977, 199–206.
- Porter, R., Knight, J. (Eds.): *Physiology, Emotion & Psychosomatic Illness*. Associated Scientific Publishers, Amsterdam, London, N.Y. 1972.
- Sarafino, E. P.: *Health Psychology*. John Wiley & Sons, N. Y., Chichester. Brisbane, Toronto, Singapore 1990.
- Sifneos, P. E.: *The Prevalence of „Alexithymic“ Characteristics in Psychosomatic Patients*. Psychother. Psychosomatics, 1973, 22, 255–267.
- Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R., Frankel, F. H.: *The Phenomenon of „Alexithymia“*. Psychother. Psychosomatics, 28, 1977, 47–57.

- St an č á k , A.: *Klinická psychodiagnostika*. Psdg. a didaktické testy, Bratislava 1982.
- S v o b o d a , M.: *Metody psychologické diagnostiky dospělých*. Capa, Praha 1992.
- Š č e p i c h i n , V., Š č e p i c h i n o v á , J. G., M a l á , K.: *Chromatický asociční experiment*. Manuál k testu. HET, Trnávka 1995.
- Š i m e č e k , J., F i s h e l o v á , V.: *Psychosomatický pacient ve skupinové terapii*. Čs. psychiatrie, 1981, 6, 407–413.
- Š í p e k , J.: *Projekce a projektivní metody v psychodiagnostice*. Propsy, Praha 1996.
- T a y l o r , G. J., R y a n , D., B a g b y , R. M.: *Toward the Development of a New Self Report Alexithymia Scale*. Psychother. Psychosomatics, 1985, 44, 191–199.
- T a y l o r , G. J. et al.: *Criterion Validity of the T.A.S.* Psychosomatic Medicine, 1986. 50, 500–509.
- T a y l o r , G. J., B a g b y , R. M.: *Measurement of Alexithymia*. Recommendation for Clinical Practice and Future Research. Psychiat. Clinics of North America, 1988, 3, 351–366.
- W i n n i c o t , C., S h e p h e r d , R., D a v i s , M.: *Psycho — Analytic Explorations*. Harvard University Press, Cambridge, Massach. 1989.
- Z i k m u n d , V.: *Psychosomatika a klinická psychofyziologie*. Čs. psychiatrie, 1982. 3. 167–174.

SUMMARY

The present study examines the possibilities of projective method CAE for diagnostic of alexithymia. Research project was intended on the comparison CAE results between alexithymic and non-alexithymic groups, both in the frame of the normal population with high IQ level. The groups was divided by means of Toronto Alexithymia Scale. Another goal was approximate inquest of percentual presence of the alexithymia in the population of above-average intelligent persons, attestation of negative correlation alexithymia with intelligence and searching a relation between alexithymia and psychosomatic diseases.

We have found no significant divergence of alexithymia and control groups in the CAE basis attributes, except the „critical“ words. The groups have the similar results, but both significantly diverge from CAE norm. The study has proved the higher incidence of psychosomatic diseases in the alexithymia group. In above-average intelligent population we found higher percentage of alexithymia then hitherto explorations alleged in normal population.

