



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

# Sebereflexe u klientů s psychosomatickými poruchami

Vypracovala: Aneta Salzerová  
Vedoucí práce: PhDr. Filip Abramčuk

České Budějovice 2015

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

**V Českých Budějovicích dne:**

**Podpis:**

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce PhDr. Filipu Abramčukovi, který mé téma podporoval a udělil mi cenné rady. Dále děkuji všem terapeutům, kteří se mnou spolupracovali a pomohli mi získat respondenty. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svým blízkým za podporu.

## **Anotace**

V této práci se zabývám psychosomatickými poruchami v souvislosti se sebereflexí, alexithymií a všímavostí. Bakalářská práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. V teoretické části popisuji, co je předmětem psychosomatiky a jaké jsou formy sebereflexe. Zmiňuji také terapeutické přístupy a vysvětluji problematiku duševní nemoci alexithymie. Poslední kapitola je zaměřená na schopnosti spojené s všímavostí. Praktická část je kvantitativní a najdeme zde srovnání jednotlivých hodnot v dotaznících na alexithymii (TAS-20), sebereflexi (Škála sebereflexe a vhledu) a všímavost (Dotazník pěti aspektů všímavosti). Cílem je prozkoumat, jaké jsou rozdíly v dotaznících a zjistit, jestli s tím souvisí terapeutická sezení.

Klíčová slova: psychosomatika, sebereflexe, mindfulness, alexithymie, emoce, terapie.

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with psychosomatic disorders in connection with self-reflection, alexithymia and mindfulness. The work is divided into theoretical and practical part. There is a description of what is a subject of psychosomatic medicine and what are different forms of self-reflection in theoretical part. In this part, there are also described some therapeutic approaches and it is explained what is a problem of psychic disorder called alexithymia. Last chapter is about abilities which are connected with mindfulness. Quantitative practical part compares scores in Toronto-Alexithymia Scale, Self-reflection and Insight Scale and Five Facet Mindfulness Questionnaire with one another. The aim of this thesis is explore the variances in these questionnaires and find out if there is some connection with therapeutic sessions.

Key words: psychosomatic, self-reflection, mindfulness, alexithymia, emotion, therapy.

# Obsah

Úvod.....	7
<b>Teoretická část.....</b>	<b>8</b>
<b>1 Psychosomatika.....</b>	<b>8</b>
1.1 Rozvoj poruchy.....	8
1.2 Psychosomatika a medicína.....	9
1.2.1 Psychosomatická medicína a její vývoj.....	9
1.2.2 Rozdělení psychosomatických chorob.....	10
1.3 Somatoformní poruchy.....	11
1.3.1 Somatizační porucha.....	11
1.3.2 Hypochondrická porucha.....	13
1.3.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce.....	13
1.3.4 Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha.....	13
1.3.5 Jiné somatoformní poruchy.....	14
1.4 Terapie psychosomatických poruch.....	14
1.4.1 Kognitivně-behaviorální terapie.....	15
1.4.2 Psychodynamická psychoterapie.....	17
1.4.3 Výzkum efektu psychoterapie.....	17
<b>2 Sebereflexe.....</b>	<b>18</b>
2.1 Měření sebereflexe.....	19
2.1.1 Škála osobního sebeuvědomění – PrSCS.....	19
2.1.2 Škála sebereflexe a vhladu – SRIS-SR a SRIS-IN.....	20
2.2 Sebereflexe a emoce.....	21
2.2.1 Sebereflexe a deprese.....	22
2.2.2 Sebereflexe a spokojenost.....	23
2.2.3 Sebereflexe a seberegulace.....	25
<b>3 Alexithymie.....</b>	<b>26</b>
3.1 Rozdělení.....	26
3.2 Nervová aktivita.....	27
3.3 Alexithymie a psychosomatika.....	28
3.3.1 Emoce a stres.....	29
3.3.2 Chronická bolest.....	30
3.4 Alexithymie a terapie.....	31
3.4.1 Úspěšnost léčby.....	31
3.4.2 Proměnlivost symptomů.....	32
<b>4 Mindfulness.....</b>	<b>34</b>
4.1 Účinky všímavosti.....	34
4.1.1 Účinky na nervový systém.....	35
4.1.2 Schopnosti spojené s všímavostí.....	36
4.2 Terapie.....	36

4.2.1 Rozvíjení všímavosti.....	37
4.3 Narušení všímavosti.....	38
4.3.1 Vývojové příčiny.....	39
<b>5 Výzkumný problém a cíl výzkumu.....</b>	<b>39</b>
5.1 Výzkumný problém.....	39
5.2 Cíl výzkumu.....	41
<b>6 Hypotézy.....</b>	<b>41</b>
<b>7 Výzkumný vzorek.....</b>	<b>41</b>
7.1 Průběh výzkumu.....	42
<b>8 Metody měření.....</b>	<b>43</b>
8.1 TAS-20 – Toronto Alexithymia Scale.....	44
8.2 FFMQ – Five facet mindfulness questionnaire.....	45
8.3 SRIS – Self-Reflection and Insight Scale.....	46
8.4 Administrace dotazníků.....	47
<b>9 Analýza dat.....</b>	<b>47</b>
9.1 Výsledky testů .....	48
9.2 Výsledky korelací.....	51
9.2.1 Ověření hypotéz.....	55
<b>10 Diskuze.....</b>	<b>56</b>
<b>11 Závěr.....</b>	<b>58</b>
<b>Souhrn.....</b>	<b>60</b>
<b>Literatura.....</b>	<b>62</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>65</b>

## Úvod

V dnešní době roste zájem o psychosomatiku, která nabízí odhalení psychických příčin nemocí a poskytuje nám širší náhled na naši nemoc, než jakou nalézáme u klasické medicíny. Někteří lidé tak mohou své dlouhodobé potíže přisoudit vlivu stresujícího prostředí ve kterém se pohybují nebo přijdou například na to, že když intenzivně prožívají své problémy, začnou současně trpět i somatickými potížemi. Takovému prozření však často předchází časté návštěvy u lékaře a zdlouhavá vyšetření, kdy se neodhalí žádná objektivní příčina. Pacientovi pak může být předkládáno, že jeho stížnosti jsou přehnané a neopodstatněné. Pokud se pacient setká s tímto přístupem, zvyšuje je to jeho úzkost a poté se obrací na psychologickou pomoc. Díky psychoterapii nahlíží na svou nemoc i ve světle svých životních událostí a lépe chápe souvislosti mezi jeho nemocí a psychickým stavem.

V této práci mám za cíl kvantitativně prozkoumat klienty s psychosomatickými potížemi, kteří podstupují psychoterapii. Zaměřím se na souvislost mezi alexithymií a psychosomatickými poruchami, které mohou být dále ovlivněny sebereflexí a mindfulness. Kromě výzkumu psychoterapie se budu zabývat již zmíněnými seberefektivními tendencemi ve vztahu k dalším psychickým jevům a osobnostním proměnným. Chci zjistit jestli délka terapie souvisí s rozvíjející se sebereflexí. Tato práce by mohla upozornit na sebereflexi jako na důležitou vlastnost ovlivňující terapii a také na alexithymii jako na příčinu některých psychosomatických potíží. Dále také na alexithymii a sebereflexi ve vztahu ke všímavosti.

# Teoretická část

## 1 Psychosomatika

Psychosomatika se zabývá psychologickými a sociálními faktory, které vzájemně ovlivňují tělesný stav. Zabývá se jednak psychickými příčinami, které mohou vést k onemocnění, ale také biopsychosociálními vlivy zpětně působícími na průběh nemoci, přičemž zdůrazňuje právě význam psychických faktorů. Je to samostatný klinický obor, jehož náplní je lékařská a psychotherapeutická léčba nemocí, kde je původní příčinou vzniku a zhoršení nemoci psychický stav pacienta. Ten může být dále ovlivněn jeho bezprostředním okolím, potažmo kulturou a společností.

Za obecné příčiny psychosomatických onemocnění se považují extrémní psychické zátěže a vztahové i intrapsychické konflikty. Stejně stresující faktory mohou způsobit u lidí odlišná onemocnění nebo mohou nejrůznější náročné životní situace vést ke stejné nemoci. Avšak psychosomatická reakce je ve své podstatě přirozená, protože každý pocit vyvolává v těle nějaké změny stejně jako tělesný stav působí na naše prožívání (Morschitzky & Sator, 2007). Například Otto Fenichel, žák Sigmunda Freuda se ve čtyřicátých letech nad pojmem psychosomatika zamýšlel a pojímal ho kriticky. Prohlásil, že vlastně žádné onemocnění není zbaveno psychických vlivů, protože duševní stav působí nejen na základní biologické funkce organismu, ale třeba i na odolnost proti infekcím (Danzer, 2001).

### 1.1 Rozvoj poruchy

Empirické výzkumy dokládají, že u pacientů dojde k psychické symptomatice nejčastěji po výrazné negativní události jako je ztráta blízké osoby. Také se zjistilo, že kromě dědičných vlivů působí na psychogenně nemocné lidi i stresující prostředí v dětství. Na rozdíl od zdravých lidí mnohem častěji čelili dětské traumatizaci (velmi konfliktní rodina, emocionální chlad na straně matky apod.) Poté vytvářejí neuspokojivé vztahy vedoucí častěji ke konfliktním situacím, které u nich spouštějí symptomy. Psychosociální onemocnění tedy můžeme považovat také jako důsledek toho, že má člověk problémy s



přizpůsobením. Pacienti totiž nedokáží své pocity vyjadřovat adekvátně a na různé životní situace reagují jednotvárně, což vyvolává napětí ve vztahu k druhým i k sobě samým. Aniž by si toho všímali, stále pokračují ve svých charakteristických vzorcích chování (Tress et al., 2008). Proces, kdy potlačujeme vnitřní konflikty a vyhýbáme se plnému uvědomění, který známe už od dob Freuda, vede nakonec k tomu, že se obsahy mysli a psychiky manifestují do somatických symptomů (Danzer, 2001). Podle psychoanalýzy se tak na základě skutečné či představované situace vyvolá tělesná reakce, jež bývá zpravidla intenzivnější než běžný tělesný doprovod emocionální reakce. K takovému zvýšení fyzické tenze přispěje právě potlačení nějaké emoce. Franz Alexander jako průkopník psychosomatiky již dříve zjistil, že reakce sympatiku je zvýšená v situaci úzkosti a vede k tendenci reagovat útokem či útekem. Parasympatická reakce zase způsobuje závislost či přizpůsobení. Připravenost k boji či útěku na základě sympatické reakce se někdy projeví jako svalová bolest (Poněšický, 2012).

## **1.2 Psychosomatika a medicína**

Psychosomatika má zájem o integraci svých vlastních vědeckých otázek a terapeutické kompetence s medicínskými obory. Chce tak vyplnit mezery, které jsou způsobené metodologickými deficity v lékařství a jednotvárnou diagnostikou bez zřetele na osobnost a psychosociální kontext. Každá choroba totiž vzniká v kontextu celé biografie pacienta a dá se také se z tohoto úhlu pohledu posoudit a zaevidovat. Například u chronických nemocí je na straně lékařů nutné vyvinout větší snahu, aby pacienti svým nemocem lépe porozumněli a následně přijali potřebnou terapii. Stává se, že pacienti odmítají plán léčby přijmout, protože nerozumí tomu, co je na pozadí jejich nemoci a nakolik je pro ně terapie důležitá. Integrativní psychosomatika zde může pomoci v komunikaci mezi pacientem a lékařem, který by se měl nejen naučit naslouchat jeho výtkám a obavám, ale také mu přeložit odborný lékařský jazyk do srozumitelnější podoby. Až budou sestry a lékaři vybaveni základními psychosomatickými znalostmi, zabrání se tomu, aby člověk s psychogenním onemocněním podstupoval zdlouhavá a nákladná vyšetření, které nemusí přinést žádné výsledky (Danzer, 2001)

### **1.2.1 Psychosomatická medicína a její vývoj**

Začátkem sedmdesátých let zavedl primář MUDr. Jiří Šavlík lůžkové interní oddělení pro psychosomatické pacienty v Třebotově, ale jeho návrh sociopsychosomatické péče byl

bohužel za tehdejšího režimu zamítnut. Jinde ve světě se psychosomatická medicína rovněž nepřijímala. Svědčí o tom vyřazení pojmu psychosomatické onemocnění z mezinárodní klasifikace nemocí v roce 1977. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se tento pojem obtížně vymezuje, když připustíme, že každou nemoc ovlivňují jak somatické, tak i psychické faktory. Asi v polovině 20. století však zasahovala psychosomatika i do jiných vědních disciplín. Nejvíce psychosomaticky orientovaná byla neurologie, která dříve kladla důraz i na rodinné souvislosti pacienta, ale postupem času se od tohoto přístupu ustoupilo a pacient dnes nemá šanci svou nemoc řešit a je pouze odkázán na dlouhodobé užívání medikamentů. I když se přibližně od sedmdesátých let uznal vliv psychiky i na choroby jako je infekce, onemocnění krevního oběhu, nemoci látkové výměny, medicína zůstávala pozadu. (Trapková, 2004).

V současnosti byla uznána novela Vyhlášky 185/2009 o psychosomatickém vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Při psychosomatické léčbě lze totiž dobře využít kromě nejrůznějších metod i techniku moderní medicíny. Dnes se diskutuje o vymezení psychosomatické praxe, která by se měla odlišit od postupů alternativních léčitelů. Alternativní medicína i psychosomatika oproti klasické medicíně předpokládají, že primární vliv na nejrůznější nemoci má psychická či emocionální dysbalance. Psychosomatika však usiluje o prosazení do medicíny a proto chce vytvořit svůj vlastní teoretický výklad praxe založený na psychoterapeutické teorii, která ji bude odlišovat od některých alternativních technik (akupunktura, homeopatie) tím, že se jejich úspěch bude snažit vysvětlit racionálně (Chvála, 2013)

### **1.2.2 Rozdělení psychosomatických chorob**

První kategorií jsou poruchy celkového tělesného schématu, které se vyznačují tělesnými symptomy a nedochází přitom k narušení nervového systému či k poruše tkání. Pokud se ale opakují příliš často, může dojít k rozvinutí nemoci.

Do druhé kategorie se zahrnují funkční poruchy, které se vyznačují tím, že nefunguje správně autonomní nervový systém a není to způsobené organickou příčinou. První podkategorie jsou somatoformní poruchy, kdy dochází k poruše vegetativních funkcí, ale při vyšetření se nenajde objektivní příčina. Další podkategorií jsou disociativní poruchy, které způsobují neschopnost kontrolovat tělesné pohyby a narušené smyslové vnímání. Symptomy často nekorespondují s reálnými fyziologickými mechanismy, protože u pacienta došlo k dezintegraci psychických a tělesných funkcí.

Třetí kategorií jsou psychosomatické poruchy v užším smyslu. Jedná se o poškození orgánů a tělesných funkcí, které bez přihlídnutí k psychickým příčinám nemůžeme vysvětlit. Nejdříve se musí prozkoumat organická porucha a poté psychologické faktory

Poslední kategorií jsou somatopsychická onemocnění. Nejdříve se rozvine tělesná choroba a následkem obtíží se mohou vyskytnout psychické problémy a duševní symptomy bezprostředně spojené s danou nemocí (Morschitzky & Sator, 2007)

### **1.3 Somatoformní poruchy**

V mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 najdeme pod označením F45 somatoformní poruchy. V těchto případech je většinou potlačena pacientova psychická energie a v důsledku toho se objeví nepříjemné tělesné pocity. Někdy se u těchto pacientů setkáváme s depresí nebo úzkostnými stavy a poruchy se později stávají chronickými (Morschitzky & Sator 2007).

Z psychologického hlediska je časté nízké sebevědomí, ale předmětem spekulací je funkce symptomů. Mohou sloužit jako únik před odpovědností a vyjádřením emocí nebo symptomy jako je například bolest, symbolicky vyjadřují určité potřeby. Behaviorální pohled zdůrazňuje vliv rodičů, které imitujeme a jejichž nadměrná pozornost pro somatické potíže nejrůznějšího druhu nebo naopak fyzické trestání, může být příčinou pozdějšího výskytu symptomů (Praško et.al., 2002).

#### **1.3.1 Somatizační porucha**

Požadavkem pro stanovení diagnózy je, že rozmanité, opakující se a měnící se tělesné potíže (zpravidla gastrointestinální a nervové) trvají nejméně 2 roky. Pacient obvykle mezitím vystřídá řadu vyšetření bez objektivního výsledku a je svými příznaky velmi zaujat, líčí je velmi dramaticky. Často je přítomna depresivní nálada a úzkost, které mohou odůvodňovat specifickou léčbu. Poměr žen k mužům bývá udáván od 5:1 až po 20:1. Objevuje se spíše v nižších socioekonomických skupinách a u osob s nižším vzděláním. Ve studii Who bylo zjištěno, že 3% pacientů v primární péči vykazuje příznaky této diagnózy. Také se zjistilo se, že velká depresivní porucha se objevuje přibližně u 55% pacientů trpících somatizační poruchou, generalizovaná úzkostná porucha u 34% a panická porucha v 26% případů.

Příčinou jsou zpravidla stresové události nebo interpersonální problémy. Je mnohem častější u žen než u mužů (udává se poměr asi 20:1). Kromě hereditálních vlivů poukazují

studie s evokovanými potenciály na neuropsychologické defekty. U této poruchy se vyskytovala nadměrně těkavá pozornost, problém s přivykáním na opakované podněty a tendence tvořit kognitivní konstrukce na základě vjemů nebo náhodných podnětů namísto racionálních myšlenkových operací.

Porucha se zpravidla objevuje před 30 rokem života a průběh poruchy bývá chronický a kolísavý. Zhoršení příznaků nastává v důsledku stresu nebo životních změn a často je doprovázeno narušeným chováním v mezilidských vztazích. Podle klinických zjištění trvá průměrná epizoda kolem 6-9 měsíců a dočasné vymizení symptomů trvá zhruba do jednoho roku.

Zvláštním typem je nediferencovaná somatizační porucha, která trvá kratší dobu než klasická somatizační. Vyznačuje se stejnou etiopatogenezí a podobnými projevy až na to, že líčení tělesných příznaků nebývá tak dramatické (Praško et. al., 2002).

### **1.3.2 Hypochondrická porucha**

Člověk s touto diagnózou se úzkostně zabývá svými tělesnými vjemy nejméně 6 měsíců a trpí přesvědčením, že má jednu nebo více závažných nemocí. Ve studii WHO bylo zjištěno, že 1% pacientů v primární péči splňuje diagnostická kritéria hypochondrické poruchy. Objevuje se většinou na prahu adolescence a dospělosti, přičemž dobrou prognózu mají pacienti s vyšším socioekonomickým statusem a bez poruchy osobnosti. Obvykle se pacient domnívá, že je nějaký jeho orgán poškozen nebo nefunguje správně a chodí kvůli tomu na nejrůznější vyšetření. Svou domněnku o diagnóze si chce potvrdit, a proto odmítá ujištění lékaře a jeho rady. Strach z nemoci je způsoben tím, že všední tělesné pocity vnímá jako patologické, a tak se obvykle přidružují depresivní a úzkostné příznaky.

Příčina nemoci bývá útekem od konfliktní životní situace a na místo řešení se člověk zabývá sebepozorováním. Z psychologického hlediska se dále může jednat o hněv, který byl spojený se zklamáním a odmítutím v minulosti, takže ho pacient nyní vyjadřuje vybízením druhých k pozornosti a pomoci. Někdy mají tito pacienti tendenci ke sníženému prahu bolesti a trpí zvýšenou citlivostí k tělesným pocitům. To se projevuje tak, že ve stresové situaci vnímají některé tělesné vjemy jako hrozbu, což vede ke zvýšení fyziologické aktivace nervového systému a to dále vyvolá skutečné tělesné příznaky, které utvrzují pacienta v jeho diagnóze (Praško et.al., 2002).

### **1.3.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce**

Postižený si stěžuje na problémy s kardiovaskulárním, gastrointestinálním, urogenitálním nebo respiračním orgánovým systémem, který je pod vegetativní inervací. Ačkoli neexistuje důkaz o narušení funkce nebo struktury těchto orgánů, pacient nepřijímá ujištění lékaře a je dál zaujat svými vegetativními příznaky. Průběh této poruchy, kdy bývá pacient přesvědčen o své chorobě, je chronický a vyznačuje se remisemi v období zvýšeného stresu. Můžeme rozeznat příznaky dvojího druhu. Do první kategorie patří pacienti, jejichž problémy jsou založené na objektivních příznacích jako je pocení, červenání a druhý typ trpí subjektivními symptomy jako je pocit prchavé bolesti, pálení, tíže. U některých pacientů předchází vzniku příznaků dlouhodobý stres nebo obtížná životní situace (Praško et.al., 2002).

### **1.3.4 Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha**

Pacienti si stěžují na přetrvávající a palčivou bolest v jednom místě nebo na různých částech těla. I když plně rozvinutá porucha postihuje jen 1% nemocných, v mírnější podobě ji najdeme až u 15% pacientů. Dvakrát častěji se nemoc rozvine u žen než u mužů a k jejímu nárustu dochází během týdnů až měsíců. Psychogenní původ této nemoci poznáme podle toho, že je bolest monotónní a vzdoruje analgetikům. V horším případě se asi u jedné třetiny lidí v pozdější době rozvine depresivní porucha nebo se přetrvávající somatoformní porucha stále udržuje okolnostmi, ze kterých nemocný profituje (Praško et.al., 2002). K tomu může docházet na základě operantního učení, kdy se u pacienta posiluje chování spojené s jeho bolestí, které přináší určité výhody. Příkladem je předpis léků, odškodnění nebo bezpracný příjem. Nebo se podmiňuje chování vedoucí ke snížení bolesti a pacient poté začne být závislý například na zdravotních pomůckách, což mu opět nepomáhá najít příčinu problému. Další problém při zařazení člověka do běžného života způsobuje jev, kdy se člověk vyhýbá situacím, které vnímá jako ohrožující pro vyvolání bolesti. Tyto situace a s nimi spojené aktivity v něm totiž automaticky vedou k úzkosti a strachu, proto se jím vyhne, aby snížil tenzi. (Knotek, 2010).

Kromě emočních problémů jsou příčinou genetické a biologické faktory. Na biologické rovině hrají roli neuropřenašeče serotonin a endorfiny. Serotonin se podílí na tlumení bolesti a endorfiny pomáhají modulovat bolest v CNS. Nedostatek těchto přenašečů souvisí se zesílením sensorických stimulů. Na psychologické úrovni se může jednat o potlačený konflikt, který se přeměnil na bolest (Praško et.al., 2002).

### **1.3.5 Jiné somatoforní poruchy**

Do této kategorie patří lidé, kteří si stěžují na specifická místa jako je například pokožka. Liší se tak od pacientů se somatizační a nediferencovanou somatoforní poruchou, kteří mají problém s nejrůznějšími oblastmi lidského těla. Můžeme sem zařadit všechny poruchy citlivosti mezi které patří pálení, otekání, znecitlivění, které nemají objektivní příčinu, ale způsobily je stresové situace v nedávné době.

Do diagnózy somatoforní porucha nespecifikovaná zahrnujeme příznaky, které nespádají pod žádnou specifickou somatoforní poruchu a nelze je vysvětlit jinou duševní nemocí. Mohou to být hypochondrické příznaky trvající méně než 6 měsíců nebo častá únava či slabost (Praško et.al., 2002).

## **1.4 Terapie psychosomatických poruch**

Na rozdíl od lékařského rozhovoru o anamnéze a symptomech, se při terapeutickém rozhovoru zkoumá nemoc na pozadí životního příběhu klienta. Jako účinná metoda se používá práce s časovou osou, kdy klient sám určuje významné životní události a terapeut mu pomáhá zasadit je do kontextu s příznaky, které se v průběhu času objevovaly. Mimo jiné se ho ptá i na důležité vztahové figury ovlivňující jeho celkové rozpoložení v minulosti i současnosti. Poznává osobnost klienta i jeho typické vzorce chování jak k sobě samému, tak k druhým. Nejen díky rozeznání spouštějících situací, ale i díky porozumění nonverbální komunikaci a zachycení rozporů v klientově vyjadřování, dokáže terapeut určit, co vedlo k onemocnění. Klientovi tento proces pomůže v porozumění souvislostí, které mu zůstávaly před terapií skryty. Pokud se však klient brání uvědomění si svých konfliktů, je třeba s jeho odporem pracovat postupně a až poté se přiklonit ke specifické terapii. (Trapková, 2004).

### **1.4.1 Kognitivně-behaviorální terapie**

KBT se zaměřuje na emoce, chování a myšlenky či představy spojené s bolestí, které hrají velkou roli právě v případech, kdy nebylo nalezeno žádné tělesné poškození. Proto se při léčbě chronických bolestí mezinárodně preferuje kognitivně-behaviorální terapie. Dále se užívá podpurná, dynamická a rodinná psychoterapie.

Na začátku terapeut zjišťuje pacientovi minulé diagnózy a mluví spolu o příčinách vzniku bolesti. Vysvětlí mu, jak souvisí stres s jeho poruchou a také jak úzkost zvyšuje

jeho bolest i zaměření na bolest. Na jeho úzkost má zase vliv hodnocení jeho bolesti a přesvědčení, které se i o svém stavu vytvořil. Pokud se negativní myšlenky nahradí alternativními rozumovými odpověďmi, vede to ke snížení úzkosti a redukuje se tím negativní sebepojetí, které je spojené s nerealistickými obavami (Raudenská, 2012). Léčbu na základě tohoto přístupu uvedu na příkladu hypochondrické poruchy. Terapeut musí přijmout klientovo přesvědčení, že trpí vážnou nemocí a neměl by ho bagetalizovat, protože vychází ze silně nepříjemných pocitů. V průběhu terapie s ním postupně zkoumá negativní výklad jeho symptomů, který je čistě subjektivní a snaží se spolu najít méně ohrožující interpretace. Následuje dohoda na určitých behaviorálních experimentech díky kterým si klient uvědomuje, jestli jeho vyhýbavé chování intenzitu symptomů zvyšuje nebo naopak zmírňuje. V procesu terapie je klient aktivní a zapisuje si do deníku intenzitu, trvání a okolnosti ovlivňující jeho bolest.

Z výsledků kontrolovaných studií vyplynulo, že během 10-12 sezení se u 60-70% klientů dosáhlo odstranění obav o své zdraví a začlenění do běžného života (Praško et.al., 2002). Kognitivní procesy na které se KBT zaměřuje totiž ovlivňují intenzitu bolesti i afekty s ní spojené. Na efektivitu terapie bolestivých poruch má však negativní vliv různorodost chronických stavů, odlišný časový průběh terapie a také variabilita technik, které se v KBT používají (Raudenská, 2012).

### **1.4.2 Psychodynamická psychoterapie**

Terapeut praktikující dynamickou psychoterapii věří, že vzniku příznaků často předchází nezpracované konflikty a zabývá se také aktuálními konflikty a zátěží, kterou dává do souvislosti s jeho dosavadním životem. Jelikož je pro terapii důležitý vztah mezi klientem a terapeutem, který nabízí bezpečný prostor pro vyjádření emocí a zpracování pudových hnutí, je hlavní náplní terapie i přenos. Tato terapie však často nepomáhá u hypochondrie, kdy pacient svoje konflikty vytěšňuje a jeho plné zaujetí úzkostí, kterou prožívá vlivem svých příznaků, mu brání k hlubší reflexi (Praško et.al., 2002).

V knize „Psychodynamická psychoterapie“ se dozvídáme o pacientovi, který přišel do terapie na doporučení svého praktického lékaře. Pacient si stěžoval, že ho trápí vleklá únava a cítí tlak na hrudi, ale nebyl objeven žádný tělesný nález. Hned na úvod prvního sezení své terapeutce sdělil, že vlastně neví proč na terapii přišel a nechce plýtvat jejím časem. Terapeut v dynamické terapii neuděluje svému klientovi rady ani se nezabývá tolik samotným řešením, ale spíše ho vede k tomu, aby si uvědomoval, co sám říká nebo cítí.

Proto mu na jeho počáteční větu terapeutka soucitně odvětila, že si asi dělá starosti s tím, aby jeho potíže brala vážně. Nejdříve se ho zeptala, jestli si vzpomene na nějakou situaci, která pro něho byla v poslední době stresující. Když uvedl hádku s manželkou, odhadovala, že to pro něj muselo být velmi znepokojující a reflektovala jeho pocity sdělením, že má z té tíhy na hrudi asi pocit jako kdyby se z té hádky dusil. To pak dále podnítilo jeho vyprávění (Howard, 2008).

### **1.4.3 Výzkum efektu psychoterapie**

Výzkum zabývající se efektem psychoterapie zkoumá zpravidla vztah počtu sezení a počtu zlepšených pacientů. Ve výzkumu Howarda a kol. mělo 2400 pacientů hodnotit svá zlepšení na sebesposuzovací škále. Také se použila data z jiného výzkumu, který byl zaměřen na zlepšení po skončení terapie, kam byly zahrnuty terapie s různou délkou trvání. Na základě těchto analýz odhadovali, jak se pacienti asi zlepšovali v průběhu terapie a jak s tím souvisel počet absolvovaných sezení. Významně k výzkumu efektu psychoterapie přispěla práce Kopty, Howarda, Lowryho a Beutlera, kteří zkoumali zlepšení symptomů u velké skupiny lidí. Z hlediska psychosomatiky stojí za zmínku výsledek o počtu sezení potřebných k odeznění akutních symptomů (mezi které zařadili i bolesti hlavy a bušení srdce). Aby 50% pacientů s akutními symptomy dosáhlo posunu směrem k normě, je průměrně zapotřebí 5 sezení. Pro chronické symptomy (pocity osamělosti, sebeobviňování apod.) to bylo 14 sezení a v případě symptomů spojených s charakterem člověka až 104 sezení (Timulák, 2005).

Co se týká délky terapie a léčebného efektu, byla například provedena studie skupinové terapie somatoformních poruch. Cílem bylo zhodnotit udržení léčebných cílů krátkodobého kognitivně behaviorálního programu ve skupině. Zkoumal se léčebný efekt v 6 měsíčním programu a jeho udržení v následné 18-ti měsíční léčbě s původní léčenou skupinou somatizujících pacientů v primární péči. Dlouhodobá následná léčba přinesla signifikantní zlepšení ve vnímání nemoci, vedlo to k menší spotřebě léků a menšímu somatickému zaujetí. U hypochondrie zase přinesla redukci úzkosti a rovněž se postupně zlepšovaly depresivně-úzkostné skóry. Krátká KBT terapie psychosomatických pacientů tedy může být v primární péči užitečná a přináší postupné zlepšení (Lidbeck, 2003).

Z hlediska charakteristik klientů a terapeutů ve vztahu k efektu terapie se zjišťuje právě i úroveň sebeexplorace u klienta a to na základě projevů klientů a terapeutů v průběhu terapie. Ze studie S. Garfielda (1994) vyplývá, že věk a pohlaví nemají



signifikantní vliv na efekt terapie, za to malá rigidita a vyšší IQ může přispívat k lepšímu efektu. Dobré prediktory pro efekt léčby lze podle Clarkina a Levyho (2004) nalézt především v těch povahových vlastnostech klientů, které jsou stabilní v čase a projevují v průběhu terapie i před jejím započatím.

Pokud bychom chtěli ve výzkumu procesu terapie rozlišovat mezi jednotlivými přístupy, nemusí být výsledky relevantní kvůli integraci přístupů. Terapeuti přizpůsobí své intervence podle klienta, takže jejich terapeutické zaměření nemusí odpovídat odbornému popisu. Například KBT terapeut tak může uplatňovat empatickou exploraci, protože je tomu klient více nakloněn a lépe na to reaguje (Timuřák, 2005).

## **2 Sebereflexe**

Z hlediska sebereflexe se rozlišuje zkoumání a hodnocení našeho chování, myšlenek a pocitů a vhled, schopnost jasně porozumět těmto myšlenkám a pocitům. Oba faktory jsou důležité proto, aby došlo k přímé a smysluplné změně. Také se rozlišuje mezi způsobem, jak jedinci k sebereflexi dospívají. Zatímco pro první skupinu lidí je sebereflexe automatickým procesem a nevyvíjí tedy k jejímu dosažení nějaké zvláštní úsilí, druhá skupina se na ni musí vědomě zaměřit a usilovat o ni. Cílevědomá snaha o sebereflexi byla spojena s větší tendencí k úzkosti. Pro měření efektu vědomé reflexe se porovnávala skupina lidí, která si psala deníky a vedla záznamy o svých pocitech s těmi, co tuto činnost neprovozovali. Z výzkumu vyplynulo, že lidé bez deníků měli lepší úroveň vhledu. Je tomu tak proto, že k sebereflexi přistupují jako k automatickému procesu, spíše než aby ji úmyslně vyvolávali. (Grant et.al., 2002).

Schopnost reflektovat svoje emoce, jednání a myšlení je důležitá pro seberegulaci, sebehodnocení a sebekritiku. Sociální psychologie a psychologie osobnosti se proto velmi zajímá o příčiny a následky sebereflexe. Literatura se zaměřuje na zkoumání a manipulaci se sebeuvědoměním a na studie zkoumající individuální odlišnosti sebeuvědomění (Paul J., & G. Phillips, 2010).

### **2.1 Měření sebereflexe**

Studie individuálních odlišností se datuje k modelu osobního a veřejného sebeuvědomění, která předpokládá, že lidé se liší v tendenci reflektovat osobní a veřejnou

složku svého já. Mnoho studií kritizovalo psychometrické kvality originálních škál s tím, že osobní sebeuvědomění by mělo být rozděleno do 2 subfaktorů. Jeden subfaktor známý jako sebereflexe reflektuje maladaptivní sebeuvědomění a další, známý jako vnitřní stav sebeuvědomění, reflektuje adaptivní sebeuvědomění. Jeden z těchto nových modelů předpokládá dvě složky dispozičního sebeuvědomění: sebereflexi a vhled. Tyto rysy jsou měřeny škálou sebereflexe a vhledu (Paul J., & G. Phillips, 2010).

### **2.1.1 Škála osobního sebeuvědomění – PrSCS**

Fenigstein, Scheier a Buss (1975) vytvořili dotazník Self-consciousness scale (SCS), aby zachytili individuální odlišnosti v míře sebeuvědomění. Sebeuvědomění považovali jednak za relativně stabilní osobnostní dispozici a také za situační stav, který může být vyvolán vnějším prostředím. Proto rozlišovali dvě nezávislé dimenze: soukromé self a veřejné self, které se v literatuře uváděly v překladu jako dispoziční sebeuvědomění a situační sebeuvědomění. Rozpor mezi sociální psychologií a psychologií osobnosti se zmírnil, když se uznalo, že naše self může být celkově ovlivněno situačně, ale je rozdíl v tom, jaké ze dvou dimenzí věnujeme větší pozornost.

Burnkrant a Page (1984) chtěli rozdělit soukromé self na dva faktory, které nazývali internal state awareness (uvědomění niterného stavu) a self-reflectiveness (sebereflexe). První faktor, odkazující na uvědomění vlastního stavu, je spojen s adaptivním sebezpozorováním a vnitřní pohodou. Jedinec se zaměřuje na přítomnost a uvědomuje si své pocity, které odkrývá bez úzkosti. Faktor self-reflectiveness je v tomto případě spojen s maladaptací, kdy přemýšlíme nad důvody svého jednání a zaobíráme se hodnotícími myšlenkami.

Z výzkumu Pennebaker a Stona (2003), kteří odhalili nižší výskyt self-relevantních slov u starších lidí, vyplynulo, že maladaptivní zaměření na svou osobu se s věkem snižuje. Možná je to z toho důvodu, že mladí lidé se kvůli své společenské angažovanosti více zajímají o to, jak na druhé působí, zatímco ve starším věku je prostor na poklidnou sebereflexi.

Zkoumal se také vztah mezi vlastnostmi v dotazníku Big five a výše zmíněnými faktory soukromé sebereflexe. Creed a Funder (1998) přišli na to, že faktor self-reflectiveness pozitivně koreloval s neurotizmem a vykazoval negativní vztah s extravertizací, svědomitostí a přívětivostí. Vlastní uvědomění stavu souviselo narozdíl od prvního faktoru s větší přívětivostí a svědomitostí. Na druhou stranu oba faktory souvisely s větší

otevřeností ke zkušenosti, protože obě skupiny lidí naslouchají svému prožívání a jsou si vědomi svých myšlenek a emocí. Výzkumníci však připouštějí limity výzkumu spočívající v homogenitě vzorku, jelikož respondeti byly převážně ženy s vysokoškolským vzděláním. (Schraggeová & Šeboková, 2013).

### **2.1.2 Škála sebereflexe a vhledu – SRIS-SR a SRIS-IN**

Výše zmiňovaná škála PrSCS byla předmětem diskuze, protože se zdálo, že její položky nezachycují pravou podstatu sebereflexe. Namísto konstruktivní formy sebereflexe měla tato škála úzký vztah s psychopatií, takže se jednalo spíše o maladaptivní pohroužení do sebe samého. Další důvod, proč je škála osobního uvědomění oproti škále sebereflexe a vhledu nekonzistentní je, že se zde zaměnil motiv k sebereflexi s aktuálním pohroužením do sebereflexe. Škála sebereflexe a vhledu zahrnuje dva nezávislé faktory, kterými je sebereflexe (SRIS-SR) a vhléd (SRIS-IN). I na základě rozumové úvahy jsou tyto faktory nezávislé, člověk může strávit hodně času sebereflexí aniž by dosáhl vhledu a porozumění svému prožívání. Rozdíly ve skórech mezi pohlavími se na této škále nezjistily. Když přihlídneme k faktu, že větší skóre na škále sebereflexe souvisí i s vyšším skóre na škále PrSCS a škála vhledu naopak negativně koreluje s PrSCS, ukazuje se, že rozlišení vhledu a sebereflexe je oproti PrSCS více rozvinuté. Dále také obsahuje více položek, které odkazují na 3 oblasti naší zkušenosti (emoce, chování, myšlení).

Vhléd (SRIS-IN) představuje konstruktivní sebereflexi, která jde ruku v ruce s lepší seberegulací, kognitivní flexibilitou a negativně koreluje s úzkostí, stresem a alexithymií. Škála sebereflexe (SRIS-SR) je oproti tomu spjata s větší úzkostí a stresem, ale nenašel se vztah mezi alexithymií a depresí. Škála sebereflexe tedy pravděpodobně odráží dysfunkční přemítání nad sebou samým. Nicméně faktory, které se podílí na vztahu mezi sebereflexí a vhlédem zahrnují rozsah, jakým se jedinec aktuálně pohroužil do sebereflexe, psychologické mechanismy a chování, které se u něho projevují ve stavu sebereflexe. Dále také důvod či motiv, který ho vede k tomu, že setrvává v sebereflexi.

Vývoj spolehlivých měření sebereflexe a vhledu by mohl výzkumníkům a terapeutům pomoci porozumět, jakou roli hraje sebereflexe a schopnost vhledu v cílené změně chování. Cílem posledních studií tedy bylo vyvinout takové měření, které by mohlo být využito k průzkumu stupňů sebereflexe a vhledu, a pak by následoval program systematické změny, který se objevuje při koučování nebo v klinické praxi (Grant et.al., 2002).

## 2.2 Sebereflexe a emoce

Na základě pohledu, který rozlišuje produktivní sebereflexi zaměřenou na problém a sebereflexi, kdy se člověk především soustředí na potlačení negativních emocionálních reakcí, vyvstávají dva protichůdné druhy sebereflexe. Sebereflexe zaměřená na řešení (problem solving, PS-SR) a sebereflexe, kdy člověk přemítá nad sebou samým (self-focus, SF-SR). Pojem *self focused* je zmíněn namísto *emotion-focused*, protože se nejedná pouze o zaměřenost pozornosti na emoce, ale i na kognici a chování.

Zjistilo se, že jedinci, kterým dělaly problém změny, měli tendenci strávit více času přemýšlením o svých emocionálních reakcích a osobních problémech než zaměřením své pozornosti na vyřešení problému a cílenou změnu. Lyubomirsky, Tucker, Caldwell a Berg (1999) přišli na to, že jedinci s úzkostnou sebereflexí jsou charakterizováni tím, že se soustředí na negativní emocionální aspekty situace a opomíjí přitom konstruktivní myšlenky, které by je mohly přivést k řešení. Tito lidé tedy mají problém posunout se od sebereflexe směrem k vhledu a následné akci. Na druhou stranu v analýze 1332 epizod, které se týkaly vyrovnání se s různými životními událostmi zjistil Folkman a Lazarus (1980), že 98% epizod obsahovalo oba copingové styly. Strategii zvládnání zaměřenou na problém a zároveň i strategii zaměřenou na emoce.

Určitý náhled na reflektivní zacházení s emocemi může nabídnout studie, která na škále vhledu a sebereflexe srovnává skupinu lidí, co si píše deníky a skupinu lidí bez deníků. Ačkoli deníky obsahovaly záznam různých myšlenek a pocitů, zjistilo se, že vedení deníků nebylo spojeno s vyššími stupni vhledu. Naopak, lidé bez deníků měli vyšší skóre na škále vhledu. Burt (1994) došel k závěru, že deníky nesloužily k dosažení vhledu, ale spíše k odreagování a ventilování nepříjemných emocí a nežádoucích myšlenek (Grant et.al, 2002).

### 2.2.1 Sebereflexe a deprese

Treynoe, Gonzalez a Nolen-Hoeksema (2003) poukázali na to, že zkoumání svého prožívání má maladaptivní i adaptivní funkci. Adaptivní funkce je vztažena k „reflektivnímu uvažování“, které je charakterizováno snahou porozumět důvodu a příčině depresivní nálady. Negativní aspekt sebereflexe je pak spojen s přemítáním, skličujícími myšlenkami, jejichž obsahem jsou negativní následky depresivních symptomů.

Přemítání (ruminace) je přetrvávající neurotické zaměření na sebe samého, ke kterému

někdy dochází na základě vnímaného ohrožení a kvůli pocíťovaným křivdám. Vyznačuje se tím, že člověk přemýšlí nad tím, co se pokazilo a proč. Za vážný rizikový faktor pro depresi se považuje opakované zaměření na symptomy neklidu a přemítání nad možnými příčinami a následky těchto symptomů. Zjistilo se, že přemítání předchází novému propuknutí hlavní depresivní epizody. Úzkostné přemítání nad sebou samým je tedy spojeno se závažnější depresí a menší sebeúctou, zatímco reflektivní uvažování má jen minimální spojitost s depresí a úzkostí. Poslední studie také naznačují, že přemítání je spojeno s nižší efektivitou strategie zaměřené na řešení. Mimo jiné i s nárustem negativních vzpomínek, které vyplouvají na povrch a jsou příčinou toho, že člověk nemá svůj depresivní stav pod kontrolou. Reflektivní uvažování oproti tomu snižuje riziko nástupu deprese 1 rok po počátečním stadiu deprese, zatímco přemítání zvyšuje riziko pozdější deprese. Dále se přišlo na to, že sebevražedné skupiny a skupiny lidí bez sebevražedných tendencí se významně odlišovaly pokud jde o úroveň sebereflexe. Z tohoto faktu vyplývá, že nedostatek reflexe je spojen se sebevražedností při depresivní poruše. Nicméně výzkumy podporující maladaptivní důsledky reflektivního uvažování naznačují, že toto uvažování pozitivně korelovalo s depresí. Další studie navrhuji, že reflektivní uvažování predikuje depresivní úroveň a suicidní myšlenky po prvotních depresivních symptomech. (Takano & Tanno, 2008).

Z hlediska neuronální aktivity v souvislosti s depresí a sebereflexí, je dobré uvést jeden konkrétní výzkum. Pomocí funkční magnetické rezonance se zkoumala neuronální aktivita spojená se sebereflexí u depresivních účastníků a u zdravé kontrolní skupiny. Zkoumal se mediální kortex, u kterého se ukázalo, že je spojen se sebereflexí. U experimentu 1 jak zdravá kontrolní skupina, tak skupina s depresí, prokázala zvýšenou aktivitu v předním mediálním kortexu, když měla myslet na svá přání nebo aspirace. Zvýšenou aktivitu pak v zadním mediálním kortexu, když měli myslet na povinnosti a závazky. V experimentu 2 se účastníci podněcovali k tomu, aby se zabývali sebehodnocením nebo mysleli na jejich aktuální stav, aktivity, které byly ukázány jako rozdílné ve vyvolání přemítání u depresivních lidí. Nicméně depresivní skupina vykazovala nižší aktivitu než kontrolní skupina v zadním kortexu, když se jednalo o nereflektivní stav. Dále, individuální rozdíly v ruminaci pozitivně korelovaly s aktivitou v předním i zadním kortexu během nereflektivního stavu. Tyto výsledky poskytují nervový důkaz, který je v souladu s behaviorálními zjištěními. Deprese je spojena s narušením pozitivně laděných myšlenek v

odezvě na dvojznačné ponděty a s problémem přerušit sebereflexí, když je to zrovna žádoucí (Johnson et.al., 2009).

V článku, který pojednává o temné stránce sebereflexe se zmiňuje motiv, který se nazývá „potřeba absolutní pravdy“. Tato potřeba je charakterizována silnou tendencí zabývat se abstraktní analýzou své vlastní osoby, která má vést k zachycení absolutní pravdy o nás samotných. Abstrakcí se v tomto směru myslí zobecňující sebehodnocení bez vazby na kontext. Potřeba pravdy má jako jednodimenzionální konstrukt souvislost s horším duševním zdravím. Některá zjištění upozorňují na to, že zvýšená motivace k získání absolutní pravdy o sobě, často vede k právě k depresi a úzkosti. (Simsek, 2013).

### **2.2.2 Sebereflexe a spokojenost**

Trapnel a Campbell vyvinuli dotazník Ruminatíon–Reflection Questionnaire, který rozlišoval negativní přemítání a pozitivní sebereflexi. Sebereflexe je z jejich pohledu takové zaměření na vlastní osobu, které je motivováno zájmem a zvědavostí k prozkoumání svého já a je spojeno s otevřeností ke zkušenosti. Teoreticky, sebereflexe podporuje vědění o nás samotných a zlepšuje mentální zdraví. Dosavadní studie poukazují na to, že přemítání negativně koreluje s perspektivními pohledy a šťastnými vzpomínkami a pozitivně koreluje s distresem a špatnými vzpomínkami. Zatímco sebereflexe bez ulpívání udržuje v naší mysli spíše šťastné vzpomínky. Reflektivní uvažování je charakterizováno cílením pozornosti na porozumění vlastní osobě a slouží k překonání problémů a potíží. Z výzkumů, které jsou zastánci adaptivní funkce reflektivního uvažování vyplývá, že je spojeno se zaměřením na řešení problémů a vede ke schopnosti odklonit pozornost v situacích, kdy je to žádoucí (Takano & Tanno, 2008).

Lyke (2009) na základě porovnání dotazníků Subjective Happiness Scale a Satisfaction With Life Scale se Škálou sebereflexe vzhledu dospěla k závěru, že vyšší skóre na škále vzhledu je spojeno se subjektivním pocitem pohody. Faktor sebereflexe oproti faktoru vzhledu ukazoval téměř nulovou korelaci s vnímaným pocitem štěstí. Subškála vzhledu je tedy pozitivním aspektem sebereflexe a mohla by být podobná dimenzím pozitivního vzhledu o který usilují psychoterapeuti. Nicméně do jaké míry je konstrukt vzhledu, definovaný v terapeutickém prostředí, podobný s konstruktem vzhledu ve škále sebereflexe a vzhledu, je zatím neznámé.

Ve vztahu ke škále sebereflexe a vzhledu se zkoumaly skóre v dotaznících Psychological Well-Being Scale a Satisfaction With Life Scale. První z těchto dotazníků

odkazuje na hypotetické dimenze života související s osobním štěstím, které se objevují ve subškálách: Sebepřijetí, Pozitivní vztahy s druhými, Autonomie, Vliv na vnější prostředí/kontrola nad svým životem, Smysl života, Osobní rozvoj. Druhý dotazník odráží subjektivní pocit pohody. Subškála vzhledu pozitivně korelovala se všemi dimenzemi osobního štěstí i se subjektivním pocitem pohody, zatímco přemítání negativně korelovalo s výše zmíněnými dotazníky. Být si vědom svých myšlenek a pocitů a zároveň jim rozumět se tedy ukazuje jako důležitá vlastnost pro spokojený život. Subškála sebereflexe nekorelovala s dimenzemi spokojenosti až na dimenzi osobního rozvoje, která souvisela s vyšším skóre na subškále sebereflexe (Harrington R. & A. Loffredo, 2011).

Conway, Ginannapoulos, Ciank a Mendelson (1993) přišli na to, že jedinci trpící chronickým distressem vykazovali tendenci ke komplexnímu uvažování nad příčinami v různých oblastech jejich života. Tato vlastnost také korelovala s jejich tendencí k sebereflexi. Z jiných studií poté vyplynulo, že méně analytické zkoumání osobní zkušenosti je více prospěšné pro naše duševní zdraví než analytické zaměření na významy a příčiny. Rovněž k našemu duševnímu zdraví více přispívají konkrétní reprezentace naší osoby, které se vztahují ke kontextu. (Simsek, 2013).

Zajímavé zjištění nabízí experimentální studie, která sestávala z probandů s extrémně nízkou úrovní spokojenosti a výrazně vysokou úrovní spokojenosti. Když byli šťastní lidé podněcováni k sebereflexi, tak mělo jejich chování blízko k chování nespokojených lidí a naopak, když byli nespokojení lidé odrazováni od sebereflexe, jejich chování se podobalo chování šťastných lidí. (Elliott & Coker, 2008).

### **2.2.3 Sebereflexe a seberegulace**

Osobní sebeuvědomění a další podřízené konstrukty sebereflexe a vzhledu jsou klíčové faktory v seberegulujícím procesu, který podporuje změnu chování, jak v klinické praxi s klinickou populací, tak při koučování.

Cílevědomý pokrok napříč cyklem seberegulace, který směřuje k určitému cíli, je totiž založen na jedincově schopnosti monitorovat a hodnotit jeho pokrok a tuto zpětnou vazbu využít ke zlepšení výkonu. Trapnell a Campbell (1999) rozlišili ve své škále přemítání a sebereflexi, která odráží konstruktivní zkoumání sebe sama. Avšak není jasné, jestli filosofická orientace této škály je opravdu spojená s monitorováním vlastního výkonu, který směřuje k dosažení cíle. Further, Trapnell a Campbell nezahrnuli do své škály vnitřní stav uvědomění (vhled), jak tomu bylo u již zmiňované Škály sebereflexe a vzhledu.

Dosažení cíle a proces seberegulace vyžaduje kognitivní flexibilitu, která korelovala právě s vhladem na škále sebereflexe a vhladu. Kognitivní flexibilita odkazuje jednak na jedincovo uvědomění, že v každé situaci máme k dispozici různé možnosti a alternativy jak něco vykonat a také na ochotě jedince přizpůsobit se dané situaci. Dá se to shrnout jako umění být efektivně flexibilní. Skutečnost, že jen subškála vhladu, nikoli sebereflexe i vhled korelovala s kognitivní flexibilitou naznačuje, že vztah mezi sebereflexí, vhladem, seberegulací a dosahováním cílů je nejspíše více komplexní, než se doposud předpokládalo.

Se seberegulací také souvisí copingová strategie zaměřená na problém a strategie zvládnání cílená na emoce. Jedinci, kteří jsou v situaci stresu zaměřeni na své emoce a chování, dosáhnou cíle prostřednictvím seberegulace s menší pravděpodobností než druhá skupina. Na základě toho by se dala vyslovit hypotéza, že u jedinců, kteří systematicky pracují na dosažení cíle, kterého nebyli schopni posledně dosáhnout, se zvýší úroveň vhladu a sníží se úroveň na subškále sebereflexe, která je riziková z hlediska negativního přemítání nad sebou samým (Grant et.al., 2002).

Na seberegulaci mají vliv mentální reprezentace o vlastní osobě. Rozdíl je mezi těmi abstraktními, které se vyznačují svou nejasností, dvojznačností a generalizací a těmi, které jsou oproti tomu jasné, konkrétní a vztahují se na určité situace. Za prvé tyto reprezentace postihují řešení problémů, protože čím nižší úroveň reprezentace, tím více je hodnocení situace konkrétní a složitě. Za druhé, ovlivňují právě úroveň seberegulace, jelikož méně abstraktní myšlenky umožňují lepší kognitivní zdroje důležité pro seberegulaci. Navíc méně abstraktní reprezentace o naší osobě snižují úzkost a zvyšují výkon (Simsek, 2013).

### **3 Alexithymie**

Lidé s alexithymií jsou charakterizováni nedostatky v rozpoznávání a vyjadřování emoci. Dále mají obtíže ve zpracování a regulaci emocí, protože neumí specifikovat jednotlivé pocity a všimnout si jejich rozdílů. Důsledkem toho, že své emoce nerozlišují, může poté vše působit jako vzruch a jejich emocionální reakce pak bývají nepřiměřené situaci. Z hlediska osobnostních charakteristik se u nich často vyskytuje narcistická porucha či psychopatie. Obvykle mají tendenci být pasivně agresivní či pasivně závislí. Jejich interpersonální vztahy mohou být narušené, protože často inklinují buď k závislosti



na druhých nebo se od druhých odvrací a odmítají je. Své okolí mohou vnímat stereotypně a najdeme u nich větší výskyt nezralých obranných mechanismů. Někdy se dá vysledovat negativní vztah k psychickým obsahům, který se vyznačuje zaměřením pouze na vnější události (Biolková, 2011).

Trochu jinou definici nabízí Bermond (1997), který zmiňuje, že alexithymie zabraňuje plnému prožitku, protože osoba s alexithymií své emoce dostatečně nevnímá. Své pocity také nereflektuje, neanalyzuje a nemá o svých prožitcích představy (Uher et. al., 2010).

### **3.1 Rozdělení**

Jsou 3 hlavní typy alexithymické poruchy. První typ má problém s rozpoznáním emocí a nepozná rozdíl mezi jednotlivými pocity. Jejich okolí je považuje za příliš odtažité a lhostejné, což podporuje skutečnost, že se neumí emocionálně projevit. Bývá u nich výrazně oslaben emocionální prožitek a schopnost fantazie.

Druhému typu nechybí schopnost plně prožívat, za to mají problém orientovat se ve svém prožívání. Kvůli své emoční labilitě jsou pak ve stresových situacích náchylní k somatizaci. Svým pocitům často nerozumí a někdy se jich i dost obávají, takže u nich nacházíme zvýšené riziko deprese, úzkostí a poruch spánku. Jsou také charakterističtí svým zhoršeným sebehodnocením a malých sebevědomím. Zajímavé je, že tento druh alexithymie se častěji objevuje u dětí a žen, které zažily sexuální zneužívání.

Lidé, kteří se řadí do 3. typu alexithymie své emoce neprožívají a nevyskytují se u nich fantazie. I když je jejich vlastní emoční reaktivita oslabena, v emocích druhých lidí se vyznají velmi dobře a někdy to využívají k manipulaci.

Alexithymie se také rozlišuje na primární a sekundární. Primární znamená, že znaky alexithymie jsou součástí jedincovi osobnosti, zatímco sekundární se může vyvinout po prožití nějaké závažné události nebo následkem psychiatrické nemoci. V tomto případě plní alexithymické rysy funkci obranného mechanismu (Biolková, 2011).

### **3.2 Nervová aktivita**

Hodně studií upozornilo na sníženou aktivaci v limbické části, která je spojená s emocemi (cingulate cortex, anterior insula, amygdala) a také menší aktivaci prefrontálního kortexu oproti zdravým lidem, když se alexithymici snažili pociťovat emoce druhých nebo vzpomínaly na emocionální epizody. Když přihlédneme k jejím reakcím na bolest,

vykazují zesílenou aktivitu v oblastech, které se zapojují do fyzického vnímání. Kromě zvýšeného hormonálního nabuzení při vnitřní bolesti, byla zvýšená aktivita doložena také v insule, předním cingulárním kortexu a ve středním mozku. Navíc alexithymici nejsou v různých sociálních situacích schopni řídit své emoce, aby to bylo vhodné a přiměřené.

Lidé s alexithymií podstoupili Iowa gambling task (IGT), což je simulátor rozhodovacích situací, které se mohou objevit v reálném životě a jsou založeny na vyhodnocování emocí a jejich řízení. V této úloze selhávali při získání výhodné rozhodovací strategie a vykazovali sníženou aktivitu v mediálním prefrontálním kortexu., který je klíčovou oblastí pro úspěšný výkon v IGT. Také vykazovali zvýšenou aktivitu v caudate - část mozku spojovaná s impulzivním výběrem. Nervový proces emocionální odezvy je tedy více aktivován na fyziologické, motoricky expresivní úrovni a méně v kognitivně - zkušenostní složce. Deficitní vývoj neuronálních struktur zodpovědných za emoce, může vést k hypersenzitivě na tělové podněty a nezdravému chování, které pak vede k somatickým problémům. Protože hlavní problém alexithymie spočívá v regulaci emocí, má se za to, že člověk s alexithymií je předurčen k většímu riziku nerovnováhy v autonomním nervovém systému a neuroendokrinnímu systému. Několik imunologických studií také objevilo, že je spojena s nízkou rezistencí vůči antigenům.

Byl proveden experiment, ve kterém se zkoumalo vnímání obličejů alexithymiky a zároveň se měřil tok krve v mozku (cerebral blood flow - CBF) prostřednictvím PET. Předkládali se obrázky zobrazující hněv, smutek, radost a také neutrální výrazy. Alexithymici vykazovali nižší CBF v pravé hemisféře (přední a střední frontální kortex, orbitofrontal kortex) než druhá skupina bez alexithymie. Zato alexithymici vykazovali větší CBF v levé hemisféře., předním parietální kůře a superior temporal gyrus. Žádný rozdíl mezi oběma skupinami nebyl nalezen při pozorování neutrálních tváří. Nicméně přední limbický kortex byl u alexithymiků méně aktivovaný při odezvě na rozhněvané tváře než na ty neutrální. Výsledky naznačují, že alexithymici vykazují sníženou odezvu na tváře v mozkových oblastech pravé hemisféry, které jsou obecně spojené právě se zpracováním tváří. Dále je s alexithymií spojená dysfunkce předního cingulárního kortexu, která odpovídá za schopnost uvědomit si prožívané emoce (Kano & Fukudo, 2013). Navíc publikovaná studie Gundela et al. v roce 2004 ukázala, že je pozitivní korelace mezi alexithymií a velikostí této mozkové části. Kladnou korelaci si výzkumníci vykládají jako následek deficitní organizace tlumících systémů, které souvisejí s problémem zaměřit

pozornost na emoční signály (Uher, et.al, 2010).

### **3.3 Alexithymie a psychosomatika**

Nerovnáhou interakce mezi neuroendokrinním systémem a emocemi se již delší dobou zabývá psychosomatická medicína. Alexithymie je rizikovým faktorem v rozvoji a psychosomatických onemocnění a také přispívá k jejich udržování. Počátky psychosomaticky a její souvislost s emocemi můžeme najít již u Alexandera, který upozorňoval na emoční poruchy spjaté se somatizací. Pozitivní vztah mezi alexithymíí a psychosomatickým onemocněním byl doložen v řadě studií. Nedostatek ve schopnosti symbolizace a vyjádření emocí spolu s oslabenou snovou produkcí, může vést k dysregulaci fyziologických funkcí, které jsou příčinou somatizace (Uher et.al., 2010).

V současnosti byl prokázán vliv alexythemie u několika klinických poruch. Patří mezi ně somatoformní poruchy, panická porucha, deprese se somatickými symptomy, posttraumatické stresové poruchy a poruchy příjmu potravy. Pacienti inklinují k rigidnímu popisu tělesných změn a k jejich potlačení. (Procházka, 2009). Zjistilo se, že alexythemie je více spojena se somatoformními potížemi (porucha vegetativních funkcí bez současného poškození tkáně a objektivního nálezu) než jen se somatickými obtížemi jako takovými. Somatické obtíže jako součást somatoformních onemocnění vznikají důsledkem nedostatečného rozeznání emocí na rozdíl od neschopnosti vyjádřit emoce, které nemají moc souvislost se somatizací ( Biolková, 2011).

#### **3.3.1 Emoce a stres**

Emoce jsou komplexním projevem naší psychosociální situace a díky nim zjišťujeme, jaký subjektivní význam pro nás mají různé situace. Bezprostředně se vztahují k fyziologickým reakcím, protože pocity jsou vždy spojené s určitými změnami v těle, i když nevíme jak se mezi sebou liší jednotlivé fyziologické reakce v závislosti na tom, jaké afekty zrovna prožíváme. Například je s nimi spojená specifická inervace svalstva, která nás informuje o našem nabuzení a připravenosti k jednání. Pokud člověk trpí strukturální poruchou v oblasti emocí, dělá mu potíže vnímat pocity a s nimi spojené reakce odděleně a dokonce je ani nedokáže snést. Doprovodné tělesné procesy pocitů však mohou probíhat aniž bychom si je uvědomovali a byli schopni je reflektovat. Na druhou stranu jestliže vnímáme pocity jen velmi omezeně a nedovedeme je dostatečně vyjádřit, tím častější a intenzivnější je doprovodná fyziologická reakce (Tress et.al., 2008). Se zvýšením stresové

reakce souvisí studie provedená na 266 probandech. Zjistil se signifikantní vztah mezi alexithymií a hladinou kortizolu v krvi, který je ukazatelem zvýšené aktivity HPA (hypothalamo-hypofyzo-adrenální osa) sloužící k regulaci stresové reakce. Také u jedinců s chronickou bolestí svalů, kteří zároveň vykazovali vyšší skóre v alexithymii, se projevila vyšší hladina kortizolu než u jiných jedinců s touto nemocí. V jiné studii, tentokrát jen s probandy mužského pohlaví, se našlo větší množství kortizolu ve slinách před nastupující stresovou situací právě u alexithymiků. (Uher et.al., 2010).

Dále je jako rizikový faktor pro vznik psychických a somatických problémů sledován problém se sociálním začleněním. Jelikož nejsou lidé s alexithymií ve styku se svými vnitřními prožitky a nerozumí emocím druhých, mívají problém s budováním a udržováním blízkých vztahů. Také nedokáží využít sociální oporu jako ochranu, která by jim mohla pomoci od negativní důsledků stresových událostí. Jiný doklad o negativním dopadu sociálního vyčlenění nabízí longitudinální studie trvající 30 let, která byla provedena v Británii panem Marmotem. Vypozoroval, že naše zdraví a dlouhověkost neovlivňuje příjem nebo životní styl, ale spíše autonomie a příležitost pro plné sociální zapojení. Nedostatky plynoucí z alexithymie se zdají být spíše v protikladu s těmito sociálními determinanty. Zaměření na vnější události a nikoli na vnitřní podněty, nedává lidem s alexithymí pocit, že mají životní situace pod kontrolou a potíže v identifikaci a vyjádřování emocí je předurčují k neochotě zapojit se do společenských aktivit (Kojima, 2012).

### **3.3.2 Chronická bolest**

V japonské studii se administrovali měření alexithymie, bolesti, invalidity, úzkosti, deprese a životní spokojenosti u 927 lidí v Hisayama v Japonsku. Podle Toronotské škály alexithymie (TAS-20) klasifikovali účastníky do 4 skupin – malá úroveň alexithymie, střední úroveň alexithymie, vysoké skóre a alexithymičtí pacienti. Větší pravděpodobnost, že jedinec trpí chronickou bolestí je výrazně větší u jedinců s vysokým skóre na škála alexithymie v porovnání s těmi, co vykazovali nejméně znaků alexithymie. U 439 lidí s chronickou bolestí, kteří podstupovali subanalýzu se intenzita bolesti, invalidita a úroveň deprese i úzkosti signifikantně zvyšovali a životní spokojenost se snižovala se zvýšením skóre v alexithymických kategoriích. Zjištění naznačují, že v celkové populaci je vyšší skóre v alexithymií asociováno s větším rizikem chronické bolesti. V předchozím výzkumu se našla pozitivní korelace alexithymie s intenzitou bolesti a negativně korelovala s vitalitou u

vzorku lidí s neuromuskulární chorobou a chronickou bolestí. Našel se signifikantní vztah mezi TAS-20 kategoriemi a vzděláním i ekonomickým statutem. Vysoké skóre na škále TAS-20 souviselo s nižším vzděláním a ekonomickým statutem. Skóry, které ukazovaly na depresi či úzkost byly v úzkém vztahu s vyšším skóre v alexithymii. Naopak žádné rozdíly nebyly nalezeny u věku, pohlaví a rodinním stavu. Subškála – DIF (problém s identifikací emocí) silně souvisela s přítomností chronické bolesti (Shibata et.al. 2014).

Ukazuje se, že u alexithymie hraje roli insular cortex, který způsobuje přecitlivělost na bolest a utlumená aktivita v regulujícím centru bolesti, prefrontálním kortexu. Nedostatek emoční regulace pak způsobuje přecitlivělost na averzivní tělové podněty a prodlužuje negativní reakce na bolest ve formě distresu. Dále je znám negativní efekt deprese na sestupný tlumící systém. Alexithymie pak vede k depresi, která narušuje jedincovu schopnost tlumit bolest (Shibata et.al., 2014).

Brzké rozpoznání alexithymie a její následná léčba zaměřená na negativní afekty s ní spojené, (úzkost apod) by mohla být prospěšná nejen k tomu, aby se přecházelo chronické bolesti, ale také ve snižování klinického i ekonomického zatížení v důsledku takovýchto problémů (Shibata et.al., 2014). V somatické složce bolesti by se měl lékař či psycholog zaměřit na to, jakými slovy svou bolest pacient popisuje (planoucí, křečovitá, pulzující), na časový aspekt (jak často se bolest vyskytuje) a také jakou má bolest intezitu. Terapeut by se měl za účelem lepšího porozumění emoční složce bolesti ptát, co klient zažívá, když pociťuje bolest. Pacient s chronickou bolestí se může cítit úzkostný, frustrovaný, depresivní. Identifikace emocí spojených s bolestí je důležitá. Za prvé, emoce mohou být pro pacienta velmi obtížně odlišitelné od somatické složky bolesti a za druhé, změny emocí jsou často ukazatelé významných posunů v myšlení (Raudenská, 2012). Právě tato práce s emocemi může být však pro alexithymiky problematická. Terapii se budu dále věnovat v další kapitole.

### **3.4 Alexithymie a terapie**

Obecné rozšíření alexithymie v populaci je 17%, ale více se objevuje u lidí psychosomatickou poruchou a psychiatrickými poruchami. Konkrétně u lidí se somatoformní, depresivní nebo úzkostnou poruchou. Částeji také u pacientů trpících hypertonií a poruchami příjmu potravy (Orgrodniczuk et.al., 2011).

Nedá se obecně říci, že by alexithymici měli problém se vstupem do terapie. Zhruba ve

stejně míře v porovnání s jinými skupinami lidí volí medikaci, psychoterapii či se rozhodnou léčbu vynechat. Nicméně přišlo se na to, že jedinci s vyšším skóre na škále alexithymie volili spíše skupinovou terapii v porovnání s těmi, co preferovali individuální. Předpokládá se, že jim tato forma terapie vyhovuje díky možnosti pasivně pozorovat dění a také díky příležitosti k tomu, aby jim druzí ukázali jak pracovat s emocemi a vyjadřovat je.

Neschnopnost sdělit emočně svůj příběh může však vést k oslabení efektivní komunikace mezi klientem s alexithymií a terapeutem. Terapeuti jsou pak vystaveni vážným stížnostem, zejména somatického charakteru. To jim může ztěžovat vyvinutí vhodného léčebného plánu. Se svým nedostatkem ve vyjadřování, rozlišování a identifikaci emocí mohou být problémem plně se zapojit do terapie (Stingl et.al., 2008).

### **3.4.1 Úspěšnost léčby**

Psychodynamická terapie pro hospitalizované pacienty může zlepšit pacientovi introspektivní schopnosti a také vede ke snadnější identifikaci pocitů i jejich verbalizaci. Podobné efekty jsou očekávány od arteterapeutického zaměření a tělové i hudební terapie, kde alexithymickým klientům prospívají nonverbální způsoby vyjádření. Kvůli potížím s identifikací a verbalizováním emocí by měla úspěšná terapie vést nejen k nižšímu stresu, ale i ke snížení skóre na škále alexithymie (Stingl et.al., 2008).

Ve studii individuální terapie se přišlo na to, že obtíže v identifikaci pocitů u lidí, kteří trpí alexithymií, byly spjaty s menším zlepšením obecných symptomů. Dále také potíže s rozlišením pocitů a externě orientované myšlení snižovaly pozitivní dopad na sociální či sexuální fungování. Objevil se jen jeden rozdíl ve výsledku mezi dvěma druhy terapie. V podpůrné terapii byly obtíže s vyjadřováním emocí spojeny s menším zlepšením u obecných symptomů, ale už se nenašel žádný vztah tohoto rysu s obecnými symptomy v interpretativní terapii. Alexithymie byla celkově spojena s menším výsledkem v interpretativní a podpůrné formě individuální i skupinové terapie. Spíše neúspěch u lidí s alexithymií byl zaznamenán také u léčby alkoholové závislosti, poruchy příjmu potravy, funkční gastrointestinální poruchy nebo dyspepsie (různorodé trávicích obtíže).

Negativní efekt alexithymie na výsledek terapie začal být zkoumán v kontextu terapeutického vztahu. Braly se v úvahu projevy klienta s alexithymií během terapie, které terapeut často shledával jako nudné a frustrující. Jejich nedostatek ve sdělování emocí může oslabovat terapeutovu schopnost být efektivním komunikátorem. Alexithymičtí klienti jsou také vnímáni jako chladní, odtažití a neempatičtí a navíc čím více inklinují jen

k externě orientovanému myšlení, tím méně dávají najevo jakékoli pozitivní emoce. Tato charakteristika vede k tomu, že terapeut na ně reaguje vesměs negativně. Často tedy nezažívají blahodárny vliv například ve skupinové terapii. Terapeut v nich totiž nenachází pozitivní kvality a nepřijímá je jako plnohodnotné členy skupiny, proto se může stát, že je spíše ignoruje či se s nimi příliš konfrontuje. Tento přístup poté u alexithymiků zvyšuje distress a terapii pak vnímají jako zbytečnou. Alexithymici mají ale také tendenci vnímat blízký terapeutický vztah spíše negativně, což může způsobovat menší odezvu na léčbu. (Ogrodniczuk et.al., 2011).

### **3.4.2 Proměnlivost symptomů**

Alexithymici jsou se svými potížemi ve zvládnání a regulaci emocí náchylní k reziduálním symptomům deprese. Tímto pojmem se označují depresivní symptomy, které přetrvávají navzdory zdánlivému dočasnému uklidnění depresivních stavů a jsou spojené s rizikem recidivy. Studii, která zkoumala vztah mezi alexithymií a reziduálními symptomy se podrobilo 33 pacientů s depresí, kteří dobře reagovali na individuální terapii. Zjistilo se, že alexithymie měřená před terapií byla asociována s reziduálními symptomy po skončení terapie navzdory užívání antidepresiv, navrácení k nižší úrovni deprese. Objevily se také nezávisle na pozitivním efektu terapie, který jinak na klienty působil. Reziduální symptomatické skóry předpovídaly relaps o 6 měsíců později. Závěr naznačuje, že problém s vyjádřením emocí predisponuje pacienta k prožití reziduálních symptomů. (Ogrodniczuk et.al., 2011)

Rozlišuje se absolutní a relativní stabilita rysů. Absolutní stabilita odkazuje na rozsah změny v průměrných osobnostních skórech v populaci. Naznačuje, jestli se celková populace mění v alexithymických skórech a případně jakým směrem. Systematické metaanalýzy, které by zjistily stabilitu osobnostního rysu alexithymie neexistují, ale metaanalýzy longitudinálních studií měřící osobnostní rysy podle pěti faktorového modelu, poskytují doklad o pokračující plasticitě po 30. roku věku. Relativní stabilita poukazuje na to, do jaké míry zůstávají rozdíly mezi jednotlivci stejné v čase (Haan et.al., 2012).

Byla provedena studie zkoumající vliv multimodální psychoterapie na 397 hospitalizovaných pacientech s různými psychiatrickými a psychosomatickými poruchami. Studie se konala v Německu na psychosomatické klinice, kde jsou léčeni lidé jak s neurotickými tak s psychosomatickými poruchami. Měřila se úroveň alexithymie spolu se symptomy psychologického stresu při přijetí do terapie a po ukončení léčby.

Psychologický stres a deprese se během celé studie snižovaly u všech diagnostických skupin a skóre v alexithymii rovněž poklesl. Ambulantní skupinová terapie, která pomáhala zredukovat symptomy u pacientů s myokardickým infarktem, byla také spojena se signifikantní redukcí v alexithymii.

Tyto poznatky ukazují, že nemůžeme hovořit o průměrné stabilitě alexithymických rysů, nicméně významné korelace mezi skóre alexithymie před a po léčbě vypovídají o vysoké relativní stabilitě alexithymie. Stejně tak se projevila relativní stabilita po psychofarmakologických a behaviorálních terapiích. V těchto studiích však intervence nemají za cíl změnit míru alexithymie, a tak změny mohly odrážet redukci symptomů, které jsou s alexithymií spojené - symptomy deprese, úzkosti a stresu. (Stingl, 2008). Deprese byla jako proměnná vztažena ke změně ve střední hodnotě alexithymických skóre, speciálně ve faktoru identifikace pocitů, ale neměla žádnou souvztažnost k faktoru externě orientovaného myšlení (Haan et.al., 2012).

## 4 Mindfulness

Mindfulness neboli všímavost je velmi oblíbeným tématem pro nejrůznější studie a doktorské disertace. Odbornou veřejnost začalo toto téma zajímat už v roce 1985, což dokládá rozsáhlá databáze PsycINFO, která navíc zaznamenala výrazný nárůst popularity zvláště v posledních deseti letech.

Všímavost je v podstatě přirozenou schopností mysli, ale rozvinutá všímavost se vyznačuje schopností nezaujatě pozorovat okolní dění i vnitřní pochody, zaznamenávat podněty a zároveň je nehodnotit. Všímavost nám umožňuje přijímat různé podněty jako jsou tělesné procesy, pocity, myšlenky nebo předměty našeho myšlení. Jedná se o registraci skutečnosti, kdy například zkoumáme samotný proces myšlení, než abychom se zaměřili na obsah myšlenky či představy. Dále se definuje jako nepřetržitá ostražitost a plynulá duchapřítomnost, která si všímá podnětů tak, jak vyvstávají. Dá se říci, že všímavost představuje osvobození od vlastního obvyklého pohledu na vlastní osobu i na svět kolem nás (Benda, 2007).

FFMQ (five facet mindfulness questionnaire) zachycuje pět aspektů všímavosti. Patří mezi ně pozorování vnitřní zkušenosti, popisování našich postojů a zkušeností, bdělé a soustředěné jednání, nehodnocení vlastní zkušenosti a neregování, které nám umožňuje



zaujmut odstup od vnitřních prožitků (Gilbert et.al., 2012).

## **4.1 Účinky všímavosti**

Studie, která si dala za cíl prozkoumat účinek všímavosti na možný vznik deprese, zaměřovala svou pozornost na ruminaci (přemítání) a negativní zaujetí. Zkoumání bylo založeno na 2-denní funkční magnetické rezonanci a také na úloze zaměřené na emocionální útlum, po které následovala stresová úloha nebo cvičení všímavosti. Úloha na emocionální útlum (emotional go/no go task) byla použita k měření neuronálních změn a změn v chování, které se vztahují ke stavu negativního zaujetí. Ten je charakterizován zhoršenou schopností tlumit negativní podnět ve srovnání s neutrálním podnětem. Účastníkům jsou předkládány různé podněty na displeji a mají se zdržet mačkání, pokud se neobjeví podnět na který mají reagovat. Tento podnět se však objevuje velmi často, takže úloha zkoumá schopnost tlumit reakce na negativní stimulaci. Stresová úloha zahrnovala odečítání pod časovým tlakem a cvičení všímavosti bylo založeno soustředěném dýchání, kdy měl člověk nezaujatě pozorovat své myšlenky. Lidé s vysokým skóre v neregování na škále mindfulness vykazovali menší ruminaci (přemítání) a snížené negativní zaujetí, které se projevilo jak při stresové úloze, tak po ní. Tato schopnost souvisí s rezistencí vůči depresi a zjištění vybízí k tomu, aby se prostřednictvím meditace a všímavosti předešlo riziku rozvinutí deprese (Paul et.al., 2013).

### **4.1.1 Účinky na nervový systém**

Z většiny studií zobrazovacích metod se zjistilo, že všímavost vede ke zvýšení aktivity v oblastech zodpovědných za pozornost a exekutivní kontrolu jako je horní a přední parietální lalok (Paul et.al., 2013).

Cvičení všímavosti může napomáhat k uzdravení somatických nemocí jako je třeba bodily distress syndrome (syndrom tělesného distresu), který se vyznačuje bolestí a ztuhlostí svalů, únavovým syndromem a střevními potížemi. U těchto lidí se našlo poškození v senzoričných procesech, které může poukazovat na deficit v kognitivní regulaci vnímání symptomu. Právě změna v kognitivní a emocionální regulaci objevující se v příslušných mozkových oblastech, je spojena s praktikováním všímavosti (Fjorback et.al., 2013).

Neregování jako aspekt všímavosti je charakterizován schopností nereagovat automaticky a tendencí zaznamenávat myšlenky a emoce bez toho, aby jsme se jimi cítili

pohlčení. Snížení automatických reakcí se dokládá menší aktivací přední insuly, což je část mozkové kůry, která registruje vnitřní vjemy z těla a reflektuje emoční zkušenosti s nimi spojené. Nízká aktivace insuly při stresující stimulaci naznačuje, že jedinci s vysokým skóre v neregování mohou využívat interocepci k regulování automatických emočních reakcí. Fakt, že tento aspekt nebyl spojen s aktivací amygdaly také podporuje tvrzení, že jedinec s touto schopností využívá interocepci v regulaci automatických reakcí. (Paul et.al., 2013)

Meditace se staly předmětem mnoha výzkumů, protože se prokázalo, že mozková aktivita během meditativního stavu je odlišná od běžného odpočinku či spánku. Tříměsíční meditace všímavosti a vhledu, která trvala 16 hodin denně vedla k větší vizuální vnímavosti a jedinci dokázali lépe rozpoznat i kratší světelné záblesky než tomu bylo u skupiny nemeditujících. V dalším výzkumu v roce 2003 hledali rozdíly na zobrazení EEG mezi kontrolní skupinou a skupinou lidí, co praktikovali meditaci všímavosti a vhledu. Záznam před tréninkem, po tréninku a po následujících tří měsících ukázal, že meditující měli i s větším odstupem času výrazně vyšší aktivitu v levé zadní části mozku, která souvisí s pozitivním citěním. Stejně tak se u nich objevilo více protilátek v krvi po tom, co se u nich spolu s kontrolní skupinou aplikovala vakcína chřipky. Dále se přišlo na to, že meditace všímavosti a vhledu vede k větší produkci hormonu melatoninu, který příznivě ovlivňuje imunitu (Benda, 2007).

#### **4.1.2 Schopnosti spojené s všímavostí**

Všímavost je v podstatě tvořivým kognitivním procesem, který jedinci umožňuje zaznamenávat nové informace a dívat se na věci z různých úhlů pohledu, což ho vede k větší otevřenosti ke zkušenosti. (Benda, 2007). U člověka, který disponuje rozvinutou všímavostí a je schopen nehodnotit situace a podněty, které zažívá, je prokázána lepší přesnost ve vnímání a realistický smysl pro kontrolu. Je také schopen lépe přijmout zkušenosti, které se mu nabízí a dobře zvládá problémy spojené se zdravím (Fjorback et.al., 2013).

Všímavost jako osobnostní vlastnost pomáhá jedinci snížením rušivých myšlenek, nicméně bezprostředně po akutním stresoru nepřispěje k nastolení emoční rovnováhy. Zjistilo se to ve studii, kde se porovnávali všímaví lidé s těmi, co všímavost podstupovali jen jako cvičení. Hned po uměle vyvolaném stresu, kdy měli účastníci myslet na stresující událost se u všímavých lidí emoce nezklidnily, zatímco u lidí bez rysů všímavosti vedlo

cvičení zaměřené na mindfulness k lepší emoční rovnováze po odeznění stresových podnětů. Na druhou stranu pouhé cvičení všímavosti nevedlo ke snížení rušivých myšlenek den po té, jako tomu bylo u všímavých lidí, kteří byli schopni potlačit rušivé myšlenky připomínající stresový podnět (Díaz et.al., 2014).

Každý z aspektů všímavosti se vztahuje k určité mentální schopnosti. Lidé s vysokým skóre v pozorování vykazovali obecně lepší percepci a lidé s vysokým skóre v nereagování měli zase lepší výkon v kognitivní flexibilitě. Ve výše uvedené studii, která zkoumala aspekty všímavosti a jejich spojitost s rozvinutím deprese se dále ukázalo, že umění neragovat vedlo k pomalejšímu tempu dýchání během stresové situace a také s útlumem reakcí na negativní podněty. Stejně tak i po stresové úloze bylo spojeno s menším negativním zaujetím (Paul et.al., 2013)

## 4.2 Terapie

Satiterapie je u nás nejznámější terapií zaměřenou na všímavost, která má klienta vést k uvědomělejšímu prožívání skrze přítomný tělesný stav. Docílí toho díky vyjádření prožitků pomocí psychodramatu, pohybovými cvičeními a prací s výtvarnem. Zajímavou formou terapie je také metoda na všímavosti založené redukce stresu (Mindfulness-Based Stress Reduction), kterou vytvořil John Kabat-Zinn. Klienti na setkáních intenzivně medituji, dozvídají se něco o souvislostech mezi emocí a stresem. Mimo jiné se učí registrovat myšlenky a emoce bez toho, aby je pohltil jejich obsah. Poté dojdou k závěru, že jejich pocity a myšlenky jsou pouze přechodné a všímavost dále praktikují v každodenním životě, při jídle, chůzi a ve stresových situacích.

Kognitivně behaviorální terapie s prvky všímavosti vznikla jako reakce na Kabat-Zinnovu metodu. Jejím cílem bylo pomoci hlavně pacientům, u kterých je riziko, že se u nich znovu obejví deprese. Oproti klasickým formám KBT se tato metoda nezaměřuje na změnu obsahu myšlenek, ale změnu k postoje k myšlenkám, která má vést k narušení úzkého vztahu mezi nepříjemnou náladou a negativně laděným myšlením. Dialektická terapie chování věnuje pozornost hraničním poruchám osobnosti, učí je rozvíjet regulaci emocí a lepší toleranci ke stresu. Cvičení v takové terapii například využívá představu běžícího pásu jako analogii k myšlení, který veze různé myšlenky a pocity. My ho zpovzdálí pozorujeme a snažíme se jednotlivé vjemy pojmenovat či zařadit do kategorií. Poslední KBT terapií je terapie přijetí a odevzdání, která zakládá svou léčbu na

přesvědčení, že psychopatologie se rozvíjí kvůli tendenci kontrolovat nepříjemné myšlenky nebo na základě snahy vyhýbat se jim. Proto se klienti učí své symptomy přijmout a pocity sledují nezaujatě. Všechny zmíněné přístupy se ukázaly jako efektivní v léčbě chronických bolestí a nejrůznějších problémů (Benda, 2007).

#### **4.2.1 Rozvíjení všímavosti**

Studie uvedená v kapitole výše, která měla za cíl vystavit jedince v laboratorním podmínkám stresu a sledovat účinky všímavosti, nabízí výzvu k intenzivnější práci s všímavostí v případech, kdy je potřeba se dlouhodobě vyrovnat se stresem. Zatímco krátké cvičení všímavosti pomohlo k lidem k pozitivnější náladě po prožití stresující vzpomínky, k redukci rušivých myšlenek 24 hodin po experimentu nedošlo (Díaz et.al., 2014).

Intenzivní trénink všímavosti však přinesl značný efekt. 119 lidí se syndromem fyzického distresu podstoupili terapii zaměřenou na redukci stresu s prvky KBT a kontrolní skupina měla obvyklou léčbu v podobě klasické kognitivně behaviorální terapie spolu s medikací. Na začátku léčby i 15 měsíců po léčbě se hodnotilo fyzické zdraví na sebeposuzovací škále, provedl se screening a diagnostické interview. Zlepšení, které se ve skupině praktikující všímavost dostavilo hned po terapii trvalo i po 15 měsících od ukončení terapie narozdíl od obvyklé léčby, kde zlepšení nebylo tak dlouhodobé (Fjorback et.al., 2013).

#### **4.3 Narušení všímavosti**

Je zajímavé položit si otázku, jestli strach ze soucitu a nedůvěra v pocity štěstí koreluje s potížemi v reflexi, popisováním a prožíváním emocí. Afiliativní pozitivní emoce pravděpodobně nabízí bezpečný základ, který umožňuje lidem prožívat a zkoumat jejich emoce. Jedinci s obavou ze soucitu (ať už to znamená odstup od druhých lidí, potlačení soucitu nebo soucit a smířlivost k sobě samému) jsou schopni prožít jen minimální pocit bezpečí, který omezuje jejich kapacitu pro porozumění a reflexi jejich pocitů. Předpokládá se, že je to prožitek bezpečí a uspokojení, které je klíčem pro rozvinutí emočních kompetencí. Všímavost se může dát do kontrastu s alexithymií, protože povzbuzuje zvědavost a podněcuje pozornost k niterné zkušenosti. Je charakterizována tím, že dokážeme své pocity přijímat a nenecháme se zahltit vjemy, což se ukazuje jako protiklad k alexithymi, kdy má člověk z emocí strach a neumí je regulovat. Pro získání důkazu o

vztahu mezi alexithymií, mindfulness a obavou z pocitu štěstí se vyvinula škála Fear of Happiness Scale.

Obavy ze soucitu a pocitu štěstí pozitivně korelovaly s alexithymií. Takový člověk trpí zvýšenou sebekritikou, má potíže s prožíváním bezpečí a neumí sám sebe utěšit či uklidnit. Obava ze soucitu od druhých, nepřijetí soucitu k sobě samému spolu se strachem ze štěstí, také negativně korelovaly na škále mindfulness s popisem emocí, uvědomováním si pocitů a schopností nehodnotit vlastní prožitky. Nejsilnější vztah byl mezi strachem z pozitivních emocí a nehodnocením, na druhou stranu strach a potlačení soucitu k druhým vykazovalo jen slabý vztah k těmto proměnným.

S pocity bezpečí jsou pak výrazně spojeny potíže v popsání a identifikaci pocitů. To odráží spojitost mezi alexithymií a všímavostí, protože člověk s rozvinutou všímavostí dokáže plně prožívat pocit bezpečí. Pokud se člověk zdráhá přijmout soucit a vlídnost, mohlo by to být spojené s nedostatkem v odkrývání svých pocitů, reflektování a schopnosti být všímavý. Zjištění, že hlavně nízké skóre na subškále bezpečí predikovalo alexithymii a zhoršenou všímavost potvrzuje, že některé druhy pozitivním emocí jsou ovlivněné schopností zaměřit svou pozornost a reflektovat (Gilbert et.al., 2012).

#### **4.3.1 Vývojové příčiny**

Nicméně pocit bezpečí či obava ze štěstí často nejsou vrozenými vlastnostmi, ale jsou formovány prostředím. Díky základnímu bezpečí v dětství, který nám později umožňuje prožívat pocity bezpečí se utváří kognitivní kapacity pro již zmiňovanou schopnost emočního uvědomění a sebereflexe. Děti, které nezažijí od rodiny podporující péči mohou mít problém regulovat své emoce, protože jim pro to chybí vyzrálé kognitivní kompetence, které zahrnují mentalizaci (uvědomění toho, jak druhý pravděpodobně smýšlí), schopnost přijmout emoce a popsat je a umění být všímavý ke svým aktuálním emocím. Stejně tak dítě, které v raném věku postrádá blízkost a pozitivní citovou vazbu od rodičů, může být ohroženo rizikem alexithymie. Emoce totiž vnímá jako ohrožující, a tak se mu například nevyvine schopnost všímavosti, díky které by byl schopný je zkoumat a reflektovat.

Lidé, co nedokáží přijmout pocity štěstí mívají někdy problém s výchovou rodičů, kteří v nich pěstují negativní postoj k prožívání štěstí. Někteří depresivní pacienti tak byli vychováni puritánskými rodinami, kde prožívání či spíše vyjadřování pozitivních emocí bylo přijímáno s nevolí. Potlačení pozitivních emocí se například děje u dětí, které byly

trestané zrovna ve chvílích, kdy prožívaly nadšení a měly radost sami ze sebe (Gilbert et.al., 2012).Praktická část

## 5 Výzkumný problém a cíl výzkumu

### 5.1 Výzkumný problém

V praktické části zjišťuji skóre na škále alexithymie, sebereflexe a mindfulness u pacientů s psychosomatickou poruchou, kteří podstupují terapii. Alexithymii měřím Torontskou škálou alexithymie (TAS-20), sebereflexi měřím Škálou sebereflexe a vhledu (SRIS) a mindfulness pomocí Five faset mindfulness questionnaire (FFMQ).

Alexithymie se stala populární problematikou v psychosomatické praxi po roce 1960, kdy se u pacientů zkoumalo, jaké mohou být psychické příčiny určitého fyzického stavu. Již v té době se prostřednictvím rozhovorů o emocionálním fungování ukázalo, že psychosomatictí pacienti mají často problém s vyjádřením pocitů (Kooimnan et.al., 2001). U psychosomatických poruch se setkáváme s tělesným napětím, které je způsobené tím, že člověk nedokáže zpracovat své vnitřní zážitky, nezabývá se jimi a neakceptuje je. Hovoří se o jakémsi zúžení našeho prožívání (Poněšický, 2002). Do zúženého prožívání můžeme například zařadit externalizované myšlení zaměřené jen na vnější projevy a podněty, které se vyskytuje právě u některých alexithymických pacientů.

Sebereflexi je možné dát do kontrastu s alexithymií, protože schopnost vnímat a reflektovat pocity je v protikladu s potížemi spojenými s alexithymií. Sebereflexe hraje roli v pochopení rozvoje psychosomatických potíží. Uvádí se totiž, že psychosomatictí pacienti si zpravidla nepřipouští emocionální souvislosti vztahující se ke vzniku nemoci a odmítají rozebírat psychologické příčiny, které mohly vést k rozvoji somatického onemocnění. (Morschitzky & Sator, 2007). K výrazné dysbalanci organismu může pak dojít vlivem pasivního postoje, kdy se bráníme emočnímu vývoji. Naopak, když člověk reflektuje minulé prožitky a případná pochybení jako přínosnou zkušenost, je na cestě ke zdravému životnímu stylu. Díky sebereflexi, kdy zvažuje a zamýšlí se nad vlastním přístupem k životu se dokáže posunout vpřed (Danzer, 2001). Navíc jak jsem uvedla v teoretické části, je podloženo, že subškála vhledu na škále sebereflexe a vhledu (SRIS-SR) negativně korelovala s alexithymií.

Vidím jistou spojitost mezi všímavostí a sebereflexí. Mindfulness podle výzkumů chrání člověka před depresivními myšlenkami a pomáhá ve stresových situacích, zatímco subškála sebereflexe pozitivně korelovala s úzkostí a stresem. Subškála vhledu oproti tomu negativně korelovala s depresí a vyšší skóre na škále vhledu bylo zase spojené s lepší seberegulací. Všímavost se vyznačuje nezaujatým pozorováním, schopností nehodnotit vnitřní prožírky, proto by měla také napomáhat seberegulaci. Navíc jak uvádím v teoretické části, zlepšení seberegulace díky všímavosti se projevuje v příslušných oblastech mozku. Stejně tak jsem zmínila, že se uvažuje o alexithymii jako o protikladu k mindfulness, jelikož povzbuzuje zvědavost a podněcuje pozornost k niterné zkušenosti.

Rozvinutí sebereflexe během psychoterapie může napomoci ke změně. Terapeut vybízí klienta, aby věnoval pozornost svým myšlenkám a pocitům a chce ho přimět k jasnějšímu náhledu na sebe sama. A jak se píše v článku o měření sebereflexe a vhledu, tyto faktory jsou důležité v seberegulujícím procesu, který dává základy pro vytvoření změny chování jak v klinické praxi tak u neklinické populace (Grant et.al., 2002).

## 5.2 Cíl výzkumu

Vzájemně porovnat jednotlivé škály a zjistit jaké jsou mezi nimi rozdíly. Tímto bych chtěla upozornit na výše uvedené psychické jevy, které spolu navzájem souvisí a mohou ovlivnit vnímání psychosomatických potíží. Výzkum bude také orientován na změnu v průběhu terapie, to znamená, jak se klienti v rozdílných fázích terapie na těchto škálách umísťují. Cílem je také zjistit, jestli délka terapie souvisí s rozvinutím sebereflexe a případně na ni poukázat jako na vlastnost, která ovlivňuje terapii a je důležitá pro změnu. U klientů by to napomohlo k lepšímu pochopení procesu terapie, kterou ovlivňuje jejich intrapsychický život a terapeutům by mohl výzkum podat informaci o psychických proměnných, které souvisí s psychosomatickými potížemi. Zjištění, za jak dlouho lze očekávat změnu sebereflexe lze nabízet jako motivaci pro klienty.

## 6 Hypotézy

- H1** – Délka terapie pozitivně koreluje se škálou sebereflexe a vhledu
- H2** – Škála sebereflexe a vhledu bude negativně korelovat s alexithymií
- H3** – Subškála sebereflexe negativně koreluje s mindfulness

**H4** – Subškála vzhledu pozitivně koreluje s mindfulness

**H5** – Alexithymie bude negativně korelovat s mindfulness

## 7 Výzkumný vzorek

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na klienty s psychosomatickými potížemi, kteří podstupují terapii. Psychosomatické problémy jsem vymezila jako hlavní projev poruch, které jsou zařazeny v MKN-10 pod značkou F45. Díky tomu terapeuti do výzkumu nezahrnuli klienty, kteří sice trpí jistými somatickými problémy, ale ty se projevují jako doprovodný jev k depresivní poruše, psychóze či poruše osobnosti. Cílem tedy bylo zabránit tomu, aby terapeuti zvolili respondenty s psychosomatickými obtížemi, které by byly spojené s nějakou závažnější poruchou. Výsledné korelace bych tak mohla dát spíše do souvislosti s těmito psychiatrickými problémy nikoli se somatickými obtížemi jako takovými. Nicméně nevyvarujeme se překrývání pojmů, protože v odborných kruzích je definice psychosomatické poruchy docela problematická. Psychosomatika je totiž rozsáhlá oblast, a proto je těžké jednotlivé potíže přesně vymezit. I přesto jsem však terapeuty požádala, aby se zkusili zaměřit jen na ty klienty, u kterých diagnosticky usuzují na psychosomatickou poruchu a vysledovali tedy u nich intenzivní, přetrvávající potíže. Druhy psychosomatických potíží jsem nerozlišovala. Zprv by bylo velmi těžké sehnat dostatečný počet respondentů se specifickými potížemi (například chronické bolesti zad, střevní problémy apod.). a za druhé se domnívám, že různé typy psychosomatických projevů by nesouvisely s rozdílnými skóre v dotaznících na alexithymii, mindfulness a sebereflexi, které jsem si vybrala jako měřící metody.

Psychosomatické problémy jsem chtěla sledovat v procesu terapie ze tří důvodů. Zajímalo mne jaké terapeutické přístupy využívají terapeuti při práci s těmito klienty. Případně bylo možné porovnat jednotlivé přístupy co do rozdílů ve skórech, ale kvůli malému počtu respondentů to není zcela na místě. Také jsem terapii považovala za dobrý prostředek k tomu, abych mohla respondenty pro svůj výzkum získat díky psychoterapeutům, kteří je mohli v průběhu terapie oslovit a dotazníky od nich vybrat. Dále mám ve svých hypotézách zahrnutý vztah mezi délkou terapie a schopností sebereflexe.

- Tabulka 1. uvádí počet lidí v dané kategorii



*Tabulka 1: Zkoumaný vzorek*

Žena	18
Muž	5
Celkem	2

## 7.1 Průběh výzkumu

Nejdříve jsem oslovovala terapeuty v různých zařízeních, převážně ty, kde se mimo jiné specializují na psychosomatiku. Byla to pracoviště jako je například Centrum komplexní péče Roseta, Centrum Dobřichovice, ČAPZT (Asociace pro psychoterapii zaměřenou na tělo), Institut biosyntézy, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, psychoterapeutické Centrum Pod křídly atd. Oslovení probíhalo po emailu ke kterému jsem přiložila leták se základními informacemi o výzkumu, které měly vybízet klienty ke spolupráci. Do emailu jsem zahrнула stručný popis výzkumu, ve kterém jsem uvedla co je cílem mé práce a jaké dotazníky použiji k vyhodnocení. Zmínila jsem jaký přínos by mohla mít práce pro terapeuty i jejich klienty a uvedla jsem také nějaké instrukce, které se týkaly termínu a předávání letáků. Leták určený pro klienty obsahoval cíl práce a také zde byl vysvětlen způsob zaslání dotazníků. Klienti měli možnost online formy, tištěné formy a formy excel, kterou si mohli vybrat a zaslat mi své rozhodnutí na email uvedený na letáku.

Využila jsem telefonický hovor k metodě lavinového výběru, kdy člověk vybízí participanty výzkumu, aby informace o výzkumu šířili dále mezi své kolegy a případně mi doporučili, koho bych mohla oslovit. Tato metoda je možná jen v organizacích s pevnou vnitřní strukturou, kde jsou si lidé navíc profesně blízcí. Zeptala jsem se tedy některých terapeutů, jestli už ví o nějakých oslovených klientech a poprosila jsem je, aby letáky kdyžtak rozšířili dále na jejich pracovišti. Návratnost dotazníků však byla velmi malá a některé jsem musela vyřadit kvůli opomenutým položkám, takže jsem musela přejít ještě k druhému pokusu.

Pro druhý pokus jsem vybírala soukromně orientované psychology, kteří provozovali psychoterapii a zaměřovali se hlavně na psychosomatické potíže. V pozměněném emailu jsem je oslovovala jmenovitě a snažila jsem se je nezahltit informacemi. Pouze jsem zmínila, co bych chtěla zkoumat a zmínila jsem, že mezi odborníky je téma považované za

zajímavé, ale potřebovala bych o dost více dotazníků. Podnítila jsem jejich zvědavost a v dalším emailu se ptali na dodatečné informace, takže jsme se dostali do společné konverzace, která později vedla k přijatelnému počtu respondentů.

## 8 Metody měření

Výzkum je vyhodnocen kvantitativně, kdy se vzájemně porovnávají výsledky v dotaznících. Alexithymie a mindfulness se nejlépe zjistí právě dotazníkovými metodami a na sebereflexi také existuje ucelená škála. Můžeme ale diskutovat o tom, že by se například sebereflexe dala zkoumat i pomocí rozhovorů, ale tento způsob je časově velmi náročný a navíc bych musela být opatrná v interpretaci, co ve výpovědích klientů označit právě za sebereflexi. Proto jsem si zvolila pro svůj bakalářský výzkum 3 dotazníky, které jsem porovnávala na základě korelační analýzy.

Nemůžeme zde tvrdit, že změna v jedné proměnné způsobuje změnu v druhé proměnné, ale zaměřujeme se na vzájemné souvislosti, které nám ukazují jaký psychický jev můžeme najít současně s další psychickou proměnnou. Chceme tedy najít v jaké míře nacházíme u člověka současně dvě psychické vlastnosti, které se porovnávají pomocí určité hodnoty, v tomto případě na základě celkového skóre v jednotlivých dotaznících (Ferjenčík, 2000). Cílem je nakonec potvrdit alternativní hypotézu či zamítnout, že by se vyskytoval nějaký vztah mezi sledovanými psychickými jevy.

### 8.1 TAS-20 – Toronto Alexithymia Scale

Toronto Alexithymia Scale je nejpoužívanější metodou k zjišťování míry alexithymie. Původní verzi vytvořili Taylor, Bagby a Parker a původně obsahovala 26 položek. Nynější podoba dotazníku obsahuje 20 otázek o 3 subškálách, které spolu s celkovým skóre v TAS-20 vykazují dostatečnou vnitřní konzistenci, test-retestovou reliabilitu a to jak u klinické, tak u neklinické populace. Vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa = 0.81) a test-retestová reliabilita (0.77,  $p < 0,01$ ) (Kooiman et al., 2006). Položky jsou uloženy na pětibodové Likertově škále a pět z nich má inverzní skórování (4, 5, 10, 18, 19). Nejvyšší dosažitelný počet bodů je 100 a rozmezí skóre pro určení míry alexithymie je následující:

- **méně nebo rovno 51 bodů** – nejsou patrné známky alexithymie
- **52 – 60 bodů** – možnost, nebo pravděpodobnost alexithymie
- **nad 60 bodů** – alexithymie je téměř jistá

TAS-20 měří 3 faktory alexihymie:

1. **DIF** – potíže s identifikací pocitů
2. **DDT** – potíže s vyjádřováním pocitů
3. **EOT** – externě orientovaný styl myšlení.

První faktor DIF zjišťuje schopnost identifikovat emoce a rozlišit je od somatických vjemů, které doprovázejí dané emocionální nabuzení (příklad položky: „*Bývám často zmatený(-á) , pokud jde o to, jaké emoce cítím*“).

Druhý faktor DDT testuje schopnost popsat emoce druhým lidem (příklad položky: „*Jsem schopný snadno popsat své emoce*“).

Třetí faktor zjišťuje, jestli má jedinec tendenci zaměřovat svou pozornost externě, tedy jen na vnější jevy (příklad položky: „*Raději problémy analyzuji, než abych je popisoval*“). (Gilbert et.al., 2012).

## 8.2 FFMQ – Five faset mindfulness questionnaire

Five faset mindfulness questionnaire (dotazník pěti aspektů všímavosti) prokázal dobrou reliabilitu s koeficienty alfa, které se u subškál pohybují od .75 do .91. R.A Baerová s kolegy (2006) se pokusili sjednotit metody všímavosti navzdory jejich dobrým psychometrickým vlastnostem, protože neměli jednotnou strukturu a obsah. Za tímto účelem zkoumali korelace jednotlivých dotazníků s některými proměnnými (emoční inteligence, problémy s regulací emocí, neuroticismus atd.) a přišli tak na to, že každá z metod na měření mindfulness testuje jinou složku všímavosti. Po sjednocení dotazníků vznikla metoda FFMQ, která byla tvořena 5 dimenzemi všímavosti. Z faktorové analýzy pak skutečně vyšlo najevo, že dotazník obsahuje 5 aspektů (Baer et.al., 2006):

- 1) **Pozorování**
- 2) **Popisování**
- 3) **Vědomé jednání**

#### 4) Nehodnocení

#### 5) Nereagování

Dotazník je tvořen 39 otázkami a hodnotí se pomocí pětistupňové Likertovy škály. Subškála vědomého jednání i subškála nehodnocení je inverzní zatímco nereagování a pozorování neobsahuje ani jednu inverzní položku. Subškála popisování pak obsahuje 3 inverzní položky.

První aspekt **pozorování** odráží schopnost zaměřit pozornost na přítomný okamžik, díky které plně vnímáme jak vnější podněty, tak vlastní prožitky (příklad položky: „*Věnuji pozornost vjemům jako je vítr ve vlasech nebo dotek slunečních paprsků na mé tváři*“).

Druhý aspekt **popisování** zjišťuje, jestli jedinci nedělá problém věnovat pozornost svým prožitkům. Jedná se tu o orientaci v pocitech, to znamená jak umíme emoce popsat a verbálně pojmenovat (příklad položky: „*Snadno dokáží své názory, očekávání a přesvědčení převést do slov*“.)

Třetí aspekt se nazývá **vědomé jednání**. Představuje schopnost zaměřit své myšlenky jen na aktuálně probíhající činnost, která souvisí s lepším soustředěním. Takový jedinec není ovlivněn automatickým jednáním a jeho činnost nenaruší různé vzpomínky a starosti (příklad položky: „*Snadno se přestanu soustředit a jsem roztržitý*“).

Čtvrtý aspekt nehodnocení intrapsychických prožitek vypovídá o tom, jestli jsme schopni zaujmout nehodnotící postoj k vlastním prožitkům. Svě emoce pak například neposuzujeme jako dobré či špatné a naše myšlenky nehodnotíme jako vhodné či nevhodné (příklad položky: „*Odsuzuji se za své iracionální nápady*“).

Pátý aspekt nereagování odráží schopnost pozorovat své myšlenky aniž bychom se jimi nechali pohlit. Držíme si odstup od svých emocí a nereagujeme automaticky (příklad: „*Když mám úzkostné myšlenky či představy, obvykle je prostě jen zaznamenám a nechám být*“)

(Žitník, 2010).

### 8.3 SRIS – Self-Reflection and Insight Scale

SRIS je validní a reliabilní nástroj k měření sebereflexe a vhledu, který představuje zlepšení velmi využívaného, ale přesto kritizovaného měření PrSCS (škála osobního sebeuvědomění, uvádím v teoretické části). V několika studiích, dvě na sobě nezávislé

faktorové analýzy objevily, že SRIS zahrnuje dva oddělené faktory pojmenované sebereflexe a vhled: Self- Reflection (SRIS-SR) a Insight (SRIS-IN). Další základní komponentová analýza s varimaxovou rotací našla finální dvou faktorovou škálu obsahující celkově 20 položek. 6 položek ze subškály angažovanost v sebereflexi a 6 položek ze subškály potřeba sebereflexe byly syceny stejným faktorem. Tento faktor byl označen Sebereflexe (SRIS-SR). 8 položek ze subškály vhledu (SRIS-IN) byly založeny na stejném faktoru. Obě škály měly dobrou vnitřní konzistenci a fungovaly v tomto ohledu lépe než PrSCS. Našla se negativní korelace mezi SRIS-SR a SRIS-IN.

SRIS-IN má dobrou konvergentní a diskriminantní validitu. Negativně koreluje s měřeními deprese, úzkosti, sresu a alexithymií a koreluje pozitivně s kognitivní flexibilitou a seberegulací. SRIS-SR, které bylo vytvořeno k měření konstruktivní sebereflexe, se nevztahovalo k depresi. Nicméně, našla se pozitivní korelace mezi SRIS-SR a úzkostí.

Škála sebereflexe a vhledu se posuzuje na základě šestibodové škály (1= vůbec nesouhlasím, 6=naprosto souhlasím) (Grant et.al., 2002). Malý přehled a příklad položek uvádím níže. Celé znění dotazníku je k dispozici v příloze.

*Tabulka 2: Faktory sebereflexe*

Faktory	Příklad položky
<b>Faktor sebereflexe</b>	
Subškála – angažovanost v sebereflexi	„Často přemýšlím o tom, jakým způsobem věci prožívám“.
Subškála – potřeba sebereflexe	„Velmi mne zajímá zkoumat, o čem přemýšlím“.
<b>Faktor vhledu</b>	„Obvykle mám velmi jasnou představu o tom, proč se chovám určitým způsobem.“

## 8.4 Administrace dotazníků

Dotazníky vyplňovali respondenti v online formě, formou excel nebo mi ho v tištěné podobě zaslali poštou. Způsob zaslání si vybrali buď na základě letáku, který jim byl předán od jejich terapeuta nebo na základě domluvy se svým terapeutem, který mi následně dotazník zprostředkoval. S terapeuty jsem vedla korespondenci po emailu a

výsledkem často bylo, že zkopírovali odkaz do emailu svého klienta, a ten díky tomu dotazníky vyplnil ochotněji.

Vyplnění dotazníku mělo podle odhadu trvat maximálně 30 minut. Respondenti byli ujištěni, že dotazníky jsou ve všech třech formách anonymní a bylo jim doporučeno, ať ho vyplňují spíše o samotě. Úvodní otázky obsahovaly doplňující údaje jako je věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, počet již absolvovaných terapeutických sezení, frekvence setkávání v rámci terapie, jaký terapeutický přístup využívá jejich terapeut. Sběr dat trval od ledna do dubna 2015.

## 9 Analýza dat

Má data jsou intervalová, to znamená že stejné intervaly na škále představují stejné rozdíly v charakteristice, kterou měříme. Rozdíl mezi ohodnocením 1 a 2 je stejný jako rozdíl mezi 3 a 4 nebo 4 a 5. Stejně tak rozdíl mezi 1 a 3 by měl být stejný s rozdílem mezi 3 a 5 (Field, 2009). Proměnné hodnotím na základě likertovy škály a pracuji s celkovými skóre, které jedinci v dotaznících dosáhli. Jednotka měření je tedy v celé stupnici stejná.

Pro intervalová data je vhodné použít Pearsonův korelační koeficient. Používá se ke zjištění lineární závislosti mezi dvěma proměnnými. Dostaneme tak informaci o tom, jestli jedna proměnná souvisí se změnou v druhé proměnné. Lineární vztah může být přímý a nepřímý. Udává nám to hodnota korelačního koeficientu. Čím více se hodnota blíží +1, tím více dvě proměnné pozitivně korelují (se zvýšením jedné proměnné se úměrně zvyšuje i druhá) a hodnota blízká -1 poukazuje na to, že zatímco jedna proměnná se zvyšuje, druhá klesá. Hodnota  $\pm 1$  nabývá tehdy, když veličiny jsou absolutně závislé. To znamená, že pokud sestrojíme bodový graf dvojice zkoumaných veličin, všechny body leží na přímce. Pokud se hodnota blíží 0 znamená to, že zatímco se jedna proměnná mění, druhá zůstává stejná (Field, 2009).

### 9.1 Výsledky testů

Data jsem zpracovávala pomocí Excelu. Co se týká celkového skóre v jednotlivých dotaznících, přepočítala jsem (0-1), kde 0 je nejméně a 1 je nejvíce. Výsledná škála tedy byla založená na 1-100%, kde 100% je maximální dosažitelný počet bodů. Pro alexithymii a sebereflexi neexistují v České republice normy, ale u mindfulness jsem si vypočítala

relativní četnost na základě českých norem.

*Tabulka 3: Alexithymie - celkové skóre*

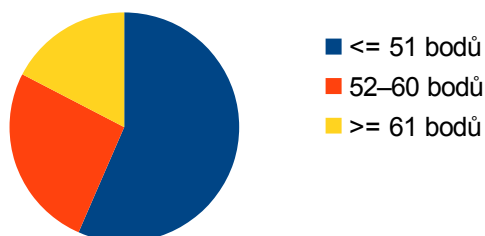
	Celkové skóre	Celkové skóre v procentech
Medián	49	36,30%
Průměr	49,6	37,00%

Tabulka 3. ukazuje jaký je medián a průměr celkového skóre na škále alexithymie. V druhém sloupci pak vidíme procenta, která ukazují kolik procent tato střední hodnota (medián a průměr) představuje v poměru k maximálnímu dosažitelnému počtu bodů na škále alexitymie (maximální skóre je 60 bodů).

V následujícím diagramu (obrázek 1) se ukazuje, kolik procent lidí se pohybovalo v jednotlivých rozmezích pro určení míry alexithymie. Vyšlo najevo, že ve zkoumaném vzorku není počet lidí, který trpí alexithymií zcela zanedbatelný. Tito lidé představují 17,39 % z celkového vzorku.

- $\leq 51$  bodů - nejsou patrný známky alexithymie – 56,52 %
- 52–60 bodů – možnost nebo pravděpodobnost alexihymie – 26,09 %
- $\geq 61$  bodů – alexithymie je téměř jistá – 17,39 %

Četnost skórů alexithymie



*Obrázek 1: Četnost skórů alexithymie*

Abych mohla hodnotit celkové skóre na škále vhledu i sebereflexe a porovnat tak jeho souvislost s další proměnnou, bylo třeba faktor sebereflexe s faktorem vhledu přepočítat na stejnou škálu. U subškály sebereflexe vycházel celkový skór 72 a u subškály vhledu 48. Kvůli tomuto nepoměru jsem tedy při výpočtu korelací převedla subškálu sebereflexe a vhledu na stejné měřítko – škála od 1%-100%. Nicméně v tabulce 4. uvádím medián a průměr zvlášť v subškále sebereflexe i vhledu.

*Tabulka 4: Subškála sebereflexe a subškála vhledu*

Subškála sebereflexe	Celkové skóre	Celkové skóre v procentech
Medián	50	63,30%
Průměr	48,5	60,90%
Subškála vhledu		
Medián	32	60,00%
Průměr	31,7	59,00%

V tabulce 5. je uveden medián a průměr pro celkové skóre na škále mindfulness. Vyšší skóre mají lidé, kteří se dokáží koncentrovat na to, co se děje v přítomnosti a nejsou rozptylováni vnitřním monologem. Ke své zkušenosti zaujímají objektivní postoj a dobře přijímají sami sebe. Dokážou si také lépe uvědomit své emoce a porozumět jim.

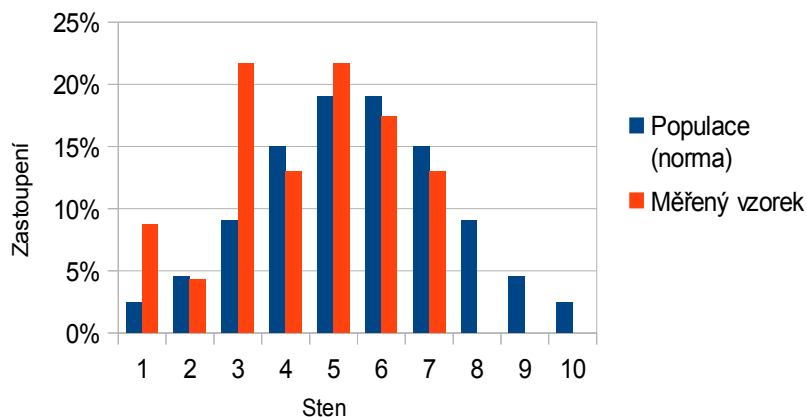
Výsledky testu jsem pro zajímavost porovnávala s normami (Žitník, 2010). Na obrázku 2 uvádím porovnání relativní četnosti v populaci a relativní četnosti zkoumaného vzorku. Bylo třeba převést hrubé skóre na steny. Abych zjistila relativní četnost v mém souboru, počítala jsem počet lidí u každého stenu a došla jsem tak procentuelnímu zastoupení jednotlivých stenů v mém vzorku.

*Tabulka 5: Mindfulness - celkové skóre*

	Celkové skóre	Celkové skóre v procentech
Medián	126	55,8
Průměr	123,7	54,3



## Porovnání skóre mindfulness u respondentů vzhledem k normě



Obrázek 2: Porovnání skóre mindfulness u respondentů vzhledem k normě

Tabulka 6: Průměr stenů u mindfulness

Průměr populace (steny)	Průměr zkoumaného vzorku (sten)
5,5	4,4

Jak vidíme z obrázku 2, který porovnává relativní četnost stenu u normy a u zkoumaného vzorku, nikdo neměl obsazen sten od 8-10, který představuje nadprůměr. Dokonce průměr stenu v populaci je o celý jeden sten větší než u zkoumaného vzorku (Tabulka 6). Na škále mindfulness se tedy zkoumaný vzorek pohyboval spíše v nižších skórech.

## 9.2 Výsledky korelací

Jak jsem již zmínila, k výpočtu korelací používám Pearsonův korelační koeficient  $r$ . Vztah proměnných také znázorňuji pomocí přímky lineární regrese, která vystihuje průběh jejich závislosti. Index determinace  $R^2$  (druhá mocnina korelačního koeficientu) nám vysvětluje, do jaké míry vyjadřuje lineární regrese vliv jedné proměnné na druhou.

Pro upřesnění uvádím tabulku se Spearmanovými korelacemi, které jsou spočítány na hladině významnosti  $p < 0,05$ . Je zde také oddělena subškála sebereflexe a vzhledu.

### Tabulka Spearmanových korelací

Proměnná	Spearmanovy korelace Označ. korelace jsou významné na hl. $P < ,05000$		
	Počet terapeutických sezení	Alexithymie	Mindfulness
Počet terapeutických sezení	1,000000	0,400000	-0,255509
Alexithymie	0,400000	1,000000	<b>-0,664111</b>
Mindfulness	-0,255509	<b>-0,664111</b>	1,000000
Sebereflexe	0,029003	-0,198613	-0,030716
Vhled	<b>-0,433532</b>	<b>-0,737365</b>	<b>0,782653</b>

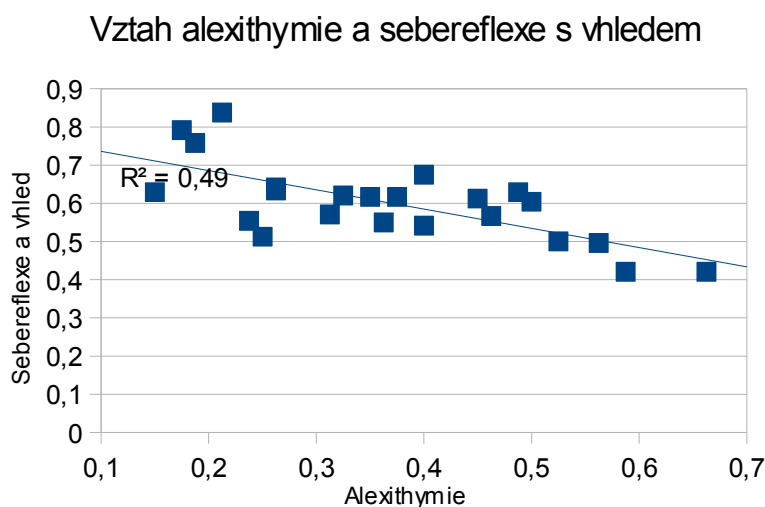
#### 1. Hypotéza: Vztah mezi počtem sezení a sebereflexe + vhledu – pozitivní

Tabulka 7: 1. Hypotéza

Pearsonův korelační koeficient - r	-0,41
Index determinace - $R^2$	0,17

Mezi dvěma proměnnými nenalzáme žádný vztah. Pearson ukazuje negativní korelaci, takže pozitivní korelace se neprokázala. Z tabulky spearmanových korelací vidíme, že na negativní korelaci se na hladině významnosti  $p < 0,05$  podílí subškála vhledu, ale negativní korelace je velmi malá. Nicméně index determinace nám ukazuje, že vztah mezi škálou sebereflexe a vhledu a počtu terapeutických sezení je zde vyjádřen jen ze 17% ( $R^2 = 0,17$ ). Můžeme vysvětlit jen 17% faktorů podílejících se na variabilitě. Jinak řečeno, 83% variability v hodnotách nemůže být vysvětleno pouze těmito hodnotami, musí tady být další proměnné které mají vliv (Field, 2009). Vzorek je také velmi malý, takže ani nelze z takového počtu dobře usuzovat na závislost mezi počtem absolvovaných sezení a rozvíjející se sebereflexí. Pearsonův korelační koeficient také počítá s odchylkou a započítá i extrémní hodnotu, která se v datech objevuje. V tomto případě je to kolem 250 sezení u jedné respondentky. Můžeme si klást otázku, jestli skutečně docházela celé 4 roky.

## 2. Hypotéza: Vztah alexithymie a sebereflexe + vhled – negativní korelace



Obrázek 3: 2. Hypotéza

Tabulka 8: 2. Hypotéza

Pearsonův korelační koeficient - r	-0,7
Index determinace - R <sup>2</sup>	0,49

Z bodového grafu (Obrázek 3) vidíme, že data směřují dolů. Negativní korelace se ukazuje být poměrně silná ( $r = -0,7$ ). Sebereflexe a vhled negativně koreluje s alexithymií ze 70%. Potvrdilo se tedy, že čím vyšší sebereflexe a vhled, tím nižší skóre na škále alexithymie. Lineární regrese je znázorněna přímkou, která je nejbližší všem bodům (datům) ve zkoumaném vzorku a vystihuje průběh jejich závislosti. Postupem ověření, zda je přímka dobrým vysvětlením daného vztahu je zjištění indexu determinace  $R^2$ , což je podíl celkového rozptylu, který je touto přímkou vysvětlen. Je to v podstatě podíl součtu čtverců (rozptylu) vysvětleného regresí ke celkové sumě součtu čtverců (rozptylu). Nazýváme ho podíl rozptylu dat vyčerpaný regresním modelem (Field, 2009). Závislost proměnných je zde vyjádřena ze 49% (Tabulka 8).

Když se podíváme zvláště na subškálu sebereflexe a vhledu ve vztahu k alexithymii, vidíme, že na negativní korelaci se podílí subškála vhledu. Negativně koreluje ze 74 % na hladině významnosti  $p < 0,05$ .

Proměnná	Spearmanovy korelace Označ. korelace jsou významné na hl. P <,05000	
	Sebereflexe	Vhled
Počet terapeutických sezení	0,029003	<b>-0,433532</b>
Alexithymie	-0,198613	<b>-0,737365</b>
Mindfulness	-0,030716	<b>0,782653</b>
Sebereflexe	1,000000	-0,106700
Vhled	-0,106700	1,000000

### 3. Hypotéza: Vztah subškály sebereflexe a mindfulness – negativní korelace

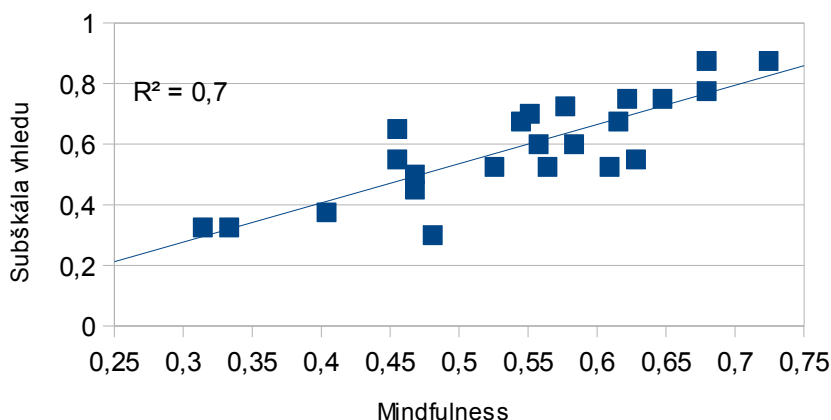
Tabulka 9: 3. Hypotéza

Pearsonův korelační koeficient - r	-0,04
Index determinace - R <sup>2</sup>	0

Pearsonův korelační koeficient nám ukazuje, že negativní korelace je zanedbatelná, protože se projevuje jen ze 4% (Tabulka 9). Index determinace je po zaokrouhlení nulový, takže negativní korelaci můžeme zamítnout, mezi proměnnými nenacházíme žádný vztah.

### 4. Hypotéza: Vztah mindfulness a subškála vhledu – pozitivní korelace

Vztah mindfulness a subškály vhledu



Obrázek 4: 4. Hypotéza

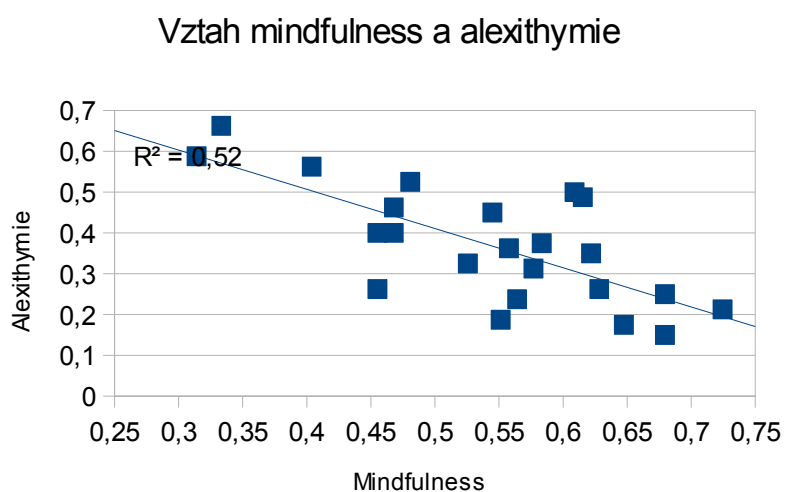
Tabulka 10: 4. Hypotéza

Personův korelační koeficient - r	0,84
Index determinace - R <sup>2</sup>	0,7

Na bodovém grafu (Obrázek 4) si můžeme všimnout, že data postupují vzestupně a Pearsonův korelační koeficient je zde roven  $r = 0,84$ . (Tabulka 10). Pozitivní korelace se potvrdila a je velmi silná. Subškála vzhledu pozitivně koreluje s mindfulness ze 84 %. Index determinace je 0,7. Data jsou seřazena těsně na přímce.

Když je  $R^2 = 1$ , tak všechny hodnoty leží kolem přímky. Čím vyšší  $R^2$ , tím více lineární regrese vysvětluje korelaci. V tomto případě je  $R^2$  rovno 0,7. Lineární regrese tedy vysvětluje vztah mezi těmito proměnnými ze 70%. Na základě lineární regrese můžeme vysvětlit 70% faktorů ve variabilitě proměnných.

### 5. Hypotéza: Vztah mindfulness a alexithymie – negativní korelace



Obrázek 5: 5. Hypotéza

Tabulka 11: 5. Hypotéza

Pearsonův korelační koeficient - r	-0,72
Index determinace - R <sup>2</sup>	0,52

Bodový graf (Obrázek 5) ukazuje, že data se pohybují sestupně a Pearsonův korelační koeficient je roven  $r = -0,72$ . Negativní korelace se potvrdila, mindfulness s alexithymií negativně koreluje ze 72%. Data nejsou seřazena těsně kolem přímky, index determinace ukazuje, že lineární regrese vysvětluje vztah mezi těmito dvěma proměnnými z 52%. To znamená, že 48% variability v hodnotách nemůže být vysvětleno jen těmito hodnotami, ale i dalšími proměnnými, které působí na tyto hodnoty.

### 9.2.1 Ověření hypotéz

- **Zamítnutí hypotézy H1:** Nenacházíme pozitivní korelaci mezi délkou terapie a hodnotami měřenými Škálou sebereflexe a vhledu (SRIS). Pouze slabá negativní korelace u subškály vhledu (SRIS-IN).
- **Přijetí hypotézy H2:** Škála sebereflexe a vhledu negativně koreluje s hodnotami měřenými na škále alexithymie (TAS-20).
- **Zamítnutí hypotézy H3:** Není žádný vztah mezi subškálou sebereflexe (SRIS-SR) a mindfulness, který byl měřen dotazníkem FFMQ.
- **Přijetí hypotézy H4:** Subškála vhledu (SRIS-IN) pozitivně koreluje s mindfulness FFMQ.
- **Přijetí hypotézy H5:** Skóre na škále alexithymie (TAS-20) negativně koreluje s mindfulness, měřeným dotazníkem FFMQ.

## 10 Diskuze

Ve výzkumné části jsem se zabývala psychosomatickými potížemi v kontextu psychoterapie, konkrétně jak souvisí u těchto klientů počet sezení s rozvíjející se sebereflexí. Zaměřovala jsem se na jednotlivá skóre v dotaznících a zjišťovala tak vzájemné souvislosti mezi Škálou sebereflexe a vhledu, alexithymií (TAS-20) a všímavostí měřenou dotazníkem FFMQ. U Škály sebereflexe a vhledu jsem se také zaměřila odděleně na dvě subškály – Vhled a Sebereflexe. Co se týká celkových skóre na uvedených škálách,

alexithymií trpělo 17%, což není mnoho, ale můžeme si klást otázku, kolik procent by se naměřilo u většího vzorku. U sebereflexe a vhledu nikdo neměl více jak 70% z celkového skóre. A ohledně mindfulness ve vztahu k dalším proměnným hrál asi roli fakt, že žádný z lidí ve výzkumném vzorku neměl nadprůměrné skóre v mindfulness.

Na základě výsledků korelací jsem potvrdila 3 hypotézy a zjistila jsem tak, že lidé s vyššími skóry alexithymie měli zároveň nižší úroveň sebereflexe a vhledu. Na hladině významnosti se však ukazuje, že na negativní korelaci se z větší části podílel vhled. Tento fakt je potvrzením předchozích zjištění. Schopnost sebereflexe se skutečně může dát do protikladu s alexithymií, která se vyznačuje nedostatečným zpracováním emocí. Jedinci s alexithymií tedy mají problém reflektovat své prožitky. Na druhou stranu pro některé může být pojem sebereflexe široký pojem, v tomto výzkumu však vycházím ze sebereflexe měřené subškálou vhledu. Alexithymie se rovněž ukázala být v negativní korelaci s mindfulness, takže člověk s alexithymií postrádá schopnost pozorovat své prožitky a vnímat své emoce nezaujatě. Pokud bychom chtěli získat přesnější výsledky ohledně vztahu těchto dvou proměnných, mohli bychom zkoumat zvlášť skóre v každém z pěti aspektů mindfulness. Zjistili bychom tak, který z aspektů všímavosti je více spojen právě s alexithymií. To samé bychom mohli provést s hypotézou ohledně subškály vhledu a mindfulness, u které se potvrdila pozitivní korelace. Subškála sebereflexe a mindfulness nekorelovala nejspíše z toho důvodu, že samotná subškála sebereflexe sice pozitivně korelovala s úzkostí a stresem, ale nenašel se žádný vztah s alexithymií. Pokud by vyšší skóre na subškále sebereflexe bylo spojené s větší mírou alexithymie, pak by asi nejspíš souvisela i s menším skóre v mindfulness. Vycházím zde z páté hypotézy, která se potvrdila.

Vztah mezi počtem sezení a sebereflexí a vhledem se neprokázal. Je však zvláštní, že negativní korelace se ukázala na hladině významnosti  $p < 0,05$  u subškály vhledu. Korelace je však malá a není na místě učinit závěr, že s vyšším počtem sezení klesá schopnost vhledu. Můžeme jen spekulovat, proč tomu tak je. Pozitivní korelace se neprokázala zřejmě proto, že je z takto malého vzorku těžké zjistit, jestli vyšší počet absolvovaných sezení zároveň souvisí i s lepší schopností sebereflexe. Zároveň mohla tento vztah ovlivnit krajní hodnota, která se zde objevuje. V případě většího vzorku bych mohla redukovat krajní hodnoty a možná bych tak došla k lepšímu výsledku. Počet absolvovaných sezení se může jevit jako trochu problematický, protože někteří neodhadnou přibližný počet sezení, a tak počet sezení vypočítám na základě doby terapie a

frekvence (např. 2 roky, 1x za 14 dní). Nabízí se tak otázka, jestli nějaký klient skutečně chodil po celou dobu nebo jestli občas nějaké sezení nevynechal. To by následně mohlo ovlivnit měřený vztah mezi počtem sezení a sebereflexí. Počet sezení by nám věrohodněji sdělil asi terapeut, jelikož si o svých klientech vede záznamy. Nicméně z hlediska anonymity by to bylo obtížné a klade to velké nároky na terapeuta, který by musel dotazníky předat osobně a vepsat na dotazník počet sezení. Online forma by byla možná jedině v tom případě, že by terapeut spolu s odkazem posílal i počet sezení, který by si klient zaspal do dotazníku.

Hlubší náhled na rozvíjející se sebereflexi by přinesla longitudinální studie, která je ale velmi časově náročná a vyžaduje trvalý zájem na výzkumu ze strany jeho účastníků. Sebereflexe by se u každého člověka zjišťovala na začátku a na konci terapie a porovnal by se rozdíl. Další možností je srovnání dvou skupin lidí. Například porovnat z hlediska sebereflexe či jiné proměnné měřené v tomto výzkumu kontrolní vzorek, který netrpí psychosomatickými potížemi s lidmi trpícími psychosomatickou poruchou. Nebo porovnat mladší a starší lidi z hlediska hodnot na těchto škálách. Ve výzkumu terapie by bylo dobré konzultovat výzkum s terapeuty osobně a pokud by pro to byly dobré podmínky, tak i administrovat osobně samotné dotazníky. Klienti by tak pomohli ochotněji, protože během výzkumu jsem zjistila, že většinu dotazníků my museli zprostředkovat sami terapeuti, na samotné prospekty klienti tolik nereagovali. O osobní přístup jsem se však pokusila, ale kvůli časové vytíženosti některých klinik, nebylo možné navázat bližší kontakt.

Vzorek je velmi malý, a tak nenabízí velká zjištění, ale naznačuje souvislosti. Otázka je, co vše by se nám ukázalo v případě velkého vzorku. Vzorek také tvoří převážně ženy (N = 23, žena = 18, muž = 5), takže je poměrně homogenní z hlediska pohlaví. Zajímavé by bylo mít vzorek s vyváženým počtem mužů a žen a porovnat rozdíly. Na druhou stranu bych nepředpokládala, že se muži a ženy budou na škálách nějak výrazněji lišit. Výsledky na škálách psychosomatických pacientů by se také daly posuzovat v kontextu jejich životní situace, které by přinesly širší pohled na zkoumané jevy a vysvětlily by některé rozdíly mezi sebereflexí, alexithymií a mindfulness. Mám na mysli kvantitativní výzkum v kombinaci s kvalitativním, kdy se díky rozhovorům dospěje k lepšímu náhledu na potíže klienta. Je to však velmi náročné pro studenta bakalářského studia a navíc to klade nároky i na respondenty, kteří nemusí být ochotni plně se zapojit do výzkumu a kromě dotazníků ještě poskytovat soukromé informace.



Dotazník TAS-20 a Škála sebereflexe a vhledu nemá zatím české normy. Neukazuje nám tedy, jak je na tom výzkumný vzorek vzhledem k populaci. Nenajdeme zde výraznější odchylky, které by se lišily od průměru české populace.

## 11 Závěr

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou rozdíly mezi dotazníkem na alexithymii (TAS-20), hodnotami měřenými Škálou sebereflexe a vhledu a mindfulness (FFMQ). V neposlední řadě také ověřit pozitivní korelaci mezi počtem sezení a Škálou sebereflexe a vhledu.

Z výsledků korelací vyplývá, že pozitivní korelace mezi počtem sezení a Škálou sebereflexe a vhledu se nepotvrdila. Pouze se ukazuje slabá negativní korelace u subškály vhledu ve vztahu k počtu absolvovaných sezení. Druhá hypotéza o vztahu mezi Škálou sebereflexe a vhledu a alexithymii se však ukázala být správná. Našla se významná negativní korelace na které se podílí subškála vhledu, subškála sebereflexe neukazuje žádný významný vztah. Čím vyšší má člověk skóre v subškále vhledu, tím nižší je u něho alexithymie. Nenašel se žádný vztah mezi subškálou sebereflexe a mindfulness, tyto dvě proměnné spolu nesouvisí. Za to subškála vhledu výrazně pozitivně korelovala s mindfulness, což potvrdilo mou hypotézu. Jedinec, který disponuje schopností vhledu má zároveň i vyšší úroveň všímavosti. Dále se ukázala negativní korelace mezi alexithymii a mindfulness a zjistilo se tak, že alexithymie do určité míry predisponuje jedince k nedostatkům co se týká všímavosti.

## Souhrn

V první kapitole se seznámíme s psychosomatikou jako s oborem, který je jakýmsi obohacením medicínské praxe. Vysvětluji zde, co je předmětem psychosomatiky a nastíním, jak se vyvíjela v čase. Tato kapitola se také věnuje tomu, co předchází samotnému psychosomatickému onemocnění a co je obvykle příčinou rozvinutí somatických potíží. Psychosomatické poruchy rozdělují na jednotlivé kategorie a uvádím, jaký je mezi nimi rozdíl. Zaměřila jsem se na somatoformní poruchy, které jsou zapsané v mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10. Dále zmiňuji, jaké se uplatňují terapeutické přístupy v léčbě psychosomatických onemocnění a jak je vhodné pracovat s pacientem tohoto typu. V neposlední řadě jsem také uvedla některé výzkumy, které se zabývaly vztahem mezi délkou terapie a zlepšením symptomů.

Ve druhé kapitole píší o tom, co je sebereflexe a jak se vlastně projevuje seberefektivní uvažování. Dále zde najdeme informace o metodách měření sebereflexe a dozvíme se o různých formách sebereflexe, které ovlivňují naše emoce. Některé formy sebereflexe vedou k depresivním myšlenkám a jiné přispívají k subjektivnímu pocitu pohody. Poslední podkapitola představuje souvislost mezi sebereflexí a seberegulací, kde vysvětlují, jak může sebereflexe přispět k lepší seberegulaci.

Třetí kapitola se zabývá alexithymií. Definuji, čím se vyznačuje alexithymie a s jakými potížemi je tato porucha spojená. Alexithymie se dělí na více typů, proto je nutné rozlišit, jakými nedostatky trpí jednotlivé typy. Uvádím, jak se alexithymie projevuje na úrovni mozkové aktivity a jaké nervové procesy jsou na pozadí jejich nemoci. Alexithymie je zmíněná jako predispozice k psychosomatickým problémům a vysvětluje se zde příčina na úrovni emocionálního prožívání, která často vede k somatickým projevům. Zabývám se také chronickou bolestí a alexithymií, která může být příčinou jejího vzniku a odlišným vnímáním těchto potíží ze strany alexithymika. Poslední podkapitola je věnovaná terapii alexithymie, kde se můžeme dočíst o výzkumech na toto téma a možnosti ovlivnit symptomy spojené s alexithymií.

Poslední kapitola teoretické části se zabývá mindfulness (všímavostí). Vysvětlím pojem všímavost a nastíním, jak všímavost pomáhá od depresivních myšlenek a stresu. Uvádím, které mozkové oblasti se projevují u lidí s rozvinutou všímavostí a s jakými

schopnostmi se u nich můžeme setkat. Dále zmiňuji terapii a nějaké způsoby, jak všímavost rozvíjet. V poslední kapitole se zaměřuji na to, co může proces všímavosti narušit a jaké jsou příčiny toho, že se u člověka tato schopnost potlačí.

Ve výzkumné části popisuji výzkumný problém, cíl výzkumu, hypotézy a seznamuji s výzkumným vzorkem. Shrnuji také průběh výzkumu, metody měření a dotazníky se kterými jsem pracovala. Dále jsou uvedeny samotné výsledky testů a korelace na jejichž základě jsem si ověřila či zamítla některé hypotézy.

## Literatura

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Benda, J. (2007). Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi. *Československá psychologie*, 51(2), 129-138.
- Biolková, M. (2011). *Self-koncept, alexithymie a disociace u pacientů s psychosomatickými poruchami* (Dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database
- Danzer, G. (2001). *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál.
- Díaz, N.S.R., Jimenez, O.J., Lopes, P.N. (2014). The role of mindfulness in coping with recollections of acute stressors: A laboratory study. *Psicothema*, 26(4), 505-510.
- Elliott, I. & Coker, S. (2008). Independent self-construal, self-reflection, and self-rumination: A path model for predicting happiness. *Australian Journal of Psychology*, 60(3), 127-134.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Publications Ltd.
- Fjorback, L.O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schröder, A. & Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes - Randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research* 74(2013) 31–40.
- Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J. & Matos, M. (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(2012), 374–390. DOI:10.1111/j.2044-8341.2011.02046.x
- Grant M., A., Franklin, J. & Langford, P. (2002). The self-reflection and insight scale: A new measure of private self-consciousness. *Social behavior and personality*, 30(8), 821-836. Dostupné z: [www.stemcareer.com](http://www.stemcareer.com)
- Haan, H., Joosten, E., Wijdeveld, T., Boswinkel, P., Palen, J & Jong, C. (2012). Alexithymia is not a stable personality trait in patients with substance use disorders. *Psychiatry Research*, 198(2012), 123-129.

- Harrington, R. & A. Loffredo, D. (2011). Insight, Rumination, and Self-Reflection as Predictors of Well-Being. *The Journal of Psychology*, 145(1), 39–57.
- Howard, S. (2008). *Psychodynamická psychoterapie*. Praha: Portál.
- Chvála, V. (2013). Bude psychosomatika zápasit o svou identitu? *Psychosom*, 2013(3). Dostupné z: [http://www.psychosom.cz/?page\\_id=2951](http://www.psychosom.cz/?page_id=2951)
- Johnson K., M., Nolen-Hoeksema, S., J. Mitchell, K. & Levin, Y. (2009). Medial cortex activity, self-reflection and depression. *SCAN*, 2009(4), 313–327
- Kano, M. & Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSocial Medicine*, 7(1). DOI: 10.1186/1751-0759-7-1
- Knotek, P. (2010). Psychologické procesy při chronické bolesti, jejich struktura a dynamika. *Československá psychologie*, 54(6), 546-560.
- Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(21). dostupné z: <http://www.bpsmedicine.com/content/6/1/21>
- Kooiman, C.G., Spinhoven, P. & Trijsburg, R.W. (2001). A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research* 2002(53), 1083– 1090.
- Lidbeck, J. (2003). Group therapy for somatization disorders in primary care: maintenance of treatment goals of short cognitive-behavioural treatment one-and-a-half-year follow-up. *Acta psychiatrica scandinavica*. (2003)107, 449-456.
- Morschitzky, H. & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*, 190(2011), 43-48.
- Paul J., S., & Phillips G., A. (2010). Evaluating self-reflection and insight as self-conscious traits. *Personality and Individual Differences*, 50(2011), 234-237.
- Paul, N.A., Stanton, S.J., Greeson, J.M., Smoski, M.J. & Wang, L. (2013). Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *SCAN*, 2013(8), 56-64.
- Poněšický, J. (2012). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
- Praško, J., Pašková, B., Horáček, J. & Fremund, F. (2002). *Somatoformní poruchy*. Praha: Galén.

Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *E-psychologie*, 3(3), 34-45.

Raudenská, J. (2012). Model kognitivně-behaviroální terapie u dospělých pacientů s chronickými bolestivými stavy nenádorové etiologie. *Československá psychologie*, 56 (5), 473-485.

Shibata, M., Ninomiya, T., Jensen, M.P., Anno, K., Yonemoto, K., Makino, S. ... Hosoi, M. (2014). Alexithymia Is Associated with Greater Risk of Chronic Pain and Negative Affect and with Lower Life Satisfaction in a General Population: The Hisayama Study. *PLoS ONE*, 9(3). DOI: 10.1371/journal.pone.0090984

Schraggeová, M. & Šeboková, G. (2013). Súkromné a verejné self v kontextu veku, rodu a päťfaktorového modelu osobnosti. *Československá psychologie*, 57(5), 393-404.

Simsek O., F. (2013). Self-absorption paradox is not a paradox: Illuminating the dark side of self-reflection. *International Journal of Psychology*, 48(6), 1109-1121.

Stingl, M., Bausch, S., Walter, B., Kagerer, S., Leichsenring, F. & Leweke, F. (2008). Effects of inpatient psychotherapy on the stability of alexithymia characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(2008), 173-180.

Takano, K., & Tanno, Y. (2008). Self-rumination, self-reflection, and depression: Self-rumination counteracts the adaptive effect of self-reflection. *Behaviour Research and Therapy*, 47(2009), 260-264.

Timuřák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Praha: Triton.

Trapková, L. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál

Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

Uher, T., Bob, P., Ptáček, R. (2010). Alexithymie a psychosomatická onemocnění. *Československá psychologie*, 54(5), 496-501.

Žitník, J. (2010). Všímavost a klinické přístupy založené na jejím rozvíjení. Nepublikovaná diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Česká republika

## Přílohy

### Příloha 1.

Údaje o zkoumaném vzorku

Žena	18
Muž	5
Celkem	2

Vzdělání	Počet
vysokoškolské	13
středoškolské s maturitou	7
středoškolské bez maturity	3

Věk	
Průměr	38,2
Medián	35
Směrodatná odchylka	9,4

Počet sezení	
Medián	40
Průměr	55

Frekvence setkávání
---------------------

1x týdně	3
1x za 14 dní	10
1x za měsíc	7
méně než 1x za měsíc	3

## Příloha 2.

### Výsledky testů

*Tabulka 3: Alexithymie - celkové skóre*

	Celkové skóre	Celkové skóre v procentech
Medián	49	36,30%
Průměr	49,6	37,00%

*Tabulka 4: Subškála sebereflexe a subškála vhledu*

Subškála sebereflexe	Celkové skóre	Celkové skóre v procentech
Medián	50	63,30%
Průměr	48,5	60,90%
Subškála vhledu		
Medián	32	60,00%
Průměr	31,7	59,00%

*Tabulka 5: Mindfulness - celkové skóre*

	Celkové skóre	Celkové skóre v procentech
Medián	126	55,8
Průměr	123,7	54,3



*Tabulka 6: Průměr stenů u mindfulness*

Průměr populace (steny)	Průměr zkoumaného vzorku (sten)
5,5	4,4

### Příloha 3

#### Výsledky korelací

Proměnná	Spearmanovy korelace Označ. korelace jsou významné na hl. $P < ,05000$			
		Počet terapeutických sezení	Alexithymie	Mindfulness
Počet terapeutických sezení		1,000000	0,400000	-0,255509
Alexithymie		0,400000	1,000000	<b>-0,664111</b>
Mindfulness		-0,255509	<b>-0,664111</b>	1,000000
Sebereflexe		0,029003	-0,198613	-0,030716
Vhled		<b>-0,433532</b>	<b>-0,737365</b>	<b>0,782653</b>

Proměnná	Spearmanovy korelace Označ. korelace jsou významné na hl. $P < ,05000$		
		Sebereflexe	Vhled
Počet terapeutických sezení		0,029003	<b>-0,433532</b>
Alexithymie		-0,198613	<b>-0,737365</b>
Mindfulness		-0,030716	<b>0,782653</b>
Sebereflexe		1,000000	-0,106700
Vhled		-0,106700	1,000000

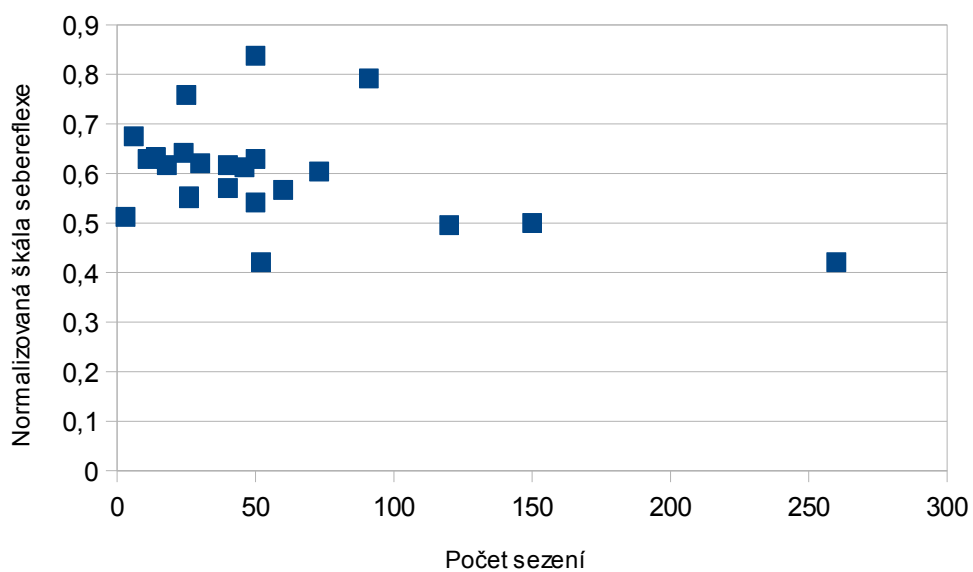
Proměnná	Spearmanovy korelace (data-dotaznik-pro-bakalarskou-praci) ChD vynechány párově Označ. korelace jsou významné na hl. $p < ,01000$			
		Počet terapeutických sezení	Alexithymie	Mindfulness
Počet terapeutických sezení		1,000000	0,400000	-0,255509
Alexithymie		0,400000	1,000000	<b>-0,664111</b>
Mindfulness		-0,255509	<b>-0,664111</b>	1,000000
Sebereflexe		0,029003	-0,198613	-0,030716
Vhled		-0,433532	<b>-0,737365</b>	<b>0,782653</b>

Proměnná	Spearmanovy korelace (data-dotaznik-pro- bakalarskou-praci) ChD vynechány párově Označ. korelace jsou významné na hl. p <,01000	
	Seberefl exe	Vhled
Počet terapeutických sezení	0,029003	-0,433532
Alexithymie	-0,198613	<b>-0,737365</b>
Mindfulness	-0,030716	<b>0,782653</b>
Sebereflexe	1,000000	-0,106700
Vhled	-0,106700	1,000000

Tabulka 7: 1. Hypotéza

Pearsonův korelační koeficient - r	-0,41
Index determinace - R <sup>2</sup>	0,17

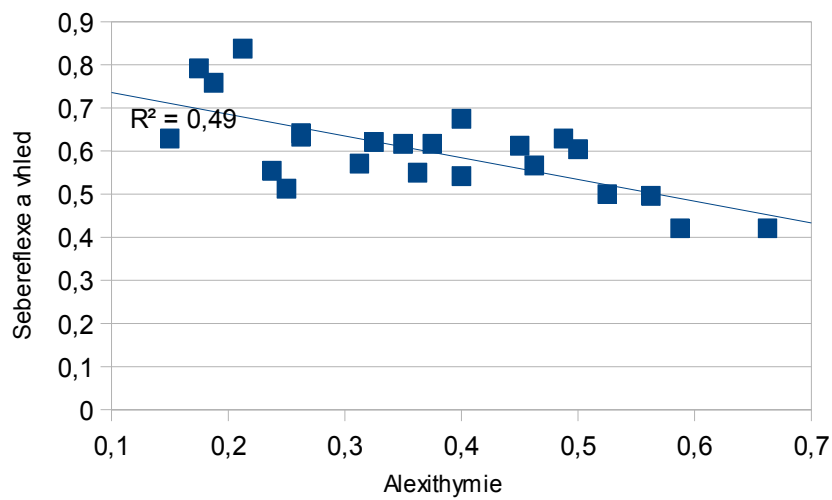
### 1. Hypotéza: Vztah počtu sezení a sebereflexe s vhladem



Tabulka 8: 2. Hypotéza

Pearsonův korelační koeficient - r	-0,7
Index determinace - R <sup>2</sup>	0,49

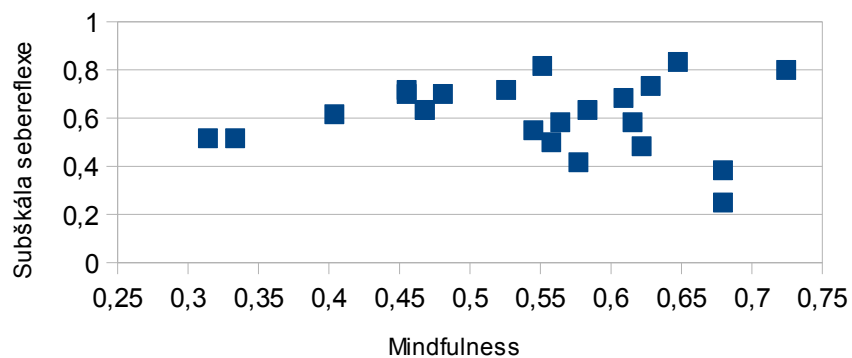
2. Hypotéza: Vztah alexithymie a sebereflexe s vhladem



Tabulka 9: 3. Hypotéza

Pearsonův korelační koeficient - r	-0,04
Index determinace - R <sup>2</sup>	0

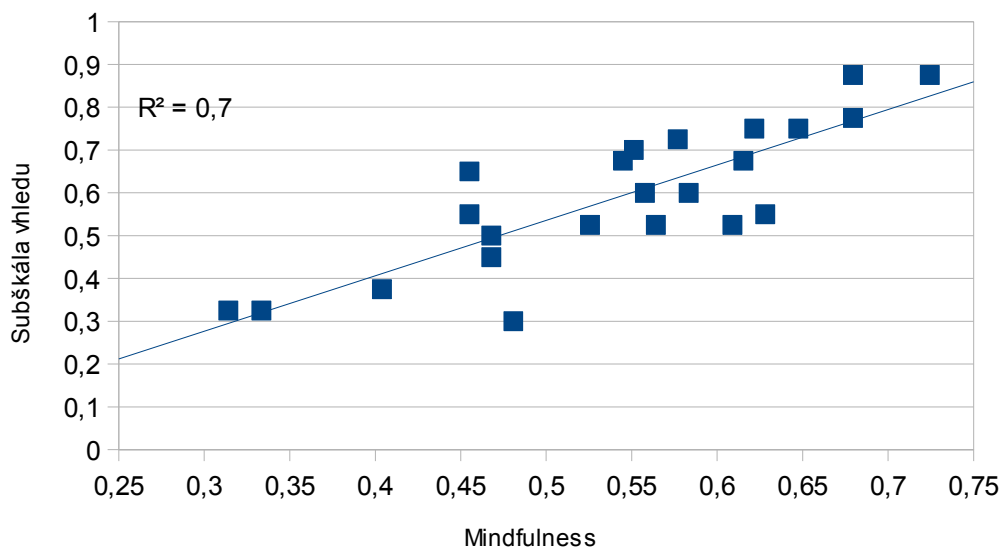
3. Hypotéza: Vztah mindfulness a subškály sebereflexe



Tabulka 10: 4. Hypotéza

Personův korelační koeficient - r	0,84
Index determinace - R <sup>2</sup>	0,7

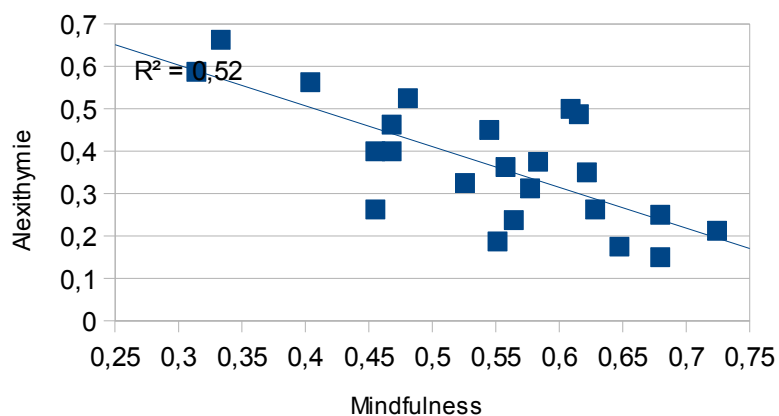
4. Hypotéza: Vztah mindfulness a subškála vhledu



Tabulka 11: 5. Hypotéza

Pearsonův korelační koeficient - r	-0,72
Index determinace - R <sup>2</sup>	0,52

5. Hypotéza: Vztah mindfulness a alexithymie



Příloha 4.

Dotazníky

## PĚTIFASETOVÝ DOTAZNÍK VŠÍMAVOSTI (FFMQ)

Před vámi je sbírka tvrzení týkajících se vaší každodenní zkušenosti. Pomocí pětistupňové škály označte vlevo u každého tvrzení, jak často nebo zřídka míváte takovou zkušenost. Odpovídejte prosím tak, aby to opravdu odráželo vaši reálnou zkušenost, spíše než to, jak si myslíte, že by vaše zkušenost měla vypadat.

1	2	3	4	5
nikdy nebo velmi zřídka	zřídka	někdy ano, někdy ne	často	velmi často nebo vždy

- \_\_\_\_\_ 1. Když kráčím, záměrně si všímám vjemů ze svého těla při pohybu.
- \_\_\_\_\_ 2. Lehce nacházím slova popisující mé pocity.
- \_\_\_\_\_ 3. Jsem k sobě kritický, když mám iracionální nebo nevhodné emoce.
- \_\_\_\_\_ 4. Vnímám své pocity a emoce, aniž bych na ně musel reagovat.
- \_\_\_\_\_ 5. Když se něčím zabývám, moje mysl odbíhá a jsem snadno rozptýlený.
- \_\_\_\_\_ 6. Když se sprchuji či koupu, zůstávám pozorný k pocitu vody na mém těle.
- \_\_\_\_\_ 7. Snadno slovně vyjadřuji svá přesvědčení, názory a očekávání.
- \_\_\_\_\_ 8. Nevěnuji pozornost tomu, co dělám, protože se oddávám dennímu snění, starostem nebo jsem jinak roztěkaný.
- \_\_\_\_\_ 9. Sleduji své pocity, aniž bych se v nich ztrácel.
- \_\_\_\_\_ 10. Říkám si, že bych neměl prožívat pocity způsobem, jakým je prožívám.
- \_\_\_\_\_ 11. Uvědomuji si, jak jídlo a pití ovlivňuje mé myšlenky, tělesné pocity a emoce.
- \_\_\_\_\_ 12. Těžko nacházím slova k vyjádření toho, co mám na mysli.
- \_\_\_\_\_ 13. Jsem snadno rozptýlený.
- \_\_\_\_\_ 14. Věřím tomu, že některé mé myšlenky jsou nenormální nebo špatné a neměl bych přemýšlet takovým způsobem.
- \_\_\_\_\_ 15. Vnímám pocity, jako je vítr v mých vlasech nebo slunce na mém obličeji.
- \_\_\_\_\_ 16. Těžko hledám ta správná slova, abych popsal, jak něco prožívám.
- \_\_\_\_\_ 17. Posuzuji to, zda jsou mé myšlenky dobré nebo špatné.

- \_\_\_\_\_ 18. Těžko zůstávám zaměřený na to, co se právě děje.
- \_\_\_\_\_ 19. Když mám znepokojivé myšlenky nebo představy, poodstoupím "o krok zpět" a uvědomuji si je, aniž by mě ovládly.
- \_\_\_\_\_ 20. Věnuji pozornost zvukům, jako je tikání hodin, cvrlikání ptáků nebo projíždění aut kolem.
- \_\_\_\_\_ 21. V obtížných situacích se dokážu pozastavit a ne okamžitě reagovat.
- \_\_\_\_\_ 22. Když něco vnímám ve svém těle, těžko to popisuji, protože nedokážu najít ta správná slova.
- \_\_\_\_\_ 23. Připadá mi, že "jedu automaticky" s malým vědomím toho, co právě dělám.
- \_\_\_\_\_ 24. Potom, co mám znepokojivé myšlenky nebo představy, se brzy uklidním.
- \_\_\_\_\_ 25. Říkám si, že bych neměl myslet způsobem, jakým myslím.
- \_\_\_\_\_ 26. Všímám si pachů a vůní předmětů.
- \_\_\_\_\_ 27. I když se cítím strašně rozčilený, dokážu najít způsob, jak pro to najít slova.
- \_\_\_\_\_ 28. Procházím ve spěchu činnostmi, aniž bych jim věnoval skutečnou pozornost.
- \_\_\_\_\_ 29. Když mám znepokojivé myšlenky nebo představy, jsem schopen si jich prostě všimnout a nereagovat na ně.
- \_\_\_\_\_ 30. Myslím, že některé mé emoce jsou špatné nebo nevhodné a neměl bych je pociťovat.
- \_\_\_\_\_ 31. Všímám si vizuálních prvků v umění nebo v přírodě, jako jsou barvy, tvary, textura nebo vzorce světla a stínů.
- \_\_\_\_\_ 32. Mám přirozenou tendenci převádět své zážitky do slov.
- \_\_\_\_\_ 33. Když mám znepokojivé myšlenky nebo představy, prostě si jich jen všimnu a přeju je.
- \_\_\_\_\_ 34. Provádím práci nebo úkoly automaticky, aniž bych si uvědomoval, co dělám.
- \_\_\_\_\_ 35. Když mám znepokojivé myšlenky nebo představy, hodnotím se jako dobrý nebo špatný podle toho, o čem ta myšlenka či představa je.
- \_\_\_\_\_ 36. Věnuji pozornost tomu, jak mé emoce ovlivňují mé myšlenky a chování.
- \_\_\_\_\_ 37. Obvykle dokážu značně detailně popsat, jak se cítím v daném okamžiku.
- \_\_\_\_\_ 38. Přistihuji se, že dělám věci, aniž bych jim věnoval pozornost.
- \_\_\_\_\_ 39. Odsuzuji se za své iracionální nápady.

..



### Scoring Information:

- Observe items:  
1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36
- Describe items:  
2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37
- Act with Awareness items:  
5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R
- Nonjudge items:  
3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R
- Nonreact items:  
4, 9, 19, 21, 24, 29, 33

### Reference:

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27-45.

Měření alexithymie  
TAS-20 – Toronto Alexithymia Scale – 20  
Jedná se v současnosti o nejpopulárnější metodu měření míry alexithymie. Byla sestavena Taylorem, Bagbym a Parkerem v roce 1992 (Přáček, 2006). Původní verze z roku 1985 vytvořena Bagbym, Parkerem a Taylorem obsahovala 26 položek, nyníjší, přepracovaná verze však obsahuje 20 položek uložných na pětibodové Likertově škále. Pět položek (4, 5, 10, 18, 19) má inverzní skórování a maximální dosažitelný počet bodů je 100. Kritické hodnoty pro posouzení míry alexithymie jsou:  
méně nebo rovno 51 bodů – nejsou patrné známky alexithymie  
52- 60 bodů – možnost, nebo pravděpodobnost alexithymie  
nad 60 bodů – alexithymie je téměř jista

16:24  
16:27

### Příloha č. 3. Dotazník TAS-20 TAS-20

Jméno a příjmení..... Rodinný stav..... Věk .....

Zaměstnání..... Vzdělání.....

Odpověď znázorněte na škále od 1 (neodpovídá to mým zkušenostem a pocitům) do 5 (velmi dobře odpovídá).

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

Shapiro, S.L., Brown, K.W., Thoresen, C., Plante, T.G. (2011). The moderation of mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: results from a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology, 67*(3), 267-77.

Shapiro, S.L., Oman, D., Thoresen, C.E., Plante, T.G., Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology, 64*(7), 840-52.

Short, E.B., Kose, S., Ma, Q., et al. (2010). Regional brain activation during meditation and affective ratings. Gainesville: University of Florida, Center for Research in Psychophysiology.

Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 966-78.

Lang, P.J., et al. (1999). International affective picture system (IAPS): Technical manual and affective ratings. Gainesville: University of Florida, Center for Research in Psychophysiology.

N. A. Paul et al.

64 SCAN (2013)



### Měření alexithymie

#### TAS-20 – Toronto Alexithymia Scale – 20

Jedná se v současnosti o nejpoužívanější metodu měření míry alexithymie. Byla sestavena Taylorem, Bagbym a Parkerem v roce 1992 (Ptáček, 2006). Původní verze z roku 1985 vytvořená Bagbym, Parkerem a Taylorem obsahovala 26 položek, nynější, přepracovaná verze však obsahuje 20 položek uložených na pětibodové Likertově škále. Pět položek (4, 5, 10, 18, 19) má inverzní skórování a maximální dosažitelný počet bodů je 100. Kritické hodnoty pro posouzení míry alexithymie jsou:

- méně nebo rovno 51 bodů – nejsou patrné známky alexithymie
- 52- 60 bodů – možnost, nebo pravděpodobnost alexithymie
- nad 60 bodů – alexithymie je téměř jistá

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krieteimeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27-45.

#### Reference:

Nonreact items:  
4, 9, 19, 21, 24, 29, 33

Nonjudge items:  
3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R

Act with Awareness items:  
5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R

Describe items:  
2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37

Observe items:  
1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36

#### Scoring Information:

**TABLE 1**  
**FACTOR LOADINGS FOR THE SELF-REFLECTION AND INSIGHT SCALE FROM STUDY ONE AND STUDY THREE**

Item	Study 1		Study 3	
	Factor Analysis		Factor Analysis	
	Factor Loadings		Factor Loadings	
	1	2	1	2
	$\alpha = .91$	$\alpha = .87$	$\alpha = .71$	$\alpha = .82$
<b>Engagement in self-reflection</b>				
I don't often think about my thoughts (R)	.68	-.01	.32	-.07
I rarely spend time in self-reflection (R)	.78	-.02	.61	-.12
I frequently examine my feelings	.86	-.07	.85	-.09
I don't really think about why I behave in the way that I do (R)	.72	.10	.57	-.02
I frequently take time to reflect on my thoughts	.72	.01	.77	.04
I often think about the way I feel about things	.72	-.08	.72	-.02
<b>Need for self-reflection</b>				
I am not really interested in analyzing my behaviour (R)	.71	.02	.63	-.05
It is important for me to evaluate the things that I do	.75	.00	.76	-.01
I am very interested in examining what I think about	.77	.01	.70	-.03
It is important to me to try to understand what my feelings mean	.79	-.04	.78	-.14
I have a definite need to understand the way that my mind works	.73	-.03	.72	-.17
It is important to me to be able to understand how my thoughts arise	.72	-.02	.80	-.14
<b>Insight</b>				
I am usually aware of my thoughts	-.13	.67	-.43	-.23
I'm often confused about the way that I really feel about things (R)	-.06	.79	-.18	.80
I usually have a very clear idea about why I've behaved in a certain way	.21	.66	.27	.60
I'm often aware that I'm having a feeling, but I often don't quite know what it is (R)	-.01	.66	-.13	.76
My behavior often puzzles me (R)	-.16	.78	-.17	.76
Thinking about my thoughts makes me more confused (R)	.05	.65	-.03	.73
Often I find it difficult to make sense of the way I feel about things (R)	-.06	.80	-.12	.87
I usually know why I feel the way I do	.07	.78	-.27	.63
<b>Factor Intercorrelations</b>				
Factor 1	1.00	-.03	1.00	-.31**

Tabulka 1 – Faktory pro sebereflexi a škálu vzhledu z 1. a 3. studie	Studie 1		Studie 3	
	Faktorová analýza		Faktorová analýza	
	Faktorové nasycení		Faktorové nasycení	
Položka	Alfa=.91		Alfa=.71	
	Alfa=.87		Alfa=.82	
<b>Angažovanost v sebereflexi</b>				
Nepřemýšlím často o svých myšlenkách (R)	.68	-.01	.32	.07
Málokdy strávím nějaký čas sebereflexí (R)	.78	-.02	.61	-.12
Často zkoumám své pocity	.86	-.07	.85	-.09
Moc nepřemýšlím o tom, proč se chovám určitým způsobem (R)	.72	.10	.57	-.02
Často mi trvá dlouho reflektovat své myšlenky	.72	.01	.77	.04
Často přemýšlím o tom, jakým způsobem věci prožívám	.72	-.08	.72	-.02
<b>Potřeba sebereflexe</b>				
Moc se nezajímám o analyzování svého chování (R)	.71	.02	.63	-.05
Je pro mne důležité hodnotit věci, které dělám	.75	.00	.76	-.01
Velmi mne zajímá zkoumat o čem přemýšlím	.77	.01	.70	-.03
Je pro mne důležité zkoušet porozumět co mé pocity znamenají	.79	-.04	.78	-.14
Mám jasnou potřebu porozumět tomu, jak má mysl funguje	.73	-.03	.72	-.17
Schopnost porozumět, jak mé myšlenky vznikají je pro mne velmi důležitá	.72	-.02	.80	-.14
<b>Vhled</b>				
Jsem si obvykle vědom/a svých myšlenek	-.13	.67	-.43	-.23
Jsem často zmaten/a tím, jak věci opravdu prožívám (R)	-.06	.79	-.18	.80
Obvykle mám velmi jasnou představu o tom, proč se chovám určitým způsobem	.21	.66	.27	.60
Často jsem si vědom/a svého pocitu,	-.01	.66	-.13	.76

ale často si také nejsem jistá co to je (R)				
Jsem často zmatený ze svého chování	-.16	.78	-.17	.76
Z přemýšlení nad svými vlastními myšlenkami jsem často ještě více zmaten/a (R)	.05	.65	-.03	.73
Často je pro mne těžké najít smysl ve způsobu jakým věci prožívám (R)	.06	.80	-.12	.87
Obvykle vím, proč se cítím, tak jak se cítím	.07	.78	-.27	.63
Faktorové interkorelace				
Faktor 1				