

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Gabriela Kosjuková

**Rysy alexithymie ve vztahu k projevům
deprese v adolescenci**

**Alexithymic Traits in Relation to Manifestation
of Depression in Adolescence**

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce PhDr. Kataríně Lonekové, Ph.D. za laskavý přístup, cenné rady a veškerý čas, který mi ochotně věnovala. Rovněž děkuji Mgr. Ondřeji Novákovi za podnětnou konzultaci při plánování výzkumného projektu. A v neposlední řadě děkuji rodině a příteli za neustálou podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10. 5. 2021

Gabriela Kosjuková

Gabriela Kosjuková

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá možností propojení alexithymie a depresivní poruchy v období adolescence. Jejím cílem je zmapovat vztah míry rysů alexithymie a míry depresivních symptomů u běžné populace dospívajících. Literárně přehledová část práce seznamuje čtenáře s konceptem alexithymie s akcentem na její utváření a s depresivní poruchou s akcentem na její symptomatiku. Další kapitoly se věnují styčným bodům těchto konceptů, možnostem propojení a proběhlým výzkumům zaměřujícím se na jejich vztah v klinické i neklinické populaci. Prostor je dále věnován recentním výzkumům mapujícím alexithymii a depresi přímo v adolescenci. Na literárně přehledovou část navazuje návrh výzkumu, který je navržen tak, aby za pomoci sebehodnotících metod Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) a Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS) odpověděl na neprobádanou otázku existence vztahu alexithymie a symptomů deprese v běžné populaci českých adolescentů, edukoval o možnostech psychologické pomoci a připravil půdu pro zkoumání charakteru vztahu těchto proměnných.

Klíčová slova

alexithymie; depresivní porucha; projevy deprese; depresivní symptomy; adolescence; běžná populace

Abstract

This bachelor thesis deals with the possible connection of alexithymia and a depressive disorder in the adolescent period. The aim is to map the relation between alexithymic trait rates and depression symptoms rates of the general adolescent population. The literary overview of this work introduces the reader to the concept of alexithymia with an emphasis on its formation and to the depressive disorder with an emphasis on its manifestation. Furthermore, the following chapters deal with the overlap of these concepts, the possibilities of their interconnection, and the researches which focus on their relationship in clinical and nonclinical population. In addition, a few recent studies which map alexithymia and depression in adolescence are explored. The literary overview is followed by a research proposal which is, with the use of self-assessment methods Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and The Scale of depression Dolejš, Skopal and Suchá (SDDSS), designed to answer the unexplored question of the relationship between alexithymia and depression symptoms of the general Czech adolescent population, and to educate about possible psychological support as well as to prepare the basis for further examination of this matter.

Keywords

Alexithymia; Depressive Disorder; Manifestations of Depression; Depression Symptoms; Adolescence; General Population

Obsah

Úvod	6
Literárně-přehledová část	8
1. Alexithymie	8
1.1 Vývoj konceptu alexithymie.....	8
1.2 Definice a vymezení alexithymie	10
1.2.1 Etiologie alexithymie.....	11
1.2.2 Subtypy alexithymie	12
1.3 Prevalence alexithymie.....	13
1.3.1 Sociodemografické charakteristiky	14
1.4 Měření alexithymie.....	15
2. Depresivní porucha.....	17
2.1 Vymezení depresivní poruchy	17
2.1.1 Vymezení depresivní poruchy dle MKN-10	17
2.2 Projevy deprese.....	18
2.3 Etiologie deprese	20
2.4 Prevalence deprese	22
2.4.1 Sociodemografické charakteristiky	23
2.5 Měření deprese	25
3. Specifika období adolescence ve vztahu k alexithymii a projevům deprese.....	27
3.1 Časové vymezení adolescence.....	27
3.2 Obsahové vymezení adolescence	28
3.3 Fragilita období dospívání	29
4. Vztah alexithymie a depresivní poruchy	30
4.1 Vztah alexithymie a deprese v adolescenci	31
Návrh výzkumného projektu	33
5. Popis výzkumného cíle, výzkumné otázky a hypotézy	34

6.	Design výzkumného projektu	36
6.1	Typ výzkumu	36
6.2	Metody získávání dat	36
6.2.1	Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)	37
6.2.2	Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS).....	37
6.3	Výzkumný soubor.....	38
6.4	Metody zpracování a analýzy dat	39
6.5	Etika výzkumu	40
7.	Diskuse	41
	Závěr.....	46
	Seznam použité literatury	48
	Seznam obrázků.....	58
	Seznam zkratk.....	59
	Příloha 1: Leták s informacemi ohledně psychologické pomoci pro dospívající.....	I

Úvod

Emoce představují důležitý aspekt života každého jedince, jelikož významným způsobem ovlivňují prožívání, chování a mezilidské vztahy. Vznik této práce podnítilo povšimnutí si fenoménu alexithymie – osobnostního rysu, který charakterizují obtíže v identifikaci a popisu emocí. Jelikož má alexithymie vztah k mnoha psychiatrickým potížím, je jednou ze současných oblastí zájmů výzkum komorbidit (Bagby et al., 2020). Tou je například depresivní porucha, což je nejrozšířenější duševní onemocnění a má silnou vazbu na suicidální chování. Avšak i přes tuto skutečnost nebývá diagnostikována v dostatečné míře (Kubínek, 2011), proto se tato práce soustředí především na depresivní symptomy. Vztah alexithymie a depresivní poruchy byl zkoumán především na klinické populaci dospělých osob a s proměnnými bylo nakládáno jako s přítomným či nepřítomným stavem. Má však smysl je zkoumat již v náznacích, jelikož se jedná o kontinuum. Adolescence je pro toto zkoumání zajímavá pro svou křehkost, bouřlivost a množství probíhajících změn zejména v oblasti emocí. To dokládá například fakt, že má právě v tomto období svůj start většina psychiatrických onemocnění (Giedd et al., 2008). Vzhledem k absenci podobných výzkumných zaměření v naší republice je cílem této práce zmapovat vztah míry rysů alexithymie a míry depresivních symptomů v běžné populaci dospívajících a přispět tak oblasti zkoumání duševního zdraví českých adolescentů. Nové poznatky ovlivní jak teorii, tak praxi.

Literárně přehledovou část práce tvoří čtyři hlavní kapitoly. První kapitola pojednává o konceptu alexithymie. Vzhledem k zajímavým okolnostem vzniku alexithymie je značná část kapitoly věnována jejímu vývoji. Dále jsou představeny definice, uznávaná vymezení konceptu, etiologie a subtypy alexithymie. Podkapitola prevalence alexithymie seskupuje závěry výzkumů, které přinesly zajímavá zjištění z pohledu různých sociodemografických charakteristik. Kapitulu uzavírá výčet a stručný popis metod, jež jsou pro měření alexithymie využívány. Druhá kapitola věnovaná depresivní poruše je uvedena vymezením a důraz je dále kladen především na symptomatiku. Obdobně jako v první kapitole následuje sumarizace důležitých výzkumů týkajících se prevalence a poznatků ohledně sociodemografických charakteristik. Kapitola je rovněž zakončena představením nástrojů, které se využívají pro měření deprese. Třetí kapitola otevírá téma specifik období adolescence ve vztahu k alexithymii a projevům deprese. Stručně vymezuje období adolescence a následně přechází na téma jeho fragility, kde je patrný velký prostor pro

zkoumání vztahu uvedených proměnných. Čtvrtá kapitola se věnuje poznatkům o vztahu alexithymie a deprese, představuje styčné body těchto konceptů, polemizuje nad charakterem jejich vztahu a odkazuje na recentní výzkumy prováděné v klinické i neklinické populaci. Podkapitola věnující se zkoumání těchto proměnných v adolescenci následně připravuje půdu pro navrhovaný výzkum.

Návrh výzkumu je inspirován recentními pokusy o mapování vztahu alexithymie a depresivních symptomů v adolescenci, zároveň přímo reaguje na nedostatečnou probádanost této otázky u českých adolescentů. Cílem je tedy zmapovat, zda a jak souvisí míra alexithymie s mírou depresivních symptomů v běžné populaci českých adolescentů a tím zároveň připravit podmínky pro následné zkoumání konkrétního kauzálního vztahu těchto proměnných. Ve výzkumu bude využito sebehodnotících metod pro měření alexithymie (TAS-20) a symptomů deprese (SDDSS), které budou předloženy studentům středních škol ve věku od 14 do 20 let. Výzkum bude zároveň spojen s prevencí, jelikož participanti obdrží leták s informacemi ohledně psychologické pomoci (viz Příloha 1). Poznatky plynoucí z výzkumu podkryjí další oblasti zkoumání duševního zdraví adolescentů a využijí je ve své praxi odborníci pracující s populací dospívajících v klinické i neklinické sféře. Zároveň výzkum otevírá další oblasti a možnosti zkoumání.

V práci je vzhledem k úplnému zachycení problematiky místy čerpáno z původních pramenů, z pohledu aktuálnosti ji však vyvažuje zařazení recentních výzkumů. Citováno je dle normy APA (American Psychological Association, 2020).

Literárně-přehledová část

1. Alexithymie

Pojem alexithymie, skládající se z částí „a“ = bez, „lexis“ = slov, „thymia“ = pocity, je řeckého původu a označuje koncepci, která měla původně za cíl vysvětlit mnohé aspekty psychosomatických obtíží. Překlad jednotlivých částí pojmu „beze slov pro pocity“ dodnes dobře charakterizuje hlavní téma této koncepce, a to potíže v zacházení s emocemi (Luminet et al., 2018). Na nesprávné vytvoření pojmu z lingvistického hlediska však upozornil již v době jeho vzniku, v roce 1977, Řek Philippopoulos a označil ho za pseudořecké slovo. Vhodnější by byl místo tvaru a-lexis-thymia tvar a-thymo-alexia, ke změně termínu však nedošlo (Mohapl, 1984).

Nejčastěji je alexithymie představována jako osobnostní rys charakterizovaný potížemi v identifikaci a popisu subjektivních emočních prožitků. Jedinec s alexithymií má omezenou představivost a externě orientované myšlení. Vyšší míra tohoto rysu by mohla být riziková pro vznik běžně se vyskytujících psychiatrických poruch jako jsou deprese, poruchy příjmu potravy, disociace a další (Luminet et al., 2018).

Koncept alexithymie se v posledních dvaceti letech značně vyvíjí a je dále rozpracováván nejen v oblasti psychologie. Výzkumníci se dnes zaměřují především na zkoumání kulturních specifik, komorbidit, potenciálních základních mechanismů jako například deficitů emočního a kognitivního zpracování a možnost nahlédnutí alexithymie za pomoci funkčních zobrazovacích metod (Bagby et al., 2020).

1.1 Vývoj konceptu alexithymie

První stopy konceptu alexithymie sahají až na půdu psychoanalyticky orientovaných pracovišť. Americký psychiatr Ruesch působící na poli psychosomatiky se již roku 1948 vymezil proti přístupům tehdejších psychoanalytiků. U mnoha pacientů různých diagnóz popsal tzv. infantilní osobnost, která se mimo jiné vyznačovala deficitem ve slovním a symbolickém vyjádření vlastních pocitů a prožitků (Ruesch, 1948). V roce 1954 Freedman a Sweet u některých pacientů v terapii zaznamenávali velmi málo zmínek o jejich pocitech. Když na emoce upozorňovali samotní terapeuti, setkali se s podrážděnou reakcí. Tyto

pacienty označili jako citově negramotné (Freedman & Sweet, 1954). Na konci 60. let 20. století představili psychodynamicky orientovaní autoři Marty a de M'Uzan koncepci penseé opératoire, tzv. operativní myšlení. To charakterizuje konkrétnost myšlení, orientace na přítomnost, odpojení od fantazií a snů a zaměření se na praktické a hmatatelné aspekty života (Mohapl, 1984). Tyto rysy byly při terapii vnímány jako problematické, jelikož jejich vlivem bylo možné vytvořit pouze „mírný vztah“ mezi terapeutem a klientem, což omezovalo hlubší proniknutí do problémů (Thomä, 1996).

Pojem alexithymie jako takový poprvé užil americký psychiatr Peter Emanuel Sifneos v 70. letech 20. století. Stejně jako jeho předchůdci pracoval s psychosomaticky nemocnými a společně s Nemiahem u nich popsal velmi chudou fantazii, funkční způsob myšlení, vyhýbání se konfliktním situacím, omezené prožívání pocitů a komplikace při jejich popisu (Thomä, 1996). Objevovalo se také přetrvávající zmiňování tělesných příznaků místo mluvení o emocích, stěžování si na nudu, nepřiměřené afekty a zaměření se na činnost. Ani interpersonální vztahy těchto jedinců nebyly na dobré úrovni, chovali se příliš závisle nebo naopak lidi odmítali (Baštecký, 1993).

Dalšího rozpracování se konceptu alexithymie dostalo v Německu v polovině 70. let 20. století, kde se používalo pojmenování Pinocchiův syndrom. Ten je charakterizovaný chudou fantazií, malou schopností introspekce, neschopností osvojit si nové emoční chování, omezenými afekty a schizoidními interpersonálními vztahy (Mohapl, 1984). Freyerberger (1977) později rozlišil primární a sekundární alexithymii, kdy primární alexithymie může u pacienta k onemocnění vést a souviset s jeho rozvojem, zatímco sekundární vnímal jako obranný mechanismus již nemocných.

Objevila se ale také vymezení proti konceptu jako takovému, a to například od Miltnera, který zastával názor, že by se zkoumání alexithymie mělo opustit. Thomä a Kächele na adresu konceptu uvedli, že se může jednat o výmysl psychoterapeutů, kteří se nechali pohltit svými domněnkami a nerozeznali přenosové a protipřenosové reakce při sezeních (Thomä, 1996). Dnes je však alexithymie uznávaným konceptem, kterému se dostává multidisciplinárního rozpracování (Bagby et al., 2020).

1.2 Definice a vymezení alexithymie

Literatura poskytuje vícero definic, které se v mnohém shodují, avšak záleží na tom, z jakého směru vycházejí, pak totiž bývají zdůrazňovány odlišné aspekty. Velký psychologický slovník nabízí definici opírající se o klasické francouzské pojetí penseé operateire u psychosomatických pacientů, alexithymie je tedy „neschopnost rozpoznat, vyjádřit či popsat emoce; disociace, rozštěpení emočních a poznávacích procesů, chudý citový život a neschopnost vyjádřit jej slovy; snížená schopnost introspekce, malá fantazie, chybí kvalitní mezilidské vztahy“ (Hartl, 2010, s. 24). Také Svoboda směřuje svou definicí především do psychosomatiky a vysvětluje alexithymii jako „neschopnost verbalizovat svoje afekty u části psychosomaticky nemocných, kteří mají často citově prázdný vztah k terapeutovi a jejichž myšlení je orientováno na přítomnost, je konkrétní a bez vědomých či nevědomých fantazií“ (Svoboda, 2013, s. 351).

Autor termínu Sifneos (2000) uvádí, že alexithymie „zahrnuje značné potíže s používáním vhodného jazyka k vyjádření a popisu pocitů a k jejich odlišení od tělesných vjemů, nápadný nedostatek fantazií a prospěchový způsob myšlení“ (Sifneos, 2000, s. 113). Kulišťák například alexithymii definuje jako „určitou neschopnost či potíž porozumět a popsat emoce, s tendencí minimalizovat emoční zážitek a zaměřovat pozornost na vnější faktory“ (Kulišťák et al., 2017, s. 332). Nakonečný alexithymii vnímá jako opak empatie a jako podstatné rysy uvádí „potíže identifikovat pocity, a rozlišovat mezi těmito pocity a tělesnými vjemy emocionálního vzrušení, potíže s popisem pocitů druhých lidí a omezená představivost“ (Nakonečný, 2013, s. 74).

Jak výše uvedené definice naznačují, neexistuje ani v současné době v psychologii jednoznačné vymezení pojmu. Pojetí pramenící z oblasti psychosomatiky zdůrazňují komponenty identifikace a popisu emocí, neschopnosti rozlišovat mezi emočními a tělesnými prožitky, chudé fantazie a přidávají zmínku o absenci kvalitních mezilidských vztahů (Hartl, 2010; Svoboda, 2013). Definice Sifnea a Nakonečného jsou jim velmi podobné, nezmiňují se však o mezilidských vztazích a Sifneos k pojetí dodává prospěchový způsob myšlení (Nakonečný, 2013; Sifneos, 2000). Kulišťáková definice je nejúspornější, obsahuje však na rozdíl od ostatních behaviorální komponentu – tendenci minimalizovat emoční zážitek (Kulišťák, 2017).

Obecně tedy bývá alexithymie díky své nejasné etologii vnímána jako hraniční koncepce psychosomatiky (Procházka, 2009). Navzdory tomu lze ale zmínit charakteristické body, na kterých se jednotliví autoři shodují a pracují s nimi i diagnostické nástroje. Široce přijímaným přístupem je vymezení alexithymie pomocí čtyř vzájemně propojených aspektů: (1) obtíže s identifikací pocitů a rozlišováním mezi tělesnými pocity a pocity emocionálního vzrušení, (2) obtíže s hledáním vhodných slov k popisu pocitů ostatním, (3) zúžené imaginativní procesy, (4) externě orientovaný styl myšlení (Bagby et al., 2020).

1.2.1 Etiologie alexithymie

Snahy o vyložení původu alexithymie se objevovaly již od jejího vzniku, dnes na jejich základě pracujeme se třemi úvahovými směry.

Psychoanalytické teorie vnímají jako hlavní příčinu vzniku alexithymie komunikační potíže v raném vztahu matka-dítě. McDougallová (1982) tvrdí, že u těchto pacientů nedocházelo k psychickému zpracování instinktivních impulzů, které přímo ovlivňují tělo. To vedlo k tomu, že tyto impulzy nebyly zhodnoceny a filtrovány vázáním na fantazijní spoje a sémantické symboly, ale byly rovnou uvolněny. Pro instinktivní impulzy tak nemohla vzniknout důležitá mentální reprezentace. Tento deficit zapříčinil neschopnost v rozpoznávání, pojmenovávání a práci s afektivními stavy – to však autorka vnímá jako obranný mechanismus, který brání před vypuknutím úzkostí. Von Rad a Rüppell (1975), zastánci označení Pinocchiův syndrom, pracují s hypotézou, že za vznik alexithymie může matka, která na dítě přenáší své narcistické konflikty, ovlivňuje jeho tělesné potřeby a chová se odmítavě nebo hyperprotektivně. To dítěti brání ve vytvoření bezpečného vztahu a způsobuje somatizaci. Psychoanalytik De M'Uzan (1974, in Baštecký, 1993) se naproti tomu odklání od vztahu matka-dítě a považuje za hlavní příčinu rozvoje alexithymie neschopnost dítěte využít halucinační jevy pro získání ochrany a slasti. Tyto halucinační jevy, které později vykládáme jako fantazii, takový jedinec v budoucnu nemůže využít pro přivodění si žádoucích psychických aktivit.

Sociologické teorie zdůrazňují problematiku přizpůsobení se normám a konvencím. Člověk s alexithymií dle tohoto výkladu musel tlakem společnosti adaptovat svou osobnost. To pravděpodobně obnášelo upřednostňování funkčních slov a omezování afektivních výrazů, které zdánlivě komplikují rozhodování a přinášejí nežádoucí podněty. Jedná se tedy spíše o naučený způsob chování, který je při úspěchu oceněn a tím posílen (Mohapl, 1984).

Posílení tohoto stylu chování by mohlo být dáno současnou orientací společnosti na úspěch a dosahování cílů, v tomto procesu tedy vyjadřování emocí bývá nefunkčním projevem osobnosti. Afekty jsou pak zatlačovány do vnitřní oblasti prožívání a nedochází k jejich manifestaci, což vede ke vzniku alexithymie (Procházka, 2009).

Neurofyziologické teorie reflektují především oblast spojení limbického systému a neokortexu. Pokud mezi těmito oblastmi není funkční vztah, nemají emoce šanci z místa vzniku (limbický systém) doputovat do neokortexu a být intelektuálně zpracovány. Jsou tedy předány k okamžitému vyjádření autonomním systémem, jedinec tedy místo řeči pocitů a symbolů užívá řeč orgánů (Baštecký, 1993). Hoppe (1977) si při práci s pacienty po komisurotomii povšiml jejich chudých snů, fantazie a malé schopnosti symbolizace. Přerušení corpus callosum, jež zamezí komunikaci mozkových hemisfér tedy mohlo alexithymii zapříčinit. Také současné výzkumy hypotéze oslabené komunikace mozkových hemisfér nasvědčují (Meza-Concha et al., 2017), rovněž se však vzhledem ke komplexnímu fungování mozku objevují domněnky, že by alexithymii mohla způsobovat nesprávná funkce některých částí mozkové kůry, zranění amygdaly (Kugel et al., 2008), zvětšený mozeček (Laricchuta et al., 2015), nebo změny na pravé hemisféře (Spalletta et al., 2001).

1.2.2 Subtypy alexithymie

Ve snaze rozdělit alexithymii na několik typů nebylo aktivních mnoho výzkumníků. Jako první pokus lze vnímat již výše zmíněné Freyerbergerovo (1977) členění konceptu na primární a sekundární. Primární alexithymii vnímá jako již daný rys, který může u psychosomatického pacienta k onemocnění vést a rozvíjet ho. Sekundární alexithymie se naopak mohla rozvinout jako obrana již nemocných.

Bermond a Vorst (2001; in Procházka, 2009) později prezentovali rozdělení alexithymie na několik subtypů. Alexithymici prvního typu trpí především v mezilidských vztazích, jelikož mají nedostatek empatie a družnosti, ostatním lidem se tedy jeví jako citově chladní. Charakterizuje je snížená schopnost afektivního prožívání a identifikace pocitů, nemají příliš velkou schopnost fantazie a jejich oslabenou kognici nedoprovází emoční pochody. Stresové situace překonávají mechanismem projekce. Alexithymici druhého typu mají oproti tomu dobrou schopnost afektivního prožívání, identifikace pocitů a fantazie, problematická je však kognice. Jsou u nich obvyklé problémy se spánkem a somatické stížnosti. Největším nedostatkem tohoto typu je emocionální labilita a malá odolnost vůči

stresu. Alexithymici třetího typu mají nízkou úroveň emocionality a fantazie, ale jsou stále schopni reagovat na prožitky ostatních sociálně žádoucím způsobem. Sebehodnocení těchto jedinců je vysoké, úkoly se snaží mít pod kontrolou a na stres reagují represivně. Jejich úroveň kognice se však jeví jako dobrá. Bermond a Vorst (2001, in Procházka, 2009) vůči těmto třem typům alexithymie vymezují její opak, lexithymii. Tu charakterizuje vysoká emocionalita, dobrá fantazie a rozvinutá kognice. Lexithymní jedinci se umí zdravě přenést přes náročné situace a jejich emoční inteligence je vysoká (Luminet et al., 2018; Procházka, 2009).

1.3 Prevalence alexithymie

Důležitou otázkou při pojednávání o konceptu alexithymie je údaj o tom, kolika osob v populaci se týká. Lze nalézt mnoho studií zaměřujících se na konkrétní skupiny lidí vybrané podle určitého atributu, avšak výzkumů pro zjištění míry alexithymie v běžné populaci neproběhlo mnoho. Kokkonen et al. (2001) zjišťovali výskyt rysu na reprezentativním vzorku 5 028 Finů. Vyšší míra alexithymie byla zjištěna u 7,10 % respondentů. Na tento výzkum později navázali Mattila et al. (2006), jejichž tým rovněž pracoval s finskou populací, vzorek byl však rozsáhlejší – 5 454 probandů. V této studii byla rovněž zjištěna vyšší míra alexithymie a to 9,9 %. V české populaci podobné mapování neproběhlo, lze však vycházet z výzkumů provedených v Německu, což je sousední země, u které bychom mohli očekávat podobné výsledky. Franz et al. (2008) pro svou studii získali 1 859 respondentů a publikovali zjištění, že se u Němců vyšší míra alexithymie vyskytuje v 10 %. V roce 2017 byla publikována longitudinální studie navazující na finské výzkumníky, která potvrdila stabilitu alexithymie v běžné neklinické populaci dospělých (Hirola et al., 2017).

Výskyt alexithymie v populaci adolescentů podrobně mapovali Säkkinen et al. (2007). Zjistili, že má alexithymie v průběhu dospívání klesající tendenci a je nepatrně vyšší u dívek. Celková prevalence alexithymie ve vzorku 12-17 let byla 15,9 %. V nejmladší skupině (12-13 let) čítala míra alexithymie 21,1 %. U prostřední skupiny (14 let) to bylo 14,8 % a v nejmladší skupině (15-17 let) již pouze 12,7 %. Ve skupině 17-21 let zjišťovali prevalenci alexithymie Karukivi et al. (2014), činila 8,3 % a byla nepatrně vyšší u chlapců.

Z výše uvedeného je patrné, že v současnosti nelze údaj o běžné míře alexithymie v populaci přesně určit, což může být z velké části způsobeno nedostatečným počtem

a velikostí provedených měření. Avšak i z dat, která zatím máme k dispozici, lze blíže nahlédnout na sociodemografické charakteristiky osob s vyšší mírou alexithymie a případné komorbidity, které se s konceptem pojí.

1.3.1 Sociodemografické charakteristiky

Vzorec mezi věkem a alexithymií je nekonzistentní a objevují se protichůdné výsledky. Parker et al. (1989), kteří se zaměřili přímo na sociodemografické koreláty alexithymie, nenalezli žádnou významnou souvislost věku s měřeným konstruktem. Věkové rozpětí respondentů přitom bylo široké, 20 až 80 let. Toto ve své studii potvrdili také výše zmínění Franz et al. (2008), jejichž vzorek sestával z osob ve věku od 20 do 69 let. Na druhé straně stojí výzkumníci, kteří souvislost věku a alexithymie potvrzují. Například Honkalampi et al. (2000) a později i Mattila et al. (2006) ve svých výzkumech věkových kohort přicházejí s daty, která prokazují, že se alexithymie s postupujícím věkem zvyšuje. U Honkalampio et al. (2000) se jednalo o rozpětí 25-64 let, alexithymie se ve větší míře objevovala u respondentů nad 40 let. Mattila et al. (2006) zvolili rozmezí 30-85 let, kdy se vzrůstajícím věkem alexithymie narůstala a nejstarší skupina 85+ let vykazovala nejvyšší skóre alexithymie. Proběhly však také výzkumy, které tuto otázku uzavřely s tvrzením, že se alexithymie naopak s vyšším věkem snižuje. Například Moriguchi et al. (2007) na japonské populaci naměřili nejvyšší hodnotu u adolescentů a mladých dospělých. To však nebylo dalšími podobnými studii na adolescentech prokázáno. V otázce věku lze tedy nalézt evidenci pro všechny tři možnosti, nelze se proto přiklonit k jedné z variant, jelikož zatím není k dispozici žádná metaanalýza pokrývající tuto otázku v dostatečné šíři.

Otázka souvislosti pohlaví a míry alexithymie se zdá být probádanější s jasnějšími závěry. Většina studií se přiklání k tomu, že alexithymií častěji trpí muži. Výše zmíněná studie Honkalampio et al. (2000) se dvěma tisíci respondenty reportuje 12,8% podíl mužů ve vzorku, ženy vykazovaly alexithymii pouze v 8,2 %. Levant et al. (2009), kteří se při zkoumání tohoto rysu zaměřili přímo na rozdíly pohlaví rovněž zjistili, že je alexithymií zatíženo spíše mužské pohlaví. Navíc dodávají, že je tomu tak bez rozdílu v klinické a běžné populaci i při použití různých metod měření. O několik let později publikovali svůj výzkum s podobnými závěry také Horwitz et al. (2015). V jejich vzorku čítajícím přes pět tisíc participantů bylo 7,8 % alexithymních mužů a pouze 4,4 % alexithymních žen. Pokud však bereme v úvahu pohlaví, je třeba se zamyslet nad kulturními specifiky socializace

v jednotlivých zemích. V některých kulturách lze pozorovat větší tlak na skrývání a potlačování emocí v závislosti na genderu, což může vést k různým zkreslením výsledků.

Také k faktoru vzdělání a příjmu existuje více evidence. Alexithymie se častěji objevuje u osob s nižším vzděláním a nižším příjmem, což bylo nezávisle na sobě nastíněno ve studiích Honkalampiho et al. (2000), Mattily et al. (2006) nebo například i Horwitz et al. (2015). Směr efektu však zatím zůstává nejasný, jelikož nelze přesně určit, zda si lidé s větší mírou alexithymie vedou při vzdělávání hůře a příliš vysoko neaspírují, nebo naopak zda vzdělávání studujícím jedincům projevy alexithymie nesnižuje (ve smyslu rozvoje verbálních schopností a emoční regulace) (Mattila, 2009).

Co se interpersonálních vztahů týče, Spitzer et al. již roku 2005 publikovali zjištění, že se lidé s vysokou mírou alexithymie potýkají s větším množstvím interpersonálních potíží, a to především kvůli hostilitě a sociální vyhýbavosti (Spitzer et al., 2005). Míra alexithymie se projevuje také na rodinném stavu. Ve studii Mattily (2006) se mezi probandy s vyšší mírou tohoto rysu vyskytovalo nejvíce nesezdaných a ovdovělých osob. Pokud bychom se zaměřili na fungování osob s vyšší mírou alexithymie ve vztazích, lze pozorovat více obtíží v oblasti láskyplné komunikace a celkově menší spokojenost ve vztazích (Hesse & Gibbons, 2019).

U konceptu alexithymie je také častá komorbidita s dalšími psychickými onemocněními. Mnohdy bývá zmiňována depresivní porucha, na jejíž souvislost s alexithymií upozorňovali již Honkalampi et al. (2000). Tento spoluvýskyt byl potvrzen i v dalších výzkumech. De Gennaro et al. (2004) kromě souvislosti alexithymie a depresivní poruchy upozornili také na zhoršenou kvalitu spánku alexithymních osob. Dále byla potvrzena například i vazba na disociativní poruchu (Hozoori & Barahmand, 2013), úzkostnou poruchu (Hamaideh, 2017), poruchy příjmu potravy, abúzus drog (Helmerts & Mente, 1999) nebo somatizaci (Bailey & Henry, 2007).

1.4 Měření alexithymie

Prvním diagnostickým nástrojem pro měření alexithymie byl sedmnáctipoložkový Beth Israel Psychosomatics Questionnaire (BIQ) Sifneose a Nemiah, který vznikl v 70. letech 20. století. Dotazník vyplňuje lékař a na základě osmi stěžejních položek diagnostikuje alexithymii. Kritika této metody spočívá v její přílišné závislosti na zkušenostech lékaře,

proto dnes není příliš užívána. O několik let později vznikla Schalling Sifneos Personality Scale (SSPS), která byla zaměřena na sebehodnocení pacienta. Prověřuje myšlenky a pocity v afektivně laděných situacích (Mohapl, 1984; Svoboda, 2013). Dodnes nejužívanějším nástrojem je sebehodnotící Toronto Alexithymia Scale (TAS) sestávající ze čtyř hlavních faktorů alexithymie. Obsahuje dvacet položek, které proband vyhodnocuje značením na pětistupňové škále. Má velmi dobré psychometrické údaje a pokrývá všechny základní charakteristiky konceptu. V 90. letech 20. století vznikla dvacetipoložková Amsterdam Alexithymia Scale (AAS) korelující s TAS (Bagby et al., 2020; Svoboda, 2013). Na počátku 21. století vytvořili Vorst a Bemond Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ). Dotazník obsahuje čtyřicet položek a je rozdělen na dvě paralelní formy, dle autorů jsou vhodné pro pre-test a post-test. Rovněž se jedná o sebehodnotící metodu. Třicet tři položek však nehodnotí jen pacient, ale profesionál nebo laik, jelikož je mnoho z nich psáno laickým jazykem. Neznámou tohoto nástroje zůstává, zda dostatečně reprezentuje koncept alexithymie. S podobným problémem se potýká i Observer Alexithymia Scale (OAS) z roku 2000 (Luminet et al., 2018).

K diagnostice alexithymie je také využíváno strukturovaných rozhovorů. Bagby et al. vyvinuli v roce 2000 Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA), jejím hlavním přínosem měla být eliminace případného zkreslení výsledků probandem při vyplňování. Obsahuje čtyřiadvacet otázek a pokrývá čtyři oblasti konceptu alexithymie. Reliabilita nástroje je adekvátní, podpora validity však zůstává sporná (Luminet et al., 2018).

Jediným dosud vytvořeným výkonovým testem je Rorschach Alexithymia Scale (RAS), která se, jak již z názvu vyplývá, zakládá na původní Rorschachově metodě. Měla by pomoci probandovi odhalit psychologické mechanismy, kterých si za normálních okolností není vědom. Vyhodnocuje mentalizovanou afektivitu a sociální inkompetenci. RAS hodnotí alexithymické rysy za užití percepčně-kognitivního testu založeného na výkonu osobnosti (Luminet et al., 2018).

Prvním a dosud jediným projektivním testem se stal Symbolic Archetypal Test (SAT 9), kde proband dokresluje obrázky a doplňuje je výkladem. Stěžejní jsou zde symboly (např. oheň, vodopád), se kterými pacient pracuje. V praxi se však metoda příliš neuvžívá (Svoboda, 2013).

2. Depresivní porucha

Depresivní porucha patří mezi nejrozšířenější duševní onemocnění naší společnosti, depresivní symptomy se však mohou vyskytovat také u jiných psychických poruch, nebo mohou provázet celou řadu tělesných onemocnění (Praško, 2015). Ve společnosti je často deprese nadužívaným pojmem pro smutnou náladu, jeho význam však sahá mnohem dále, jedná se totiž o duševní onemocnění, ne pouze o situační náladu, lítost či nespokojenost. Depresivní duševní stav je velmi intenzivní a projevuje se jak psychicky, tak fyzicky. Jedná se tedy o onemocnění postihující celý organismus a narušující jedincovu adaptaci na běžné životní okolnosti (Janů & Racková, 2007; Kubínek, 2011).

2.1 Vymezení depresivní poruchy

Definici a popis symptomů najdeme v diagnostických manuálech, v současnosti je nejužívanější zejména MKN-10 a DSM-V. Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-V) vydala Americká psychiatrická společnost (APA) a je nyní aktuální v páté verzi. Vyšel v platnost v roce 2013 a je užíván zejména v Americe. Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN-10) se v největší míře používá v evropských zemích. Platná je v desáté revizi, která vyšla v roce 1994. Vydala ji Světová zdravotnická organizace (WHO) (American Psychiatric Association, 2015; MKN-10, 2020).

Ze srovnání těchto manuálů vyplývá, že je MKN citlivější k mírnějším projevům deprese, zatímco DSM lépe rozlišuje mezi středními a silnějšími projevy (Saito et al., 2010). Momentálně ministerstvo zdravotnictví pracuje na implementaci a překladu jedenácté revize MKN, která vejde v platnost v roce 2022 (ÚZIS, 2021). Měla by díky přidání upřesňujících kvalifikátorů nabídnout detailnější popis jednotlivých depresivních fází, jejich závažnosti, stavu remise a možných psychotických příznaků (Gaebel et al., 2020).

2.1.1 Vymezení depresivní poruchy dle MKN-10

MKN-10 (2020) řadí depresivní poruchu k afektivním poruchám s kódem F32 a F33. Pod kódem F32.0-9 se nacházejí depresivní fáze, které obecně charakterizuje zhoršená nálada, jež se v časovém průběhu významně nemění a nereaguje ani na okolní změny. S tím souvisí ztráta zájmů, pocitů uspokojení, smyslu pro zábavu i osobní záliby. Dále se objevuje snížená energie a aktivita – již po minimální námaze přichází únava. Také je narušen spánek,

zhoršuje se chuť k jídlu a vytrácí se libido. Patrná je dále psychomotorická retardace a agitovanost.

Depresivní fáze dělíme dle množství a závažnosti příznaků na lehkou, středně těžkou a těžkou. Pro lehkou depresivní fázi (F32.0) jsou typické dva až tři výše uvedené příznaky – postižený je deprimován, ale dokáže se účastnit běžných denních aktivit. Středně těžká depresivní fáze (F32.1) se vyznačuje čtyřmi a více výše uvedenými příznaky, v tomto případě již přicházejí obtíže s běžnou denní činností. Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2) se projevuje řadou symptomů a významně postiženého sklíčuje. Přicházejí pocity beznaděje, ztráta sebehodnocení a největším rizikem této fáze jsou suicidální myšlenky a suicidální pokusy.

Kódem F33 označujeme periodickou depresivní poruchu, jež se skládá z výše popsaných opakovaných depresivních fází. Po depresivní fázi mohou přicházet krátké epizody mírného zvýšení nálady a aktivity. První fáze této poruchy nastupuje náhle nebo pozvolně a její trvání se vymezuje od několika týdnů až po několik měsíců. Může se objevit v jakémkoliv věku od dětství až po stáří.

2.2 Projevy deprese

Depresivní příznaky se vyskytují u vícero duševních poruch a poruch chování, typické jsou však zejména pro výše uvedené diagnózy F32 a F33. Přesné zařazení do klinického obrazu provádíme na základě zhodnocení počtu depresivních příznaků, doby jejich trvání a případně dalších symptomů. Pro přehlednost je vhodné projevy rozčlenit do tří skupin – emoční, kognitivní a somatické (Goetz, 2005).

Po emoční stránce pociťuje člověk s depresivní poruchou přetrvávající smutnou či prázdňovou náladu, která bývá zpravidla nejhorší ráno a přes den se zlepšuje, není však ovlivnitelná změnami vnějších okolností. Typická je plačtivost bez zjevného důvodu, úzkostnost, rozmrzelost a zlostnost. Člověk s depresivní poruchou nemá zájem o aktivity, které měl dříve rád, jelikož mu nadále nepřinášejí pocit štěstí, což se nazývá anhedonie. S tím je spojena také ztráta přání a snadná podrážditelnost plynoucí ze zvýšené vztahovačnosti (Goetz, 2005; Kovařík, 2002; Praško, 2007; Praško, 2015).

Také kognice je při depresi narušena. Objevují se potíže se soustředěním a pamětí, s čímž rovněž souvisí neschopnost rozhodování, jejíž tíha může vést až k rezignaci. Člověk

s depresivní poruchou zanedbává každodenní úkoly a život se mu stává nesmyslným, pohled do budoucnosti je celkově pesimistický. Vše vidí „černě“ a všímá si především negativních aspektů svého chování a chování ostatních směrem k jeho osobě. Takto vnímané situace často končí pocity, že je všem na obtíž. Provázejí ho nadměrné obavy a starosti, které ústí k neustupujícím pocitům napětí. Ztráta sebedůvěry a sebeúcty, pocity vlastní neschopnosti a beznaděje vedou k sebeobviňování, jež může dojít až k sebevražedným myšlenkám (Goetz, 2005; Praško, 2007; Praško, 2015).

Manifestaci symptomů deprese pozorujeme také na těle. Typický je značný pokles nebo úplná ztráta energie a s tím spojená zvýšená unavitelnost. Člověk s depresivní poruchou tak není příliš aktivní, a i sebemenší úkol vyžaduje značné úsilí. Mimika je zpomalená, může se však objevit i agitovanost. Dále jsou časté poruchy spánku – předčasné probouzení, nespavost či naopak nadměrná ospalost a spavost během dne. Zájem o sex je snížený a u žen se mohou vyskytnout také poruchy menstruačního cyklu. Objevují se změny v chuti k jídlu – přijímání příliš malého nebo příliš velkého množství potravy, což se následně projevuje na tělesné hmotnosti a může ústít až k poruchám trávení. Lidé s depresivní poruchou si dále často stěžují na tíhu na hrudi, ztuhlost, ochablost svalstva a podobně. Pociťovaná úzkost způsobuje například také bušení srdce a nadměrné pocení. Somatické projevy vedou ke zvýšenému zabývání se vlastním zdravím (Goetz, 2005; Kovařík, 2002; Praško, 2007; Praško, 2015).

Projevy deprese se liší také v závislosti na věku. Pro všechny věkové skupiny je typická depresivní nálada, poruchy koncentrace, nespavost a suicidální myšlenky. U dětí do deseti let je to depresivní vzhled, somatizace, agitace, separační úzkost a fobie (Lewis, 2002). Klinický obraz deprese v adolescenci je v podstatě analogický depresi dospělých, pozorujeme však zřetelnější poruchu nálady, únavu, tendence k izolaci, slabé sebehodnocení a pocity bezmoci. Tyto projevy mohou vést k selhávání ve škole, abúzu drog nebo u dívek k promiskuitnímu chování (Hort et al., 2008; Krejčířová, 2006). Výrazná je také znuděnost, nezájem a pasivita (Goetz, 2005). Lewis (2002) navíc dodává přidružené změny váhy a poruchy chování. Diagnostika deprese u dětí a adolescentů je obtížnější než u populace dospělých (Dudová, 2007). Riziko suicidia je přitom v adolescenci až dvacetkrát vyšší než v běžné populaci (Hort et al., 2008).

S projevy deprese úzce souvisí automatické negativní myšlenky. Automatické myšlenky jsou běžnou součástí každodenního života, komentují události. Většinou bývají

neutrální (např. „*Dnes si vezmu modrou košili.*“) nebo pozitivní (např. „*To se mi povedlo.*“) a nebývají dále analyzovány, v případě negativních myšlenek (např. „*Vždycky všechno pokazím.*“) je jedinec dokáže konstruktivně opravit. U člověka s depresivní poruchou však převládají právě negativní myšlenky, které se řetězí. Jsou zpomalené, odbíhají od činnosti a podporují negativní náhled na sebe, okolnosti i budoucnost. Pro zasaženého nejsou nijak užitečné a zkreslují realitu. Jelikož těmto myšlenkám depresivní člověk věří, prohlubují jeho depresi. Hlavními tématy automatických negativních myšlenek jsou obavy, negativní vize budoucnosti, obviňování sebe i okolí a komplexy méněcennosti (Praško, 2007; Praško, 2015).

Depresivní chování je aspekt přístupný pozorování a odvíjí se od hloubky deprese. U člověka s depresivní poruchou je patrná snížená aktivita, absence iniciativy k jakékoliv činnosti a z toho plynoucí nicnedělání. Pokud se člověk s depresivní poruchou odhodlá k nějaké aktivitě, bývá většinou pasivní – například sledování televize. Typické je zaměřování se jen na nejnnutnější úkoly, které jsou zároveň odkládány, dokud to situace dovolí. Také péče o vlastní zevnějšek bývá často zanedbávána (Kovařík, 2002). Člověk trpící depresí se vyhýbá jak nepříjemným, tak potenciálně příjemným aktivitám. Vyhýbavé chování se projevuje také vůči blízkým i cizím osobám, preferována je izolace. Zároveň člověk s depresivní poruchou nárazově u ostatních vyhledává pomoc a ujistění, jejich účinek nicméně netrvá dlouho. Nejzávažnějším projevem v rámci depresivního chování je sebevražedný pokus (Praško, 2015). Koutek (2007) uvádí, že dokonanému suicidii často předchází vícero pokusů a celkem asi 15 % osob s depresivní poruchou končí svůj život právě sebevraždou.

2.3 Etiologie deprese

Vznik depresivní poruchy je ovlivněn multifaktoriálně, bereme proto v úvahu hned několik proměnných, které spolu před vypuknutím onemocnění interagují (viz Obrázek 1).

Primárně bývá uváděna dědičnost, a to z toho důvodu, že se v určitých rodinách některé typy deprese vyskytují častěji. Obecně se dědičnost deprese uvádí okolo 35 % (Otte et al., 2016). Pokud bychom se zaměřili na úzeji zacílené studie, u příbuzných prvního stupně (rodiče, sourozenci) je pravděpodobnost vypuknutí onemocnění 15 %, u dvojčat je to až 70 % (Praško, 2015). V těchto souvislostech je však důležité dodat, že není děděno přímo

onemocnění, ale pouze predispozice k němu, jeho vypuknutí tak závisí i na mnoha dalších faktorech (Otte et al., 2016; Praško, 2015).

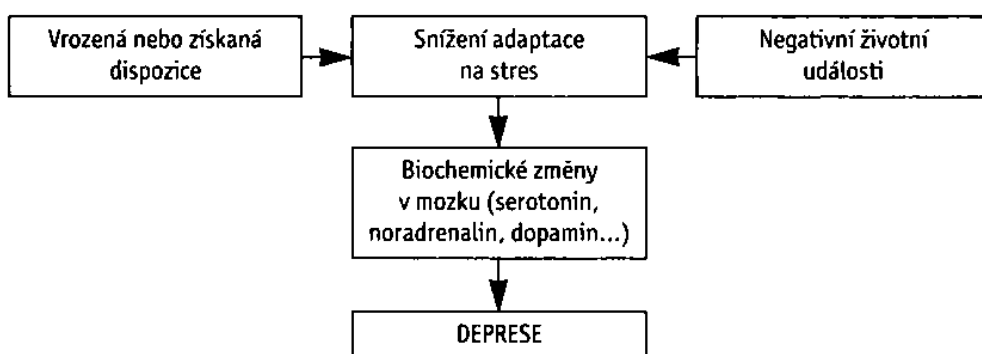
Další oblastí jsou environmentální a psychologické spouštěče, kam řadíme pro období dětství psychotrauma způsobené ztrátou blízké osoby nebo sexuálním, fyzickým a emočním týráním. Pro období dospělosti jde typicky o zátěžové situace jako úmrtí blízkého člověka, zdravotní potíže, chronickou frustraci, násilí, ztrátu zaměstnání, finanční potíže, potíže ve vztazích apod. Jako stresová situace však rovněž může působit zpočátku pozitivně vnímaná změna jako například povýšení či nová mateřská role, podobné situace totiž provází strach z nenaplnění očekávání (Kryl, 2001; Otte et al., 2016; Praško, 2015).

Na vzniku onemocnění se podílejí i biologické a chemické faktory. Ty zahrnují různé patofyziologické stavy jako například virové infekce, endokrinní poruchy nebo úrazy. Dále do této kategorie spadá nevyvážené fungování neuromediátorů (zejména serotoninu, noradrenalinu, dopaminu a acetylcholinu), porucha biorytmů, abúzus drog a léků (Kryl, 2001; Praško, 2015).

Pro období dětství a adolescence jsou nejčastěji zmiňovány slabé sociální dovednosti, nevhodné způsoby zvládání stresu, nedostatek přátelských vztahů, konfliktní rodinné prostředí a anamnéza afektivních poruch v rodině, zejména u rodičů (Bhatia & Bhatia, 2007; Dudová, 2007).

Obrázek 1

Multifaktoriální pohled na vznik depresivní poruchy



(Praško, 2015)

2.4 Prevalence deprese

Dle WHO (2017) je údaj o počtu osob trpících depresí více než 322 milionů. Lim et al. provedli v roce 2018 metaanalýzu devadesáti studií zabývajících se prevalencí deprese v populaci. Nejmenší vzorek čítal 156 a největší 235 067 osob. Celkem autoři pracovali s daty od 1 112 573 participantů, u nichž byla zjištěna celková míra prevalence deprese 12,9 %, roční prevalence čítala 7,2 % (Lim et al., 2018). Na zjišťování prevalence s přihlédnutím na výši příjmů jednotlivých zemí se zaměřili Bromet et al. (2011). Na vzorku 90 000 dospělých byla zjištěna celková míra prevalence onemocnění 14,6 % v zemích s vysokým příjmem a 11,1 % v zemích se středním a nízkým příjmem. Roční prevalence čítala 5,5 % v zemích s vysokým příjmem a 5,9 % v zemích se středním a nízkým příjmem.

Co se prevalence deprese u dětí a adolescentů týče, je dle Lewise (2002) u předškolních dětí 0,3-1 %, u dětí školního věku 2-4 % a u adolescentů 4-8 %. Na výskyt depresivních symptomů v časně a střední adolescenci se zaměřili Saluja et al. (2004), ve vzorku se vyskytovalo 18 % adolescentů, kteří vykazovali vícero symptomů deprese. Mapování výskytu depresivní poruchy u skupiny 12-25 let provedli Mojtabai et al. (2016). Roční prevalence deprese byla u mladší skupiny 12-17 let 8,7 % a u starší skupiny 18-25 let 8,6 %. U adolescentů v psychiatrické péči je prevalence deprese přítomna až v 18-27 % (Hort et al., 2008).

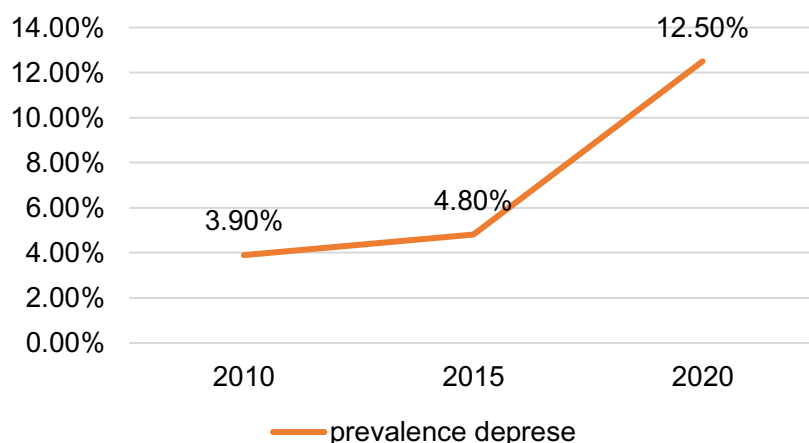
Mezi lety 2007 a 2010 proběhlo evropské mezinárodní šetření o zdraví EHIS, které zahrnuje také Českou republiku. Roční prevalence byla jen 3,9 %, což je údaj podprůměrný. Například v Belgii a Španělsku se hodnota vyšplhala nad 5 %. Nejnižší hodnoty byly zaznamenány v Bulharsku a Rumunsku, a to méně než 2 % (Daňková, 2011). Při druhé vlně šetření EHIS mezi lety 2013 a 2015 se prevalence deprese v České republice zvýšila na 4,8 % (Daňková & Otáhalová, 2017).

V následujících letech se prevalence nadále zvyšovala a v současné mimořádné situaci probíhající pandemie COVID-19 je na základě již několika publikovaných studií patrný strmý nárůst depresivní poruchy. Autoři Bueno-Notivol et al. (2021) v metaanalýze zahrnující výzkumy z Evropy a Asie vyčíslili celkovou prevalenci deprese v populaci na 25 %, což je oproti letem minulým několikanásobně vyšší podíl. K podobným výsledkům dospěli také Ettman et al. (2020) na americké populaci, kde byla prevalence deprese po vypuknutí pandemie až trojnásobně vyšší. V České republice byla prevalence deprese

mapována v průběhu pandemie Národním ústavem duševního zdraví. Ze srovnání dat z let 2017 a 2020 vyplynulo, že výskyt deprese a riziko sebevraždy v české populaci trojnásobně vzrostly (viz Graf 1) (Národní ústav duševního zdraví, 2021).

Graf 1

Procentuální vývoj prevalence deprese v České republice



(Daňková, 2011; Daňková & Otáhalová, 2017; Národní ústav duševního zdraví, 2021)

2.4.1 Sociodemografické charakteristiky

Deprese se může vyskytnout v téměř jakémkoliv věku, jelikož je vzhledem k její multifaktoriální etiologii jedinec vystaven rizikovým faktorům v průběhu celého svého života. Nejčastěji však bývá spojována s obdobím středního věku a stáří. Studie EHIS v České republice uvádí nejčastější výskyt ve věkových skupinách 75-84 a 45-54 let (Daňková, 2011). Co se propuknutí onemocnění týče, udává Novák (2021) nejčastější rozmezí 25-35 let, od konce druhé světové války se však četnost zvyšuje i v nižších věkových kategoriích (Wittchen et al., 1994), dle EHIS je to zejména rozmezí 24-26 let (Daňková, 2011). Ze studie Bromet et al. (2011) však vyplývá značná kulturní variabilita, například věková skupina 35-49 let byla více než ostatní zasažena depresí na Novém Zélandu a v USA, opačně tomu však bylo například na Ukrajině, kde měli respondenti středního věku oproti starším skupinám významně nižší riziko. Depresivní porucha je dle Saveanu & Nemeroff (2012) nejrizikovějším faktorem sebevražedného jednání. Sebevražda je po dopravních nehodách druhá nejčastější příčina smrti věkové skupiny 15-24 let (Kasal et al., 2019), pozornost je tedy třeba věnovat také této věkové skupině.

Nejkonzistentnější výsledky pravidelně vykazuje otázka pohlaví. Deprese se přibližně dvakrát častěji vyskytuje u žen (Bromet et al., 2011; Daňková, 2011; Lim et al., 2018; Otte et al., 2016). Co se období adolescence týče, Lewis (2002) uvádí mezi pohlavími pouze nepatrný rozdíl, až později zaznamenáváme více depresivních dívek. To potvrzují také Saluja et al. (2004) a Mojtabai et al. (2014). Pokud bychom se zaměřili na kulturní specifika v otázce pohlaví, lze vycházet například ze studie Bromet et al. (2011) a Van de Velde et al. (2010). Bromet et al. (2011) zjistili konzistentně s již známými závěry, že je u žen deprese častější než u mužů, bylo to potvrzeno na patnácti zemích z celkových osmnácti. Zároveň bylo propojení pohlaví a výskytu depresivní poruchy stejně významné jak u zemí s nižším, tak u zemí s vyšším příjmem. Van de Velde et al. (2010) rovněž zaznamenali více depresivních žen než mužů, v jejich studii však byla patrná i mírná variabilita, například v Bulharsku a Maďarsku převažovali muži s depresí nad ženami. Zároveň existují také země, kde rozdíly mezi pohlavími nejsou tak markantní, jedná se například o Irsko, Slovensko a Finsko (Van de Velde et al., 2010).

Akhtar-Danesh a Landeen (2007) zjistily nejvyšší míru výskytu deprese u osob s nižším vzděláním (9,1 %). Co se příjmů týče, nejhůře na tom byli respondenti s příjmy do 10 000 USD ročně, míra výskytu deprese se v této skupině pohybovala okolo 18,4 %. Se stoupajícími příjmy a vzděláním se tedy prevalence deprese snižovala. Van de Velde et al. (2010) dospěli k podobným výsledkům jako Akhtar-Danesh a Landeen (2007), k proměnné vzdělání navíc dodávají, že koreluje s výskytem deprese silněji u žen než u mužů. Bromet et al. (2011) potvrzují silnou korelaci nižšího vzdělání a vyššího výskytu depresivní poruchy v Izraeli, USA, Mexiku, Indii a na Ukrajině. Oproti tomu například v Japonsku a Číně našli opačný trend.

Co se rodinného stavu týče, týká se deprese především osob bez partnerského vztahu, zejména těch zažívajících rozvod či ovdovění (Otte et al., 2016). Významný byl výskyt deprese také u osob v partnerském vztahu, které však byly od svého partnera v danou chvíli odloučeny (Bromet et al., 2011). Je pozoruhodné, že se projevila vyšší prevalence deprese i u nesezdaných společně žijících párů. Nejnižší počty depresivních onemocnění mají respondenti v manželství (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007). Van de Velde et al. (2010) navíc dodávají, že je faktor rodinného stavu signifikantnějším ukazatelem u mužů než u žen.

Deprese se často vyskytuje v souvislosti s dalšími onemocněními, zejména chronickými. V ambulancích somatických lékařů se udává přítomnost deprese až v 9-16 %

případů (Kubínek, 2011). Gold et al. (2020) upozorňují na zvýšený výskyt depresivní poruchy zejména u onkologických, kardiovaskulárních, metabolických, zánětlivých a neurologických onemocnění. Dále se jedná také o psychiatrické diagnózy jako například alkoholismus a úzkostné poruchy (Janů & Racková, 2007). Mimo tato onemocnění je s depresí například u adolescentů spjata také dystymie, negativní kognitivní styl a vystavení negativním životním událostem (Birmaher, 2002).

2.5 Měření deprese

Zřejmě nejznámější a nejpoužívanější metodou je Beckova stupnice pro hodnocení deprese (BDI). Vznikla roku 1961 jako nástroj měřící behaviorální projevy a závažnost depresivních symptomů a prošla několika revizemi. Sestává z 21 sebehodnotících položek, které mohou vyplňovat respondenti od 13 do 80 let. Metoda má dobré psychometrické vlastnosti a je rovněž dostupná ve verzi pro děti (APA, 2019; Beck et al., 1961). Pro měření deprese před, během a po léčbě byla vyvinuta Hamiltonova škála deprese (HAM-D), kterou vyplňuje zdravotnický personál (APA, 2019; Hamilton, 1960). K této metodě později vznikla adaptace Montgomery-Asbergova škála deprese (MADRS), jež je určena pro respondenty starší 18 let a vykazuje větší citlivost ke změnám v průběhu let (APA, 2019; Montgomery & Asberg, 1979). Metodou měřící projevy deprese v časovém horizontu uplynulého týdne je Škála deprese centra pro epidemiologické studie (CES-D), je určena pro respondenty od 6 let výše (APA, 2019). Podobnou metodou měřící symptomy deprese v uplynulém týdnu je Rychlá inventura depresivní symptomatologie (QIDS-SR) (APA, 2019). Dále se pro rychlý screening depresivních symptomů využívá například Dotazník o zdraví pacientů (PHQ-9), jež je administrovatelný do pěti minut (Raboch, 2011).

Pro dětskou a adolescentní populaci se využívá výše zmíněná Beckova stupnice, druhá verze (CDI), je však modifikována pro probandy od 7 do 17 let. Inventář měří emoční a funkční problémy a je vyplňován částečně rodiči, učiteli a probandem (APA, 2019; Kovacs, 1981). Dalším nástrojem je Hodnotící škála dětské deprese (CDRS) vzniklá adaptací Hamiltonovy škály. Jako polostrukturovaný dotazník mapuje změny v depresivních symptomech u probandů od 6 do 18 let (APA, 2019). Příkladem české metody měřící aktuální míru deprese u adolescentů je Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS). Umožňuje uživateli provést jednoduchý a rychlý screening pro porovnání se zbytkem populace, do které jedinec patří (Dolejš, 2018).

Depresivní symptomatiku ve starším věku měří například Geriatrická škála deprese (GDS) pro osoby od 30 let. Mapuje prožívání jedince ve specifických časových úsecích a díky dichotomickému designu odpovědí je vhodná i pro jedince s kognitivní dysfunkcí (APA, 2019). Další metodou je Index životní spokojenosti (LSR) měřící well-being a úspěšné stárnutí u osob starších 50 let. Dotazník vyplňují zdravotníci (APA, 2019).

3. Specifika období adolescence ve vztahu k alexithymii a projevům deprese

Adolescence je vývojové období, ve kterém jedinec prochází mnoha rozsáhlými změnami, jež se týkají fyzické, psychické, kognitivní i sociální oblasti. Jedná se o období náročné, jelikož adolescent pozoruje výrazné změny svého zevnějšku, hormonální produkce zapříčiňuje výkyvy psychického rozpoložení a okolí na něj klade vyšší nároky (Thorová, 2015). Když pojednáváme o adolescenci, máme na mysli zpravidla druhé desetiletí života, jež ohraničuje nástup puberty na straně jedné a následně začátek mladé dospělosti na straně druhé. Jelikož je však dospívání obdobím markantních změn a jedinec je v počátcích tohoto období velmi odlišný od jedinců na jeho konci, je třeba dospívání rozčlenit na jednotlivé úseky (Macek, 2003).

3.1 Časové vymezení adolescence

Dle Vágnerové (2012) lze toto období rozdělit na adolescenci ranou (11-15 let) a adolescenci pozdní (15-20 let). Raná adolescence se vyznačuje tělesným dospíváním a pohlavním dozríváním. Dochází ke změně způsobu myšlení, výkyvům emočního prožívání a osamostatňování se. Typická je také individualizace a touha po uznání. V pozdní adolescenci již zaznamenáváme pohlavní dozrání, budování nezávislosti, potvrzení sociální identity a rozvoj identity vlastní.

Také Langmeier (2006) dělí období adolescence na dvě fáze: období pubescence (11-15 let) a období adolescence (15-22 let). Období pubescence však tvoří ještě fáze prepuberty (zejména vývoj sekundárních pohlavních znaků) a fáze vlastní puberty (dosažení reprodukční schopnosti).

Nejúčelnější pro co nejjemnější rozlišení kvalitativních rozdílů mezi jednotlivými fázemi dospívání se jeví dělení dle Macka (2003), jelikož období adolescence člení do tří fází: adolescenci časnou (10/11-13 let), střední (14-16 let) a pozdní (17-20 let). Pro adolescenci časnou je typický počátek vývoje sekundárních pohlavních znaků, dominují tedy změny fyzické. Z hlediska sociálního se začíná zvyšovat zájem o vrstevníky opačného pohlaví. Ve střední adolescenci je těžištěm intenzivní hledání identity a s tím spojená snaha o odlišení se od ostatních, důležitost skupinové identity, úvahy, hodnocení, zvýšená

konfliktnost a egocentrismus. V pozdní adolescenci již jedinec více směřuje do budoucnosti a posiluje sociální aspekt své identity.

3.2 Obsahové vymezení adolescence

Po fyzické stránce začíná adolescence prvními známkami pohlavního zrání, tzn. rozvojem sekundárních pohlavních znaků. Dochází k urychlení růstu obou pohlaví, dívkám se zaobluje postava, chlapcům se zvýrazňují svaly. Dále u dívek nastupuje menstruace a u chlapců poluce, jež se podílejí na dosažení reprodukční schopnosti (Langmeier, 2006). Hormonální změny v tomto období výrazně ovlivňují emoční prožívání (Vágnerová, 2012), jež se vyznačuje výraznými projevy citů, silnou senzitivitou a křehkostí psychiky. Běžné je kolísání nálad a sklon k dysforickým rozladám, ty však nemusí mít nutně patologický charakter (Krejčířová, 2006). Zároveň se zvýrazňuje také empatie, projevy soucitu a idealizace vztahů (Thorová, 2015).

Hlavním úkolem adolescence je dosažení identity, což významně ovlivňují sociální vztahy. Zejména vrstevnická skupina má v tomto období velký význam, jelikož dává prostor pro trénování komunikace, zažití pocitu sounáležitosti ale také získání prvních erotických zkušeností. Jedinec touží po uznání a nechává se vztahy s vrstevníky významně formovat. Sociální zkušenosti adolescent nadále trénuje v rodině, kde však bývá komunikace bouřlivější. Snahu získat autonomii a nezávislost ovlivňuje snížená sebekontrola, jež často vede ke konfliktům a vymežováním se proti rodičům. Celkově je adolescentův náhled na svět kritický, jelikož zpochybňuje správnost fungování světa a jeho mysl významně ovlivňuje idealismus a touha po ctění morálních principů. S tím souvisí ujasňování hodnot a názorů, jež se odehrává pomocí introspekce a sebereflexe. Vzhled je v tomto období rovněž velmi důležitý, celkovou body image významně ovlivňuje to, jak jedinec vnímá četné fyzické změny, jimiž prochází. Adolescent je v tomto období poprvé konfrontován s významnou zodpovědností za své činy, jelikož začíná být trestně odpovědný a přímo ovlivňuje své budoucí směřování, např. volbou oboru studia. Tyto skutečnosti a pokračující vývoj některých oblastí mozku postupně vede k vyspělejšímu, pružnějšímu, komplexnějšímu a systematictějšímu myšlení (Macek, 2003; Thorová, 2015).

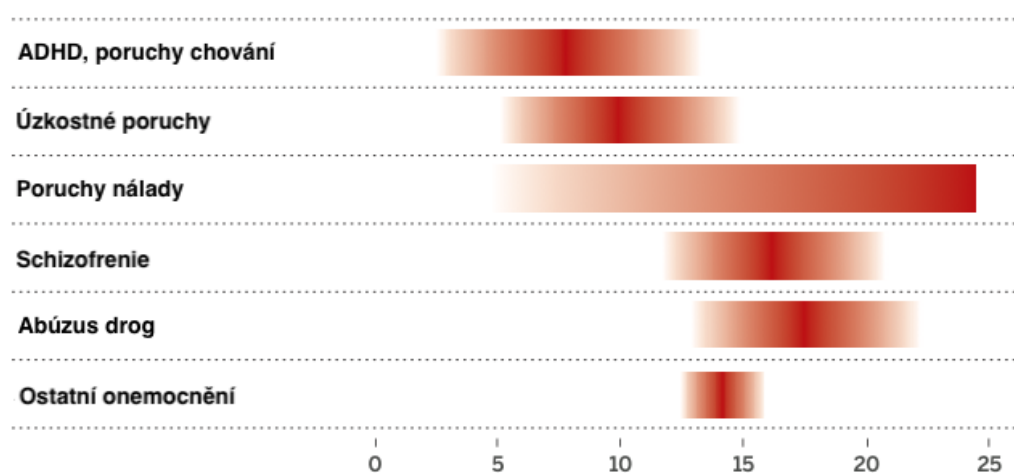
3.3 Fragilita období dospívání

Adolescence jakožto doba, během které se má z dítěte stát dospělý jedinec po intelektuální, fyzické, hormonální i sociální stránce, je vnímána jako křehké období. Adolescent se v průběhu dospívání setkává s novými a náročnými situacemi, o tom svědčí nejen statistiky poukazující na zvýšený výskyt rizikového chování v této etapě života (Thorová, 2015), ale také stále se vyvíjející příslušné oblasti mozku.

Arain et al. (2013) na základě sledování zrání mozku v adolescenci upozorňují na zvýšenou citlivost adolescentů vůči stresu, impulzivnímu sexuálnímu chování, změnám ve spánku a stravování, užívání návykových látek apod. A to především kvůli sílicím motivačním mechanismům v kombinaci s nedostatečně vyvinutou sebekontrolou. Ke kompletnímu dozrání prefrontální kůry, jež je za regulaci výše uvedeného odpovědná, dochází až kolem 25. roku života, proto je do té doby adolescentní mozek vůči rizikovému chování velmi zranitelný. To rovněž podporuje fakt, že je ve věkové skupině 15-24 let druhou nejčastější příčinou úmrtí sebevraždy (Kasal et al., 2019). Zároveň je adolescence obdobím, v němž má start většina psychiatrických onemocnění (viz Obrázek 2) a děje se tomu tak nejčastěji kolem 14. roku života (Giedd et al., 2008). Právě proto má smysl zaměřit se na zkoumání alexithymie a deprese již v tomto období.

Obrázek 2

Vznik psychických poruch v adolescenci



(Lee et al., 2014)

4. Vztah alexithymie a depresivní poruchy

V ordinacích se lékaři či psychologové u jedinců s alexithymií ve valné většině případů setkávají s popisem somatických obtíží namísto sdílení emočních aspektů jejich problémů (Sifneos, 2000). Stejně tak tomu často bývá v počátečních fázích deprese, kdy si zasažení již v začátcích všimají somatických aspektů onemocnění (Praško, 2015). Co se projevení alexithymních rysů týče, pokud bychom brali v úvahu Freyerbegerovo (1977) členění alexithymie na primární a sekundární, sekundární alexithymie se stejně jako deprese může v obtížných situacích rozvinout kdykoliv v průběhu života (Otte et al., 2016). Alexithymie i deprese se častěji vyskytují u osob s nižším vzděláním, menším příjmem (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Bromet et al., 2011; Horwitz et al., 2015) a u osob rozvedených či ovdovělých (Mattila et al., 2006; Otte et al., 2016). Typická je v obou případech sociální vyhybavost (Spitzer et al., 2005; Praško, 2015). Alexithymii však řadíme mezi osobnostní rysy a depresivní poruchu mezi psychická onemocnění.

Ze současných zjištění vyplývá, že se jedná o provázané koncepty, charakter jejich korelace však zůstává nejasný. Hemming et al. (2019) mapovali vztah alexithymie a deprese v přehledu dosavadní literatury. Zjistili, že jsou alexithymie a deprese často vnímány jako podobné, ale přesto vzdálené konstrukty. Problematikou možného překryvu těchto konceptů se zabývali Hintikka et al. (2001). Zjistili, že položky dotazníku mapujícího alexithymii a položky dotazníku mapujícího depresi sytily v běžné populaci odlišné faktory, mírný překryv byl zaznamenán pouze u faktoru fyzické nepohody. V klinické populaci se u osob s vážnější depresí a výraznějšími rysy alexithymie koncepty překrývaly více, to však autoři považují za možný doklad souvislosti těchto proměnných.

Pro odlišení dosavadních výsledků byly Hemmingem et al. (2019) formulovány tři hypotézy – hypotéza vulnerability (alexithymie může vyvolat depresi), hypotéza reaktivity (deprese může vést k alexithymii) a hypotéza prosté koexistence. Většina studií podporuje hypotézu vulnerability, jejich úskalí však spočívá v nevyužití prospektivního návrhu výzkumu, tudíž nelze usuzovat na kauzalitu. Studie podporující hypotézu reaktivity se odkazují na fakt, že při měření a následném longitudinálním sledování alexithymie se její hladiny při redukci symptomů deprese snižovaly.

Li et al. (2015) publikovali metaanalýzu devatenácti studií z let 2001 až 2013 a zaměřili se na sledování vztahu alexithymie a deprese. Zkoumání byla podrobena jak

běžná, tak klinická populace. Autoři našli střední pozitivní korelaci mezi celkovým skóre alexithymie a závažností deprese u jedinců z klinické populace a mezi celkovým skóre alexithymie a mírou depresivních symptomů u jedinců z běžné populace. Co se jednotlivých komponent týče, potíže s identifikací a vyjadřováním citů korelovalo s depresivními symptomy silněji než externě orientované myšlení. Je však třeba vzít v úvahu, že korelace byla silnější pouze při použití sebehodnotících metod pro vyhodnocování deprese, což může být limitem.

O důležitosti vztahu mezi alexithymií a depresí vypovídají výstupy studie Lewekeho et al. (2012). Autoři měřili míru alexithymie u šesti skupin pacientů s odlišnými diagnózami – depresivní poruchy, úzkostné poruchy, somatoformní poruchy, poruchy příjmu potravy, psychologické a behaviorální faktory fyzického onemocnění a poruchy přizpůsobení nebo PTSD. Celková prevalence alexithymie byla oproti běžné populaci významně zvýšena, 21,36 % pacientů vykazovalo vysoké hodnoty alexithymie. Ve skupině depresivních pacientů však byla ze všech zkoumaných skupin nejvyšší, vyšplhala se až na 26,9 %, což by mohlo poukazovat na významnost právě tohoto vztahu. Ve skupině pacientů s úzkostnou poruchou to bylo pro srovnání 21,5 %, u pacientů s poruchami přizpůsobení nebo PTSD 19 %, ve skupině psychologických a behaviorálních faktorů fyzického onemocnění 18,2 %, u pacientů se somatoformními poruchami 17 % a ve skupině poruch příjmu potravy pouze 11,1 %.

4.1 Vztah alexithymie a deprese v adolescenci

Na základě odborné literatury a provedených výzkumů je souvislost alexithymie a deprese zřejmá, charakter jejich korelace však zůstává nejasný (Hemming et al., 2019). Více pozornosti se v posledních letech dostává také otázce souvislosti těchto proměnných právě v období adolescence, a to zejména pro jeho fragilitu.

Van der Crujisen et al. (2019) se zaměřili přímo na zjišťování výskytu alexithymie a depresivních symptomů ve vztahu k pubertálnímu statusu (fáze fyzického vývoje, kterou jedinec v danou chvíli prochází). Jelikož je pro svou členitost a dynamičnost adolescentní období nutné rozdělit do více úseků, poskytuje údaj o pubertálním statusu cennou informaci a bere v úvahu individualitu vývoje každého probanda. Celkem se studie zúčastnilo 140 dospívajících ve věku od 11 do 21 let. U obou pohlaví se prokázala pozitivní korelace alexithymie (subškály potíže s identifikací a vyjadřováním emocí) se symptomy deprese

a úzkosti. Zároveň alexithymie (subškála potíže s identifikací emocí) souvisela s brzkým pubertálním načasováním. Byly zaznamenány některé rozdíly mezi pohlavími – u adolescentních dívek byla korelace mezi brzkým pubertálním statutem a depresivními symptomy silnější než u chlapců. Chlapci naopak při časném pubertálním načasování vykazovali méně bodů v subškále externě orientovaného myšlení.

Cerutti et al. (2020) provedli výzkum vztahu somatizace, alexithymie a deprese u 700 italských školáků ve věku 8-10 let a 11-14 let. Ve věkové skupině 11-14 let, což jsou dle Macka (2003) jedinci v časně fázi adolescence, se vyskytovalo více symptomů deprese i alexithymie. Zároveň probandi obou skupin s vyššími skóry depresivních symptomů vykazovali také vyšší skóry alexithymie a somatizace. U starších dívek byly symptomy deprese patrné ve větší míře než u dívek mladších. U chlapců tomu však bylo naopak. Souvislost výskytu alexithymie a deprese byla Sfeirem et al. (2020) prokázána také u starších libanonských adolescentů (15-18 let), kdy bylo u dospívajících s vyšší mírou alexithymie zaznamenáno více symptomů deprese.

Návrh výzkumného projektu

Návrh výzkumného projektu vychází z možnosti propojení konceptu alexithymie a depresivní poruchy, jež souhrnně reflektuje literárně přehledová část práce. Výzkum reaguje na nedostatečně probádanou otázku souvislosti alexithymie a symptomů deprese u českých adolescentů.

Již v počátcích výzkumu na analyticky orientovaných pracovištích byla právě alexithymie rysem, který významně narušoval a komplikoval psychotherapeutickou práci s klientem (Thomä, 1996). Jedinec s alexithymií má především kvůli svým potížím identifikovat vlastní emoce a přiblížit je ostatním obtíže v každodenním fungování (Bagby et al., 2020). To vede k absenci kvalitních mezilidských vztahů (Hartl, 2010; Svoboda, 2013) a souvisí se vznikem běžně se vyskytujícími psychiatrických poruch (Luminet et al., 2018). Depresivní porucha, ke které alexithymií vztahujeme, je jedno z nejrozšířenějších duševních onemocnění naší společnosti (Praško, 2015). Její projevy zasahují emoční, kognitivní i somatickou stránku a v závislosti na její hloubce se odrážejí v chování jedince. Zároveň se jedná o onemocnění, jež je nejrizikovější pro suicidální jednání (Koutek, 2007), avšak nebývá diagnostikováno v dostatečné míře (Kubínek, 2011). Pro tyto skutečnosti má smysl se vztahem alexithymie a depresivní poruchy dále zabývat.

Alexithymie a deprese mají společné průsečíky v oblasti etiologie, projevů i sociodemografických charakteristik. Přímá souvislost těchto konceptů byla navíc potvrzena vícero výzkumy v běžné i klinické populaci (Leweke et al., 2012; Li et al., 2015). Jelikož má většina psychiatrických onemocnění počátek v adolescenci (Giedd et al., 2008), dostává se v současnosti více pozornosti zkoumání alexithymie a deprese právě v tomto období (Cerutti et al., 2020; Sfeir et al., 2020; Van der Cruysen et al., 2019). Jelikož v České republice mapování tohoto typu zatím neproběhlo, má návrh výzkumu za cíl tuto mezeru doplnit a zároveň připravit půdu pro další vysvětlení kauzálního vztahu těchto proměnných.

5. Popis výzkumného cíle, výzkumné otázky a hypotézy

Cílem tohoto výzkumu je **zmapovat, zda a jak souvisí míra alexithymie s mírou depresivních symptomů v běžné populaci českých adolescentů**. Výstupy tohoto výzkumu by měly být zobecnitelné pro populaci dospívajících u nás a mohly by tak svými výsledky přispět oblasti zkoumání duševního zdraví českých adolescentů. Tento výzkum je důležitým předpokladem pro následné longitudinální zkoumání charakteru korelace alexithymie a symptomů deprese v adolescenci.

Nejprve je třeba zjistit vztah těchto proměnných ve vybrané populaci, což umožní navrhovaný výzkum a připraví půdu pro longitudinální ověření hypotézy vulnerability (alexithymie může vyvolat depresi), reaktivity (deprese může vést k alexithymii) a prosté koexistence (Hemming et al., 2019). Zároveň výzkum umožní mezinárodní srovnání, což je pro poznatky týkající se oblasti emocí cennou komponentou. Výzkumné otázky jsou následující:

- I. Jak souvisí míra alexithymie s mírou depresivních symptomů v běžné populaci českých adolescentů?
- II. Souvisí některé projevy alexithymie (obtíže s identifikací pocitů, obtíže s vyjadřováním emocí, externě orientované myšlení) s depresivními symptomy více než jiné? Pokud ano, které?
- III. Jak se liší míra alexithymie a míra depresivních symptomů dle pohlaví?

Proměnné budeme operacionalizovat následovně:

- alexithymie = hrubý skór, měřeno TAS-20
- depresivní symptomy = hrubý skór, měřeno SDDSS
- obtíže s identifikací pocitů = hrubý skór, měřeno TAS-20, subškála DIF
- obtíže s vyjadřováním emocí = hrubý skór, měřeno TAS-20, subškála DDF
- externě orientované myšlení = hrubý skór, měřeno TAS-20, subškála EOT

Na základě literárně-přehledové části práce z výzkumných otázek vystávají tyto hypotézy:

1. Míra alexithymie pozitivně koreluje s depresivními symptomy.
2. S depresivními symptomy signifikantně pozitivněji korelují obtíže s identifikací pocitů oproti externě orientovanému myšlení.

3. S depresivními symptomy signifikantně pozitivněji korelují obtíže s vyjadřováním emocí oproti externě orientovanému myšlení.
4. Dívky vykazují signifikantně vyšší míru alexithymie než chlapci.
5. Dívky vykazují signifikantně vyšší míru depresivních symptomů než chlapci.

6. Design výzkumného projektu

6.1 Typ výzkumu

Jelikož existuje množství teorií a výzkumů zabývajících se otázkou souvislosti alexithymie a psychiatrických onemocnění včetně depresivní poruchy, není v tomto případě nutné využívat kvalitativní metodiky. Snažíme se o podpoření nebo vyvrácení stanovených hypotéz, jež vyplývají z rešerše literatury a doposud provedených výzkumů, proto bude metodika navrhovaného výzkumu kvantitativního charakteru. Konkrétně se bude jednat o korelační studii, která ověří existenci vztahu zkoumaných proměnných a umožní identifikovat jeho sílu a směr (Hendl, 2012).

6.2 Metody získávání dat

Jelikož by měl být výzkum zobecnitelný pro populaci českých adolescentů, budou data sbírána na gymnáziích, středních školách s maturitou a středních školách s výučním listem ve vybraných krajích České republiky. Dle místa bydliště budou sestaveny výzkumné týmy z řad studentů psychologie, které absolvují hodinové online školení týkající se zadávání a sběru dat pro tento výzkum a následně se rozjedou do smluvených škol. Sběr dat by měl trvat cca 2 měsíce. Po ukončení sběru dat předloží report o jeho průběhu a sebrané materiály. Jako kompenzace bude studentům nabídnut zápis hodin do předmětu *Účast na psychologickém výzkumu*. Tento způsob získávání dat je časově i finančně náročnější, vzhledem k citlivosti tématu ho však považuji za vhodnější než využití online prostředí.

Nejprve bude zjištěno, zda mají všichni participanti podepsaný informovaný souhlas s účastí na výzkumu, u nezletilých bude potřeba mít podpis zákonného zástupce. Následně obdrží zadání a záznamové archy. V demografické části vyplní své pohlaví, věk, navštěvovanou školu, a poskytnou informaci o tom, zda se v současné době léčí s nějakým psychickým onemocněním (případně jakým a jestli podstupují nějakou léčbu – farmakoterapeutickou, psychoterapeutickou nebo kombinaci). Z množství metod představených v literárně-přehledové části budou využity standardizované sebehodnotící dotazníky Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) a Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS). Po ukončení účasti obdrží všichni zúčastnění leták s informacemi ohledně psychologické pomoci (viz Příloha 1) a budou informováni o následném online

debriefingu, který přiblíží participantům účel výzkumu, představí výsledky a nabídne prostor pro otázky a připomínky.

6.2.1 Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) je nejpoužívanějším nástrojem pro měření alexithymie. Byla vytvořena v roce 1985 Taylorem, Ryanem a Bagbym, prošla dvěma revizemi a momentálně je mimo jiné dostupná i v české verzi. Tato třidimenzionální metoda vykazuje velmi dobré psychometrické vlastnosti, má dobrou vnitřní konzistenci (Cronbachovo alfa = 0,81) a test-retestovou reliabilitu (0,77, $p < 0,01$) (Bagby et al., 2020).

Celkem dvacet položek nástroje dobře pokrývá komponenty konceptu alexithymie, jimiž jsou (1) obtíže s identifikací pocitů a rozlišováním mezi tělesnými pocity a pocity emocionálního vzrušení, (2) obtíže s hledáním vhodných slov k popisu pocitů ostatním, (3) zúžené imaginativní procesy, (4) externě orientovaný styl myšlení. Dotazník sestává ze tří subškál – DIF (obtíže s identifikací pocitů, 7 položek), DDF (obtíže s vyjadřováním emocí, 5 položek) a EOT (externě orientované myšlení, 8 položek) (Bagby et al., 2020).

Proband na pětistupňové Likertově škále vyhodnocuje míru souhlasu s jednotlivými položkami (od 1 = zcela nesouhlasím k 5 = zcela souhlasím), vyplňování by nemělo zabrat déle než 10 minut. Celkový skóre je součtem bodů jednotlivých subškál, na základě jeho hodnoty lze rozdělit osoby do tří skupin. Bodový zisk do 51 bodů znamená, že osoba nejeví známky alexithymie, při zisku 52-60 bodů hovoříme o možné alexithymii a hodnoty nad 61 bodů znamenají alexithymii.

6.2.2 Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS)

Pro měření aktuální míry depresivních symptomů bude použita česká metoda, Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS). Byla vytvořena v roce 2019 a prošla testováním v několika celonárodních a regionálních studiích. Tato metoda rovněž splňuje metodologické a statistické požadavky, byla standardizována a vykazuje velmi dobrou vnitřní konzistenci (Cronbachovo alfa = 0,91). Autoři se inspirovali Beckovou stupnicí pro hodnocení deprese (BDI) a vytvořením dotazníku reagovali na nedostatek metod tohoto druhu. Škála depresivity je jednodimenzionální metoda určená pro zjišťování aktuální míry

depresivních symptomů především u adolescentů. Vypovídá rovněž o tom, zda je adolescent aktuálně depresivnější než jeho vrstevníci (Dolejš, 2018).

Proband na čtyřstupňové Likertově škále zaznamenává míru souhlasu u celkem dvaceti položek (od 1 = rozhodně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = souhlasím, 4 = rozhodně souhlasím), vyplňování by nemělo zabrat déle než 10 minut. Celkový skóre tvoří součet bodů ze všech položek, dosahuje od 20 po 80 bodů. Body se následně převádí na percentily, které umožňují srovnat výsledek respondenta se sledovanou populací. Na základě tohoto srovnání se podle směrodatných odchylek umístí do pásma na bod a) $\pm 1SD$ = průměrný výsledek v rámci populace, b) nad $+1SD$ = významně depresivnější než vrstevníci anebo c) $+2SD$ = vysoce depresivnější než vrstevníci (Dolejš, 2018). Je důležité zmínit, že na základě vyššího dosaženého skóre v dotazníku neinterpretujeme u participanta depresi, výsledek interpretujeme jako zvýšenou míru depresivních symptomů.

6.3 Výzkumný soubor

Zkoumaná problematika tohoto návrhu výzkumu se týká běžné populace českých adolescentů ve věku od 14 do 20 let, jedná se tedy dle Mackovy (2003) periodizace o střední a pozdní adolescenci. Toto rozpětí bylo zvoleno s ohledem na postupující vývoj schopnosti introspekce a vědomí, že má většina psychiatrických onemocnění start právě v tomto úseku adolescence, nejčastěji okolo 14. roku života (Giedd et al., 2008). Zkoumaná problematika je klinického rázu, předmětem zájmu je však její manifestace v neklinické populaci, proto budou data sbírána na středních školách.

Způsob výběru participantů v tomto výzkumu bude kombinovaný. V první řadě si na stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky ve volně dostupném rejstříku škol a školských zařízení necháme vygenerovat úplný seznam středních škol v republice. Oportunním výběrem se zvolí kraje, ve kterých bude sběr dat probíhat. Následně na základě hnízdového výběru rozdělíme školy z daných krajů do jednotlivých skupin dle velikosti města, ve kterém se nacházejí a na závěr za pomoci prostého náhodného výběru prostřednictvím e-mailu oslovíme vedení konkrétních středních škol s žádostí o spolupráci. Do výzkumu pak nemohou být zařazeni participanté mladší 14 let, starší 20 let a participanté bez podepsaného informovaného souhlasu.

Abychom minimalizovali výběrovou chybu, zvolíme poměrně rozsáhlý, avšak v rámci jednoho výzkumu zvládnutelný vzorek participantů. K výpočtu optimálního rozsahu souboru bylo využito power analýzy. Ta při parametrech inspirovaných předchozími výzkumy (dvoustranný test, korelace ρ $H1 = 0,3$, $\alpha = 0,05$ a síla testu $(1-\beta) = 0,95$) udává minimální počet 138 participantů. S přihlédnutím k obdobným typům výzkumu např. Van der Cruijnsena et al. (2019) – 140 osob a Cerutiho et al. (2020) – 198 osob však cílovou velikost souboru pro tento výzkum stanovují na alespoň 200 participantů. Tato hodnota by měla být při posouzení power analýzy a vlastností již proběhlých studií optimální a umožňující zobecnitelnost.

6.4 Metody zpracování a analýzy dat

Jelikož je metodika výzkumu kvantitativní, bude zpracování dat zejména statistického charakteru. Konkrétně se pro hypotézu 1 (*Míra alexithymie pozitivně koreluje s depresivními symptomy.*), hypotézu 2 (*S depresivními symptomy signifikantně pozitivněji korelují obtíže s identifikací pocitů oproti externě orientovanému myšlení.*) a hypotézu 3 (*S depresivními symptomy signifikantně pozitivněji korelují obtíže s vyjadřováním emocí oproti externě orientovanému myšlení.*) bude jednat o korelační analýzu, která vyhodnotí sílu vztahu mezi zkoumanými proměnnými pomocí korelačních koeficientů (Hendl, 2012). Pro hypotézu 4 (*Dívky vykazují signifikantně vyšší míru alexithymie než chlapci.*) a hypotézu 5 (*Dívky vykazují signifikantně vyšší míru depresivních symptomů než chlapci.*) bude zvolen dvouvýběrový t-test. Časová náročnost analýzy dat je odhadována na cca jeden měsíc. Veškerá sebraná data se nejprve přesunou a uspořádají do tabulkového procesoru Microsoft Excel a každému respondentovi bude přidělen kód, aby data nemohla být spojena s konkrétními osobami.

Prvním krokem je příprava prostředí pro zpracování dat, to bude provedeno ve statistickém programu JASP. Pro popis sociodemografických charakteristik vzorku (pohlaví, věk, typ školy, onemocnění a léčba) bude využito deskriptivní statistiky. Dále analyzované proměnné jsou následující: celkový skóre v dotazníku TAS-20 (proměnná intervalová, hodnoty 20-100), skóre subškály dotazníku TAS-20 DIF (proměnná intervalová, hodnoty 7-35), skóre subškály dotazníku TAS-20 DDF (proměnná intervalová, hodnoty 5-25), skóre subškály dotazníku TAS-20 EOT (proměnná intervalová, hodnoty 8-40) a celkový skóre v dotazníku SDDSS (proměnná intervalová, hodnoty 20-80).

Prvním krokem analýzy bude kontrola zešíkmení rozložení dat, k tomu poslouží histogramy a Kolmogorovův-Smirnovův test. V první části, konfirmační, budou ověřovány hypotézy. Pro ověření hypotézy 1, 2 a 3 bude provedena korelační analýza skóru z dotazníku TAS-20, kam zahrneme celkový skór i skóry jeho jednotlivých subškál a dotazníku SDDSS. Vzniknou tak korelační matice s vypočítanými Pearsonovými korelačními koeficienty pro jednotlivé dvojice proměnných, na jejichž základě rozhodneme o síle vztahu posuzovaných proměnných. Pro ověření hypotézy 4 a 5 zvolíme dvouvýběrový t-test, jež vyhodnotí odlišnost průměrů hrubých skóru v dotaznících u chlapců a dívek. Ve druhé části analýzy, explorační, budou do korelační analýzy zahrnuty sociodemografické charakteristiky pro zjištění dalších zajímavých vztahů.

6.5 Etika výzkumu

Vzhledem k fragilitě adolescentního období a citlivosti tématu duševních onemocnění považují za nezbytné věnovat podstatnou část přípravy právě etice výzkumu. Navrhovaný výzkum bude od počátku po jeho konec veden především etickými principy beneficence a nonmaleficence. Při dodržení níže uvedeného proběhne výzkum bez újmy zúčastněných a bude přínosem pro oblast zkoumání duševního zdraví českých adolescentů.

Participantů budou do výzkumu vstupovat na základě vlastního rozhodnutí, které doloží podepsaným informovaným souhlasem – zletilí podpisem vlastním, nezletilí podpisem zákonného zástupce. Zároveň jim bude vzhledem k citlivosti tématu zdůrazněno, že mohou z výzkumu kdykoliv odstoupit, pokud by pro ně bylo vyplňování dotazníku nějakým způsobem zatěžující. Jelikož se otázky v dotazníku mapujícími symptomy deprese dotýkají citlivých oblastí, bude všem participantům po dokončení účasti poskytnut leták s informacemi ohledně psychologické pomoci (viz Příloha 1), aby se měli kam obrátit pro případ, že zrovna procházejí nelehkým obdobím, o kterém jim není příjemné hovořit např. s rodiči, učiteli ani vrstevníky.

Po dokončení sběru dat bude každému participantovi přiřazeno kódové označení, aby byla zajištěna anonymita jeho osobních údajů. Nebude tak možné spojit vyhodnocení dotazníků s konkrétními osobami a data nebudou poskytována třetím stranám. Zúčastnění nezískají výsledek svého dotazníku, ale bude pro ně připravena varianta online debriefingu. Ten vysvětlí účel výzkumu, představí výsledky šetření jako celku a na závěr budou mít participantů možnost výzkumníky kontaktovat v případě dotazů, nejasností či připomínek.

7. Diskuse

Rešeršní část práce

Literárně přehledová část práce se zaměřila na mapování a shrnutí nejdůležitějších aspektů konceptu alexithymie a depresivní poruchy, jejich možný vztah a souvislost s obdobím dospívání. Bylo postupováno od obecnějších poznatků ke konkrétním, jež jsou stěžejní pro sestavení výzkumného problému.

Alexithymie byla představena s akcentem na okolnosti jejího vzniku a vývoje. Byla sice popsána již na psychoanalyticky orientovaných pracovištích (Freedman & Sweet, 1948; Thomä, 1996), nevedlo to však k probuzení markantnějšího zájmu o její zkoumání a oficiálně byla ustanovena až v 70. letech. Dokonce se objevily i názory, že by se koncept měl nechat úplně padnout (Thomä, 1996). Alexithymie tak neměla etapu plodného výzkumu, spíše se místy objevil tým výzkumníků, který se konceptu po nějakou dobu věnoval. Z toho důvodu bylo místy obtížné koncept alexithymie v této práci plně a efektivně obsáhnout, neexistuje příliš mnoho recentních zdrojů a ucelených náhledů na její problematiku, bylo tedy často nutné čerpat z primárních pramenů. Rovněž mapujících výzkumů není pro oblast alexithymie mnoho, boom lze zaznamenat mezi lety 2000 a 2010, a často jsou jejich výsledky protichůdné (např. otázka alexithymie a věku). Například výzkumů výskytu alexithymie v obecné populaci je málo, spíše se pozornost soustředila na komorbidity. V posledních letech je výzkumný záměr alexithymie soustředěn na etiologii, kulturní specifika, zobrazení alexithymie funkčními zobrazovacími metodami apod. (Bagby et al., 2020). Do budoucna považuji proto za vhodné věnovat více prostoru například etiologii alexithymie z neurofyziologického hlediska, což je oblast v současnosti rozvíjená.

Téma depresivní poruchy bylo oproti alexithymii mnohem snáze rešeršovatelné, jelikož se jedná o oblast probádanou, v současnosti zkoumanou a panuje v ní značná shoda odborníků. Pro sociodemografickou část bylo snazší nalézt novější zdroje, jelikož je depresivní porucha současným zájmem mnoha výzkumníků. Kapitola se z větší části věnuje projevům deprese, poněvadž je depresivní porucha jako taková nedostatečně diagnostikována (Kubínek, 2011). Léčba depresivní poruchy však například zahrnuta nebyla, protože charakter celé práce je spíše mapující. Pro čtenáře by do budoucna mohlo být přínosné zmínit například různé psychologické modely deprese (např. kognitivně-behaviorální model, psychodynamický model).

Spojení alexithymie a depresivní poruchy přineslo zajímavé poznatky o existujícím vztahu těchto konceptů. Ten byl prokázán jak v běžné, tak v klinické populaci (Leweke et al., 2015; Li et al., 2012). Úskalím může být fakt, že byla korelace těchto proměnných silnější při použití sebehodnotících metod oproti metodám vyhodnocovaným odborníky, schopnost introspekce participantů s vyššími hodnotami alexithymie totiž bývá některými autory zpochybňována (Li et al., 2015). Zároveň Hintikka et al. (2001) publikovali výsledky analýzy měřících metod, které prokázaly, že by alexithymie a deprese neměly být překrývající se, nýbrž související koncepty. Při aplikaci tohoto vztahu na adolescentní období rovněž vyvstává otázka, zda například respondentem percipované depresivní symptomy nejsou jen součástí senzitivního a místy dysforického naladění adolescentů, vyvinuté metody by však měly s tímto vlivem počítat a efektivně ho filtrovat. Řešením by také mohlo být srovnání výsledků mezi různými věkovými skupinami a longitudinální sledování proměnných. Většina studií se přiklání k hypotéze vulnerability, tzn. že alexithymie může vyvolat depresi, je ale třeba blíže zkoumat charakter vztahu těchto proměnných (Hemming et al., 2019). Kromě styčných bodů těchto konceptů by mohlo být zajímavé přidat do kapitoly oblasti, ve kterých se koncepty liší a úskalí jejich propojení.

Výzkumná část práce

Navržený výzkum má za cíl zjistit, zda a jak souvisí míra alexithymie s mírou depresivních symptomů v běžné populaci českých adolescentů. K tomu byl zvolen typ výzkumu korelační studie. Na základě podobných výzkumů ze zahraničí (viz Cerutti et al., 2020; Sfeir et al., 2020; Van der Cruisen et al., 2019) očekáváme pozitivní korelaci mezi alexithymií a depresí (zejména subškál potíže s identifikací a vyjadřováním emocí). Dále očekáváme vyšší míru alexithymie i depresivních symptomů u dívek. Vzhledem k charakteru výzkumu a tématu klinického rázu tvoří značnou část příprav etika zahrnující dobrovolnou účast, informovaný souhlas, možnost odstoupení, zajištění bezpečného prostředí, anonymitu osobních údajů a debriefing.

Protože je charakter výzkumu spíše mapující, byla zvolena kvantitativní metodika. Vybrané metody TAS-20 a SDDSS jsou standardizované a mají dobré psychometrické vlastnosti, mají však sebehodnotící administraci, jejímž úskalím je riziko zkreslení, na které upozorňoval již Li et al. (2015). Oba nástroje jsou vyhodnocovány pomocí Likertovy škály,

TAS-20 má pětistupňovou a SDDSS čtyřstupňovou, což může být pro participanty nepříjemným přechodem a může je zmást absence střední možnosti.

Jelikož sběr dat proběhne osobně, jedná se o výzkum finančně a časově náročnější, vzhledem k citlivosti zkoumané oblasti se ale tento způsob jeví jako nejvhodnější. Nevýhodou využití výzkumných týmů pro sběr dat je nemožnost kontrolovat jejich postupy, pro zpětnou kontrolu poslouží alespoň reporty o průběhu sběru dat. Zvolená varianta online debriefingu je oproti způsobu sběru dat časově a finančně nenáročná, její nevýhodou je omezení kontaktu mezi výzkumníkem a participantem. Dalším úskalím výzkumu je podmínka, aby participanti měli podepsaný informovaný souhlas. Při jeho absenci hrozí zmenšení výzkumného vzorku.

Při statistické analýze dat, zejména v explorační části je nutné dát pozor na problém mnohonásobného srovnávání při zjišťování dalších zajímavých vztahů po zahrnutí sociodemografických charakteristik do korelační analýzy. Zároveň z korelace nevyplývá kauzalita a je nutné tyto proměnné podrobit dalšímu zkoumání. Při používání diagnostických metod zůstává stěžejním principem testování nezobecňovat jen na základě jednoho nástroje, ale pokud to situace umožňuje, využít co nejvíce metod a pokusit se získat co nejvíce informací. Zpřesní se tak (zejména v klinické sféře) stanovení diagnózy a eliminuje se velké procento možného zkreslení. Samotnou diagnostiku zároveň vždy provádí odborník, my máme k dispozici pouze výsledek testu. Tato zásada se v navrženém výzkumu projeví například tím způsobem, že případné vyšší skóre v dotazníku SDDSS neinterpretujeme u participanta jako depresi, ale pouze jako dosaženou vyšší míru depresivních symptomů.

Srovnání výsledků s dalšími výzkumy

Zkoumání vztahu alexithymie a symptomů deprese v adolescenci se prozatím nevěnovalo příliš velké množství výzkumníků, v posledních letech se však tato otázka dostává více do povědomí. Návrh výzkumného projektu je inspirován především studiemi Van der Cruijnsena et al. (2019) a Sfeira et al. (2020).

Van der Cruijnsen et al. (2019) pracovali pomocí sebehodnotících metod se skupinou dospívajících ve věku 11-21 let. Pokryli tak období adolescence v celé jeho šíři a našli pozitivní korelaci alexithymie (zejména subškál potíže s identifikací a vyjadřováním emocí) a symptomů deprese a úzkosti, jimiž trpěly více dívky. Tento závěr bude pro úzeji

vymezenou skupinu adolescentů ověřovat i navrhovaný výzkum a očekává podobné výsledky. Van der Cruisen et al. (2019) navíc oproti navrhovanému výzkumu využili i dotazník pubertálního statusu, jež se ukázal být zajímavým aspektem zejména při posuzování rozdílů manifestace vztahu zkoumaných proměnných mezi pohlavími. Smysl užití dotazníku pubertálního statusu se ale pro tento návrh výzkumu snižuje, jelikož se výzkum věnuje především skupině jedinců ve střední a pozdní adolescenci.

Sfeir et al. (2020) se zaměřili na adolescenty ve věku 15-18 let a rovněž pro vyhodnocení zkoumaných proměnných využili sebehodnotící dotazníky. Publikovali závěr, že dospívající s vyšší mírou alexithymie vykazovali více symptomů deprese, takový výsledek očekává i navrhovaný výzkum. Autoři však svůj výzkum rozšířili o spektrum sociodemografických charakteristik. Zabývali se socioekonomickým statutem, rodinou, kouřením a abúzem alkoholu, zkoumali další možné souvislosti alexithymie a deprese. Výzkum byl tedy časově a finančně náročnější a vyžadoval obsáhlejší teoretický background.

Uplatnění a další aplikace a možnosti výzkumu

Výzkum má za cíl zmapovat, zda a jak souvisí míra alexithymie s mírou depresivních symptomů v běžné populaci českých adolescentů. Získáme tak údaje o korelaci těchto proměnných a připravíme půdu pro následné zkoumání jejich konkrétního kauzálního vztahu. Hemming et al. (2019) uvádějí na základě rešerše tři možné hypotézy – hypotézu vulnerability (alexithymie může vyvolat depresi), hypotézu reaktivity (deprese může vést k alexithymii) a hypotézu prosté koexistence. Navržený výzkum vedený příčným přístupem poskytne údaje o vztahu těchto proměnných v běžné populaci českých adolescentů, jelikož u nás taková data chybí. Z těchto údajů je možné dále vycházet v longitudinálním výzkumu, který podpoří jednu z hypotéz Hemminga et al. (2019).

Výzkum nabízí podkrytí další oblasti zkoumání duševního zdraví adolescentů a poskytuje pohled na možné souvislosti depresivních symptomů a osobnostního rysu alexithymie. Jelikož je práce s dospívajícími kvůli fragilitě tohoto období specifická, je důležité rozšiřovat oblast vědění. Zároveň edukace již v tomto období může velmi příznivě ovlivňovat další vývoj dospívajícího jedince. Závěry tohoto bádání jsou tedy užitečné jak pro participanty, tak pro odborníky pracující s klinickou i neklinickou populací adolescentů v nejrůznějších oblastech psychologie. Odborníci mohou na základě těchto závěrů provádět

kvalitnější diferenciální diagnostiku, zvolit vhodnější způsob léčby a modifikovat své terapeutické postupy na míru klienta s alexithymií a depresí. Příznivým efektem je rovněž spojení prevence s výzkumem formou informování zúčastněných o poskytované psychologické pomoci prostřednictvím letáku (viz Příloha 1).

Budoucí výzkum by se mohl zaměřit na další sociodemografické charakteristiky jedinců s vyšší mírou alexithymie a depresivními symptomy, nabídnout rozmanité způsoby práce s nimi, porovnávat adolescenty z běžné a klinické populace, porovnat efektivitu screeningových metod a podobně. Rovněž je důležité tyto proměnné sledovat longitudinálně, potenciál longitudinálního výzkumu totiž spočívá v objasnění dalších důležitých souvislostí. Zároveň může být pro rozšíření dat zajímavá i replikace navrhovaného výzkumu.

Závěr

Bakalářská práce na poli emocí mapovala styčné body koncepcí alexithymie a deprese, úžeji se pak zaměřovala na jejich manifestaci a možnost propojení v adolescenci. Cílem práce bylo zmapovat vztah míry rysů alexithymie a míry depresivních symptomů v běžné populaci dospívajících a přispět tím oblasti zkoumání duševního zdraví českých adolescentů.

Alexithymie jako osobnostní rys vyznačující se obtížemi v identifikaci a popisu emocí byl objeven již na psychoanalytických pracovištích. Názorově se alexithymii věnovali výzkumníci v různých zemích, objevily se však i názory proti jejímu dalšímu zkoumání. Hlavním praktickým důsledkem přítomnosti alexithymie byla nesnadná práce s klientem při terapii a negativní vliv na každodenní fungování klienta, zejména v interpersonálních vztazích. I přesto, že v průběhu let vzniklo mnoho metod pro měření alexithymie, výzkumů mapujících prevalenci a sociodemografické charakteristiky je málo. Cílem této práce bylo zaměřit se na jednu z aktuálních oblastí výzkumu alexithymie – komorbiditu s depresivní poruchou, avšak s akcentem na její symptomy v běžné populaci. Jak již bylo zmíněno, jedná se o nejrozšířenější duševní onemocnění, přesto však nebývá diagnostikována v dostatečné míře (Kubínek, 2011). Její prevalence v populaci se neustále zvyšuje, v současné době především vlivem probíhající pandemie COVID-19. Jedná se o onemocnění multifaktoriální etiologie, které se projevuje v emoční, kognitivní i somatické rovině a velmi znepokojujivá je jeho silná vazba na suicidální chování.

Alexithymie a depresivní porucha mají mnoho styčných ploch a jejich vztah byl zkoumán především na klinické populaci dospělých, s proměnnými bylo většinou nakládáno jako s přítomným či nepřítomným stavem. Spojení alexithymie a depresivní poruchy přineslo zajímavé poznatky o existujícím vztahu těchto konceptů, jež byl prokázán na klinické i běžné populaci. Neznámou však stále zůstává charakter jejich korelace. Tento vztah má smysl zkoumat již v náznacích, jelikož se jedná o kontinuum. Adolescence je pro toto zkoumání zajímavá pro svou křehkost, bouřlivost a množství probíhajících změn zejména v oblasti emocí. To dokládá například fakt, že má právě v tomto období svůj start většina psychiatrických onemocnění (Giedd et al., 2008).

Výzkumů zaměřených na zkoumání alexithymie a symptomů deprese v adolescenci není mnoho, u všech se však podařilo identifikovat vyšší míru projevů alexithymie

i symptomů deprese oproti dospělé populaci. Rovněž byla prokázána pozitivní korelace alexithymie (subškály potíže s identifikací a vyjadřováním emocí) se symptomy deprese. Těmito studii byl inspirován návrh výzkumu pro českou populaci adolescentů, který by měl reagovat na nedostatečnou probádanost této otázky u nás. Cílem bylo zmapovat, zda a jak souvisí míra alexithymie s mírou depresivních symptomů v běžné populaci českých adolescentů a tím zároveň připravit podmínky pro následné zkoumání konkrétního kauzálního vztahu těchto proměnných. K tomu bylo využito sebehodnotících metod pro měření alexithymie (TAS-20) a symptomů deprese (SDDSS), které by byly předloženy studentům středních škol ve věku od 14 do 20 let. Rovněž byl výzkum spojen s prevencí, jelikož byl pro participanty připraven leták s informacemi ohledně psychologické pomoci (viz Příloha 1).

V bakalářské práci se podařilo zmapovat a přiblížit téma, které u nás není příliš rozpracováno. V souladu se zjištěnými skutečnostmi byl rovněž navržen plán výzkumu, který bude u nás první tohoto typu a otevře další oblasti a možnosti zkoumání. Všech cílů práce tedy bylo dosaženo. Poznatky plynoucí z výzkumu odkryjí další oblasti zkoumání duševního zdraví adolescentů a využijí je ve své praxi odborníci pracující s populací dospívajících v klinické i neklinické sféře.

Seznam použité literatury

- Akhtar-Danesh, N., & Landeen, J. (2007). Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-1-4>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe-Testcentrum.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- APA. (2019). *Depression Assessment Instruments*. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression. <https://www.apa.org/depression-guideline/assessment>
- Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., Sandhu, R., & Sharma, S. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 449-461. <https://doi.org/10.2147/NDT.S39776>
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2020). Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 131. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109940>
- Bailey, P. E., & Henry, J. D. (2007). Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research*, 150(1), 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.024>
- Baštecký, J. (1993). *Psychosomatická medicína* (1. vyd.). Grada.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Bhatia, S. K., & Bhatia, S. C. (2007). Childhood and Adolescent Depression. *Am Fam Physician*, 75(1), 73-80.
- Birmaher, B., Arbelaez, C., & Brent, D. (2002). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 11(3), 619-X. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(02\)00011-1](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(02)00011-1)

- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., Graaf, G., Demyttenaere, K., Hu, Ch., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Browne, M. O., Posada-Villa, J., ..., & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, *9*(1), 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Bueno-Notivol, J., Garcia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*, *21*(1), 100196.31. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- Cerutti, R., Spensieri, V., Presaghi, F., Renzi, A., Palumbo, N., Simone, Solano, L., & Di Trani, M. (2020). Alexithymic Traits and Somatic Symptoms in Children and Adolescents: a Screening Approach to Explore the Mediation Role of Depression. *The Psychiatric quarterly*, *91*(2), 521-532. <https://doi.org/10.1007/s1126-020-09715-8>
- Daňková, Š. (2011). *Analýza: EHIS – výskyt deprese a návštěvy psychologa v EU*. Demografie. http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=781
- Daňková, Š., & Otáhalová, H. (2017). Zdravotní stav české populace podle výběrového šetření o zdraví EHIS. *Demografie*, *59*(3), 258-272.
- De Gennaro, L., Martina, M., Curcio, G., & Ferrara, M. (2004). The relationship between alexithymia, depression, and sleep complaints. *Psychiatry Research*, *128*(3), 153-258. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.05.023>
- Dolejš, M. (2018). *Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS): příručka pro praxi*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dudová, I. (2007). Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. *Pediatr. pro praxi*, *1*, 29-31.
- Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Galea, S. (2020). Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, *3*(9). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>

- Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, Ch., Hardt, J., Decker, O., & Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 54-62. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0265-1>
- Freedman, M. B., & Sweet, B. S. (1954). Some Specific Features of Group Psychotherapy and Their Implications for Selection of Patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4(4), 355-368. <https://doi.org/10.1080/00207284.1954.11508548>
- Freyerbeger, H. (1977). Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia. *Psychother. Psychosom.* 28, 337-342. <https://doi.org/10.1159/000287080>
- Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in clinical neuroscience*, 22(1), 7-15. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel>
- Giedd, J. N., Keshavan, M., & Paus, T. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature reviews. Neuroscience*, 9(12), 947-957. <https://doi.org/10.1038/nrn2513>
- Goetz, M. (2005). Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatr. pro praxi*, 6(6), 271-274.
- Gold, S. M., Köhler-Forsberg, O., Moss-Morris, R., Mehnert, A., Jaime Miranda, J., Bullinger, M., Steptoe, A., Whooley, MA., & Otte, Ch. (2020). Comorbid depression in medical diseases. *Nature Reviews Disease Primers* 6(69), 1-22. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0200-2>
- Hamaideh, S. H. (2017). Alexithymia among Jordanian university students: Its prevalence and correlates with depression, anxiety, stress, and demographics. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 274-280. <https://doi.org/10.1111/ppc.12234>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-61. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hartl, P. (2010). *Velký psychologický slovník* (Vyd. 4., V Portálu 1.). Portál.
- Helmers, K. F., & Mente, A. (1999). Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 635-645. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00067-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00067-7)

- Hemming, L., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). Alexithymia and Its Associations With Depression, Suicidality, and Aggression: An Overview of the Literature. *Front. Psychiatry, 10*(203), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00203>
- Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod zpracování dat: Analýza a metaanalýza dat*. Portál.
- Hiirola, A., Pirkola, S., Karukivi, M., Markkula, N., Bagby, R., Joukamaa, M., Jula, A., Kronholm, E., Saarijärvi, S., Salminen, J., Suvisaari, J., Taylor, G., & Mattila, A. (2017). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia over 11 years in a Finnish general population. *Journal of Psychosomatic Research, 95*, 81–87. <https://10.1016/j.jpsychores.2017.02.007>
- Hintikka, J., Honkalampi, K., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001). Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: a study in a general population. *Comprehensive psychiatry, 42*(3), 234-239. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.23147>
- Hesse, C., & Gibbons, S. (2019). The longitudinal effects of alexithymia on romantic relationships. *Personal Relationships, 26*(4), 566-585. <https://doi.org/10.1111/pere.12294>
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research, 48*(1), 99-104. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(99\)00083-5](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(99)00083-5)
- Hoppe, K. D. (1977). Split brains and psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly, 46*(2), 220-224.
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., & Malá, E. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Portál.
- Horwitz, E., Lennartsson, A.-K., Theorell, T. P. G., & Ullén, F. (2015). Engagement in dance is associated with emotional competence in interplay with others. *Frontiers in Psychology, 6*, 1096. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01096>

- Hozoori, R., & Barahmand, U. (2013). A Study of the Relationship of Alexithymia and Dissociative Experiences with Anxiety and Depression in Students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 84, 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.522>
- Janů, L., & Racková, S. (2007). Jak správně poznat a léčit depresi. *Med. praxi*, 4(1), 24-27.
- Karukivi, M., Pölönen, T., Vahlberg, T., Saikkonen S., & Saarijärvi, S. (2014). Stability of alexithymia in late adolescence: results of a 4-year follow-up study. *Psychiatry research*, 219(2), 386-390. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.058>
- Kasal, A., Bechyňová, L., Daňková, Š., Melicharová, H., & Winkler, P. (2019). *Situační analýza prevence sebevražd v České republice: Podklady pro Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030*. Světová zdravotnická organizace.
- Kokkonen, P., Karbonem, J. T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M. R., & Joukamaa, M. (2001). Prevalence and Sociodemographic Correlates of Alexithymia in Population Sample of Young Adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 471-476. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.27892>
- Koutek, J. (2007). *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a u dospívajících* (Vyd. 2.). Portál.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(5-6), 305-315. <http://dx.doi.org/10.1037/t00788-000>
- Kovařík, Š. (2002). *Deprese* (1. Vyd.). Fragment.
- Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie. 4., přepracované a doplněné vydání* (1. elektronické vydání). Grada.
- Kryl, M. (2001). Deprese v somatické medicíně. *Interní Med*, 3(11), 4-8.
- Kubínek, R. (2011). Deprese v ordinaci praktického lékaře. *Med. praxi*, 8(10), 424-427.
- Kugel, H., Eichmann, M., Dannlowski, U., Ohrmann, P., Bauer, J., Arolt, V., Heindel, W., & Suslow, T. (2008). Alexithymic features and automatic amygdala reactivity to facial emotion. *Neuroscience letters*, 435(1), 40-44. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2008.02.005>

- Kulišťák, P., et al. (2017). *Klinická neuropsychologie v praxi* (1. elektronické vydání). Karolinum.
- Langmeier, J. (2006). *Vývojová psychologie. 2., aktualizované vydání* (1. elektronické vydání). Grada.
- Laricchuta, D., Petrosini, L., Picerni, E., Cutili, D., Lorio, M., Chiapponi, C., Caltagirone, C., Piras, F., & Spalletta, G. (2015). The embodied emotion in cerebellum: a neuroimaging study of alexithymia. *Brain structure & function*, 220(4), 2275-2287. <https://doi.org/10.1007/s00429-014-0790-0>
- Lee, F. S., Heimer, H., Giedd, J. N., Lein, E. S., Šestan, N., Weinberg, D. R., & Casey, B. J. (2014). Mental health. Adolescent mental health--opportunity and obligation. *Science*, 346(6209), 547-549. <https://doi.org/10.1126/science.1260497>
- Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M., & Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(3), 190-203. <https://doi.org/10.1037/a0015652>
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders? *Psychopathology*, 45(1), 22-28. <https://doi.org/10.1159/000325170>
- Lewis, M. (2002). *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive textbook* (3th ed.). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Li, S., Zhang, B., Guo, Y., & Zhang, J. (2015). The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. *Psychiatry research*, 227(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.006>
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8(1), 2861. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>
- Luminet, O., Bagby, R., & Taylor, G. (Eds.). (2018). *Alexithymia: Advances in Research, Theory and Clinical Practice*. Cambridge University Press.
- Macek, P. (2003). *Adolescence. Druhé, upravené vydání* (1. elektronické vydání). Portál.

- Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*, 629-635. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.04.013>
- Mattila, A. K. (2009). *Alexithymia in Finnish general population*. Tampere University Press: Taju.
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: A Psychoanalytic Viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *38*, 81-90. <https://doi.org/10.1159/000287617>
- Meza-Concha, N., Arancibia, M., Salas, F., Behar, R., Salas, G., Silva, H., & Escobar, R. (2017). Towards a neurobiological understanding of alexithymia. *Medwave*, *17*(4). <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.04.6960>
- MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabeleární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2021.* (2020). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. <https://mkn10.uzis.cz>
- Mohapl, P. (1984). Alexithymie. In: *Acta Universitatis Palackianae Olomouensis, Facultas Philosophica, Pedagogica-Psychologica 22. Varia psychologica III.* SPN, 99-108.
- Mojtabai, R., Olfson, M., & Han, B. (2016). National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*, *138*(6), e20161878. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, *134*, 382-389. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, Ch., & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large Japanese community and clinical samples: A cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *BioPsychoSocial Medicine*, *1*, 7. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-1-7>
- Nakonečný, M. (2013). *Lexikon psychologie* (2., podstatně rozšířené vydání). Nakladatelství Vodnář.
- Národní ústav duševního zdraví. (2021, 15. února). *V důsledku pandemie covid-19 se s duševním onemocněním potýká téměř každý třetí dospělý. Podporu nabídne nový web.*

<https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-opatruj-se.pdf?fbclid=IwAR2w078kY1hL-bpyVv5GhPUeM6snsiHFITl23WWBoDjKfnymqaj0EHgyKIY>

- Novák, T. (2021). *Jak častá je deprese*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
<http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/poruchy-nalady/jak-casta-je-deprese/>
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D. C., & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 2, 16065. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: Relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry*, 30(5), 434-441. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(89\)90009-6](https://doi.org/10.1016/0010-440X(89)90009-6)
- Praško, J. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch* (Vyd. 1.). Triton.
- Praško, J. (2015). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději* (Vydání třetí). Portál.
- Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce Alexithymie. *E-Psychologie*, 3(3), 34-45.
- Raboch, J. (2011, 8. 2.). *Aktuální pohledy na diagnostiku a léčbu depresivní poruchy*. zdravi.euro.cz. <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/aktualni-pohledy-na-diagnostiku-a-lecbu-depresivni-poruchy-457925>
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality. The core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10(3), 134-144.
- Saito, M. S., Iwata, N., Kawakami, N., Matsuyama, Y., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., Tachimori, H., Uda, H., Nakane, H., Watanabe, M., Naganuma, Y., Furukawa, T. A., Hata, Y., Kobayashi, M., Miyake, Y., Takeshima, T., & Kikkawa, T. (2010). Evaluation of the DSM-IV and ICD-10 criteria for depressive disorders in a community population in Japan using item response theory. *International journal of methods in psychiatric research*, 19(4), 211-222. <https://doi.org/10.1002/mpr.320>
- Säkkinen, P., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., Haataja, R., & Joukamaa, M. (2007). Psychometric properties of the 20-item toronto alexithymia scale and prevalence of

- alexithymia in a finnish adolescent population. *Psychosomatics*, 48(2), 154-161.
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.2.154>
- Saluja, G., Lachan, R., Scheidt, P. C., Overperck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 158(8), 760-765.
<https://doi.org/10.1001/archpedi.158.8.760>
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *The Psychiatric clinics of North America*, 35(1), 51-71.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>
- Sfeir, E., Geara, C., Hallit, S., & Obeid, S. (2020). Alexithymia, aggressive behavior and depression among Lebanese adolescents: A cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 14(32), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00338-2>
- Sifneos, P., E. (2000). Alexithymia, Clinical Issues, Politics and Crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(3), 113. <https://doi.org/10.1159/000012377>
- Spalletta, G., Pasini, A., Costa, A., De Angelis, D., Ramundo, N., Paolucci, S., & Caltagirone, C. (2001). Alexithymic features in stroke: effects of laterality and gender. *Psychosomatic medicine*, 63(6), 944-950. <https://doi.org/10.1097/00006842-200111000-00013>
- Spitzer, C., Siebel-Jürges, U., Barnow, S. Grabe, H. J., & Freyberger, H. J. (2005). Alexithymia and Interpersonal Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4), 240-246. <https://doi.org/10.1159/000085148>
- Svoboda, M. (2013). *Psychodiagnostika dospělých* (Vydání první). Portál.
- Thomä, H. (1996). *Psychoanalytická praxe* (1. vyd.). Pallata.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt* (Vydání první). Portál.
- ÚZIS (2021). *Mezinárodní klasifikace nemocí – Příprava MKN-11*.
<https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci#mkn11>

- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social science & medicine (1982)*, *71*(2), 305-313.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.035>
- Van der Crujisen, R., Murphy, J., & Bird, G. (2019). Alexithymic traits can explain the association between puberty and symptoms of depression and anxiety in adolescent females. *PloS one*, *14*(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210519>
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (Druhé rozšířené a přepracované vydání). Nakladatelství Karolinum.
- Von Rad, M., & Rüppell, A. (1975). Combined Inpatient and Outpatient Group Psychotherapy: A Therapeutic Model for Psychosomatics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *26*(4), 237-243. <https://doi.org/10.1159/000286935>
- Wittchen, H. U., Knauper, B., & Kessler, R. C. (1994). Lifetime risk of depression. *Brit. J. Psychiatr. Suppl.*, (26), 16-22.
- World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Seznam obrázků

Obrázek 1: <i>Multifaktoriální pohled na vznik depresivní poruchy</i> (Praško, 2015)	21
Obrázek 2: <i>Vznik psychických poruch v adolescenci</i> (Lee et al., 2014)	29

Seznam zkratek

APA	American Psychological Association; Americká psychologická asociace
DDF	Difficulties Describing Feelings; obtíže s vyjadřováním emocí
DIF	Difficulties Identifying Feelings; obtíže s identifikací emocí
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
EHIS	European Health Interview Survey; Evropské výběrové šetření o zdraví
EOT	Externally Oriented Thinking; externě orientované myšlení
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
SDDSS	Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché
TAS-20	Toronto Alexithymia Scale
WHO	World Health Organization; Světová zdravotnická organizace

Příloha 1: Leták s informacemi ohledně psychologické pomoci pro dospívající

KAM SE OBRÁTIT?

Milý studente,

děkuji za to, že jsi věnoval(a) čas vyplnění dotazníku a pomohl(a) tak výzkumu duševního zdraví adolescentů v České republice.

Pokud potřebuješ nebo v budoucnu budeš potřebovat pomoc ty sám(a) a nebudeš se chtít svěřit svým nejbližším, neváhej se obrátit na následující místa:



Telefonická pomoc (všechny fungují nonstop)

1. Linka bezpečí – tel. **116 111**
2. Pražská linka důvěry – tel. **222 580 697**
3. Dětské krizové centrum – tel. **241 484 149**
nebo **777 715 215**

Chatová pomoc

1. Modrá linka (chat.modralinka.cz)
2. Linka bezpečí (elinka.internetporadna.cz)

Jedná se o pracoviště s vyškolenými odborníky, kteří každý den pomáhají řešit náročné životní situace, ale také každodenní starosti a obtíže.

V případě potřeby či dotazů mě můžeš kontaktovat na e-mailu g.kosjukova@gmail.com.