

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kristina Vintonjak

Soucit se sebou jako obecný psychoterapeutický faktor

Self-Compassion as Common Psychotherapeutic Factor

Praha, 2021

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D.

Konzultant práce: PhDr. Jan Benda, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Kataríně Lonekové, Ph.D. za to, že se ujala vedení této práce a že si na mě našla čas i na poslední chvíli. Dále děkuji PhDr. Janu Bendovi, Ph.D. za inspiraci k tématu, motivaci během psaní a za veškerou věnovanou péči. Také děkuji PhDr. Martinu Saicovi a celému týmu DS Horní Palata za důvěru a možnost realizace výzkumného projektu.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem účastníkům, kteří se do výzkumného projektu zapojili.

Vám všem tímto srdečně děkuji.

Prohlášení

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

V Praze dne 25.7.2021



.....
Kristina Vintonjak

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá konceptem soucitu se sebou a jeho rolí v psychoterapeutické praxi. V literárně-přehledové části je nejprve blíže popsán soucit se sebou a jeho role coby prediktora životní spokojenosti a duševního zdraví. Poté je soucit se sebou dán do souvislostí s jemu blízkými koncepty všímavosti a nepřipoutanosti k Já. Následně jsou představeny možnosti integrace soucitu se sebou do psychoterapeutické praxe. Empirická část bakalářské práce popisuje realizovaný výzkumný projekt, jehož cílem bylo ověřit, zda se míra soucitu se sebou, všímavosti a nepřipoutanosti k Já významně zvýší po absolvování tradiční psychoterapie, a to konkrétně skupinové psychoterapie psychodynamického směru u klinické populace. Sběr dat probíhal dotazníkovým šetřením za využití SOCS-CZ, FFMQ-CZ a NTS-CZ. Výběrový soubor tvořilo 41 účastníků ve věku 20 až 61 let s diagnózou afektivních poruch, neurotických, stresových a somatoformních poruch a poruch osobnosti. Testování hypotéz bylo provedeno pomocí jednostranného párového t-testu. Výsledná analýza shledala významné zvýšení soucitu se sebou, všímavosti i nepřipoutanosti k Já. Výsledky tak poukazují na to, že soucit se sebou a jemu blízké koncepty všímavosti a nepřipoutanosti k Já lze rozvíjet i v jiných než na soucit se sebou a všímavost zaměřených programech.

Klíčová slova

soucit se sebou; všímavost; nepřipoutanost k Já; duševní zdraví; psychoterapie

Abstract

This bachelor thesis deals with the concept of self-compassion and its role in psychotherapeutic practice. The literature review section begins with the description of self-compassion and its role as a predictor of well-being and mental health. Self-compassion is then put in context with the related concepts of mindfulness and nonattachment to self. Subsequently, the possibilities for integrating self-compassion into psychotherapeutic practice are presented. The empirical part of the bachelor's thesis describes a research project carried out to test whether the level of self-compassion, mindfulness and nonattachment to self significantly increases after receiving traditional psychotherapeutic treatment, specifically group psychodynamic psychotherapy, in a clinical sample. Data collection was conducted by questionnaire survey using the SOCS-CZ, FFMQ-CZ and NTS-CZ. The sample consisted of 41 participants, aged 20 to 61 years with a diagnosis of affective disorders, neurotic, stress and somatoform disorders and personality disorders. Hypothesis testing was conducted using a one-tailed paired t-test. The analysis found significant increases in self-compassion, mindfulness, and non-attachment to self. Thus, the results suggest that self-compassion and the related concepts of mindfulness and non-attachment to self can be developed even in other programs than those specifically aimed at developing self-compassion and mindfulness.

Keywords

Self-Compassion; Mindfulness; Nonattachment to Self; Mental Health; Psychotherapy

OBSAH

ÚVOD.....	8
LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST	10
1. Soucit se sebou	10
1.1. Historické kořeny soucitu a soucitu se sebou.....	10
1.2. Soucit se sebou v dnešní západní psychologii	11
1.3. Soucit se sebou a duševní zdraví.....	15
1.4. Nedostatek soucitu se sebou a duševní nemoci.....	16
2. Soucit se sebou v širším kontextu	18
2.1. Soucit se sebou a všímavost.....	18
2.2. Soucit se sebou a nepřipoutanost k Já	20
3. Soucit se sebou v psychoterapii.....	22
3.1. Terapeutické přístupy zaměřené na rozvoj soucitu se sebou	22
3.2. Soucit se sebou v kontextu tradičních terapeutických přístupů	23
3.3. Integrativní pojetí soucitu se sebou	25
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	29
4. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy	29
4.1. Výzkumný problém a cíle výzkumu	29
4.2. Výzkumné hypotézy a jejich operacionalizace	30
5. Design výzkumného projektu.....	32
5.1. Typ výzkumu.....	32
5.2. Metody získávání dat	32
5.3. Metody zpracování a analýzy dat.....	34
5.4. Etika výzkumu.....	35
6. Sběr dat a výzkumný soubor	36
6.1. Sběr dat.....	36
6.2. Výzkumný soubor	37
7. Výsledky.....	40
7.1. Deskriptivní statistika.....	40
7.2. Normalita rozložení.....	43
7.3. Testová statistika	44
7.4. Rozdíly podle pohlaví, věku a diagnózy	47
8. Diskuse	49
ZÁVĚR.....	52

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
SEZNAM GRAFŮ	61
SEZNAM TABULEK	62
SEZNAM ZKRATEK	63
PŘÍLOHA 1	I
PŘÍLOHA 2	II
PŘÍLOHA 3	III

ÚVOD

Soucit se sebou představuje na poli západní psychologie relativně nový konstrukt, který se od doby svého prvního uvedení do odborné literatury autorkou Kristin Neff (2003) těší zvýšenému vědeckému zájmu. Dodnes vzniklo více než 1600 studií, které se zabývají rolí soucitu se sebou v rámci duševního zdraví a zkoumají jeho souvislosti s dalšími psychologickými konstrukty (Bluth & Neff, 2018). Zároveň vznikla celá řada nových terapeutických a intervenčních přístupů, které se zaměřují na jeho rozvoj. U nás k rozšíření zájmu o soucit se sebou významně přispěl PhDr. Jan Benda, Ph.D., který se tématu všímavosti a soucitu se sebou dlouhodobě výzkumně věnuje a motivuje k tomu i nadšence z řad studentů, díky čemuž vznikla i tato bakalářská práce. V čem tedy spočívá atraktivita soucitu se sebou, která přitahuje pozornost tolika odborníků? Na základě řady výzkumů se ukazuje, že vyšší míra soucitu se sebou souvisí s vyšší mírou životní spokojenosti, osobní pohody a celkově duševního zdraví. Naopak nedostatek soucitu se sebou zřejmě hraje významnou roli při vzniku a rozvoji řady psychopatologických symptomů. Můžeme tedy předpokládat, že soucit se sebou představuje významný prediktor duševního zdraví, a z toho důvodu má smysl se mu věnovat v kontextu psychoterapeutické praxe. Na základě nejnovějších studií se zároveň můžeme domnívat, že taková integrace soucitu se sebou do psychoterapeutické praxe není něčím zcela novým, ale že soucit se sebou, byť jen implicitně, představuje důležitou součást psychoterapie již dlouhou dobu.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. V první, literárně-přehledové, části je nejprve blíže popsán koncept soucitu se sebou od jeho filozofických prvopočátků po dnešní ukotvení v západní psychologii a jsou představeny jeho současné klíčové konceptualizace. Následně je soucit se sebou dán do souvislostí s duševním zdravím a opačně nedostatek soucitu se sebou s duševními onemocněními, přičemž jsou zde detailněji představeny studie, které se těmito souvislostmi zabývají. V další kapitole se věnujeme soucitu se sebou v širším kontextu a představujeme jemu dva blízké koncepty, které se zdají být se soucitem se sebou silně provázané, a to všímavost a nepřipoutanost k Já. Zatímco díky všímavosti jsme schopni vnímat veškeré právě probíhající procesy (myšlenky, pocity, nálady) v našem těle a v naší mysli, nepřipoutanost k Já nám umožňuje mít k těmto pocitům a myšlenkám nezaujatý a akceptující postoj bez potřeby je ovládat či na nich ulpívat. Společně se jedná o koncepty, které vychází z buddhistických textů, dle kterých lze

rozvíjením těchto konceptů dosáhnout duševní vyrovnanosti. Ačkoliv toto pojetí může být pro západního člověka mnohdy neuchopitelné, o to větší význam může představovat v procesu terapeutické změny. V poslední kapitole literárně-přehledové části se proto budeme věnovat možnostem integrace těchto konceptů do psychoterapeutické praxe. Budou představeny přístupy zaměřující se na rozvoj soucitu se sebou, zároveň se ale na soucit se sebou podíváme i z pohledu tradičních psychoterapeutických přístupů a uvedeme jejich možné souvislosti. V neposlední řadě si představíme nejnovější integrativní pojetí soucitu se sebou, které na soucit se sebou nahlíží jako na obecný psychoterapeutický faktor přítomný v jakékoli terapii, nehledě na její směr.

Ve druhé, výzkumné, části bakalářské práce bude představen kvantitativní výzkum. Cílem tohoto výzkumu bude prověřit, zda se míra soucitu se sebou a jemu přidružených konceptů všímavosti a nepřipoutanosti k Já zvýší po absolvování tradiční psychoterapeutické léčby, v našem případě skupinové psychoterapie psychodynamického směru, u klinické populace. Výzkum bude mít podobu kvazi-experimentální studie s within subjekt designem, přičemž psychologické proměnné zde budou měřené před terapeutickou intervencí a po terapeutické intervenci. Ve výzkumném šetření zároveň prověříme případné rozdíly mezi pohlavím, věkem a diagnostickými skupinami.

Bakalářská práce bude vycházet z českých i zahraničních nejnovějších zdrojů a bude využívat jak monografických, tak vědeckých článků. V práci bude citováno podle normy APA (American Psychological Association, 2020).

LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1. Soucit se sebou

V první části této práce se pokusíme představit teoretická východiska konceptu soucitu se sebou od jeho filozofických prvopočátků pramenících z východní psychologie a textů abhidhammy po dnešní pojetí západní psychologie. Představíme si současné klíčové konceptualizace soucitu se sebou autorů Kristin Neff, Paula Gilberta a kolektivu autorů Clary Strauss et al. Zároveň poukážeme na možné spojitosti soucitu se sebou a duševního zdraví, stejně tak jako na nedostatek soucitu se sebou a vzniku různých duševních onemocnění.

1.1. Historické kořeny soucitu a soucitu se sebou

V posledních letech nabývá nejen soucit se sebou, ale obecně soucit jako takový zvýšeného vědeckého zájmu (Benda, 2019). Soucit poté můžeme chápat jako vrozenou schopnost člověka, která byla v mnoha náboženských a filozofických tradicích vnímána jako jedna ze základních lidských ctností (Gilbert, 2005). Ačkoliv se tématu soucitu dotýká většina světových náboženství, pro psychologii je významné zejména pojetí buddhistické, v němž soucit představuje významnou roli a kde se mu věnují nejvýznamnější buddhistické školy (Théraváda, Mahájána, Vadžrajána) již přes dva tisíce let (Makransky, 2012). Dle buddhistické perspektivy je soucit základní vlastností člověka, která vychází z touhy zmírnit utrpení všech bytostí a obecně tak vede k prosociálnímu chování (Dalai Lama, 2001). Je to duševní schopnost člověka, kterou je potřeba kultivovat a která pak společně s dalšími tzv. vznešenými postoji, jakými jsou nepodmíněná a nesobecká laskavost, sdílená radost a vyrovnanost, posiluje všechny pozitivní stavy mysli. Společně s moudrostí je tak dle učení Buddhy soucit základem duševního uzdravení (Makransky, 2012).

V západní odborné literatuře je poté soucit chápán jako komplexní psychologický konstrukt, který zahrnuje kognitivní, afektivní a behaviorální rysy, a objevuje se ve chvílích, kdy jsme svědky utrpení druhých, což v nás vyvolává touhu druhému pomoci (Goetz et al., 2010). Vědecké zkoumání soucitu se dále zaměřuje na tři specifické oblasti soucitu, a to na soucit ke druhým, přijímání soucitu od druhých/bytí objektem soucitného chování a na soucit se sebou samým (Gilbert et al., 2010). My se budeme dále zabývat především soucitem se sebou samým.

1.2. Soucit se sebou v dnešní západní psychologii

1.2.1. Konceptualizace Kristin Neff

Vědeckému zájmu o soucit se sebou významně přispěla autorka Kristin Neff, která v roce 2003 publikovala článek, v němž definovala a operacionalizovala své pojetí soucitu se sebou (angl. *self-compassion*) inspirované buddhistickou psychologií. Následně vytvořila Škálu soucitu se sebou (angl. *Self-Compassion Scale; SCS*), první sebeposuzovací dotazník měřící soucit se sebou, který dodnes přispěl k tvorbě více než 1600 vědeckých studií o soucitu se sebou (Bluth & Neff, 2018).

Autorka definovala soucit se sebou jako emočně kladný postoj k sobě samému ve chvílích, kdy prožíváme nějaké trápení, selhání nebo když si uvědomujeme nějaký svůj nedostatek (Neff, 2003; Benda, 2019). Soucit se sebou nás v těchto chvílích chrání před negativními důsledky sebeodsuzování, izolace či sebekritičnosti. Namísto toho nám umožňuje být otevření vůči svému vlastnímu utrpení, bez toho, abychom se mu vyhýbali či na něm ulpívali, a vede nás k chápání vlastního utrpení jako součásti lidské zkušenosti, která patří k lidskému životu a kterou občas prožívají všichni lidé (Neff, 2003). Díky takovému postoji dochází dle Neff k tomu, že se negativní emoce nahradí pozitivnějším stavem mysli, díky kterému je nám umožněno jasnější zhodnocení a následné zvládnutí situace. V tomto kontextu autorka popisuje soucit se sebou jako specifickou strategii regulace emocí (Neff, 2003).

Dle Neff (2003) se soucit se sebou skládá ze tří distinktivních složek, které se však vzájemně doplňují a podporují:

- a) laskavost k sobě (angl. *self-kindness*) – schopnost být sám k sobě vřelý, pečovat o sebe a mírnit prožívanou bolest namísto přísného sebehodnocení a sebekritičnosti;
- b) lidská sounáležitost (angl. *common humanity*) – umožňuje vnímat svoje vlastní zkušenosti jako něco obecně lidského, co občas prožívá každý, namísto izolovanosti a separace od ostatních; a
- c) všímavost (angl. *mindfulness*) – schopnost uvědomovat si se zájmem a otevřeností své vlastní bolestivé myšlenky a pocity takové, jaké jsou, beze snahy je potlačovat či se jim vyhýbat (Neff, 2003).

Neff (2003) zároveň odděluje soucit se sebou od sebelítosti (angl. *self-pity*), se kterou je soucit se sebou mnohdy mylně zaměňován. Sebelítost na rozdíl od soucitu se sebou vede k většímu odpojení od ostatních a egocentrickému zaměření se pouze na své vlastní trápení. Soucit se sebou nás ve chvílích, kdy prožíváme nějakou bolest či trápení, s druhými naopak spojuje, umožňuje nám nahlížet na naše obtíže jako na něco, co je společné všem lidem. Díky soucitu si dopřáváme laskavé péče a dokážeme si říct o pomoci, když ji potřebujeme. Dle Benda se tedy jedná o mnohem konstruktivnější postoj k sobě samému, než představuje sebelítost (Benda, 2020a).

Soucit se sebou je také nutné odlišit od vysoké sebeúcty (angl. *self-esteem*), která bývá mnohdy spojována s duševním zdravím. Zatímco soucit se sebou představuje pozitivní emocionální postoj k sobě samému nehledě na srovnání, sebeúcta je založena na hodnocení svého vlastního výkonu na základě porovnávání se s druhými či se svým idealizovaným já (Neff, 2003). Vysoká sebeúcta tak může vést jedince k narcistickému a sebestřednému chování, které má za následek postupné odpojování se od ostatních. Soucit se sebou je naopak bezpodmínečný. Člověk, který sám se sebou soucítí, nemá potřebu výsledky svých činů srovnávat s nějakými ať už vnějšími či vnitřními standardy a ideály. Soucit se sebou člověku umožňuje mít k sobě laskavý a vřelý vztah bez takového srovnání. (Benda & Reichová, 2016). Z toho důvodu je sebeúcta mnohem křehčím konstruktem, který je nestabilní v čase a mnohdy může vést k maladaptivnímu jednání (Neff, 2011). Soucit se sebou se tak celkově zdá být lepším prediktorem duševního zdraví než sebeúcta (Neff, 2003).

1.2.2. Konceptualizace Paula Gilberta

S další jedinečnou konceptualizací soucitu se sebou přichází Paul Gilbert, který vychází z poznatků z evoluční psychologie a neuropsychologie. Gilbert (2010) svou definici soucitu se sebou staví na raných zkušenostech z dětství spojených s péčí, laskavostí, hýčkáním a pocitu bezpečí, které jsou dítěti v ideálním případě dopřávány. Tyto pocity přitom souvisí s aktivizací jednoho ze tří tzv. systémů regulace emocí, a to zklidňujícího systému (angl. *soothing system*). Funkcí zklidňujícího systému je navodit pocity jako jsou pocity bezpečí, klidu, péče, přijetí, hýčkání či laskavosti (Gilbert, 2010). Pocity související se zklidňujícím systémem jsou mimo jiné spojovány s uvolňováním oxytocinu, který stimuluje prosociální chování, snižuje hladinu kortizolu v krvi a krevní tlak a tlumí intenzitu stresové reakce (Benda, 2019).

Další systém regulace emocí tvoří systém ochrany před hrozbami (angl. *threat system*), jehož funkce je spojována s oblastí amygdaly a stresovým hormonem kortizolem, slouží k udržování sebezáchovy, vypořádává se s hrozbami a cílí na vyhledávání bezpečí a ochrany. Tento systém je postaven na principu tzv. bojuj nebo utečeš (angl. *fight or run*), případně principu zamrznutí (angl. *freeze*). Při jeho aktivaci člověk prožívá pocity zloby, úzkosti, strachu či averze. Cílem třetího systému, systému vyhledávání zdrojů (angl. *drive system*), je dokončování úkolů, dosahování cílů a získávání ocenění. Je to hlavní motivační systém spojovaný s uvolňováním dopaminu. Přílišná stimulace tohoto systému může vést k pocitům frustrace a zklamání. Obecně pak můžeme říct, že nadužívání těchto dvou systémů je spojováno s řadou duševních obtíží (Gilbert, 2010).

Gilbert (2010) dále definuje soucit jako citlivost vůči utrpení sebe či druhých, která vede k touze a odhodlání toto utrpení zmírnit, a naznačuje jeho kognitivní, afektivní a behaviorální složky. Zároveň zdůrazňuje, že soucit je možné pociťovat nejen ke svým blízkým, ale i k osobám, které neznáme, a zároveň ho můžeme cítit i sami k sobě. Dle autora se na soucitu spolupodílí následující klíčové atributy:

- a) Vcítění se (angl. *sympathy*) – schopnost prožívat příjemné i nepříjemné pocity druhých za pomoci zrcadlových neuronů;
- b) snášení nepohody (angl. *distress tolerance*) – schopnost setrvávat s nepříjemnými pocity, aniž bychom se jim snažili vyhýbat či je potlačovat;
- c) porozumění (angl. *emphaty*) – schopnost porozumět tomu, co člověk cítí, co si myslí a co dělá;
- d) nehodnocení (angl. *non-judgment*) – schopnost zaznamenávat myšlenky, aniž bychom je odsuzovali, kritizovali, odmítali či se jimi cítili zahanbeni;
- e) péče o duševní pohodu (angl. *care for well-being*) – zahrnuje touhu zmírnit utrpení vedoucí ke snaze o dosažení duševní pohody a spokojenosti a
- f) vnímavost (angl. *sensitivity*) – schopnost vnímat trápení a potřeby druhých a rozeznávání těchto pocitů od svých vlastních (Gilbert, 2010).

1.2.3. Konceptualizace Clary Strauss et al.

S další konceptualizací, která pracuje se soucitem jako celkem a nedělí jej mezi soucit k ostatním a k sobě, přichází autoři Strauss et al. (2016). Ti v souladu s buddhistickou psychologií předpokládají, že rozdělení soucitu na dva odlišné konstrukty není zcela přesné. Vzhledem k tomu, že napříč výzkumy nebyla shoda v jasné definici soucitu, a tudíž ani v používaných nástrojích k měření soucitu, provedli výzkumníci analýzu několika vědeckých studií, jejíž výstupem bylo představení soucitu a soucitu se sebou v poměrně širším pojetí, které v sobě nese jak prvky východní, tak západní psychologie.

Vznikla tak konceptualizace soucitu popisující soucit jako kognitivní, afektivní a behaviorální proces skládající se z následujících pěti elementů:

- a) rozpoznávání utrpení;
- b) pochopení univerzální přítomnosti utrpení v lidské zkušenosti;
- c) spoluprožívání trápení trpící osoby a emoční spojení s jejím nepohodlím;
- d) tolerance vůči jakýmkoli nepříjemným pocitům, které prostřednictvím soucitu vznikají (např. strach, odpor, napětí, hněv) tak, že zůstaneme otevření vůči trpící osobě a akceptujeme ji i s jejím utrpením; a
- e) jednání nebo odhodlanost k jednání směřující ke zmírnění daného trápení (Strauss et al., 2016; přeloženo dle Benda, 2019).

Strauss et al. zároveň soucit oddělují od jemu podobných pojmů jako jsou empatie (angl. *empathy*) či laskavost (and. *kindness*) (2016). Ačkoliv jak soucit, tak empatie jsou multidimenzionálními konstrukty, které v sobě zahrnují jak kognitivní, tak afektivní složku, empatie má mnohem užší vymezení. Zatímco soucit je spojen s jednáním či vůlí jednat s cílem zmírnit utrpení, empatie je pouhým svědkem takového utrpení bez nutkání jej mírnit. Zároveň empatii člověk nemusí pociťovat nutně ve spojitosti s utrpením, nýbrž například i při sdílení radosti, smutku či zloby. Přičemž toto sdílení se objevuje v interakcích mezi blízkými lidmi. Soucit však lze pociťovat s celým lidstvem jako takovým (Strauss et al., 2016).

Podobně laskavost není se soucitem zcela totožná. Ačkoliv dle Neff (2003) tvoří laskavost jednu z klíčových komponent soucitu, autoři Strauss et al. upozorňují, že oba

pojmy mají mnohem širší vymezení, které se překrývá jen částečně (2016). Například laskavost na rozdíl od soucitu může být stejně jako empatie pocíťována i v jiných situacích než těch spojených s utrpením. Zároveň při soucitném chování se nemusíme vždy nutně chovat laskavě.

Autoři dále provedli analýzu devíti existujících nástrojů měřících jak soucit se sebou, tak soucit ke druhým¹, a zjistili, že žádná z těchto metod nezachycovala soucit komplexně. Naopak výsledky ukázaly, že některé nástroje nesouvisely ani tak se soucitem jako takovým, nýbrž s jemu blízkými koncepty jako jsou právě empatie či laskavost, a zároveň vykazovaly celkově nedostatečné psychometrické vlastnosti (Strauss et al., 2016).

V návaznosti na to se rozhodli autoři Gu et al. (2019) vyvinout dvě zcela nové sebesopuzovací metody měřící soucit se sebou a soucit ke druhým, podložené mnohem důkladnějším teoretickým studiem, jejímž závěrem bylo vytvoření nové Sussexsko-Oxfordské škály soucitu se sebou (angl. *Sussex-Oxford Compassion for the Self Scale, SOCS-S*) a Sussexsko-Oxfordské škály soucitu ke druhým (angl. *Sussex-Oxford Compassion for Others Scale, SOCS-O*). Přičemž závěry vyplývající z této studie podpořily pěti faktorovou strukturu dotazníku a prokázaly celkově robustní psychometrické vlastnosti (Gu et al., 2019).

1.3. Soucit se sebou a duševní zdraví

Z výsledků řady nedávných studií vyplývá, že vyšší míra soucitu se sebou je spojována s vyšší životní spokojeností, optimismem a osobní pohodou (Asensio-Martínez et al., 2019; Kim & Ko, 2018; López et al., 2018; Neely et al., 2009). V metaanalýze 79 výzkumných souborů ($N = 16416$) shledali autoři celkovou velikost vztahu mezi soucitem se sebou a osobní pohodou $r = 0,47$ (Zessin et al., 2015).

Soucít se sebou také působí jako protektivní faktor vůči stresu a syndromu vyhoření a podporuje psychickou odolnost (Dev et al., 2020; Trompetter et al., 2017). Autoři Ewert et al. (2021) ve své metaanalýze prověřili vztah mezi soucitem se sebou a copingovými strategiemi na zvládání stresu. Výsledky představily pozitivní korelaci ($r = 0,306$) mezi soucitem se sebou a adaptivními copingovými strategiemi (funkčními, zaměřenými

¹ Compassionate Care Assessment Tool, Compassionate Love Scale, Pommier Compassion Scale, Martinus et al. Compassion Scale, Relational Compassion Scale, Santa Clara Brief Compassion Scale, Schwartz Center Compassionate Scale, Self-Compassion Scale, Self-Compassion Scale – Short Form

na aktivní zvládnání stresu a emocí) a negativní korelaci ($r = -0,500$) mezi soucitem se sebou a maladaptivními copingovými strategiemi (dysfunkčními, zaměřenými na únik před stresorem a souvisejícími emocemi).

Dle výsledků nedávné metaanalýzy může soucit se sebou podporovat nejen psychické, ale i fyzické zdraví. Na velkém vzorku ($N = 29588$) získaném z 94 recenzovaných článků došli autoři k závěru, že soucit se sebou pozitivně koreluje s fyzickým zdravím ($r = 0,18$) a chováním zaměřeným na zdraví ($r = 0,26$), přičemž nejsilnější vliv byl pozorován především na celkovém fyzickém zdraví, funkční imunitě, spánku a chování zaměřeném na vyhýbání se nebezpečí (Phillips & Hine, 2021). K podobným závěrům došla i autorka Fuchsia M. Sirois (2020), která ve své metaanalýze shrnula výsledky z 26 studií ($N = 6127$). I zde se ukázal pozitivní vztah mezi fyzickým zdravím respondentů a soucitem se sebou ($r = 0,25$).

1.4. Nedostatek soucitu se sebou a duševní nemoci

Naopak nedostatek soucitu se sebou je na základě mnoha studií přítomen při vzniku a rozvoji řady duševních onemocnění. V nedávné analýze autoři prezentují výsledky 28 studií zaměřujících se na soucit se sebou v klinickém kontextu. Výsledky potvrzují přítomnost nedostatku soucitu se sebou u řady duševních obtíží, jakými jsou úzkostné poruchy, afektivní poruchy, poruchy schizofrenního okruhu, posttraumatické stresové poruchy a závislosti (Athanasakou et al., 2020). V metaanalýze zaměřující se na soucit se sebou a poruchy příjmu potravy autoři analyzovali 59 vědeckých studií. Následně došli k závěru, že soucit se sebou je spojován s nižším patologickým jídelním chováním ($r = -0,34$), nižšími obavami spojenými se vzhledem ($r = -0,45$) a lepším vnímáním svého těla ($r = 0,52$) (Turk & Waller, 2020).

Autoři Chio et al. (2021) v nedávné metaanalýze shrnující výsledky ze 168 studií a 27 rozdílných kultur prověřovali vztah mezi jednotlivými komponenty soucitu se sebou² a psychickým distresem. Autoři došli k závěru, že síla vztahu mezi negativními komponenty

² V analyzovaných studiích byl soucit se sebou měřen stále ještě nejrozšířenějším nástrojem k měření soucitu se sebou, škálou SCS (nebo její zkrácenou verzí). Autorka škály zde představuje konceptualizaci soucitu se sebou na základě tří protichůdných subškál, kterými jsou laskavost k sobě vs. sebeodsuzování, lidská sounáležitost vs. izolace a všímavost vs. přílišné ztotožnění (Neff, 2003; Benda & Reichová, 2016). Škála je tedy rozdělená na tzv. pozitivní komponenty soucitu se sebou (laskavost k sobě, lidská sounáležitost a všímavost) a negativní komponenty soucitu se sebou (sebeodsuzování, izolace a přílišné ztotožnění).

soucitu se sebou a psychickým distresem ($r_s = 0,44$ až $0,45$) byla vyšší než mezi pozitivními komponenty soucitu se sebou a psychickým distresem ($r_s = -0,17$ až $-0,29$).

K podobným výsledkům došli i autoři Muris a Petrocchi (2017), kteří ve své metaanalýze analyzovali výsledky 18 studií ($N = 3802$). Autoři shledali velikost účinku mezi pozitivními komponenty soucitu se sebou a psychopatií $r = -0,31$ a velikost účinku mezi negativními komponenty soucitu se sebou a psychopatií $r = 0,48$. Také autoři MacBeth a Gumley (2012) na základě analýzy 14 studií ($N = 4007$) shledali celkovou velikost účinku mezi soucitem se sebou a psychopatií $r = -0,54$. V další studii autoři analyzovali vztah mezi soucitem se sebou a psychickým distresem u populace duševně zdravých adolescentů. Výsledky 18 studií ($N = 7049$) shledaly celkovou velikost vztahu mezi soucitem se sebou a psychickým distresem $r = -0,55$ (Marsh et al., 2018).

U nás se souvislostem mezi soucitem se sebou a psychopatií věnovali autoři Benda et al. (2019), kteří se ve své studii zabývali nedostatkem soucitu se sebou a prožíváním pocitu studu u klinických pacientů (úzkostné poruchy, depresivní poruchy, hraniční porucha osobnosti, poruchy příjmu potravy, závislosti na alkoholu). U všech pěti klinických skupin byla naměřena signifikantně nižší míra soucitu se sebou a zároveň signifikantně vyšší míra tendence k prožívání studu. Na základě těchto výsledků můžeme předpokládat, že nedostatek soucitu se sebou je spojen s vyšší tendencí k prožívání studu, která pak vede ke vzniku řady psychopatologických symptomů (Benda et al., 2019).

Dle Bendy (2019) bychom tedy na nedostatek soucitu se sebou mohli nahlížet jako na transdiagnostický faktor stojící za mnohými duševními problémy. Rozvíjení soucitu se sebou v rámci terapie by tedy v budoucnu mohlo přispívat k léčbě duševních poruch, a stejně tak jako jiní autoři se shoduje na tom, že soucit se sebou zřejmě může přispívat ke snížení řady psychopatologických symptomů (Chio et al., 2021; Marsh et al., 2018; Muris & Petrocchi, 2017).

2. Soucit se sebou v širším kontextu

Než se zaměříme na to, jakou roli může hrát soucit se sebou v psychoterapii, seznámíme se v následující kapitole se dvěma koncepty, které se zdají být se soucitem se sebou silně provázané, a to se všímavostí a nepřipoutaností k Já.

2.1. Soucit se sebou a všímavost

V první kapitole jsme již nastínili možné souvislosti soucitu se sebou a všímavosti (angl. *mindfulness*), a to především nahlížením na všímavost jako na jeden ze tří klíčových aspektů soucitu se sebou tak, jak to ve své konceptualizaci prezentuje autorka Kristin Neff (2003). My se však v této části pokusíme představit jiný úhel pohledu tak, jak to ve své knize *Všímavost a soucit se sebou: Proměna emocí v psychoterapii* prezentuje autor Jan Benda (2019). Dle autora je totiž soucit se sebou nedílnou součástí všímavosti a rozvíjením všímavosti dochází přirozeně i k rozvíjení soucitu se sebou. V kontextu psychoterapie zároveň ale zdůrazňuje důležitou roli právě rozvíjení soucitu se sebou jako takového, na což se zaměříme v poslední kapitole literárně přehledové části.

Kořeny všímavosti stejně jako kořeny soucitu se sebou můžeme nalézt v mnohých jak západních, tak východních kontemplativních kulturách (Šlepecký et al., 2018). Co se týče dnešního ukotvení všímavosti v odborné literatuře, odborníci se v jejím pojetí liší (Guendelman et al., 2017). Pojmem všímavost je označována široká škála psychologických jevů jako jsou rysy, dispozice, duševní stavy či správná meditační praxe (Davidson, 2010). Samotný koncept všímavosti se poté také liší ve své operacionalizaci a řada autorů přichází s rozdílnými definicemi přes chápání všímavosti jako schopnost pozornosti, postoj či jako specifický typ uvědomování si jevů (Quaglia et al., 2015). Dle Šlepeckého et al. se všímavostí většinou rozumí „vnímání toho, co je na úrovni přímé a bezprostřední zkušenosti, bez vztahu k představám, kategoriím a očekáváním“ (2018, s. 54).

Benda (2019) přichází s definicí všímavosti jako se „schopností uvědomovat si procesy probíhající v našem těle a mysli v přítomném okamžiku s postojem smířlivého porozumění a přijetí“ (s. 226). Inspirován tradičními buddhistickými texty autor dále rozlišuje tři úrovně všímavosti:

- a) tady a teď – schopnost soustředit se na přítomné vjemy, pocity a nálady, označuje plné žití v přítomnosti³;
- b) zvědomování si a akceptování pocitů a nálad – schopnost přijímat uvědomované procesy, které probíhají v našem těle a v naší mysli, se smířlivým porozuměním a
- c) sebezpřesažení – stav, při kterém dochází k uvědomování tří tzv. univerzálních charakteristik všech fenoménů, jimiž jsou pomíjivost, neuspokojivost a nepřítomnost něčeho trvalého vedoucí k trvalým změnám v chápání sebe samého (Benda, 2019).

Jinými slovy, při rozvíjení všímavosti nestačí pouhé uvědomování si právě probíhajících procesů v našem těle a v naší mysli, nýbrž je zapotřebí jejich plná akceptace. A právě zde nachází uplatnění soucit se sebou.

Benda (2019) zároveň doplňuje, že pokud nejsme schopni akceptovat to, co právě prožíváme, vzniká v nás vlivem tzv. sebevztažného zpracování informací automaticky pocit studu. Ten pak aktivuje nevědomá maladaptivní emoční schémata jako jsou vyhýbání se nepříjemným prožitkům, jejich potlačování či myšlenková ruminace, které stojí za mnohými dalšími psychopatologickými symptomy (Benda, 2020a). Zde má proto zcela zásadní význam začlenění soucitu se sebou do psychoterapie. Cílem takové psychoterapie poté je, aby si klient uvědomil právě ty pocity, které v typických chvílích spouští maladaptivní emoční schémata vedoucí k nežádoucímu chování a prožívání, a za pomoci korektivní zkušenosti zprostředkované terapeutem došlo k jejich akceptaci (Benda, 2019).

Na základě současných výzkumů je pak všímavost spojována se soucitem se sebou a celkovou životní spokojeností, naopak nedostatek všímavosti je spojován s potížemi v regulaci emocí a se vznikem úzkostných a depresivních symptomů (Baer et al., 2006; Christopher et al., 2012; Gu et al., 2016; Kořínek et al., 2019; Svendsen et al., 2017).

³ Ačkoliv nedílnou součástí všímavosti je schopnost se soustředit, nelze tyto dva pojmy zaměňovat. Soustředění se na jednu věc totiž automaticky znamená potlačení mnoha věcí jiných, což je opakem všímavosti. Autor tedy zdůrazňuje nutnost tyto dvě schopnosti od sebe rozlišovat (Benda, 2019).

2.2. Soucit se sebou a nepřipoutanost k Já

Výše jsme nastínili, že v procesu akceptace prožívaných pocitů a nálad nám můžou bránit tzv. sebevztahné procesy (angl. *self-referential processes*). Ty se dle nedávných výzkumů, stejně jako nedostatek soucitu se sebou, podílí na vzniku řady psychopatologických symptomů, a z toho důvodu je na ně nyní upřena pozornost mnoha odborníků (např. Benda et al., 2019; Dahl et al., 2015; Gordon et al., 2018; Lin et al., 2018; Shi & He, 2020; Whitehead et al., 2021).

Sebevztahné procesy jsou na poli neurověd definovány jako zkušenosti silného vztahu k vlastní osobě, tedy k Já (Northoff et al., 2006). Jinými slovy, sebevztahné zpracování tvoří jádro toho, co nazýváme Já, a rozlišuje podněty týkající se vlastního Já od podnětů, které vlastnímu Já nenáleží.

V odborné literatuře se můžeme setkat se dvěma podobami prožívání Já. Již William James (1950) ve své knize *The Principles of Psychology* rozlišil subjektivní Já (angl. *I*) a objektivní Já (angl. *me*). Já jako subjekt představuje jednotlivé smyslové a mentální fenomény, které člověk prožívá v přítomném okamžiku. Umožňuje jedinci chápat, že to, co teď a tady prožívá, veškeré myšlenky, pocity, nálady, zažívá on sám. Díky prožívanému Já jsme také schopni interpretovat vnímané vjemy a přisuzovat jim subjektivní významy. Já jako objekt, nazývané též jako „konceptuální Já“ či „narativní Já“, reprezentuje to, jak sami sebe vnímáme, jak se hodnotíme a jak se srovnáváme s ostatními či sami se sebou. Díky našemu myšlení a představivosti se pak toto konceptuální Já stává objektem, jemuž přisuzujeme veškerou prožívanou zkušenost (Benda, 2019).

Dle Bendy (2019) stojí za mnohými prožívanými symptomy duševních obtíží pocity, které vznikají tím, že je vztahujeme ke konceptuálnímu Já. Jakmile naše konceptuální Já neustále srovnáváme s tím, jací bychom chtěli nebo měli být, dochází ke vzniku tzv. *sebevztahných emocí*⁴. Mezi tyto emoce řadí autor emoce jako jsou hrdost, pýcha, vina, trapnost a stud. Podle toho, jak moc dané pocity ztotožňujeme s konceptuálním Já, dochází buď k adaptivní podobě sebevztahných emocí nebo maladaptivní, vedoucí k patologiím. Jakmile si totiž člověk spojí prožívané pocity s konceptem Já, nabývá mylné iluze,

⁴ Sebevztahné, nebo reflexivní či sociální, emoce (angl. *self-conscious emotions*) jsou emoce, které vznikají vědomou reflexí a na základě kterých dochází ke srovnávání naší představy o vlastním Já s různými ideály a očekáváními. Tyto emoce se obvykle utvářejí kolem druhého roku života. Sebevztahné emoce rozlišujeme od emocí automatických, které vznikají mimovolně na základě fixních biologických kritérií určujících, co je dobré a co je zlé (Benda, 2019).

že „*Já jsem takový/á*“ a tato iluze se pak stává zdrojem pocitů méněcennosti a mnoha jiných obtíží. Ve skutečnosti ale žádné neměnné Já, které by mělo absolutně platné vlastnosti, neexistuje. Já je pouhý koncept, iluze, představa. Nikoliv skutečnost. Jakmile prokoukneme, že žádné takové absolutně platné Já neexistuje, dokážeme akceptovat všechny prožívané fenomény takové, jaké jsou, bez vzniku psychopatologických symptomů (Benda, 2019).

Pro zachycení míry ulpívání na konceptuálním Já definovali autoři Whitehead et al. (2018) tzv. *nepřipoutanost k Já* (angl. *nonattachment to self, NTS*), která znázorňuje jedinečný způsob vztahování se k Já, při němž je člověk schopen akceptovat veškeré své pocity a myšlenky bez potřeby je ovládat. Jedinec s vysokou mírou nepřipoutanosti k Já je schopen se ke všem svým představám a konceptům, které se dotýkají jeho osoby, vztahovat flexibilně a s nadhledem. Jinými slovy, nepřipoutanost k Já umožňuje jedinci nahlížet na svou bytost s porozuměním, bez ulpívání na nějaké fixní, statické představě o Já (Whitehead et al., 2018).

Nepřipoutanost k Já poté pozitivně koreluje se soucitem se sebou ($r = 0,72$) a se všímavostí ($r = 0,56$) a zároveň negativně koreluje s depresivními symptomy ($r = -0,51$), úzkostnými symptomy ($r = -0,46$) a pocíťovaným stresem ($r = -0,52$) (Whitehead et al., 2018). Ačkoliv soucit se sebou a nepřipoutanost k Já v této studii prokázaly velmi silnou korelaci, autoři studie zdůrazňují, že přes veškeré podobnosti obou konceptů se nejedná o jedno a to samé. Na rozdíl od soucitu se sebou dle nich nepřipoutanost k Já neklade důraz na překonávání negativního zaměření se na Já, nýbrž usiluje o odstranění jakéhokoliv, ať již negativního či pozitivního, přílišného soustředění se na Já (Whitehead et al., 2018).

Vraťme se nyní k učení abidhammy a jejím čtyřem vznešeným postojům, které jsme zmiňovali v úvodu. Dle Bandy (2019) nám právě tyto čtyři vznešené postoje, laskavost, soucit, sdílená radost a vyrovnanost, umožňují akceptovat všechny procesy, které probíhají v našem těle a v naší mysli. Nepřipoutanost k Já má poté dle autora blízko ke vznešenému postoji vyrovnanosti. Postoj vyrovnanosti je postojem úplné neutrality a nezávislosti, který nám umožňuje vnímat veškeré pocity jako prchavé fenomény bez toho, abychom na nich ulpívali či se je snažili změnit. Dosáhnout postoje vyrovnanosti lze dle autora praxí všímavosti a soucitu, v jejichž důsledku dochází ke změnám v pojmání sebe samého, a tedy k tomu, že se přestáváme ztotožňovat s konceptem stálého a neměnného narativního Já (Benda, 2019).

3. Soucit se sebou v psychoterapii

V následující kapitole se pokusíme zasadit soucit se sebou do kontextu psychoterapeutické praxe. Představíme si některé terapeutické směry, které se zaměřují na rozvoj soucitu se sebou. Zároveň se pokusíme představit teoretické podobnosti soucitu se sebou napříč tradičními terapeutickými přístupy. V neposlední řadě si představíme, jakými způsoby lze soucit se sebou integrovat do jakékoliv psychoterapeutické praxe.

3.1. Terapeutické přístupy zaměřené na rozvoj soucitu se sebou

V současnosti vzniká celá řada nových přístupů a metod zaměřených nejen na rozvíjení všímavosti obecně, ale i na rozvíjení soucitu se sebou jako takového. Mezi tyto patří např. terapie zaměřená na soucit (angl. *Compassion Focused Therapy, CFT*), trénink rozvíjení soucitu (angl. *Compassion Cultivation Training, CCT*), kognitivně zakotvený trénink soucitu (angl. *Cognitively-Based Compassion Training, CBCT*), soucitný život založený na všímavosti (angl. *Mindfulness-Based Compassionate Living, MBCL*), trénink všímavého soucitu se sebou (angl. *Mindful Self-Compassion Training, MSC*), rozvíjení emoční vyrovnanosti (angl. *Cultivating Emotional Balance, CEB*) či soucitná meditace (angl. *Compassion Meditation, CM*). Zároveň stále vznikají přístupy další (Benda, 2020a).

V nedávné metaanalýze autoři poskytli důkazy o účinnosti těchto intervencí (Kirby et al., 2017). Analýzou 21 vědeckých studií ($N = 1285$) došli k závěru, že intervence založené na rozvíjení soucitu se sebou vedly ke zvýšení soucitu ($d = 0,55$), soucitu se sebou ($d = 0,51$), všímavosti ($d = 0,54$) a celkové osobní pohody ($d = 0,51$), a zároveň ke snížení depresivních symptomů ($d = 0,64$), úzkostných symptomů ($d = 0,49$) a prožívaného stresu ($d = 0,47$) (Kirby et al., 2017). Z této studie se však nedá říct, zda na soucit se sebou zaměřené intervence mohou být efektivní při léčbě duševních obtíží u klinické populace.

Z toho důvodu autoři Wilson et al. (2019) analyzovali 22 vědeckých studií ($N = 1172$), ve kterých zkoumali účinnost na soucit se sebou orientovaných intervencí u klinické a subklinické populace. Výsledky shledaly výrazné zlepšení ve všech třech sledovaných oblastech, jimiž byly zvýšená míra soucitu se sebou ($g = 0,52$), snížení úzkostných symptomů ($g = 0,46$) a snížení depresivních symptomů ($g = 0,40$). Ve srovnání s kontrolní skupinou se však nejednalo o signifikantně rozdílné výsledky. Při následné narativní syntéze jednotlivých studií autoři shledali, že ačkoliv změny v míře soucitu

se sebou a psychopatologie mezi sebou korelovaly, jednalo se o změny, které byly zaznamenány jak v experimentální, tak kontrolní skupině (Wilson et al., 2019).

Vzhledem k prezentovaným výsledkům se tedy můžeme domnívat, že soucit se sebou lze rozvíjet i v jiných než na soucit se sebou zaměřených intervencích. Autoři Golden et al. (2021) se ve své metaanalýze zabývali tím, jaký vliv mají na rozvoj soucitu se sebou programy založené na všímavosti (angl. *Mindfulness-Based Programmes, MBPs*) u neklinické populace. Výsledky analýzy 26 vědeckých studií ($N = 598$) shledaly u experimentální skupiny probandů podstupujících MBPs silný až středně silný efekt oproti kontrolní skupině ($g = 0,60$ až $0,80$). Na rozdíl od výše zmíněných studií však dle výsledků této studie rozvoj soucitu se sebou nebyl vždy spojen se snížením depresivních a úzkostných symptomů (Golden et al., 2021).

3.2. Soucit se sebou v kontextu tradičních terapeutických přístupů

Benda (2019) přichází s myšlenkou, že rozvíjení všímavosti, a tedy i soucitu se sebou, bylo vždy součástí psychoterapeutického procesu a že již Freud považoval za základ terapeutické změny převod nevědomých procesů na vědomé (Freud in: Benda, 2019; Martin, 1997). Pojďme si proto představit některé teoretické koncepce, ve kterých můžeme nalézt podobnosti s dnešním pojetím soucitu se sebou.

3.2.1. Soucit se sebou v kontextu humanistické psychologie

Mnohé podobnosti dnešnímu pojetí soucitu se sebou můžeme nalézt především v humanistické psychologii, a to v dílech autorů jako jsou Carl Rogers či Abraham Maslow (Hoffman et al., 2020; Neff, 2003).

Carl Rogers (1961) v kontextu terapeutické praxe označované jako přístup zaměřený na člověka definoval termín bezpodmínečného pozitivního sebepřijetí (angl. *unconditional positive self-regard*). Bezpodmínečné pozitivní sebepřijetí odkazuje k nehodnotícímu, pečujícímu a emočně kladnému postoji k sobě samému, které jedinci umožňuje docílit většího sebeuvědomění, sebeakceptace a sebevyjádření (Patterson & Joseph, 2006; Rogers, 1961). Abraham Maslow (1968) ve své teorii hovořil o soucitu vyvstávajícím z porozumění (angl. *compassion-through-understanding*) neboli o neodsuzujícím, odpouštějícím a milujícím postoji vůči sobě samému. Tento postoj je založený na tom, že jedinec nahlíží na svůj smutek, bolest a utrpení jako na něco nezbytného pro svůj osobní růst (Maslow, 1968).

Podobně jako Rogers i zástupce kognitivně-behaviorálního přístupu Albert Ellis (1976) ve své racionálně emoční behaviorální terapii poté popsal teorii bezpodmínečného sebezpřijetí (angl. *unconditional self-acceptance*). Ta je založena na rozvíjení tolerance vůči svým chybám a nedostatkům a podporování sebezpřijetí nehledě na hodnocení druhými. Ellis kladl důraz na to, že cílem lidského bytí je zůstat živ a zdrav a směřovat svůj život ke štěstí (1976).

3.2.2. Soucit se sebou v kontextu psychodynamických směrů

I zástupci psychodynamicky orientovaných přístupů jako Donald Winnicott či John Bowlby zaměřovali svoji pozornost na formování zdravé sebedůvěry jedince a s tím související schopnosti sebezpřijetí a soucitu k sobě (Benda, 2019). Donald Winnicott (2018) ve své teorii mluví o formování tzv. pravého nebo falešného Já (angl. *true Self, false Self*), která se vytvářejí v prvním roce života dítěte. Pravé Já se formuje ve funkčním, podpůrném prostředí, kde jsou dítěti naplňovány jeho základní potřeby, což vede k rozvoji jeho důvěry v okolní svět i v sebe samého. V opačném případě dochází ke vzniku falešného Já, které hraje roli u mnoha duševních poruch (Benda, 2019; Winnicott, 2018). Také John Bowlby se zaměřoval na rané dětské zkušenosti, na jejichž základě rozlišil dva druhy citových vazeb, a to vazbu jistou a vazbu nejistou. Přičemž rozvoj jisté citové vazby spojoval s rozvojem schopnosti laskavosti a soucitu ke druhým i k sobě samému (Bowlby, 2010).

Ukazuje se, že ve svém teoretickém zakotvení mají psychodynamické přístupy mnohem blíže k tradičnímu východnímu učení založeném na meditaci a rozvoji všímavosti než např. moderní terapeutické přístupy, tzv. intervence založené na všímavosti (angl. *Mindfulness Based Interventions, MBI*). Dle autorů Bianca et al. (2016) jsou psychodynamické přístupy stejně tak jako tradiční učení o meditaci intrapsychickými disciplínami, jejichž cílem je pomoci jedinci v boji s jeho psychickým strádáním a přivést ho k uvědomění si nevědomých procesů, které mu napomůžou k psychické svobodě. Z toho důvodu by začlenění tradičních východních praktik do psychodynamicky orientovaných intervencí představovalo dle autorů mnohem komplexnější a smysluplnější koncepci, než jakou představují současné MBI přístupy, v nichž se mnohé důležité aspekty tradičního učení o meditaci a všímavosti ztrácejí (Bianco et al., 2016).

Vraťme se ale zpět k soucitu se sebou tak, jak ho chápeme dnes. Výsledky studií ukázaly, že rozvoj soucitu se sebou v rámci psychodynamicky orientované psychoterapie byl spojen se snížením psychopatologických symptomů a s celkově lepším fungováním

jedince (Galili-Weinstock et al., 2018; Schanche et al., 2011). Můžeme proto usuzovat, že soucit se sebou představuje důležitý mechanismus psychoterapeutické změny i v rámci psychodynamicky orientovaných směrů a že má proto smysl jej do těchto směrů integrovat.

Galili-Weinstock et al. ve své studii zkoumali konkrétní terapeutické intervence, které podporují rozvoj soucitu se sebou v rámci individuální psychodynamicky orientované psychoterapie (2020). Výsledky podpořily hypotézu, že direktivnější terapeutické přístupy podporují rozvoj soucitu se sebou více než méně direktivní přístupy. Zároveň se ukázalo, že při volbě konkrétních terapeutických praktik je potřeba zohlednit míru soucitu se sebou před samotným nástupem do léčby. Překvapivým závěrem v tomto kontextu bylo, že u jedinců s výrazně nižším soucitem se sebou se přitom neukázaly jako vhodné intervence, které byly založené na budování vztahu mezi klientem a terapeutem, jak by se mohlo očekávat (Galili-Weinstock et al., 2020).

3.3. Integrativní pojetí soucitu se sebou

Na základě výše popsaných informací můžeme předpokládat, že na všímavost a soucit se sebou můžeme nahlížet jako na univerzální faktory přítomné v jakékoliv psychoterapii, ať již je explicitně zaměřená na rozvíjení všímavosti a soucitu, či nikoliv (Benda, 2019; Wilson et al., 2019; Žvelc & Žvelc, 2021). V zahraničí se tomuto integrativnímu pojetí věnují manželé Gregor a Maša Žvelc (2021), u nás poté Jan Benda (2019). Pojdme si proto tyto dvě koncepce krátce představit.

Autoři Gregor a Maša Žvelc představují novou integrativní teorii založenou na všímavosti a soucitu (angl. *Mindfulness- and Compassion-Oriented Integrative Psychotherapy, MCIP*), v níž se opírají o poznatky z neurobiologického výzkumu a rekonstrukce paměti (2021). Soucit a všímavost dle autorů nejsou pouhými nástroji či technikami, kterým by se klienti měli v psychoterapii učit, nýbrž spíše schopnostmi, které lze v terapeutickém vztahu přirozeně rozvíjet. Dobře vybudovaný terapeutický vztah zde přitom hraje klíčovou roli. Autoři rozšiřují tzv. vztahový model R. G. Erskina, jehož cílem je pozvat klienta k uvědomění si momentálně prožívaných fenoménů, jejich akceptaci a nabytí soucitného postoje k sobě samému (Erskine et al., 1999). Hlavními metodami tohoto vztahového modelu jsou:

- a) fenomenologické kladení otázek (angl. *inquiry*) – cílem je prozkoumání momentálních prožitků i minulých zkušeností klienta, a to na všech dimenzích

lidského prožívání (kognitivní, afektivní, fyziologické, vztahové, spirituální), na jejichž základě terapeut identifikuje klientovy skryté obranné mechanismy. Terapeut pokládá otázky jako „Co právě teď prožíváte?“ nebo „Jaké to pro Vás je, když mluvíte o...?“;

- b) osobní angažovaná účast terapeuta (angl. *involvement*) – terapeut doprovází klienta nejen k uvědomění aktuálních prožitků, ale i k jejich plné akceptaci. K tomu využívá techniky jako jsou uznání (terapeut komentuje slovy jako „Představuji si, že to teď pro Vás musí být velmi těžké“), validizace („Toto jsou významné slzy, dejte jim volný průběh“), normalizace („Vypořádal/a jste se s tím nejlíp, jak jste v dané situaci a v daném věku mohl/a. Pravděpodobně by to tak udělal každý, kdo by se octl ve stejné situaci.“) a všímavá přítomnost klientových prožitků a
- c) empatické naladění se na klienta (angl. *attunement*) – zahrnuje i následnou terapeutovu reciproční odpověď na potřeby klienta, důležité přitom je, aby byl terapeut schopen rozeznat svoje prožívání od prožívání klienta. Empatické naladění se na klienta se projevuje v rovině jak kognitivní, tak emoční, rytmické, vývojové či fyziologické (Žvelc & Žvelc, 2021, s. 129-136).

Terapeut by měl užívat těchto metod a technik MCIP v následujících fázích:

- 1) podpora klienta v uvědomování si přítomného okamžiku a decentrované perspektivě,
- 2) podpora klienta v akceptaci prožívaných fenoménů,
- 3) podpora klienta v soucitu se sebou
- a 4) zaujetí laskavého a milujícího postoje terapeuta vůči zranitelnosti klienta (Žvelc & Žvelc, 2021).

Důležitou součástí MCIP koncepce tvoří tzv. diamantový model pozorujícího Já (angl. *Diamond model of observing Self*), na jehož základě můžeme rozdělit tři úrovně vztahování se k Já: narativní Já, disociované Já a pozorující Já. Narativní Já je zcela identifikované s našim prožíváním a zahlceno našimi aktuálními vjemy, pocity a myšlenkami. Jinými slovy, dochází ke splynutí Já s prožívanou zkušeností. Disociované Já je naopak od našeho aktuálního prožívání zcela odpojené, dochází k vyhybání se prožívané zkušenosti. Obě varianty takového Já tedy značí velmi nízkou míru uvědomování prožívané zkušenosti. Pozorující Já je naopak laskavým svědkem našeho prožívání, umožňuje jedinci nahlížet na vlastní prožívání bez hodnocení, všímavě a se

soucitem. A právě toto pozorující, soucitné Já se MCIP přístup snaží podpořit (Žvelc & Žvelc, 2021).

Na základě MCIP přístupu můžeme soudit, že základem dobře vybudovaného terapeutického vztahu je autentický soucitný postoj vůči klientovi. Jakmile dokáže terapeut klientovi soucit zprostředkovat, dokáže i klient sám tento postoj integrovat do svého prožívání a přistupovat sám k sobě s laskavostí a soucitem.

S dalším integrativním postojem ke všímavosti a soucitu se sebou přichází Jan Benda, který ve své publikaci představuje možnosti a způsoby rozvoje těchto konceptů napříč terapeutickými směry (2019). Za klíčový aspekt v procesu terapeutické změny autor přitom považuje především práci s emocemi a jejich regulací. Jsou to právě problémy v oblasti regulace emocí, co mnohé lidi přivádí do psychoterapie. Jádrem terapeutické změny je poté dle autora transformace maladaptivních emočních schémat, která se vyskytují u osob s nedostatkem soucitu se sebou, na schémata adaptivní. Maladaptivní emoční schémata vznikají v dětství v důsledku neuspokojování našich základních potřeb. V dospělosti poté představují neuvědomované automatické reakce, které se vyskytnou vždy po jejich typickém spouštěči (konkrétním pocitu). Mezi skryté pocity, které tato schémata provázejí, patří pocity studu, osamělosti či panického strachu (Timulak & Keogh, 2020). Ve chvílích, kdy se tyto pocity objeví, dochází ke spuštění obranných mechanismů, které zabrání vědomému prožití těchto pocitů, v jejichž důsledku dochází ke vzniku řady psychopatologických symptomů (Benda, 2019).

Důležitá je zde přitom především práce terapeuta. Jeho hlavním úkolem je za pomoci rozvíjení všímavosti a soucitu se sebou dovést klienta k uvědomění a akceptaci těchto niterných pocitů a umožnit mu zažít tzv. emoční (vztahovou) korektivní zkušenost. Hlavní roli v procesu korektivní zkušenosti hrají především:

- a) bezpodmínečné přijetí a podpora klienta;
- b) zprostředkování péče a navození pocitu blízkosti, sounáležitosti a porozumění a
- c) nastolení pocitu bezpečí a stanovení limitů (Benda, 2019).

Vztahová korektivní zkušenost souvisí s procesy tzv. rekonolidace paměti, kdy dochází ke změně neuronových spojů v implicitní paměti. Tím, že klientovi dopřejeme korektivní emoční zkušenost, dojde ke změně maladaptivního emočního schématu

uloženého v implicitní emoční paměti, a nahrazení tohoto schématu schématem adaptivním, funkčním (Benda, 2019; Žvelc & Žvelc, 2021).

Efektivnímu zprostředkování korektivní zkušenosti přispívá to, na kolik má sám terapeut rozvinuté schopnosti všímavosti a soucitu se sebou (Benda, 2019). Meditační praxe všímavosti u psychoterapeutů může vést k řadě přínosů a změn, jako jsou rozvinuté prožívání (např. rozvinutá schopnost empatie, sebedůvěra, tolerance aj.), změny ve vědění (např. rozvoj sebepoznání, kreativity, hlubší pochopení terapeutické změny aj.) a změny v jednání (např. zvýšená péče o sebe sama a vlastní duševní pohodu, rozvoj autenticity a dovedností spojených s navozením pocitu bezpečí aj.) (Benda, 2011). Všímavost a soucit se sebou tak v psychoterapeutickém procesu hrají dvojí roli, a to jako dovednost, kterou je třeba zprostředkovat klientovi, ale také jako dovednost, které by se měl učit i sám terapeut (Desmond, 2015).

Na základě výše popsaných poznatků můžeme předpokládat, že soucit se sebou není na poli psychoterapie zcela novým konstruktem. Podobnosti dnešnímu pojetí soucitu se sebou lze nalézt napříč tradičními terapeutickými přístupy. Psychodynamické směry upozornily na zásadní vliv prvních let života na utváření zdravého, soucitného postoje k sobě samému (Bowlby, 2010; Winnicott, 2018). Humanistické směry zdůrazňovaly vliv role psychoterapeuta a jeho autentického, bezpodmínečného přijetí, které vede k rozvoji soucitu ke druhým i k sobě samému (Kratochvíl, 2017). Z toho důvodu se můžeme domnívat, že soucit se sebou, ale i jemu přidružené koncepty všímavosti a nepřipoutanosti k Já, jsou obecnými terapeutickými faktory, které lze rozvíjet napříč terapeutickými přístupy. Řada odborníků proto dnes přichází s integrativním pojetím soucitu se sebou. A v důsledku rostoucího zájmu o integraci soucitu se sebou do psychoterapeutické praxe zřejmě dochází i k integraci psychoterapie jako takové. Koneckonců nedávný výzkum Řiháčka a Roubala poukázal na fakt, že téměř 99 % českých psychoterapeutů do své praxe začleňuje prvky a techniky z různých psychoterapeutických přístupů (2017).

Proces terapeutické změny bychom ve výše popsaných integrativních pojetích mohli chápat jako proces, jehož hlavními faktory jsou všímavost a soucit se sebou. Přičemž všímavost umožňuje uvědomění a porozumění aktuálně prožívaných pocitů, kdežto soucit se sebou umožňuje mít k těmto pocitům akceptující postoj. To, na kolik je klient schopen takového soucitného postoje, přitom závisí na tom, jak mu takový soucitný postoj zprostředkuje terapeut (Benda, 2019; Žvelc & Žvelc, 2021).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy

4.1. Výzkumný problém a cíle výzkumu

V literárně-přehledové části jsme se nejprve seznámili s konceptem soucitu se sebou a představili jsme si jeho nejvýznamnější současné konceptualizace. Na základě aktuálních výzkumů jsme dali soucit se sebou do souvislostí s duševním zdravím a osobní pohodou (Asensio-Martínez et al., 2019; Dev et al., 2020; Ewart et al., 2021; Kim & Ko, 2018; López et al., 2018; Neely et al., 2009; Trompetter et al., 2017; Zessin et al., 2015) a opačně nedostatek soucitu se sebou se vznikem psychopatologické symptomatologie (Athanasakou et al., 2020; Benda et al., 2019; Chio et al., 2021; MacBeth & Gumley, 2012; Marsh et al., 2018; Muris & Petrocchi, 2017; Turk & Waller, 2020). Dále jsme dali soucit se sebou do širšího kontextu a představili jemu dva blízké koncepty všímavosti a nepřipoutanosti k Já. V poslední části jsme se zaměřili na roli soucitu se sebou v rámci terapeutické praxe. Poukázali jsme na to, že soucit se sebou by mohl být obecným psychoterapeutickým faktorem, který lze v terapii rozvíjet bez ohledu na terapeutický směr.

V současné době v českém prostředí nebyl realizován výzkum, který by zjišťoval, jak se soucit se sebou mění po absolvování tradiční psychoterapeutické intervence, která není explicitně zaměřena na rozvoj všímavosti a soucitu se sebou, u klinické populace. Vzhledem k chybějícím výzkumným závěrům v této oblasti byl formulován hlavní záměr výzkumu následovně.

Cílem předkládaného výzkumu je ověřit, zda se míra soucitu se sebou, všímavosti a nepřipoutanosti k Já u klinické populace zvýší po absolvování tradiční psychoterapeutické léčby, která není explicitně zaměřena na rozvoj všímavosti a soucitu se sebou, v našem případě skupinové psychoterapie psychodynamického směru.

4.2. Výzkumné hypotézy a jejich operacionalizace

Na základě výše popsaných dostupných zdrojů byly odvozeny následující hlavní výzkumné hypotézy:

- H1: Soucit se sebou se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.
- H2: Všímavost se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.
- H3: Nepřipoutanost k Já se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.

Vedlejší výzkumné hypotézy se poté vztahovaly k dílčím aspektům soucitu se sebou a byly formulovány následovně:

- H1a: Rozpoznávání utrpení se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.
- H1b: Chápání univerzální přítomnosti utrpení se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.
- H1c: Spoluprožívání trápení s trpící osobou se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.
- H1d: Tolerance vůči nepříjemným pocitům se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.
- H1e: Jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.

Koncepty figurující ve výzkumu jsme operacionalizovali následujícím způsobem:

- Soucit se sebou – skóre na *Škále soucitu se sebou* (SOCS-S-CZ)
- Všímavost – skóre v *Dotazníku pěti aspektů všímavosti* (FFMQ-15-CZ)
- Nepřipoutanost k Já – skóre na *Škále nepřipoutanosti k Já* (NTS-CZ)
- Rozpoznávání utrpení – skóre na subškále Rozpoznávání utrpení ze *Škály soucitu se sebou* (SOCS-S-CZ)
- Chápání univerzální přítomnosti utrpení – skóre na subškále Chápání univerzální přítomnosti utrpení ze *Škály soucitu se sebou* (SOCS-S-CZ)
- Spoluprožívání trápení s trpící osobou – skóre na subškále Spoluprožívání trápení s trpící osobou ze *Škály soucitu se sebou* (SOCS-S-CZ)
- Tolerance vůči nepříjemným pocitům – skóre na subškále Tolerance vůči nepříjemným pocitům ze *Škály soucitu se sebou* (SOCS-S-CZ)
- Jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení – skóre na subškále Jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení ze *Škály soucitu se sebou* (SOCS-S-CZ)

5. Design výzkumného projektu

5.1. Typ výzkumu

Vzhledem k charakteru výzkumných hypotéz byl zvolen kvantitativní výzkum. Specificky se jedná o kvaziexperimentální šetření s within-subject designem. V takovém designu je každý subjekt vystaven experimentální manipulaci s absencí kontrolní skupiny, kdy psychologické proměnné jsou měřené před a po takové manipulaci.

5.2. Metody získávání dat

Výzkum byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření za využití sebeposuzovacích škál: Sussexsko-Oxfordské škály soucitu k sobě (SOCS-S-CZ), Dotazníku pěti aspektů všímavosti (FFMQ-15-CZ) a Škály nepřipoutanosti k Já (NTS-CZ).

5.2.1. Sussexsko-Oxfordská škála soucitu k sobě (SOCS-S-CZ)

Míru soucitu se sebou jsme měřili pomocí Sussexsko-Oxfordské škály soucitu k sobě (angl. *Sussex-Oxford Compassion for the Self Scale, SOCS-S*; Gu et al., 2019; český překlad Benda, 2020b). Původní anglická verze škály prokázala dobrou konvergentní a diskriminační validitu a dobrou vnitřní konzistenci a představuje tak kvalitní nástroj k měření soucitu se sebou (Gu et al., 2019). Dotazník o 20 položkách je rozdělen do pěti subškál a měří pět aspektů soucitu se sebou: rozpoznávání utrpení, chápání univerzální přítomnosti utrpení, spoluprožívání trápení s trpící osobou, toleranci vůči nepříjemným pocitům a jednání/vůli jednat s cílem zmírnit utrpení.

Respondenti odpovídají na Likertově pětibodové škále (od 1 = nikdy po 5 = vždy). Celková míra soucitu se sebou se určí součtem bodů získaných z jednotlivých odpovědí či součtem bodů získaných v jednotlivých subškálách. Vyšší skóre znamená vyšší míru soucitu se sebou.

Vzhledem k tomu, že SOCS-S byla publikována teprve v lednu roku 2020, v současné chvíli nejsou k dispozici české normy. U nás i v zahraničí se k měření míry soucitu se sebou stále ještě běžně užívá Škála soucitu se sebou (angl. *Self-Compassion Scale, SCS*; Neff, 2003; česká adaptace Benda & Reichová, 2016). Tato škála je však z metodologických důvodů v posledních letech hojně kritizována. Škále je vytýkána především její validita. SCS totiž kromě pozitivních subškál zahrnuje i tři subškály negativní

(sebeodsuzování, izolace a přílišné ztotožnění), u kterých se předpokládá, že vyšší skóre v těchto subškálách souvisí s nižší mírou soucitu k sobě (Neff, 2003), dle nedávných výzkumů však také může souviset s psychopatologickou symptomatologií a neuroticismem (např. Halamová et al., 2021; Chio et al., 2021; Kandler et al., 2017; Muris et al., 2019; Muris & Otgaar, 2020). Kritici proto diskutují nad tím, zda by do celkového skóru soucitu k sobě měly být zahrnuty i tyto nesoucité položky tak, jak je tomu právě v SCS, či nikoliv. Řada odborníků proto pro budoucí výzkumy soucitu se sebou doporučuje používat novou SOCS-S, v níž tyto nesoucité položky zahrnuty nejsou (Benda et al., 2021; Chio et al., 2021; Muris & Otgaar, 2020).

5.2.2. Dotazník pěti aspektů všímavosti (FFMQ-15-CZ)

K měření všímavosti jsme použili krátkou verzi Dotazníku pěti aspektů všímavosti (angl. *Five Facet Mindfulness Questionnaire – FFMQ-15*; Gu et al., 2016; česká adaptace Kořínek et al., 2019). Původní nezkrácená verze dotazníku FFMQ vznikla integrací pěti vzájemně nezávislých dotazníků měřících všímavost⁵ (Baer et al., 2006). Výsledkem byl 39položkový dotazník měřící pět aspektů všímavosti: pozorování, popisování, vědomé jednání, nehodnocení vnitřní zkušenosti a nereagování na vnitřní prožitky (Kořínek et al., 2019). FFMQ se tak stal jedním z nejčastěji používaných sebesuzovacích dotazníků ve světě, který měří všímavost (Kořínek et al., 2019). Následně byla autory Gu et al. (2016) vytvořena zkrácená verze škály FFMQ-15. Do české verze byla tato verze přeložena Kořínkem et al. (2019). Její autoři potvrdili konstruktovou i kriteriální validitu této škály i její reliabilitu.

Autoři dotazníku doporučují i nadále používat nezkrácenou 39položkovou verzi pro takové studie, kde je potřeba rozlišit jednotlivé aspekty všímavosti. V našem případě, kdy měříme celkovou úroveň všímavosti, nikoliv její dílčí aspekty, jsme vzhledem k časové úspornosti zvolili právě zkrácenou verzi dotazníku (Gu et al., 2016).

Zkrácená verze FFMQ-15-CZ obsahuje 15 položek, na které respondenti odpovídají na pětibodové Likertově škále (od 1 = téměř nikdy po 5 = velmi často, téměř vždy). Celková míra všímavosti je následně vyjádřena součtem dosažených bodů.

⁵ Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS), Freiburg Mindfulness Inventory (FMI), Cognitive Affective Mindfulness Scale (CAMS), Mindfulness Questionnaire (MQ), Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)

5.2.3. Škála nepřipoutanosti k Já (NTS-CZ)

Nepřipoutanost k Já jsme měřili pomocí Škály nepřipoutanosti k Já (angl. *Nonattachment to Self Scale, NTS*; Whitehead et al., 2018; česká adaptace Benda, 2020b). Škála byla vytvořena za účelem měření míry flexibility a nadhledu vůči všem konkrétním představám a konceptům týkajícím se sebe sama (Benda, 2020b).

V pilotní studii české verze dotazníku škála prokázala celkově dobré psychometrické vlastnosti, dobrou faktorovou i konvergentní validitu a dobrou vnitřní konzistenci a byla doporučena k dalšímu výzkumnému využití (Benda, 2020b).

Škála obsahuje 7 položek, na něž respondenti odpovídají na sedmibodové Likertově škále (od 1 = rozhodně nesouhlasím po 7 = rozhodně souhlasím). Celková míra nepřipoutanosti k Já je vyjádřena součtem dosažených bodů, kdy vyšší skóre označuje lepší schopnost nelpět na vlastní představě o sobě.

5.3. Metody zpracování a analýzy dat

K analýze dat jsme použili statistický program Jamovi (verze 1.8.1), doplňující náležitosti jako jsou grafy a tabulky byly realizovány v programu Microsoft Excel. Demografická data byla hodnocena pomocí popisné statistiky – zjišťovali jsme průměr, směrodatnou odchylku, medián, minima a maxima. Normalitu rozložení dat jsme hodnotili podle Shapirova-Wilkova testu, kterou jsme následně vizuálně posuzovali pomocí Q-Q grafů a histogramů.

K ověření hypotéz jsme zvolili jednostranný párový t-test pro dva závislé výběry. Průměrné hrubé skóre námi sledovaných proměnných (soucit se sebou včetně jeho komponent, všímavost a nepřipoutanost k Já) naměřené v čase t_0 (před psychoterapeutickou intervencí) jsme porovnali s průměrnými hrubými skóre naměřenými v čase t_1 (po psychoterapeutické intervenci). Případné rozdíly mezi muži a ženami jsme prověřili pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry. Zde jsme porovnali tzv. efekt (rozdíl průměrných hrubých skóre sledovaných proměnných mezi jednotlivými časy) a pohlaví. Případné souvislosti mezi efektem intervence a věkem jsme prověřili pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. V neposlední řadě jsme ověřovali, zda se terapeutický efekt lišil v rámci jednotlivých diagnostických skupin. K tomu jsme nejprve provedli vícerozměrnou analýzu variance (MANOVA) a vzápětí jsme tyto výsledky prověřili pomocí provedení tří analýz rozptylu (ANOVA).

Pro prokázání nejen statistické, ale i věcné, klinické významnosti, jsme provedli hodnocení velikosti účinku psychoterapeutické intervence pomocí koeficientu d (Cohenovo d), označované také jako velikost účinku (angl. *effect size*, *ES*), kdy jsme rozlišovali malý efekt ($d = 0,2$), střední efekt ($d = 0,5$) a velký efekt ($d = 0,8$) (Cohen, 2013). Ve výzkumu jsme se přiklonili k běžně stanovované hladině významnosti, a to $\alpha < 0,05$ (Hendl, 2006).

5.4. Etika výzkumu

Možnost sběru dat v rámci denního stacionáře byla předem konzultována s pracovníky a vedením Denního sanatoria Horní Palata. Před začátkem stacionáře byli pacienti informováni o možnosti zapojení se do výzkumu a o jeho účelu v rámci bakalářské práce. Pro tyto účely byly všem pacientům rozdány baterie dotazníků. Vyplněním a odevzdáním baterie dotazníků se pacient dobrovolně zapojil do výzkumu. Informovaný souhlas byl udělen konkludentně (vyplněním baterie dotazníků). Všichni účastníci výzkumu byli plnoletí.

Vzhledem k potřebě spárování dat před psychoterapeutickou intervencí a po jejím konci jsme vyžadovali osobní údaje v podobě jména. Tato data byla zanesena do výsledných tabulek a po doplnění potřebných údajů (věk, diagnóza) a spárování byla veškerá data anonymizována. Řešitelka práce zároveň nepřišla do přímého kontaktu s pacienty. Data tedy nelze spojit s konkrétními osobami.

Baterie dotazníků byla volena v souladu s etickou zásadou nonmaleficence, kdy byly zvoleny takové dotazníky, které byly relevantní pouze ke stanoveným hypotézám, a jejichž vyplněním nedocházelo k časovému či jinému vytížení účastníků. Zásada beneficence je naplněna zveřejněním bakalářské práce, která kromě výsledků výzkumu představuje i možnosti rozvíjení soucitu se sebou.

6. Sběr dat a výzkumný soubor

6.1. Sběr dat

Sběr dat probíhal v rámci Denního sanatoria Horní Palata u pacientů, kteří zde absolvovali psychoterapeutickou léčbu v rámci sedmítýdenního denního stacionáře. Jedná se o detašované klinické pracoviště Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (VFN), které se specializuje na skupinovou formu psychoterapie kombinovanou s komunitními prvky léčby. Léčba je založena na principech psychoanalytické a psychodynamické psychoterapie a je určena pro pacienty trpící neurotickými, psychosomatickými či osobnostními poruchami. Hlavní náplň denního stacionáře tvoří skupinová psychoterapie pro pět až deset osob. Mimo to se pacienti věnují také jiným terapeutickým činnostem jako jsou ranní komunitní setkání, arteterapie a neverbální techniky, dramaterapie, ergoterapie, relaxace a fyzioterapie. Po celou dobu stacionáře jsou pacienti v péči psychiatra, který nastavuje případnou farmakoterapii (Hořejš et al., 2019).

Data byla sbírána v období od září 2020 do února 2021. Pacienti denního sanatoria byli osloveni pověřeným zaměstnancem zařízení a byla jim nabídnuta možnost účasti na výzkumu. Vzhledem k tomu, že VFN představuje výukové a vědecké pracoviště, je po pacientech před zahájením léčby vyžadován písemný souhlas mj. s využitím vlastní dokumentace pro vědecké účely. Tito pacienti obdrželi 1-3 dnů před nástupem do terapeutického programu baterii dotazníků, jejímž vyplněním se dobrovolně zapojili do výzkumu. V takovém případě můžeme hovořit o nenáhodném populačním výběru, tzv. sebevýběru.

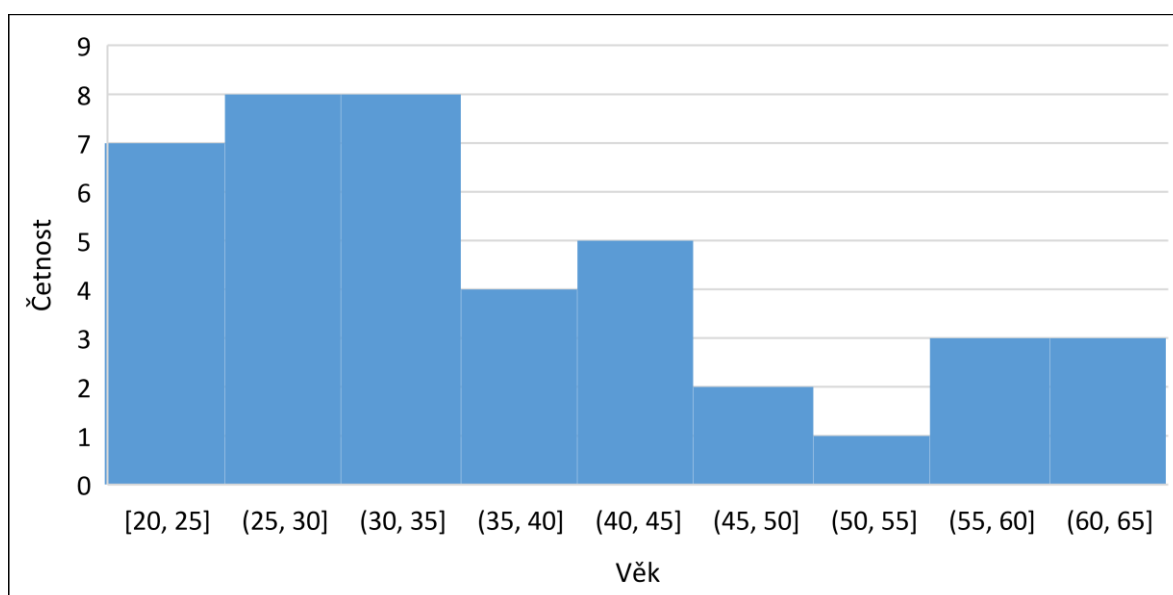
Pacienti měli možnost baterii dotazníků vyplnit z prostředí domova. Po jejím vyplnění ji předali pověřené osobě z řad zaměstnanců zařízení. Další sadu dotazníků poté vyplnili 1-3 dny po úspěšném dokončení stacionáře. Opět zde byla možnost baterii vyplnit z domácího prostředí a následně předat pověřené osobě. K analýze dat se se souhlasem zaměstnanců denního sanatoria kromě vyplněných sad dotazníků využily demografické údaje o pacientech (věk a diagnóza) dostupné z vnitřní databáze stacionáře.

Po naplnění předem stanovené požadované velikosti výběrového souboru zjištěné za pomoci power analýzy byl sběr dat ukončen. Na základě této analýzy byl pro požadovanou sílu testu $\beta = 0,8$; hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ a očekávanou odchylku

od nulové hypotézy $ES = 0,4$ vytvořen odhad pro optimální velikost vzorku $N = 41$ (Golden et al., 2021; Kirby et al., 2017; Wilson et al., 2019).

6.2. Výzkumný soubor

Baterii dotazníků vyplnilo 47 respondentů, přičemž tři respondenti byli ze souboru vyřazeni z důvodu experimentální mortality. Zároveň byli vyřazeni další tři respondenti z důvodu scházejících hodnot, bez kterých by nebylo možné provést analýzu. Výsledný výzkumný soubor tedy činil 41 osob ve věku od 20 do 61 let. Průměrný věk osob byl 36,8 let ($SD = 12,1$), z čehož průměrný věk žen činil 36,9 let ($SD = 13,1$) a průměrný věk mužů 36,4 let ($SD = 10,4$). Bližší věkové rozložení zobrazují Graf 1 a Tabulka 1.



Graf 1

Histogram věkového rozložení výzkumného souboru ($N = 41$)

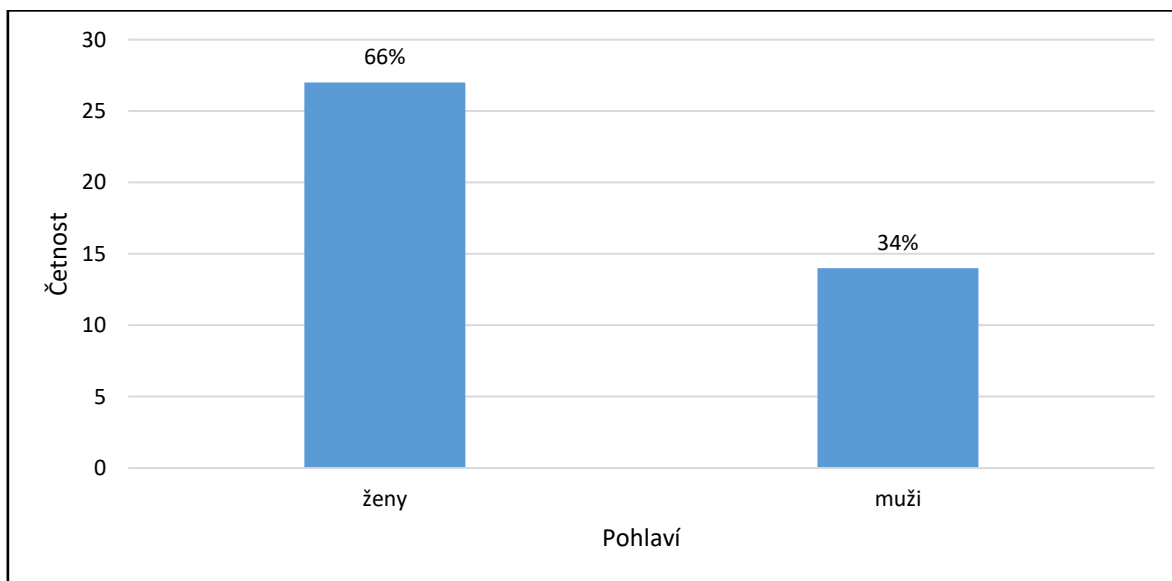
Tabulka 1

Detailní věkové rozložení výzkumného souboru ($N = 41$)

	Průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum	Medián
Ženy ($N = 27$)	36,9	13,1	20	61	33
Muži ($N = 14$)	36,4	10,4	25	61	34
Celkem ($N = 41$)	36,8	12,1	20	61	34

Z hlediska pohlaví byl výzkumný soubor mírně nevyvážený. Do výzkumu se zapojilo 27 žen a 14 mužů. Procentuální zastoupení pohlaví je k nahlédnutí v Grafu 2. Tato

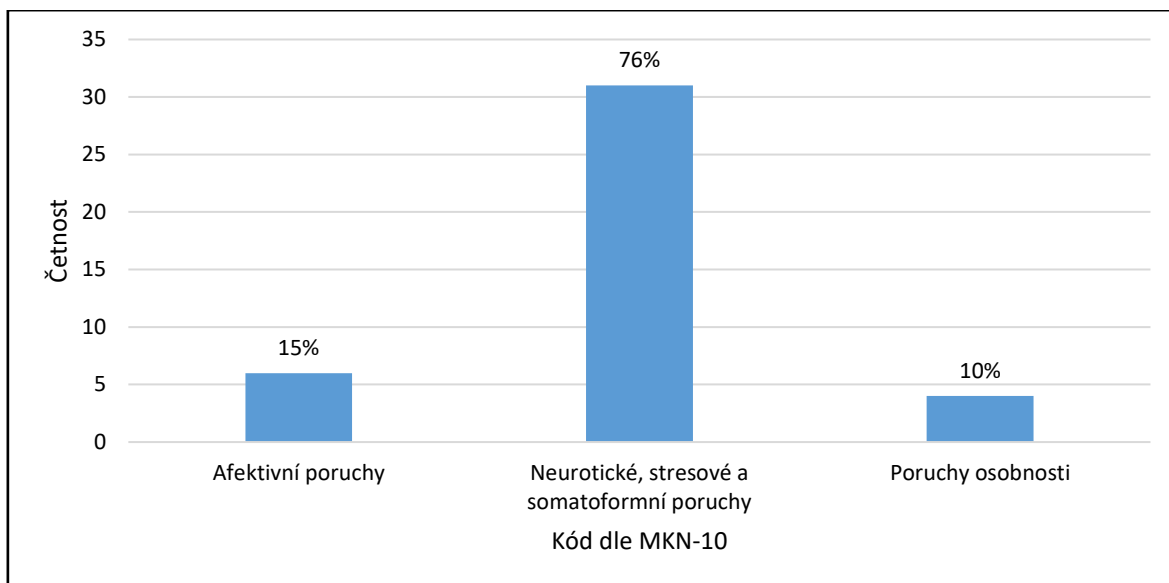
nevyváženost by však mohla souviset s celkovou prevalencí duševních onemocnění v České republice. Dle nedávné studie Formánka et al. (2019) se úzkostné poruchy, poruchy nálad a psychotické poruchy v populaci vyskytují dvakrát až třikrát častěji u žen nežli u mužů. Také na základě výzkumu účinnosti psychodynamické skupinové léčby v denním psychoterapeutickém stacionáři tvořily ženy 72 % pacientů (Hořejš et al., 2019). Ukazuje se totiž, že muži jsou na rozdíl od žen obecně méně ochotni vyhledat odbornou psychoterapeutickou pomoc (Addis & Mahalik, 2003; Robertson & Fitzgerald, 1992).



Graf 2

Zastoupení pohlaví ve výzkumném souboru (N = 41)

Dle MKN-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 1992) byly z hlediska diagnóz ve výzkumném souboru zastoupeny neurotické, stresové a somatoformní poruchy s celkovým počtem 31 účastníků (20 žen, 11 mužů), dále afektivní poruchy s celkovým počtem 6 účastníků (4 ženy, 2 muži) a poruchy osobnosti s celkovým počtem 4 účastníci (3 ženy, 1 muž). Co se týče konkrétních poruch, nejčastěji zastoupenými byly smíšená úzkostná a depresivní porucha s celkovým počtem 16 účastníků (8 žen, 8 mužů) a porucha přizpůsobení s počtem 11 účastníků (8 žen, 3 muži). Tyto diagnózy patří mezi nejčastěji zastoupené diagnózy v DS Horní Palata (Hořejš et al., 2019). Bližší rozložení dle diagnóz je k nahlédnutí v Grafu 3 a Tabulce 2.



Graf 3

Přehled zastoupených diagnóz ve výzkumném souboru ($N = 41$)

Tabulka 2

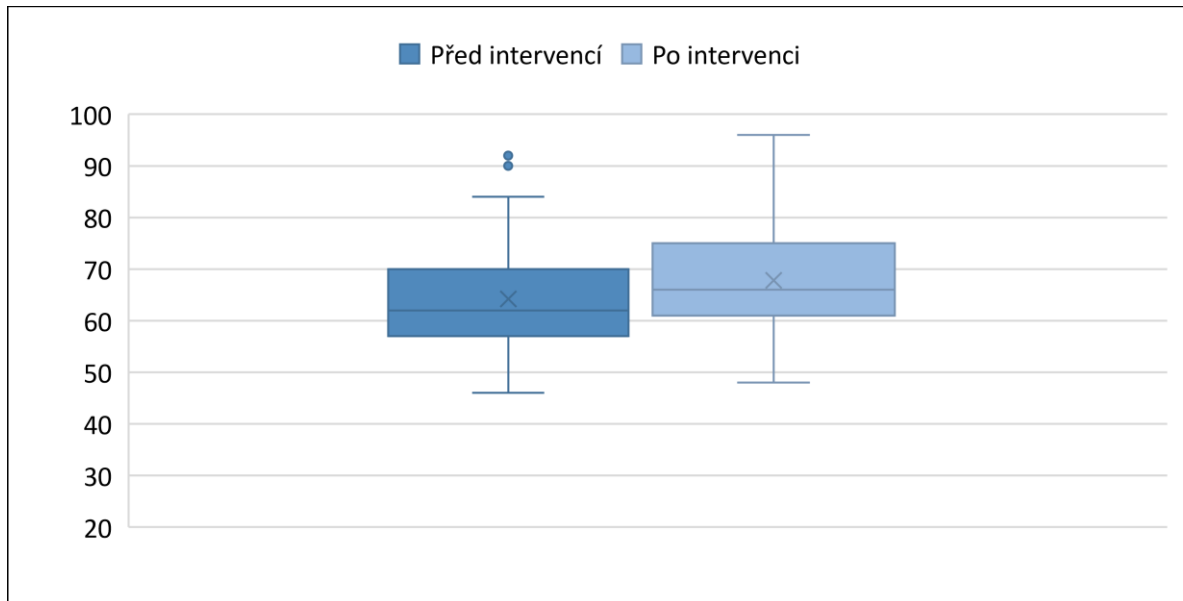
Přehled zastoupených diagnóz ve výzkumném souboru ($N = 41$)

Diag. skupina	Kód dle MKN-10	Název diagnózy	Četnost
Afektivní poruchy	F31.3	Bipolární afektivní porucha	1
	F32.0	Lehká depresivní fáze	2
	F32.1	Středně těžká depresivní fáze	2
	F33.1	Periodická depresivní porucha	1
Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	F41.1	Generalizovaná úzkostná porucha	1
	F41.2	Směšená úzkostná a depresivní porucha	16
	F43.2	Poruchy přizpůsobení	11
	F45.0	Somatizační porucha	1
	F45.3	Somatoformní vegetativní dysfunkce	2
Poruchy osobnosti	F60.3	Emočně nestabilní porucha osobnosti	3
	F61.	Směšené a jiné poruchy osobnosti	1

7. Výsledky

7.1. Deskriptivní statistika

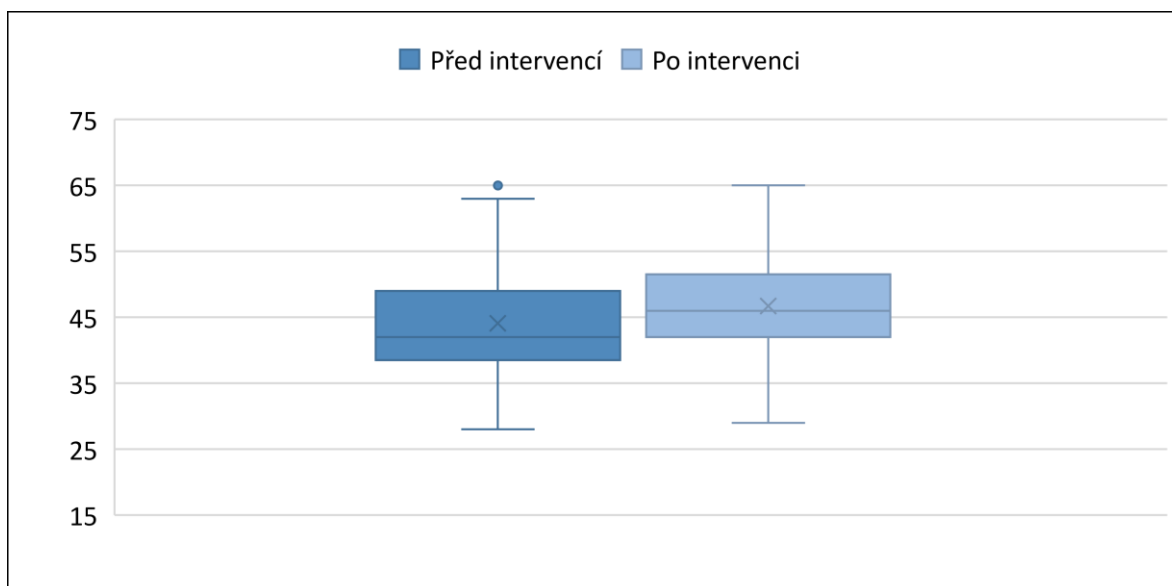
Před terapeutickou intervencí dosahovali účastníci výzkumu na škále soucitu se sebou průměrného hrubého skóru 64,2 bodu ($SD = 10,6$), po intervenci 67,8 bodu ($SD = 10,8$).



Graf 4

Soucit se sebou před intervencí a po intervenci

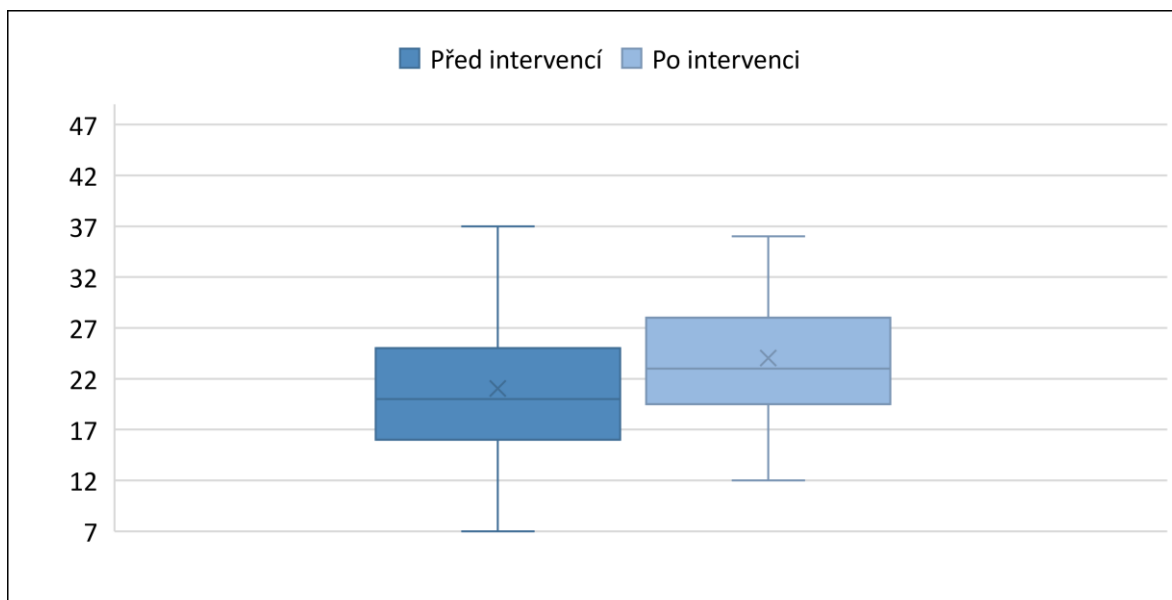
Na škále všímavosti dosahovali účastníci průměrného hrubého skóru před intervencí 44,1 bodu ($SD = 8,37$), po intervenci 46,7 bodu ($SD = 8,16$).



Graf 5

Všímavost před intervencí a po intervenci

Na škále nepřipoutanosti k Já dosahovali účastníci v prvním měření průměrného hrubého skóru 21,0 bodu ($SD = 6,47$), ve druhém měření 24,0 bodu ($SD = 5,57$).



Graf 6

Nepřipoutanost k Já před intervencí a po intervenci

Jednotlivé hodnoty deskriptivní statistiky sledovaných proměnných měřených v časech t_0 (před intervencí) a t_1 (po intervencí) jsou zobrazeny v Tabulce 3.

Tabulka 3

Hodnoty deskriptivní statistiky sledovaných proměnných

	Měření	Průměr	SD	Medián	Min	Max
Soucit se sebou	t_0	64,2	10,6	62	46	92
	t_1	67,8	10,8	66	48	96
Subškála rozpoznávání utrpení	t_0	15,1	3,22	15	9	20
	t_1	15,4	2,51	15	10	20
Subškála chápání univerzální přítomnosti utrpení	t_0	16,3	2,74	16	9	20
	t_1	16,6	2,86	16	8	20
Subškála spoluprožívání trápení s trpící osobou	t_0	10,9	3,03	10	6	19
	t_1	12,0	3,15	12	7	20
Subškála tolerance vůči nepříjemným pocitům	t_0	10,1	2,94	10	5	18
	t_1	11,3	2,58	11	7	18
Subškála jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení	t_0	11,9	3,22	11	7	18
	t_1	12,7	3,43	12	7	20
Nepřipoutanost k Já	t_0	21,0	6,47	20	7	37
	t_1	24,0	5,57	23	12	36
Všímavost	t_0	44,1	8,37	42	28	65
	t_1	46,7	8,16	46	29	65

7.2. Normalita rozložení

Normalita rozložení byla ověřena pomocí Shapirova-Wilkova testu (Tabulka 4). U žádné ze sledovaných škál (SOCS-S-CZ, NTS-CZ, FFMQ-15-CZ) se neukázaly výrazné odchylky od normálního rozložení. Z jednotlivých subškál škály soucitu se sebou měly podle těchto výsledků normální rozdělení subškála rozpoznávání utrpení, subškála spoluprožívání trápení s trpící osobou a subškála tolerance vůči nepříjemným pocitům. U subškály chápání univerzální přítomnosti utrpení byla naměřena hraniční hodnota Shapirova-Wilkova testu a u subškály jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení byla naměřená hodnota $p < ,001$. Vzhledem k tomu, že následné vizuální ověření dat pomocí Q-Q grafů a histogramů naznačilo, že odchylky od normálního rozdělení nejsou veliké, a vzhledem k platnosti centrální limitní věty, jsme se rozhodli nadále o jednotlivých proměnných uvažovat tak, jako by měly normální rozdělení. K ověřování hypotéz jsme se proto rozhodli používat parametrické testy.

Tabulka 4

Normalita rozložení dle Shapirova-Wilkova testu ($N = 41$)

	W	p
Soucít se sebou	0,965	0,232
Subškála rozpoznávání utrpení	0,951	0,078
Subškála chápání univerzální přítomnosti utrpení	0,947	0,055
Subškála spoluprožívání trápení s trpící osobou	0,979	0,647
Subškála tolerance vůči nepříjemným pocitům	0,964	0,224
Subškála jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení	0,886	< ,001
Všímavost	0,970	0,348
Nepřipoutanost k Já	0,958	0,134

Poznámka: nízká p-hodnota značí porušení předpokladu normality

7.3. Testová statistika

Výše jsme popsali průměrné hrubé skóry pozorovaných proměnných v jednotlivých měřeních. Abychom určili, že pozorovaná změna nebyla náhodná, změřili jsme statistickou významnost této změny pomocí jednostranného párového t-testu. Klinická významnost změny byla posouzena pomocí koeficientu d , jak bylo popsáno výše. Závěry plynoucí z testové statistiky budou interpretovány v pořadí, ve kterém byly formulovány výzkumné hypotézy. Podrobné výsledky testové statistiky jsou uvedeny v Tabulce 5.

H1: Soucit se sebou se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.

Výsledek párového t-testu hrubého skóru soucitu se sebou před intervencí ($M = 64,2$; $SD = 10,6$) a po intervenci ($M = 67,8$; $SD = 10,8$) dosáhl statisticky významné změny ($t_{40} = -2,702$; $p = 0,005$; 95% CI = [-Inf; -1,3509]) na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Velikost účinku terapeutické intervence je středně silná ($d = -0,422$; 95% CI = [-0,739; -0,0999]). Hypotézu tedy *přijímáme*.

H2: Všímavost se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.

Výsledek párového t-testu hrubého skóru všímavosti před intervencí ($M = 44,1$; $SD = 8,37$) a po intervenci ($M = 46,7$; $SD = 8,16$) dosáhl statisticky významné změny ($t_{40} = -2,512$; $p = 0,008$; 95% CI = [-Inf; -0,8606]) na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Velikost účinku terapeutické intervence je středně silná ($d = -0,392$; 95% CI = [-0,708; -0,0722]). Hypotézu tedy *přijímáme*.

H3: Nepřipoutanost k Já se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.

Výsledek párového t-testu hrubého skóru nepřipoutanosti k Já před intervencí ($M = 21$; $SD = 6,47$) a po intervenci ($M = 24$; $SD = 5,57$) dosáhl statisticky významné změny ($t_{40} = -3,637$; $p < ,001$; 95% CI = [-Inf; -1,6110]) na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Velikost efektu změny je středně silná ($d = -0,568$; 95% CI = [-0,895; -0,2346]). Hypotézu tedy *přijímáme*.

H1a: Rozpoznávání utrpení se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.

Výsledek párového t-testu hrubého skóru subškály rozpoznávání utrpení před intervencí a po intervenci nedosáhl statisticky významné změny. Hypotézu tedy *nemůžeme přijmout*.

H1b: Chápání univerzální přítomnosti utrpení se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.

Výsledek párového t-testu hrubého skóru subškály chápání univerzální přítomnosti utrpení před intervencí a po intervenci nedosáhl statisticky významné změny. Hypotézu tedy *nemůžeme přijmout*.

H1c: Spoluprožívání trápení s trpící osobou se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.

Výsledek párového t-testu hrubého skóru subškály spoluprožívání trápení s trpící osobou před intervencí ($M = 10,9$; $SD = 3,03$) a po intervenci ($M = 12,0$; $SD = 3,15$) dosáhl statisticky významné změny ($t_{40} = -2,557$; $p = 0,007$; 95% CI = [-Inf; -0,3581]) na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Velikost účinku terapeutické intervence je středně silná ($d = -0,399$; 95% CI = [-0,715; -0,0787]). Hypotézu tedy *přijímáme*.

H1d: Tolerance vůči nepříjemným pocitům se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.

Výsledek párového t-testu hrubého skóru subškály tolerance vůči nepříjemným pocitům před intervencí ($M = 10,1$; $SD = 2,94$) a po intervenci ($M = 11,3$; $SD = 2,58$) dosáhl statisticky významné změny ($t_{40} = -3,400$; $p < ,001$; 95% CI = [-Inf; -0,6155]) na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Velikost účinku terapeutické intervence je středně silná ($d = -0,531$; 95% CI = [-0,855; -0,2007]). Hypotézu tedy *přijímáme*.

H1e: Jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení se po absolvování psychoterapeutické intervence signifikantně zvýší.

Výsledek párového t-testu hrubého skóru subškály jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení před intervencí a po intervenci nedosáhl statistické významnosti. Hypotézu tedy *nemůžeme přijmout*.

Tabulka 5*Výsledky jednostranného párového t-testu*

	Statistika	df	p	Efekt	SE difference	95% CI	
						Dolní	Horní
Soucit se sebou	-2,702	40,0	0,005	-3,585	1,327	-Inf	-1,3509
Subškála rozpoznávání utrpení	-0,713	40,0	0,240	-0,268	0,376	-Inf	0,3651
Subškála chápání univerzální přítomnosti utrpení	-0,721	40,0	0,237	-0,244	0,338	-Inf	0,3255
Subškála spoluprožívání trápení s trpící osobou	-2,557	40,0	0,007	-1,049	0,410	-Inf	-0,3581
Subškála tolerance vůči nepříjemným pocitům	-3,400	40,0	< ,001	-1,220	0,359	-Inf	-0,6155
Subškála jednání/vůje jednat s cílem zmírnit utrpení	-1,844	40,0	0,036	-0,805	0,436	-Inf	-0,0699
Všímavost	-2,512	40,0	0,008	-2,610	1,039	-Inf	-0,8606
Nepřipoutanost k Já	-3,637	40,0	< ,001	-3,000	0,825	-Inf	-1,6110

Poznámka: efekt představuje průměrný hrubý skór v čase t_1 snížený o průměrný hrubý skór v čase t_0

Tabulka 6*Výsledky velikosti efektu měřené pomocí Cohenova d*

	Velikost efektu	95% CI	
		Dolní	Horní
Soucit se sebou	-0,422	-0,739	-0,0999
Subškála rozpoznávání utrpení	-0,111	-0,418	0,1964
Subškála chápání univerzální přítomnosti utrpení	-0,113	-0,419	0,1951
Subškála spoluprožívání trápení s trpící osobou	-0,399	-0,715	-0,0787
Subškála tolerance vůči nepříjemným pocitům	-0,531	-0,855	-0,2007
Subškála jednání/vůje jednat s cílem zmírnit utrpení	-0,288	-0,599	0,0262
Všímavost	-0,392	-0,708	-0,0722
Nepřipoutanost k Já	-0,568	-0,895	-0,2346

7.4. Rozdíly podle pohlaví, věku a diagnózy

Rozdíly mezi muži a ženami námi sledovaných hodnot jsme prověřili t-testem pro dva nezávislé výběry. Ačkoliv průměrné změny hrubého skóru, kterých mezi jednotlivými měřeními dosahovaly ženy (Δ SCS-S = 3,22; Δ FFMQ-15 = 2,81; Δ NTS = 2,26), byly nižší než změny, kterých dosahovali muži (Δ SCS-S = 4,29; Δ FFMQ-15 = 3,36; Δ NTS = 3,29), nejednalo se o statisticky signifikantní rozdíly (viz Tabulka 7).

Tabulka 7

Výsledky t-testu pro dva nezávislé výběry

	Statistika	df	p	Mean difference	SE difference
Δ SCS-S	-0,376	39,0	0,709	-1,063	2,83
Δ FFMQ-15	-0,308	39,0	0,760	-0,542	1,76
Δ NTS	-0,464	39,0	0,645	-1,026	2,21

Následně jsme provedli korelační analýzu sledovaných proměnných s věkem. Tyto korelace však nebyly statisticky významné (viz Tabulka 8).

Tabulka 8

Výsledky korelační analýzy věku a jednotlivých proměnných

	r	p
Věk a Δ SCS-S	-0,207	0,194
Věk a Δ FFMQ-15	-0,061	0,707
Věk a Δ NTS	0,088	0,585

Vícerozměrná analýza rozptylu (MANOVA), která srovnávala jednotlivé diagnostické skupiny (nezávislá proměnná) z hlediska rozdílů v hodnotách sledovaných proměnných před terapeutickou intervencí a po terapeutické intervenci (závislé proměnné), neprokázala mezi diagnostickými skupinami statisticky významný rozdíl ($F = 0,991$; $p = 0,438$; Wilksovo $\lambda = 0,853$; parciální $\eta^2 = 0,076$)⁶.

⁶ Boxův test shody variančních matic ukázal statistiku $M = 19,06$ ($p = 0,386$).

Ani tři následně provedené analýzy rozptylu (ANOVA) neodhalily mezi jednotlivými diagnostickými skupinami (afektivní poruchy; neurotické, stresové a somatoformní poruchy a poruchy osobnosti) statisticky významné rozdíly (viz Tabulka 9).

Tabulka 9

Výsledky analýzy rozptylu ANOVA diagnostických skupin

	F	df1	df2	p
Δ SCS-S	0,796	2	38	0,459
Δ FFMQ-15	1,171	2	38	0,321
Δ NTS	1,277	2	38	0,291

Nepodařilo se nám tedy prokázat, že by se efekt terapeutické intervence (to, jak se změnily průměrné hrubé skóry námi sledovaných proměnných mezi časy t_1 a t_0) významně lišil v rámci jednotlivých proměnných jako jsou pohlaví, věk či diagnostická skupina.

8. Diskuse

Výsledky našeho šetření prokázaly účinnost tradiční psychoterapeutické intervence, konkrétně skupinové psychoterapie psychodynamického směru, na rozvoj soucitu se sebou a jemu přidružených konceptů všímavosti a nepřipoutanosti k Já u klinické populace. Ačkoliv v našem prostředí zatím není k dispozici žádná obdobná studie, se kterou bychom mohli naše výsledky porovnat, na základě řady zahraničních výzkumů se ukazuje, že soucit se sebou a všímavost lze rozvíjet i v jiných než na soucit se sebou a všímavost zaměřených terapeutických programech (Galili-Weinstock et al., 2018; Galili-Weinstock et al., 2020; Golden et al., 2021; Johansson et al., 2013; Koszycki et al., 2021; Schanche et al., 2011; Wilson et al., 2019)⁷.

Například na základě výsledků studie autorů Schanche et al. (2011) došlo u pacientů absolvujících krátkodobou psychodynamicky orientovanou psychoterapii k významnému nárůstu soucitu se sebou, stejně tak jako u kontrolní skupiny pacientů podstupujících kognitivní psychoterapii. Podobně ve studii autorů Galili-Weinstocka et al. došlo k významnému nárůstu soucitu se sebou po absolvování psychodynamicky orientované terapeutické léčby u klinické populace, přičemž tato zvýšená míra soucitu se sebou byla spojována se snížením depresivních symptomů, psychopatologických symptomů a obtíží v emoční regulaci (2018). K překvapivým výsledkům poté došli i autoři Koszycki et al. (2021), kteří ve své studii srovnávali účinnosti MBI s tradiční kognitivně behaviorální skupinovou terapií (angl. *Cognitive behaviour group therapy, CBGT*) u léčby pacientů se sociální fobií. Výsledky této studie prokázaly, že ačkoliv obě intervence vedly ke zvýšení všímavosti a soucitu se sebou, MBI oproti CBGT neprokázala významně vyšší zvýšení.

Co se týče nepřipoutanosti k Já, ani zde v současné době nejsou k dispozici studie, se kterými bychom mohli naše výsledky porovnat. Pro srovnání si budeme muset vystačit se studii, které se zabývaly vlivem intervencí založených na všímavosti a soucitu na různé psychologické proměnné, mezi nimiž byla i nepřipoutanost k Já. Na základě výsledků těchto studií můžeme předpokládat, že nepřipoutanost k Já lze rozvíjet jak v rámci programu MBI (Joss et al., 2020), tak v rámci programu CM (Roca et al., 2021).

⁷ Benda (v tisku) provedl nedávno metaanalýzu 24 randomizovaných kontrolovaných studií, které sledovaly změnu všímavosti v terapeutických a intervenčních programech, které na rozvíjení všímavosti nebyly explicitně zaměřené. Vážený průměr velikostí účinku všech 24 programů na rozvoj všímavosti byl $d = 0,41$ (viz Benda, v tisku).

V našem šetření se nám nepodařilo prokázat vliv pohlaví, věku či diagnostické skupiny na změnu sledovaných proměnných v závislosti na terapeutické intervenci. Vzhledem k chybějícím výzkumným závěrům v této oblasti okomentujeme jen některé z nich. Co se týče vlivu pohlaví na míru soucitu se sebou a všímavosti, zahraniční výzkumy se v tomto ohledu liší. Dle výsledků některých studií ženy dosahují o něco nižších hodnot soucitu se sebou a všímavosti než muži (Chio et al., 2021; Yarnell et al., 2015), jiné studie však mezi muži a ženami neshledaly signifikantní rozdíly (López et al., 2018; Neff & Pommier, 2012). Na základě zahraničních výzkumů se u nepřipoutanosti k Já také nepodařilo prokázat statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami (Whitehead et al., 2018). Na základě studie Štěpánka (2020) však v našem prostředí dosahovali muži signifikantně vyšších skóre na škále nepřipoutanosti k Já než ženy. Co se týče věku, v některých studiích se ukázala slabá pozitivní korelace mezi věkem a soucitem se sebou (Benda, 2020a; Lopéz et al., 2018) a věkem a nepřipoutaností k Já (Elphinstone & Whitehead, 2019; Štěpánek, 2020).

Ačkoliv se může zdát, že naše šetření ve shodě se zahraničními výzkumy přineslo významné výsledky, při jejich interpretaci je nutné brát v úvahu jisté limity, které se s naším šetřením pojí. K hlavním limitům práce patří volba vnitrosubjektového experimentálního designu s absencí kontrolní skupiny. V budoucím šetření bychom se proto přiklonili k volbě mezisubjektového designu, který by nám umožnil výsledky našeho šetření porovnat s kontrolní skupinou. Do kontrolní skupiny by v takovém případě mohli být zařazeni pacienti z čekací listiny, kteří zatím ještě neabsolvovali terapeutickou léčbu. Zároveň by v takovém designu bylo vhodné srovnat námi sledované proměnné nejen před začátkem a bezprostředně po skončení terapeutické intervence, ale i po uplynutí delšího časového období od absolvování intervence, např. po šesti měsících. Na základě takových výsledků bychom poté mohli usuzovat o dosažení trvalých, nikoliv pouze krátkodobých, terapeutických změn.

Další limity se pojí s tím, že jsme nepracovali s reprezentativním vzorkem. Co se týče pohlaví, věku a diagnostické skupiny, náš výběrový soubor nebyl homogenní. V našem šetření značně převažovaly ženy ($N = 34$). Průměrný věk účastníků výzkumu byl $M = 36,8$. Nejčastěji zastoupenou diagnostickou skupinou poté byly Neurotické, stresové a somatoformní poruchy ($N = 31$), konkrétně smíšená úzkostná a depresivní porucha ($N = 16$). Vzhledem ke zvolené metodě výběru z populace zároveň došlo k experimentální mortalitě respondentů, jejíž důvody nám bohužel nejsou známy. V budoucnu by proto bylo

vhodné výzkum replikovat na reprezentativním vzorku, který by umožnil větší přenositelnost výsledků.

Mezi další limity výzkumu patří zvolená metoda sběru dat. Data byla sbírána výhradně prostřednictvím sebeposuzovacích dotazníků, které se pojí s jevem tzv. sociální desirability, kdy mají účastníci tendenci odpovídat sociálně žádoucím způsobem. Zároveň k měření soucitu se sebou jsme použili SOCS-S-CZ, jejíž psychometrické vlastnosti ještě nebyly v našem prostředí prověřené. V dalších výzkumných šetřeních by proto bylo vhodné zvážit i jiné metody sběru dat, jako jsou strukturované rozhovory, pozorování účastníků či případně monitorování neurofyzilogických procesů za pomoci přístrojových metod.

V neposlední řadě se jisté limity pojí s volbou samotné experimentální studie a vznikem řady nežádoucích proměnných, které se nám v naší analýze nepodařilo zohlednit, což mohlo vést ke zkreslení výzkumných závěrů. Mezi ty patří např. medikace během léčby, dřívější zkušenost s psychoterapeutickou léčbou, míra psychopatologických symptomů či osobnost psychoterapeuta. V budoucím šetření bychom se proto přiklonili k zohlednění i všech těchto faktorů. Zajímavé by poté bylo srovnat míru námi sledovaných proměnných s případnými změnami v míře psychopatologických symptomů.

Pokud jsme v první části práce naznačili, že soucit se sebou a jemu přidružené koncepty všímavosti a nepřipoutanosti k Já lze rozvíjet v jakékoliv psychoterapii nehladě na její směr, pak by bylo vhodné provést obdobné šetření i v rámci jiných tradičních psychoterapeutických přístupů, které nejsou explicitně zaměřené na rozvoj těchto proměnných (viz Benda, v tisku). Pokud by se i v rámci takových šetření potvrdil náš předpoklad, mohli bychom o soucitu se sebou uvažovat jako o obecném psychoterapeutickém faktoru přítomném v jakékoliv psychoterapii.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se věnovali relativně novému konstruktovi na poli západní psychologie, a to soucitu se sebou a jemu přidruženým konceptům všímavosti a nepřipoutanosti k Já. Představili jsme jeho současné klíčové konceptualizace inspirované východním učením a zdůraznili jeho roli coby významného prediktora duševního zdraví a osobní pohody. Zároveň jsme poukázali na to, že nedostatek soucitu se sebou zřejmě souvisí se vznikem a rozvojem řady psychopatologických obtíží. Z toho důvodu jsme se následně věnovali soucitu se sebou v kontextu psychoterapeutické praxe. Kromě představení řady terapeutických a intervenčních programů zaměřených na rozvoj soucitu se sebou jsme představili i možné spojitosti soucitu se sebou napříč tradičními terapeutickými přístupy. Poukázali jsme na to, že už psychodynamicky orientovaní psychologové se zaobírali možnostmi rozvoje zdravé sebedůvěry jedince a s tím souvisejícím rozvojem i soucitu se sebou, stejně tak jako humanističtí psychologové kladli důraz na rozvíjení bezpodmínečného sebezpřijetí a sebelásky. Zdůraznili jsme, že soucit se sebou tedy zřejmě hraje důležitou roli v jakékoli psychoterapii a že jeho rozvíjením skrze terapeutický vztah lze docílit snížení psychopatologických symptomů. V tomto kontextu jsme představili nejnovější integrativní pojetí soucitu se sebou, dle kterého jej lze integrovat do jakékoli terapeutické praxe, nehledě na její směr.

Ve výzkumné části jsme si poté dali za cíl prověřit, zda se míra soucitu se sebou a jemu blízkých konceptů všímavosti a nepřipoutanosti k Já zvýší po absolvování tradiční psychoterapeutické léčby – skupinové psychoterapie psychodynamického směru. Ve shodě se zahraničními výzkumy se nám podařilo prokázat statisticky významné zvýšení všech třech sledovaných proměnných. Na základě těchto výsledků můžeme předpokládat, že soucit se sebou, všímavost a nepřipoutanost k Já lze rozvíjet i v jiných než na soucit se sebou a všímavost zaměřených přístupech. Avšak bude zde zapotřebí dalšího důkladnějšího šetření i v rámci jiných terapeutických přístupů. Pokud by se i v takových šetřeních prokázala zvýšená míra soucitu se sebou, mohla by se v budoucnu prostřednictvím měření soucitu se sebou měřit úspěšnost psychoterapeutické léčby jako takové.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, *58*(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Asensio-Martínez, A., Oliván-Blázquez, B., Montero-Marin, J., Masluk, B., Fueyo-Diaz, R., Gascón-Santos, S., Gudé, F., González-Quintela, A., García-Campayo, J., & Magallón-Botaya, R. (2019). Relation of the Psychological Constructs of Resilience, Mindfulness, and Self-Compassion on the Perception of Physical and Mental Health. *Psychology Research and Behavior Management*, *Volume 12*, 1155–1166. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S225169>
- Athanasakou, D., Karakasidou, E., Pezirkianidis, C., Lakioti, A., & Stalikas, A. (2020). Self-Compassion in Clinical Samples: A Systematic Literature Review. *Psychology*, *11*(2), 217–244. <https://doi.org/10.4236/psych.2020.112015>
- 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. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Benda, J. (2011). Přínos meditace pro psychoterapeuty: Rozvíjení terapeutických kvalit pozitivně ovlivňujících výsledky psychoterapie. *Psychoterapie*, *5*(1), 14–25.
- Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou: proměna emocí v psychoterapii*. Portál.
- Benda, J. (2020a). *Soucit se sebou a jeho role v regulaci emocí, udržování duševního zdraví a duševní pohody*. [Disertační práce, Univerzita Karlova]. Archiv závěrečných prací CUNI. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/117277>
- Benda, J. (2020b). Škála nepřipoutanosti k Já (NTS-CZ): Pilotní studie české verze. *E-psychologie*, *14*(4), 57–67. <https://doi.org/10.29364/epsy.385>
- Benda, J. (v tisku). Všímavost v programech nezaměřených na její rozvíjení: Metaanalýza náhodně kontrolovaných studií. *Psychoterapie*,
- Benda, J., Kořínek, D., Dvořáková, M., Kadlečík, P., Vyhnánek, A., & Zítková, T. (2019). Nedostatek soucitu k sobě jako transdiagnostický faktor u pěti různých duševních poruch - výsledky výzkumu. In Z. Mlčák (Ed.), *Psychologické aspekty pomáhání 2018: Sborník příspěvků z mezinárodní konference*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Benda, J., Kořínek, D., Vyhnánek, A., & Nemlahová, T. (2021, 2. ledna). *Differences in self-compassion and shame-proneness in patients with borderline personality disorder, eating disorders, alcohol-addiction and in healthy controls: Is the narrative self at fault for everything?* PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/ncjax>

- Benda, J., & Reichová, A. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze Self-Compassion Scale (SCS-CZ). *Československá psychologie*, *60*, 120–136.
- Bianco, S., Barilaro, P., & Palmieri, A. (2016). Traditional Meditation, Mindfulness and Psychodynamic Approach: An Integrative Perspective. *Frontiers in Psychology*, *7*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00552>
- Bluth, K., & Neff, K. (2018). New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*, *17*(6), 605–608. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1508494>
- Christopher, M. S., Neuser, N. J., Michael, P. G., & Baitmangalkar, A. (2012). Exploring the Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, *3*(2), 124–131. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0086-x>
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press.
- Dalai Lama, D. (2001). *An open heart: Practicing compassion in everyday life*. Little, Brown and Company
- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: Cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*, *19*(9), 515–523. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.001>
- Davidson, R. J. (2010). Empirical explorations of mindfulness: Conceptual and methodological conundrums. *Emotion*, *10*(1), 8–11. <https://doi.org/10.1037/a0018480>
- Desmond, T. (2015). *Self-Compassion in psychotherapy: Mindfulness-based practices for healing and transformation*. W. W. Norton & Company.
- Dev, V., Fernando, A. T., & Consedine, N. S. (2020). Self-compassion as a Stress Moderator: A Cross-sectional Study of 1700 Doctors, Nurses, and Medical Students. *Mindfulness*, *11*(5), 1170–1181. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01325-6>
- Ellis, A. (1976). RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *13*(4), 343–348. <https://doi.org/10.1037/h0086502>
- Elphinstone, B., & Whitehead, R. (2019). The benefits of being less fixated on self and stuff: Nonattachment, reduced insecurity, and reduced materialism. *Personality and Individual Differences*, *149*, 302–308. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.06.019>
- Erskine, R., Moursund, J., & Trautmann, R. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-in relationships*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203778036>
- Ewert, C., Vater, A., & Schröder-Abé, M. (2021). Self-Compassion and Coping: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, *12*(5), 1063–1077. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01563-8>

- Formánek, T., Kagström, A., Cermakova, P., Csémy, L., Mladá, K., & Winkler, P. (2019). Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS). *European Psychiatry, 60*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.05.001>
- Galili-Weinstock, L., Chen, R., Atzil-Slonim, D., Peri, T., Rafaeli, E., & Bar-Kalifa, E. (2018). The association between self-compassion and treatment outcomes: Session-level and treatment-level effects. *Journal of Clinical Psychology, 74*(6), 849–866. <https://doi.org/10.1002/jclp.22569>
- Galili-Weinstock, L., Chen, R., Atzil-Slonim, D., Rafaeli, E., & Peri, T. (2020). Enhancement of self compassion in psychotherapy: The role of therapists' interventions. *Psychotherapy Research, 30*(6), 815–828. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1650979>
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In: P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). Routledge.
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. New Harbinger Publications.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2010). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*(3), 239–255.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychological Bulletin, 136*(3), 351–374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>
- Golden, H. L., Vosper, J., Kingston, J., & Ellett, L. (2021). The Impact of Mindfulness-Based Programmes on Self-Compassion in Nonclinical Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mindfulness, 12*(1), 29–52. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01501-8>
- Gordon, W. V., Shonin, E., Diouri, S., Garcia-Campayo, J., Kotera, Y., & Griffiths, M. D. (2018). Ontological addiction theory: Attachment to me, mine, and I. *Journal of Behavioral Addictions, 7*(4), 892–896. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.45>
- Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., & Strauss, C. (2019). Development and Psychometric Properties of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). *Assessment, 27*(1), 3-20. <https://doi.org/10.1177/1073191119860911>
- Gu, J., Strauss, C., Crane, C., Barnhofer, T., Karl, A., Cavanagh, K., & Kuyken, W. (2016). Examining the factor structure of the 39-item and 15-item versions of the Five Facet Mindfulness Questionnaire before and after mindfulness-based cognitive therapy for people with recurrent depression. *Psychological Assessment, 28*(7), 791–802. <https://doi.org/10.1037/pas0000263>

- Guendelman, S., Medeiros, S., & Rampes, H. (2017). Mindfulness and Emotion Regulation: Insights from Neurobiological, Psychological, and Clinical Studies. *Frontiers in Psychology, 8*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00220>
- Halamová, J., Kanovský, M., Petrocchi, N., Moreira, H., López, A., Barnett, M. D., Yang, E., Benda, J., Brähler, E., Zeng, X., & Zenger, M. (2021). Factor Structure of the Self-Compassion Scale in 11 International Samples. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 54*(1), 1–23. <https://doi.org/10.1080/07481756.2020.1735203>
- Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat: Analýza a metaanalýza dat*. Portál.
- Hoffman, L., Ramey, B., & Silveira, D. (2020). Existential therapy, religion, and mindfulness. In K. E. Vail & C. Routledge (Ed.), *The Science of Religion, Spirituality, and Existentialism* (pp. 359–369). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817204-9.00026-3>
- Hořejš, N., Telerovský, R., Prašková, H., Forman, H., Havelková, M., Holubová, A., Sýkora, R., Huptychová, M., Novotná, R., Pešicová, R., & Saic, M. (2019). Účinnost psychodynamické skupinové léčby v denním psychoterapeutickém stacionáři. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/denni-sanatorium-horni-palata/zajimave-odkazy/>
- Chio, F. H. N., Mak, W. W. S., & Yu, B. C. L. (2021). Meta-analytic review on the differential effects of self-compassion components on well-being and psychological distress: The moderating role of dialecticism on self-compassion. *Clinical Psychology Review, 85*, 101986. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101986>
- James, W. (1950). *The principles of psychology*. Dove Publications.
- Johansson, R., Björklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Ljótsson, B., Rousseau, A., Frederick, R. J., & Andersson, G. (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. *PeerJ, 1*, e102. <https://doi.org/10.7717/peerj.102>
- Joss, D., Lazar, S. W., & Teicher, M. H. (2020). Nonattachment Predicts Empathy, Rejection Sensitivity, and Symptom Reduction After a Mindfulness-Based Intervention Among Young Adults with a History of Childhood Maltreatment. *Mindfulness, 11*(4), 975–990. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01322-9>
- Kandler, C., Pfattheicher, S., Geiger, M., Hartung, J., Weiss, S., & Schindler, S. (2017). Old Wine in New Bottles? The Case of Self-compassion and Neuroticism. *European Journal of Personality, 31*(2), 160–169. <https://doi.org/10.1002/per.2097>
- Kim, C., & Ko, H. (2018). The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. *Geriatric Nursing, 39*(6), 623–628. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.06.005>

- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy, 48*(6), 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Koszycki, D., Guérin, E., DiMillo, J., & Bradwejn, J. (2021). Randomized trial of cognitive behaviour group therapy and a mindfulness-based intervention for social anxiety disorder: Preliminary findings. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 28*(1), 200-218. <https://doi.org/10.1002/cpp.2502>
- Kořínek, D., Benda, J., & Žitník, J. (2019). Psychometrické charakteristiky krátké české verze Dotazníku pěti aspektů všímavosti (FFMQ-15-CZ). *Československá psychologie, 63*, 55–70.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie* (7. vydání). Portál.
- Lin, Y., Callahan, C. P., & Moser, J. S. (2018). A mind full of self: Self-referential processing as a mechanism underlying the therapeutic effects of mindfulness training on internalizing disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 92*, 172–186. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.06.007>
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2018). Compassion for Others and Self-Compassion: Levels, Correlates, and Relationship with Psychological Well-being. *Mindfulness, 9*(1), 325–331. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0777-z>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Makransky, J. (2012). Compassion in Buddhist psychology. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.) *Compassion and wisdom in psychotherapy* (pp. 61-74). The Guilford Press.
- Marsh, I. C., Chan, S. W. Y., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents-a Meta-analysis. *Mindfulness, 9*(4), 1011–1027. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
- Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A Proposed Common Factor. *Journal of Psychotherapy Integration, 7*(4), 291–312. <https://doi.org/10.1023/B:JOPI.0000010885.18025.bc>
- Muris, P., & Otgaar, H. (2020). The Process of Science: A Critical Evaluation of more than 15 Years of Research on Self-Compassion with the Self-Compassion Scale. *Mindfulness, 11*(6), 1469–1482. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01363-0>
- Muris, P., Otgaar, H., & Pfattheicher, S. (2019). Stripping the Forest from the Rotten Trees: Compassionate Self-Responding Is a Way of Coping, but Reduced Uncompassionate Self-Responding Mainly Reflects Psychopathology. *Mindfulness, 10*(1), 196–199. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1030-0>

- Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or Vulnerability? A Meta-Analysis of the Relations Between the Positive and Negative Components of Self-Compassion and Psychopathology. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 373–383. <https://doi.org/10.1002/cpp.2005>
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). D. Van Nostrand.
- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y.-J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88–97. <https://doi.org/10.1007/s11031-008-9119-8>
- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social & Personality Psychology Compass*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The Relationship between Self-compassion and Other-focused Concern among College Undergraduates, Community Adults, and Practicing Meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160–176. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>
- Northoff, G., Heinzl, A., de Greck, M., Bermpohl, F., Dobrowolny, H., & Panksepp, J. (2006). Self-referential processing in our brain—A meta-analysis of imaging studies on the self. *NeuroImage*, 31(1), 440–457. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.12.002>
- Patterson, T. G., & Joseph, S. (2006). Development of a self-report measure of unconditional positive self-regard. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 557–570. <https://doi.org/10.1348/147608305X89414>
- Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2021). Self-compassion, physical health, and health behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 15(1), 113–139. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1705872>
- Quaglia, J. T., Brown, K. W., Lindsay, E. K., Creswell, J. D., & Goodman, R. J. (2015). From conceptualization to operationalization of mindfulness. In K. W. Brown, J. D. Creswell, & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice* (pp. 151–170). The Guilford Press.
- Robertson, J. M., & Fitzgerald, L. F. (1992). Overcoming the Masculine Mystique: Preferences for Alternative Forms of Assistance Among Men Who Avoid Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 39(2), 240–246. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.39.2.240>
- Roca, P., Diez, G., McNally, R. J., & Vazquez, C. (2021). The Impact of Compassion Meditation Training on Psychological Variables: A Network Perspective. *Mindfulness*, 12(4), 873–888. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01552-x>

- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Řiháček, T., & Roubal, J. (2017). The proportion of integrationists among czech psychotherapists and counselors: A comparison of multiple criteria. *Journal of Psychotherapy Integration, 27*(1), 13–22. <https://doi.org/10.1037/int0000069>
- Shi, Z., & He, L. (2020). Mindfulness: Attenuating Self-Referential Processing and Strengthening Other-Referential Processing. *Mindfulness, 11*(3), 599–605. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01271-y>
- Schanche, E., Nielsen, G. h., Stiles, T. c., Mccullough, L., & Svartberg, M. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with cluster c personality disorders. *Psychotherapy, 48*(3), 293–303. <https://doi.org/10.1037/a0022012>
- Sirois, F. M. (2020). The association between self-compassion and self-rated health in 26 samples. *BMC Public Health, 20*(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8183-1>
- Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review, 47*, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>
- Svendsen, J. L., Kvernenes, K. V., Wiker, A. S., & Dundas, I. (2017). Mechanisms of mindfulness: Rumination and self-compassion. *Nordic Psychology, 69*(2), 71–82. <https://doi.org/10.1080/19012276.2016.1171730>
- Šlepecký, M., Praško, J., Kotiánová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: nové směry*. Portál.
- Štěpánek, M. (2020). *Soucit se sebou, stud, nepřipoutanost k Já a rodičovské vzorce*. [Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. <https://theses.cz/id/j852sh/>
- Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-Focused Therapy: A Transdiagnostic Formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 50*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09426-7>
- Trompetter, H. R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why Does Positive Mental Health Buffer Against Psychopathology? An Exploratory Study on Self-Compassion as a Resilience Mechanism and Adaptive Emotion Regulation Strategy. *Cognitive Therapy and Research, 41*(3), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>
- Turk, F., & Waller, G. (2020). Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 79*, 101856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101856>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (1992). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10* (Vyd. 3.). <https://mkn10.uzis.cz/>

- Whitehead, R., Bates, G., Elphinstone, B., Yang, Y., & Murray, G. (2018). Letting Go of Self: The Creation of the Nonattachment to Self Scale. *Frontiers in Psychology, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02544>
- Whitehead, R., Bates, G., Elphinstone, B., & Yang, Y. (2021). The relative benefits of nonattachment to self and self-compassion for psychological distress and psychological well-being for those with and without symptoms of depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. <https://doi.org/10.1111/papt.12333>
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. Y. (2019). Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness, 10*(6), 979–995. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>
- Winnicott, D. W. (2018). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Routledge.
- Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity, 14*(5), 499–520. <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1029966>
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 7*(3), 340–364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>
- Žvelc, G., & Žvelc, M. (2021). *Integrative psychotherapy: A mindfulness- and compassion-oriented approach*. Routledge.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Histogram věkového rozložení výzkumného souboru (N = 41)	37
Graf 2 Zastoupení pohlaví ve výzkumném souboru (N = 41).....	38
Graf 3 Přehled zastoupených diagnóz ve výzkumném souboru (N = 41).....	39
Graf 4 Soucit se sebou před intervencí a po intervenci	40
Graf 5 Všímavost před intervencí a po intervenci	41
Graf 6 Nepřipoutanost k Já před intervencí a po intervenci	41

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Detailní věkové rozložení výzkumného souboru (N = 41)	37
Tabulka 2 Přehled zastoupených diagnóz ve výzkumném souboru (N = 41)	39
Tabulka 3 Hodnoty deskriptivní statistiky sledovaných proměnných.....	42
Tabulka 4 Normalita rozložení dle Shapirova-Wilkova testu (N = 41)	43
Tabulka 5 Výsledky jednostranného párového t-testu	46
Tabulka 6 Výsledky velikosti efektu měřené pomocí Cohenova d	46
Tabulka 7 Výsledky t-testu pro dva nezávislé výběry.....	47
Tabulka 8 Výsledky korelační analýzy věku a jednotlivých proměnných.....	47
Tabulka 9 Výsledky analýzy rozptylu ANOVA diagnostických skupin.....	48

SEZNAM ZKRATEK

APA	American Psychological Association
CBCT	Cognitively-Based Compassion Training
CBGT	Cognitive Behaviour Group Therapy
CCT	Compassion Cultivation Training
CEB	Cultivating Emotional Balance
CFT	Compassion Focused Therapy
CM	Compassionate Meditation
ES	Effect Size
FFMG-15	Five Facet Mindfulness Questionnaire
FFMQ-15-CZ	Dotazník pěti aspektů všímavosti
MBCL	Mindfulness-Based Compassionate Living
MBI	Mindfulness Based Interventions
MBPs	Mindfulness-Based Programmes
MCIP	Mindfulness- and Compassion-Oriented Integrative Psychotherapy
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MSC	Mindful Self-Compassion Training
NTS	Nonattachment to Self Scale
NTS-CZ	Škála nepřipoutanosti k Já
SCS	Self-Compassion Scale
SOCS-S	Sussex-Oxford Compassion for the Self Scale
SOCS-S-CZ	Škála soucitu se sebou
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice

PŘÍLOHA 1

Jméno respondenta _____

Datum _____

SOCS-S-CZ – Sussexsko-Oxfordská škála soucitu k sobě

Přečtěte si, prosím, následující tvrzení a označte zakroužkováním příslušné číslice, jak často pro vás dané tvrzení platí.	nikdy	málokdy	někdy	často	vždy
1. Umím dobře rozpoznat, kdy se cítím v nepohodě.	1	2	3	4	5
2. Chápu, že každý v určitém období svého života prožívá nějaké trápení.	1	2	3	4	5
3. Když procházím těžkým obdobím, cítím laskavost k sobě samému/mu.	1	2	3	4	5
4. Když jsem rozrušený/á, snažím se spíše zůstat otevřený/á ke svým pocitům, než abych se jim vyhýbal/a.	1	2	3	4	5
5. Když jsem v nepohodě, snažím se zlepšit si náladu, i když nemohu nic udělat přímo s příčinou této nepohody.	1	2	3	4	5
6. Všimnu si, když se cítím v nepohodě.	1	2	3	4	5
7. Chápu, že cítit se někdy rozladěný/á, je součástí lidské přirozenosti.	1	2	3	4	5
8. Když se mi přihodí nějaké špatné věci, cítím pochopení k sobě samému.	1	2	3	4	5
9. Prožívám svou nepohodou, aniž bych jí dovolil/a mě přemoci.	1	2	3	4	5
10. Když procházím těžkým obdobím, snažím se o sebe starat.	1	2	3	4	5
11. Dokážu si na sobě rychle všimnout prvních příznaků začínající nepohody.	1	2	3	4	5
12. Víím, že stejně jako já, i ostatní lidé se v životě potýkají s problémy.	1	2	3	4	5
13. Když mi není dobře, snažím se porozumět tomu, jak se cítím.	1	2	3	4	5
14. Prožívám své trápení, aniž bych se za něj odsuzoval/a.	1	2	3	4	5
15. Když jsem nešťastný/á, snažím se dělat to, co je pro mě nejlepší.	1	2	3	4	5
16. Dokážu na sobě rozeznat známky toho, že se trápím.	1	2	3	4	5
17. Víím, že všichni se můžeme někdy cítit v nepohodě, když věci v našich životech neprobíhají dobře.	1	2	3	4	5

PŘÍLOHA 2

Číslo probanda _____

Datum _____

FFMQ-15-CZ – Dotazník pěti aspektů všímavosti

Přečtěte si, prosím, následující tvrzení a označte zakroužkováním příslušné číslice, do jaké míry dané tvrzení pro vás všeobecně platí.	téměř nikdy	málokdy	někdy	často	velmi často, téměř vždy
1. Když se sprchuji nebo se koupu, uvědomuji si počitky vznikající při kontaktu vody s mým tělem.	1	2	3	4	5
2. Snadno nalézám slova k vyličení svých pocitů.	1	2	3	4	5
3. Nevěnuji pozornost tomu, co dělám, protože se oddávám dennímu snění, dělám si starosti nebo jsem duchem nepřítomný.	5	4	3	2	1
4. Myslím si, že některé mé myšlenky jsou špatné nebo nejsou normální a neměl bych takto přemýšlet.	5	4	3	2	1
5. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, "poodstoupím" od nich a jsem si těchto myšlenek nebo představ vědom, aniž bych jimi byl přemožen.	1	2	3	4	5
6. Uvědomuji si, jak jídlo a pití ovlivňují mé myšlenky, tělesné pocity a emoce.	1	2	3	4	5
7. Mám potíže nalézat správná slova k vyjádření toho, co prožívám.	5	4	3	2	1
8. Vykonávám svou práci nebo povinnosti automaticky, aniž bych si uvědomoval, co vlastně dělám.	5	4	3	2	1
9. Myslím si, že některé mé city jsou špatné nebo nevhodné a neměl bych je cítit.	5	4	3	2	1
10. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle jsem schopný je jen zaznamenat, aniž bych reagoval.	1	2	3	4	5
11. Věnuji pozornost vjemům jako je vítr ve vlasech nebo dotek slunečních paprsků na mé tváři.	1	2	3	4	5
12. Dokonce i když se cítím velmi rozrušený, dokážu najít způsob, jak to vyjádřit slovy.	1	2	3	4	5
13. Přistihuji se, jak dělám věci, aniž bych dával pozor.	5	4	3	2	1
14. Říkám si, že bych se neměl cítit tak, jak se cítím.	5	4	3	2	1
15. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle je prostě jen zaznamenám a nechám je být.	1	2	3	4	5

© Ruth Baer, University of Kentucky, 2005
 Translation © Kořínek, Benda, Žitník, 2018

PŘÍLOHA 3

Jméno respondenta _____

Datum _____

NTS-CZ – Škála nepřipoutanosti k Já

Přečtěte si, prosím, následující tvrzení a označte zakroužkováním příslušné číslice, do jaké míry s daným tvrzením souhlasíte či nesouhlasíte.	rozhodně nesouhlasím	nesouhlasím	spíše nesouhlasím	něco mezi	spíše souhlasím	souhlasím	rozhodně souhlasím
1. Dokážu pustit z hlavy neužitečné myšlenky o sobě samém/m.	1	2	3	4	5	6	7
2. Dokážu se vzdát potřeby ovládat svůj život.	1	2	3	4	5	6	7
3. Nezaplétám se příliš do myšlenek o sobě samém/m.	1	2	3	4	5	6	7
4. Jak běží čas, mám čím dál tím méně pocit, že mě definuje to, co si o sobě myslím.	1	2	3	4	5	6	7
5. Jak běží čas, cítím stále menší a menší potřebu odpovídat nějaké představě o tom, jaký/á bych měl/a být.	1	2	3	4	5	6	7
6. Dokážu své osobní vzestupy a pády prožívat, aniž bych se do nich příliš zaplétal/a.	1	2	3	4	5	6	7
7. Dokážu pozorovat pozitivní i negativní myšlenky, které mám o sobě samém/m, aniž bych se do nich zapletl/a.	1	2	3	4	5	6	7