

Univerzita Karlova v Praze  
Pedagogická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2022

David Linhart

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Empatie u pacientů s úzkostnými poruchami – pilotní studie zachycení změny  
během psychotherapeutického pobytu

Empathy in patients with anxiety disorders – pilot study capturing change  
during psychotherapeutic stay

David Linhart

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Empatie u pacientů s úzkostnými poruchami – pilotní studie zachycení změny během psychoterapeutického pobytu“ vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 04. prosince 2022

.....

podpis

## Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D. za dohled nad průběhem výzkumné studie, cenné podněty, připomínky a vřelý přístup. Dále bych rád poděkoval Ing. Sofii Diondet za vedení výzkumného projektu, spolupráci při sběru a zpracování dat. Nakonec bych rád poděkoval kolegyním Bc. Michaele Škrábové a Bc. Nikole Hanušové za spolupráci a pomoc.

## **ABSTRAKT**

Tato diplomová práce vznikla v rámci výzkumného projektu Mgr. Ing. Sofia Diondet, který je podkladem dalších dvou diplomových prací Bc. Nikolý Hanušové a Bc. Michaely Škrábové. Práce se zabývala empatií u pacientů s úzkostnými poruchami a jejím hlavním cílem bylo zachycení změny empatie u této populace po 7týdenním psychoterapeutickém pobytu. Práce měla několik sekundárních cílů: ověřit nižší úroveň empatického fungování u úzkostných pacientů a existenci pozitivního vztahu sebezposouzení s rozhovorem hodnocenou empatií; dále zjistit, zda existuje vztah mezi empatií a úzkostnými symptomy. K tomuto účelu byly vytvořeny dva soubory; výzkumný (N = 50) sestávající z pacientů s úzkostnými poruchami a kontrolní (N = 19) tvořený dobrovolníky ze zdravé populace z nichž 12 dokončilo obě vyšetření. Před a po 7týdenním psychoterapeutickém pobytu byly získány skóry empatického fungování na základě rozhovoru STiP-5.1 a dotazníku LPFS-BF 2.0 a dále byly administrovány dotazníky úzkosti a empatie od Becka. K analýze dat byl využit neparametrický Wilcoxon a Mann-Whitney test, neparametrická ANOVA (Kruskal-Wallis) a neparametrický Spearmanův korelační koeficient. V celkovém skóru empatie i ve všech facetách STiP-5.1 došlo ke zlepšení empatického fungování (snížení skóru) po psychoterapeutickém pobytu ve výzkumném souboru; změna však dosáhla statistické významnosti pouze v rámci facety chápání druhých s malou silou účinku ( $d = 0.350$ ), zatímco v celkovém skóru se jí blížila ( $p = 0,081$ ). Skóry kontrolního souboru se statisticky výrazně nelišily před a po 7týdenním intervalu. V sebezposouzení empatií nedošlo ke změně ani v jednom souboru. Úzkostní pacienti byli charakterizováni statisticky výrazně horším empatickým fungováním než kontrolní soubor se střední až vysokou silou účinku ( $d = 0,520 - 1,092$ ) jak v rozhovorem měřené, tak sebezposouzení empatií. Míra úzkostných ani depresivních symptomů s empatií statisticky významně nekorelovala. Mezi empatickým fungováním měřeným STiP-5.1 a LPFS-BF 2.0 byla nalezena slabá korelace ( $r = 0,345$ ), stejný vztah však nebyl nalezen v druhém měření. Empatické fungování nekorelovalo s věkem ani počtem let vzdělání a nebyl v něm nalezen rozdíl mezi pohlavími ani druhem pobytu (oddělení a denní stacionář).

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Empatie, Osobnostní fungování. Stip-5.1, úzkostné poruchy, KBT

## **ABSTRACT**

This diploma thesis was created as a part of a doctoral research project of Mgr. Ing. Sofia Diondet, and was a basis for two other diploma theses of Bc. Nikola Hanušová and Bc. Michaela Škrábová. It studied empathy in patients with anxiety disorders and its main aim was to capture change in empathy within this population after a 7week psychotherapeutic stay. Thesis had several secondary aims: to verify lower level of empathic functioning in anxiety patients and an existence of a positive relationship of self and interview rated empathy; also, to determine whether there is a relationship between empathy and anxiety symptoms. To achieve this, two groups were created: experimental (N = 50) consisting of anxiety patients and control group (N = 19) consisting of healthy volunteers of which 12 finished both examinations. Scores of empathic functioning measured by STiP-5.1 and LPFS-BF 2.0 were taken before and after the 7week psychotherapeutic stay along with scores of Beck's questionnaires of anxiety and depression. To analyse the data non-parametric Wilcoxon and Mann-Whitney tests, ANOVA (Kruskal-Wallis) and Spearman's correlation coefficient were used. Total empathic functioning and all its facets improved (scores decreased) after psychotherapeutic stay in the experimental group; though the only statistically significant change occurred within a facet of understanding with small effect size ( $d = 0.350$ ) while the total score approached significance ( $p = 0.081$ ). Control group scores were not significantly different before and after a 7week interval. Self-reported empathy changed in neither group. Anxiety patients were characterised by significantly worse empathic functioning than control group with medium to large effect sizes ( $d = 0,520 - 1,092$ ) within empathy both self-reported and assessed by interview. Anxiety and depression symptoms did not significantly correlate with empathy. There was a small correlation ( $r = 0,345$ ) between empathic functioning assessed by STiP-5.1 and LPFS-BF 2.0, however, the same relationship was not found during the second measurement. Empathic functioning did not correlate with age or years spend studying and no difference was found between the sexes or a type of stay (inpatient and outpatient).

## **KEYWORDS**

Empathy, Personality functioning, Stip-5.1, Anxiety disorders, KBT

## Obsah

1	Úvod .....	8
2	Teoretická část.....	10
2.1	Osobnostní fungování .....	10
2.1.1	Měření osobnostního fungování: .....	11
2.1.2	Osobnostní fungování u pacientů s úzkostnými poruchami .....	13
2.1.3	Osobnostní fungování a empatie .....	14
2.2	Empatie .....	15
2.2.1	Odlišení od příbuzných pojmů .....	16
2.2.2	Definice Empatie .....	18
2.2.3	Měření empatie .....	22
2.2.4	Funkce a dopady empatie .....	24
2.2.5	Empatie a úzkostné poruchy .....	25
2.2.6	Vliv terapie na empatii .....	27
2.3	Empatie v dotazníku Stip-5.1.....	34
2.3.1	První faceta empatie: Chápání druhých:.....	35
2.3.2	Druhá faceta empatie: Tolerance různých perspektiv .....	36
2.3.3	Třetí faceta empatie: porozumění vlivu vlastního chování na druhé .....	37
2.3.4	Shrnutí: .....	37
3	Empirická část .....	38
3.1	Cíl a výzkumné otázky .....	38
3.1.1	Cíl výzkumu .....	38
3.1.2	Formulace výzkumných otázek a hypotéz.....	40
3.2	Výzkumný soubor a realizace výzkumu .....	41
3.2.1	Výzkumný a kontrolní soubor .....	41

3.2.2	Realizace výzkumu.....	42
3.3	Metody sběru dat .....	43
3.3.1	Nástroje.....	43
3.4	Statistické zpracování dat: .....	47
3.5	Prezentace výsledků.....	48
3.5.1	Popisná statistika (experimentální skupina) .....	48
3.5.2	Popisná statistika (kontrolní skupina) .....	53
3.5.3	Testování hypotéz.....	54
3.5.4	Dodatečné analýzy.....	61
3.6	Výsledky testování hypotéz .....	63
3.7	Diskuse.....	64
3.8	Limity a doporučení.....	71
3.8.1	limity.....	71
3.8.2	Doporučení .....	72
4	Závěr.....	74
5	Seznam použitých zdrojů.....	75
6	Seznam Příloh.....	90



# 1 Úvod

Diagnostice osobnostních poruch bylo věnováno mnoho pozornosti po zveřejnění alternativního modelu v DSM-5 (American psychiatric association, 2013), který přechází od modelu oddělených kategorií, které se ukázaly být nedostatečné v charakterizaci patologie v této oblasti, k dimenzionálnímu pohledu, kde jsou poruchy osobnosti pojímány coby spektrum úrovně osobnostního fungování. Nedávné výsledky ukázaly, že kromě poruch osobnosti, je míra osobnostního fungování důležitá i u pacientů s úzkostnými poruchami (Doering et al., 2018).

K určení míry osobnostního fungování bylo vyvinuto několik nástrojů, z nichž většina jsou sebeposuzovací škály, bylo ale vytvořeno i několik klinických rozhovorů jedním z nichž je polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1, který kromě celkového skóru obsahuje oblasti self a interpersonálního fungování, jež jsou dále rozděleny na domény identity a sebeřízení, intimity a empatie.

Empatie je těžko definovatelný a měřitelný konstrukt, jenž je pojímán až osmi oddělitelnými způsoby (Batson, 2009) s takovým množstvím definic, že jich je tolik kolik výzkumníků zabývajících se pojmem (Vigemont & Singer, 2006). V poslední době však krystalizuje konsenzus mezi výzkumníky a současným nejčastějším pojetím empatie je rozdělení na její emoční a kognitivní složku (Hall & Schwartz, 2019). Právě kognitivní složka stojí v základu konceptualizace empatie v rámci osobnostního fungování.

V posledních 20 letech se více začal zkoumat vliv intervence na empatii, který ukazuje příslib efektivity především těch intervencí, které cílí na kognitivní složku empatie jako je kognitivně behaviorální terapie a techniky z ní odvozené. Dosud se žádná studie nezabývala zachycením změny empatie, měřené polostrukturovaným rozhovorem STiP-5.1 po psychotherapeutickém pobytu u pacientů s úzkostnými poruchami, zatímco výzkum na empatii zaměřených intervencí, empatické přesnosti, behaviorální genetiky a vlivu KBT poukazují na možnost ovlivnění empatie.

Hlavním cílem práce je tedy zjistit, zda intervence v podobě psychotherapeutického pobytu bude mít vliv na změnu úrovně empatického fungování měřené polostrukturovaným rozhovorem STiP-5.1. Sekundárním účelem je ověřit zhoršenou

empatii u úzkostných pacientů, ověřit korelaci mezi sebeposouzenou a rozhovorem hodnocenou empatií a zjistit, zda existuje vztah mezi empatií a úzkostnými symptomy.

## 2 Teoretická část

V následující části bude představen koncept osobnostního fungování, který bude popsán v konceptualizaci podle DSM-5, budou představeny způsoby testování a shrnuty dosavadní poznatky u pacientů s úzkostnými poruchami v této oblasti. Následně bude představen jeden ze 4 hlavních aspektů měřených polostrukturovaným rozhovorem Stip-5.1 zkonstruovaného k určení míry osobnostního fungování, kterým je empatie. Empatie bude představena v rámci jejího historického kontextu, souvislostí s příbuznými pojmy, funkcí i negativními aspekty, způsoby měření a souvislostí s úzkostnými poruchami. Poté bude představen dosavadní výzkum mapující vliv intervence na její změnu. Nakonec v poslední části budou popsány a krátce diskutovány položky rozhovoru Stip-5.1.

### 2.1 Osobnostní fungování

Úroveň osobnostního fungování může být nalezena v sekci III pátého vydání Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM-5) z roku 2013, v rámci alternativního modelu poruch osobnosti (AMPD). Na rozdíl od klasického modelu osobnostních poruch, který nalezneme v sekci II, je jádro alternativního modelu zaměřeno nikoliv na konkrétní diagnózu, ale kontinuum, v jakém je osobnostní fungování postiženo (Kritérium A); dále na rozsah osobnostních vlastností (kritérium B), které jsou základem pro specifickou osobnostní patologii a obecnou diagnostickou kategorií. (DSM-5; American psychiatric association, 2013)

Alternativní model byl vyvinut jako reakce na nedostatky, které skýtal kategorický model (Zimmermann et al., 2019), mezi jehož nedostatky patří slabá empirická podpora pro kritéria rozhodující o přítomnosti a nepřítomnosti osobnostní poruchy; fakt že symptomatologie poruch osobnosti je patrná v obecné populaci; pacienti často splňují kritéria pro více jak jednu poruchu osobnosti, přičemž tato komorbidita je spíše normou; kategorizace může opomenout důležité maladaptivní vlastnosti osobnosti a jiné – jinak nepřítomné – přidat (Widiger, 2003). Pro dimenzionální pojetí osobnostních poruch existují dobré důkazy, které jsou podpořeny výsledky 4 nezávislých metaanalýz na 52 nezávislých vzorcích zahrnujíc 13 640 participantů, jež došly k závěru, že osobnostní poruchy mohou být vyobrazeny jako konstelace extrémních skóru v rámci klasických modelů osobnosti – předně BIG-5 modelu (Gøtzsche-Astrup & Moskowitz, 2016). Dále

dimenzionální a modely zaměřené na kontinuum vlastností vykazují lepší střednědobou (2 roky) i dlouhodobou (6,8 a 10 let) prediktivní validitu než kategorický model (Morey et al., 2012). Míra potíží v této oblasti se může lišit, což vede k problémům, které jsou často charakteristické, kromě poruch osobnosti, i pro úzkostné poruchy nebo poruchy nálady. Tento přístup je tak užitečné využít u každého pacienta, bez nutné přítomnosti kategorické poruchy osobnosti (Hutsebaut et al., 2017).

Úroveň osobnostního fungování je v alternativním modelu rozdělena do dvou hlavních komponent: self a interpersonální škály. Self komponenta zahrnuje oblast identity a sebe-řízení, zatímco interpersonální komponenta obsahuje oblast empatie a intimity (DSM-5; American psychiatric association, 2013). Podobně jako DSM-5, tak i mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) v její 11 revizi adaptovala dimenzionální přístup k diagnostice poruch osobnosti a v její konceptualizaci se nachází poškození v oblasti self (identity, sebe-hodnoty a sebe-řízení) a/nebo problémy v rámci interpersonálního fungování (vytváření a udržování vzájemně uspokojujících vztahů, chápání perspektiv druhých a zvládnutí konfliktů; (World Health Organization, 2019). Konceptualizace podle AMPD od svého vzniku v roce 2013 nashromáždila mnohem více výzkumných dat než ta podle MKN-11, jejíž platnost začíná v roce 2022 (Zimmermann et al. 2019). Tento stav je však způsoben tím, že dosud neexistuje standardizovaný klinický rozhovor operacionalizovaný podle MKN-11.

Ukázalo se však, že je možné hodnotit závažnost osobnostního fungování podle MKN-11 pomocí dotazníku STiP-5.1 (Hutsebaut et al., 2021), který je vytvořený na základě AMPD. Kompatibilita dvou systémů byla prokázána také v kritériu B, které obsahuje 25 maladaptivních vlastností poruch osobnosti podle AMPD. To je tvořeno 5 dimenzemi, z nichž 4 (negativní afektivita, detachment, antagonismus a disinhibice) se ukázaly odpovídat doménám (negativní afektivita, detachment, disocialita a disinhibice) z MKN-11, která však neobsahuje psychoticismus, zatímco AMPD anankastickou doménu. (McCabe & Widiger, 2020).

### **2.1.1 Měření osobnostního fungování:**

Od publikace alternativního modelu osobnostního fungování bylo vyvinuto hned několik nástrojů k jeho měření. Pro tyto účely byla vytvořena škála úrovně osobnostního

fungování (LPFS) v rámci alternativního modelu (DSM-5; American psychiatric association, 2013). Od publikace LPFS byly předloženy další diagnostické nástroje, z nichž většina patří mezi sebesuzovací škály (Zimmermann et al. 2019). Jednou z nich je LPFS-BF krátká sebesuzovací škála o 12 položkách, založená na původních popisech jednotlivých domén LPFS (Hutsebaut et al., 2016) a její aktualizovaná verze LPFS-BF 2.0 (Bach & Hutsebaut, 2018). Dále pak škála úrovně osobnostního fungování – sebesouzení obsahující 80 otázek zkoumajících 4 domény podle LPFS (Morey, 2017).

Sebesuzovací škály jsou však limitované tím, že pacienti mohou záměrně poskytovat nepřesné informace, být neschopni uvědomovat si některé své charakteristiky a jejich dopady na druhé, být neochotni přiznat si nelichotivé vlastnosti (nedostatek empatie pro druhé) či neschopnost pochopit otázky (Ganellen, 2007), navíc u specifických populací (trestanci) můžou být tyto problémy výraznější (Hutsebaut et al. 2021). Na rozdíl od sebesuzovacích škál mají klinické rozhovory tu výhodu, že zahrnují také pozorování, a tedy se více blíží výkonovým diagnostickým nástrojům (Ganellen, 2007). Navzdory rozdílům se obě metody ukázaly mít vyšší prediktivní validitu pro diagnostiku poruch osobnosti (podle kategorického modelu) v horizontu 5 let, než klinickou určená diagnóza (Samuel et al., 2013).

Dosud několik strukturovaných klinických rozhovorů bylo vytvořeno pro určení úrovně osobnostního fungování. Na základě Kernbergovy psychodynamické teorie osobnostní organizace – zahrnující konsolidaci identity, kvalitu objektových vztahů, užití primitivních obran, kvalitu agrese, adaptivní copingové strategie vůči rigiditě a morální hodnoty – a objektových vztahů, vznikl polostrukturovaný klinický rozhovor osobnostní organizace (STIPO<sup>1</sup>; Clarkin et al., 2004), jenž inspiroval tvorbu LPFS (Bender, Morey, a Skodol 2011), byl již využit při diagnostice úzkostných poruch (Doering et al., 2018) a jeho schopnost diskriminovat osoby s poruchou osobnosti od osob s jinými mentálními poruchami a zdravými kontrolními subjekty i v případě nezkušených hodnotitelů byla prokázána (Di Pierro et al., 2020). Jeden z prvních rozhovorů vyvinutých na základě LPFS je polostrukturovaný rozhovor CALF<sup>2</sup>, který byl navržený tak aby byl relativně krátký (30-60 min) a odrážel klinickou praxi, kde musí odborníci provádět inference než se řídit pouze

---

<sup>1</sup> Structured Interview for Personality Organization

<sup>2</sup> Clinical assessment of the Levels of personality functioning

explicitním obsahem odpovědí. Tento rozhovor však vykázal malou inter-rater reliabilitu (shodu hodnotitelů), která je nejspíše způsobena vysokou mírou odvozování během skórování (Thylstrup et al., 2016). Dále Americká psychologická asociace vyvinula vlastní polostrukturovaný rozhovor SCID-5-AMPD-1<sup>3</sup> (Bender et al., 2018) Nástroj na poměrně velkém vzorku 282 pacientů prokázal dobré psychometrické vlastnosti (Hummelen et al., 2021).

Dalším nástrojem podle alternativního modelu AMPD, který prokázal dobré psychometrické vlastnosti, a pro použití v praxi je vhodný svojí relativně nízkou časovou náročností – díky adaptabilní volbě podotázek – a dobrou využitelností i u nezkušených hodnotitelů bez výrazně dlouhého zácvičku (Hutsebaut et al., 2017) je polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1<sup>4</sup>. Rozhovor byl do této doby použit pouze sporadicky, což vzhledem k jeho nedávnému vzniku není překvapivé. Kromě originálního článku (tamtéž, 2017) byl použit dvakrát v rámci německé populace (Zettl et al., 2019, 2020), dvakrát v české populaci pacientů s poruchou osobnosti, nálady nebo úzkostnými poruchami (Doubková et al., 2022; Heissler et al., 2021) a dále u vězeňské populace, u níž, na rozdíl od ostatních studií, nebyla nalezena asociace mezi sebesuzovací škálou a rozhovorem měřící osobnostní fungování (Hutsebaut et al., 2021). Více o nástroji a obsahu jeho položek relevantních k této diplomové práci je uvedeno v třetí kapitole teoretické části a v sekci použitých metod praktické části.

## **2.1.2 Osobnostní fungování u pacientů s úzkostnými poruchami**

V rámci vyšetřování osobnostního fungování byla již před publikováním AMPD nastíněna důležitost zkoumat úroveň osobnostního fungování i u jiné populace, než jsou výhradně pacienti s poruchou osobnosti, jelikož má „*potencionální relevanci takřka u každého psychiatrického pacienta*“ (Widiger, 2003). U pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou, sociální a specifickými fóbiemi a panickou poruchou, komorbidní porucha osobnosti předpovídá perzistenci úzkostných poruch v navazujícím šetření po třech letech (Skodol et al. 2014). Pacienti s úzkostnými poruchami vykazují deficity v případě osobnostního fungování, tyto deficity jsou spojeny s resistencí vůči

---

<sup>3</sup> Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders Module I

<sup>4</sup> Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5

terapeutickému působení, které pak může být závislé na úrovni osobnostní patologie (Gruber et al., 2020).

Doering et al. (2018) zkoumali osobnostní fungování u generalizované úzkostné poruchy, panické poruchy a specifických fobií pomocí klinického rozhovoru STIPO. U těchto skupin pacientů byla nalezena nižší úroveň osobnostního fungování, než u kontrolní skupiny i v případě, kdy se vyloučili ti pacienti s komorbidní poruchou osobnosti – jejich zahrnutí však závažnost zvýšila. Mezi jednotlivými úzkostnými poruchami nebyl nalezen statisticky významný rozdíl. Tato studie ukazuje důležitost brát v potaz osobnostní fungování při intervenci v rámci úzkostných poruch.

V nedávné studii provedené na české populaci se ukázalo, že ač je osobnostní fungování závažnější u pacientů s diagnostikovanou poruchou osobnosti – potvrzující předchozí výsledky –, tak vyšší skóry byly nalezeny i u pacientů s úzkostnými poruchami, jelikož je výsledky odlišovaly od kontrolní skupiny (Heissler et al. 2021). Následná česká studie (Doubková et al., 2022) tyto závěry potvrdila a díky analýze klastrů zjistila, že zdravé kontrolní subjekty se pohybují kolem úrovně 0, pacienti s úzkostnými poruchami kolem úrovně 1 a úroveň 2 a výše indikovala přítomnost poruchy osobnosti. Stanovení úrovně osobnostního fungování by tak mělo být součástí každé komprehensivní diagnostiky (Gruber et al., 2020).

### **2.1.3 Osobnostní fungování a empatie**

Empatie je jedním z hlavních kritérií pro určení osobnostního fungování v rámci AMPD, kde byla původně definována jako schopnost mentalizace (Bender et al., 2011) a byla již dříve spojena s osobnostní patologií. Nedávná explorativní studie zjistila, že schopnost mentalizace plně a statisticky významně mediovala vztah mezi závažností hraniční poruchy osobnosti a interpersonálním fungováním podle ICD-11 (Rishede et al. 2021). Dále byl nalezen vztah se sníženou kognitivní složkou empatie u hraniční poruchy osobnosti (Harari et al., 2010).

Zatím byla provedena pouze jedna studie od Zettl et al. (2020), která zkoumala souvislost klasicky měřené dispoziční empatie s empatií v rámci osobnostního fungování a jejími facetami. Byl nalezen vztah mezi vyšší závažností narušení empatie a nižší schopností mentalizace, která byla měřena pomocí RF (škála reflektivního fungování), jenž

je hodnocena pozorovatelem. Vztah byl nalezen i pro ostatní položky (identita, sebeřízení a intimita), vztah byl srovnatelný, ale nejvýraznější u empatie.

Toto kritérium se ukazuje být poněkud problematické. Důvodem může být, že právě empatie je vlastností, u níž je většina lidí pravděpodobně neochotná přiznat její nedostatek i když si ho jsou vědomi (Ganellen, 2007), což potvrzují vyšší skóre v sebesuzovacích metodách empatie vůči výkonovým zkouškám – tento rozpor je uveden v sekci měření empatie. V případě dotazníku SCID-AMPD-1 byly u empatie nalezeny vyšší prahové hodnoty indikující schopnost určit pacienty se závažnějším narušením empatického fungování. Stejný údaj se však dá interpretovat jako možnost, že pacienti nadhodnocují svoje empatické schopnosti a *„bylo by tedy vhodné, aby se budoucí studie hodnotící osobnostní fungování explicitně zaměřily na získání validní evaluace empatických schopností“*. Potencionálně výhodný přístup je zaměřit se na otázky podněcující introspekci namísto podávání přímých dotazů (Hummelen et al. 2021). Takový přístup využívá právě dotazník STiP-5.1, jehož položky spolu s výsledky dosavadního výzkumu za použití tohoto nástroje jsou uvedeny v poslední sekci teoretické části této práce.

Následující sekce se budou zabývat pojmem empatie a pomohou ukázat do jaké míry je možné tento koncept ovlivnit za pomoci terapeutického pobytu.

## 2.2 Empatie

Empatie je pojem, který je různými výzkumníky pojímán odlišnými způsoby, což vystihl výzkumný tým Frederigue de Vignemont & Tania Singer (2006), když poznamenal, že *„je zde nejspíše takřka stejné množství definic empatie, jako výzkumníků, kteří se tímto tématem zabývají.“* Pojem byl poprvé použit psychologem Theodorem Lippssem na začátku 20. století, kdy byl adoptován výraz „Einführung“ (německy „vcítit se do“), který započal tradici pojetí afektivní empatie (Brothers, 1989; de Waal & Preston, 2017), načež samotný termín empatie vytvořil Titchener, když v roce 1909 přeložil Lippsův termín (Wispé 1986). Vzhledem ke složitosti pojmu, rozdílným pohledům a následnému vývoji z Lippsova pojetí, které určití autoři zastávají dodnes (Bloom, 2018; de Vignemont & Singer, 2006; Stietz et al., 2019), bude užitečné nejdříve odlišit pojem od pojmů příbuzných a sdružit ty, které označují přibližně totéž.



### 2.2.1 Odlišení od příbuzných pojmů

Další přidružené pojmy, jež jsou empatii podobné a podílejí se na obdobném výsledném chování, byly nesprávně spojovány s empatií, jsou nedostatečně odlišeny či jsou jedním z komponent na základě nichž empatie vzniká a funguje. Sociální psycholog Daniel Batson (2009) shrnul rozdílná pojetí hned do 8 tematických okruhů, když zmínil „*tyto věci zvané empatie*“<sup>5</sup>, které jsou v jeho konceptualizaci odlišné pojmy, nikoliv komponenty, podobně jako u Blaira (2005). Najdeme však i opačný pohled, který považuje empatii za zastřešující pojem (de Waal & Preston, 2017).

Předtím, než bude představeno dnešní pojetí empatie nejčastěji využívané ve výzkumu, je třeba definovat ostatní pojmy, které byly často nesprávně spojovány s empatií nebo naopak jsou nedílnou součástí některé z jejích složek. Tento krok je důležitý k následnému pochopení studií zachycujících vliv intervence na empatii a porozumění nástrojům, jako je dotazník STiP-5.1., který zjišťuje narušení v této oblasti.

### Soucit<sup>6</sup>

Soucit je pojem velmi blízký empatii, která je izomorfním odrazem emocionálního stavu. Na rozdíl od ní však odkazuje k pocitu starosti a vřelosti k druhému s motivací pomoci (Preckel et al., 2018). Důkazem oddělenosti pojmu od empatie je fakt, že trénink v empatii vyvolává negativní afekt, zatímco trénink soucitu vyvolává afekt pozitivní, přičemž soucit se od empatie liší aktivací rozdílných mozkových center spojovaných s odměnou, namísto sdílené bolesti u empatie (Klimecki et al., 2014). Pojmy se tedy ukázaly oddělené na neuronální úrovni, ale dosud není jasné, jak interagují nebo zda mohou fungovat samostatně (Lamm et al., 2019). Dále se ukazuje, že v rámci teoretické oddělenosti soucitu od empatie v současnosti existuje konsenzus mezi výzkumníky (Håkansson Eklund & Summer Meranius, 2021).

### Sympatie

Sympatie vzniká složením pojmu „spolu“ (sym) a „utrpení“ (pathos; Wispé, 1986) a byla používána filozofy jako Adam Smith v podobném smyslu jako je dnes afektivní

---

<sup>5</sup> these things called empathy

<sup>6</sup> compassion

empatie s důrazem na vžití se do situace druhého (Bloom, 2018). Samotný pojem „označuje zvýšenou všímavost k utrpení druhého člověka, jako něco, co by mělo být zmírněno“ a liší se od empatie řadou aspektů; vědomí sebe sama je sníženo, nikoliv zvýšeno, než o přesnost jde o spojení, objektem sympatie je pohoda druhého, zatímco u empatie jeho pochopení; „vědět jaké by to bylo být druhým“ je sympatie, zatímco empatie je „být jako ten druhý“ (Wispé, 1986). Tento rozdíl platí i u zvířat jako jsou primáti (Waal, 2003). V pojetí Vigemont a Tania Singer (2006) není – jako u soucitu – splněna podmínka isomorfismu, jelikož člověk cítí pro druhého, protože je druhý například našťvaný, ale sám se našťvaný necítí. Nakonec soucit je pojímán jako nadřazený koncept vůči sympatii; soucítím s někým tak, že k němu cítím sympatii (Cuff et al., 2016).

### **Teorie mysli**

Někteří autoři říkají, že „kognitivní empatie je vlastně teorií mysli“ (Blair, 2005). Další považují teorii mysli za oddělitelnou od empatie, kterou pojímají v užším slova smyslu pouze s její afektivní složkou, což vychází z faktu, že afektivní empatie se vyvíjí dřív a na rozdíl od kognitivní složky nedochází k jejímu úbytku s vyšším věkem; dále jsou tyto systémy odlišně ovlivněny emocionální valencí, afiliací, kontextem nebo osobnostními vlastnostmi (Stietz et al., 2019). Jiní výzkumníci si jsou vědomi oddělenosti systémů, ale zachovávají odlišení emoční a kognitivní složky za použití vše-zahrnujícího pojmu empatie i s přihlédnutím k tomu, že spolu systémy mnohé sdílí (de Waal & Preston, 2017, Zaki & Ochsner, 2012).

Jak uvádějí Preckel et al. (2018), „spíše než emocionální stav, teorie mysli vede k abstraktní propoziční znalosti mentálního stavu druhých. Popisuje proces odvozování a usuzování o přesvědčeních, myšlenkách a emocích druhých.“ Teorie mysli se dále od empatie v jejím užším slova smyslu (emoční empatie) liší rozdílnou aktivací mozkových center (tamtéž, 2018). Teorii mysli tedy můžeme chápat jako pojem shodný nebo alespoň protínající se s kognitivní složkou empatie a takto je obecně ve výzkumu pojímán.

## **Přebírání perspektivy druhého<sup>7</sup>**

Dívání se očima druhého, tedy přebírání jeho/její perspektivy se slučuje s tím, co nazýváme ToM (teorie mysli). Dále se pro stejný pojem využívají pojmy mentalizace a kognitivní empatie (Stietz et al. 2019). V alternativním modelu osobnostního fungování DSM-5 (DSM-5; American psychiatric association, 2013) je perspektiva druhého u empatie jedním z centrálních témat a jak se dozvíme později, patří ke kognitivní empatii, jako většina položek v polostrukturovaném rozhovoru STiP-5.1.

## **Nákaza<sup>8</sup>**

V případě „nákazy“, také nazývané motorickou empatií (Blair 2005), se jedná o „*emocionální stav mezi cílem a pozorovatelem*“ (de Waal & Preston, 2017), který se potvrdil u lidí v rámci situace, kdy pozorovatel „chytí“ stres druhého na fyziologické úrovni, indikovaný množstvím kortizolu, jehož přítomnost koreluje se subjektivně reportovanou mírou empatie a přebírání perspektivy druhých (Buchanan et al., 2012). Podobný pojem „sdílení afektu/emoce, jehož základem je nákaza a mimikry, (de Waal & Preston, 2017) je jedním z hlavních kritérií empatie podle výzkumníků de Vignemont & Singer (2006) a celkově v poslední době panuje konsenzus nad jejím zahrnutím v definicích empatie (Håkansson Eklund & Summer Meranius, 2021), pojem nákazy je tedy jedním z aspektů empatie, kdy podle modelu „ruské panenky“, kterou uvádí de Wall & Preston (2017) je součástí jejího základu, který je dnes považován za emocionální empatii. Čistou nákazu, je však třeba odlišit od empatie, jíž je sice základem, ale podle (Decety & Lamm, 2009; Waal, 2003) jí schází distinkce mezi pozorovatelem a cílem.

### **2.2.2 Definice Empatie**

Jak již bylo nastíněno výše, definice empatie se různí s některými autory považující empatii za zastřešující pojem, zatímco další považují jednotlivé komponenty za samostatné a někteří jdou ještě dále a pojem limitují, co do její afektivní složky.

---

<sup>7</sup> Perspective taking

<sup>8</sup> contagion

Problém v definování empatie dokazuje i fakt, že mnozí výzkumníci, zvláště ve studiích na poli medicíny, neuvádějí dostatečné informace o způsobu výzkumu, protirečí si či neuvádějí definici pojmu. V nedávné době byl však zaznamenán pozitivní trend, kdy se zvýšilo procento studií uvádějících konceptuální definici empatie mezi roky 2001 (31 %), 2013 (49 %) a 2017 (62 %; Hall & Schwartz, 2019).

Cuff et al. (2016) na základě dostupné literatury odhalili 43 odlišných definic empatie, které shrnuli do aktualizované definice:

*„Empatie je emocionální odpověď (afektivní), závisající na interakci mezi charakterovými kapacitami a vlivy aktuálního stavu. Empatický proces je automaticky vzbuzen, a dále je ovlivněn top-down<sup>9</sup> kontrolními procesy. Výsledná emoce je podobná vnímání (přímo zažívaného nebo představovaného) a pochopení (kognitivní empatie) emoci na základě stimulu, s porozuměním, že zdroj emoce nepochází od vlastní osoby.“*

Podobné definice zahrnující výčty obdržely však i jistou dávku kritiky (Hall & Schwartz, 2019). Další nedávná syntetizace definic se zaměřila na jejich společné znaky u výzkumníků, včetně těch mimo striktně neurologicky zaměřené oblasti jako je ošetrovatelství, medicína, psychologie a filozofie. Studie se zaměřila na nalezení společných znaků, které již shrnují dosavadní poznatky, z čehož vplynuly čtyři znaky obsažené v definici vytvořené autory studie: *„Empatie je chápání, cítění a sdílení toho, co někdo další cítí s rozlišením sebe od druhého“* (Håkansson Eklund & Summer Meranius 2021).

Nakonec, evoluční psychologie nabízí své definice, v nichž empatie je...: *„schopnost pochopit a sdílet vnitřní stavy druhých“* (Christov-Moore et al., 2014) a *„...emocionální a mentální citlivost ke stavu druhého, která se pohybuje od sdílení tohoto stavu k posouzení jeho důvodů a adoptování úhlu pohledu druhého“* (de Waal & Preston, 2017).

---

<sup>9</sup> Shora-dolů

## Afektivní/emoční a kognitivní empatie

Z představených definic vyplývá, že většina výzkumníků považuje empatii za multidimenzionální konstrukt, jehož hlavními složkami jsou emoční/afektivní empatie a kognitivní empatie/metalizace/teorie mysli (tyto pojmy jsou dále používány zaměnitelně). Toto rozdělení je dnes nejčastěji používaným (Cuff et al., 2016; Davis, 1983; de Vignemont & Singer, 2006; Hall & Schwartz, 2019; Smith 2006), kde kognitivní složka zahrnuje chápání pocitů druhého, zatímco emoční složka prožívání emocí, vyvolaných stimuly z prostředí (Cuff et al., 2016). Pro existenci dvou systémů hovoří i poznatky z evoluční psychologie, které rozdělují fylogeneticky starší systém nákazy jako podklad pro emocionální empatii a novější systém přebírání perspektivy druhého, kognitivní empatii (de Waal, 2008), přičemž tento pohled je podpořen odlišnou trajektorií ontologického vývoje (Decety & Holvoet, 2021).

Dosud bylo navrženo několik modelů empatie. Hierarchický model „ruské panenky“ pojímá empatii coby zastřešující pojem (de Waal & Preston, 2017), kde na sebe jednotlivé komponenty nasedají podle jejich evolučního vývoje: 1) mimikry a nákaza 2) utěšování a empatická starost 3) přebírání perspektiv a cílená pomoc. Další Kombinační model empatie je odpovědí na model „ruské panenky“ (pro potřeby výzkumu empatie u zvířat), který místo hierarchického uspořádání navrhuje 3 organizační faktory: napojování se na druhé, porozumění druhým a pro-socialitu. Tento model umožňuje samostatné studium fenoménů spojených s empatií (Yamamoto, 2017). Další „Nested model“ uvádí, že afektivní a kognitivní empatie společně ovlivňují motivační složku empatické starosti, ale mohou zároveň odděleně ovlivňovat chování (Weisz & Cikara, 2021).

Všechny 3 modely mají však společné ústřední pojmy, které se v literatuře nazývají afektivní empatie a kognitivní empatie, a dále v sobě zahrnují také empatickou starost, která je její motivační složkou. (Decety & Holvoet 2021; Weisz & Zaki, 2017). Empatická starost je pojem, jenž zhruba vyjadřuje to samé, co pojmy soucit a sympatie popsané výše, přičemž většina výzkumníků ho od empatie odděluje (Håkansson Eklund & Summer Meranius, 2021; Lamm et al., 2019; Vignemont & Singer, 2006;).

Důkazy pro oddělenost kognitivní a emoční empatie pocházejí ze studia psychiatrické populace, oblasti vývojové neurovědy, neurologie a behaviorální genetiky.

U lidí s poruchou autistického spektra (PAS) byly nalezeny deficity v rámci teorie mysli a automatické složce afektivní empatie zahrnující imitaci, zatímco u psychopatů je selektivně postižená afektivní složka empatie (předně pro negativní stimuly), zatímco kognitivní složka zachována (Blair, 2005). Dále je podobná disociace dvou systémů nalezena v případě pacientů s mozkovými lézemi (Shamay-Tsoory et al., 2009).

Z výzkumů na poli vývojové neurovědy vyplývá, že afektivní složka empatie se vyvíjí od 1 roku života člověka a ten je pro její vývoj předpřipravený, není však automatická, ale postupně se vyvíjí se zráním mozku a k tomuto procesu vyžaduje sociální interakce (Decety & Holvoet, 2021). Kognitivní složka empatie se vyvíjí, když dítě začíná přebírat perspektivu druhých ve stejné době s rozvíjející se teorií mysli mezi 3-4 rokem a na rozdíl od afektivní empatie se s postupujícím věkem mění. Jak tato schopnost postupuje, lidé *„získávají kognitivní prostor potřebný k propojení se s emocionální zkušeností druhého bez toho, aby byli sami těmito pocity přemoženi“* (Tamtéž, 2021). Kromě zrání byl však nalezen úpadek teorie mysli/přebírání perspektivy u starší populace, zatímco afektivní empatie zůstává stálá (El Haj et al., 2016; Richter & Kunzmann, 2011; Stietz et al., 2019), což je v souladu s vyšší dědivostí afektivní empatie (Abramson et al. 2020), jež bude podrobněji rozebrána v rámci výzkumů efektu intervence na empatii.

Kognitivní a afektivní empatie se od sebe liší aktivací odlišných mozkových center. Zatímco afektivní složka vykazuje aktivitu v centrech zpracovávajících emoční a motorický obsah (insula, anteriorní cingulární gyrus, inferiorní frontální gyrus, amygdala...), kognitivní složka vede k aktivitě v centrech spojovaných s exekutivními funkcemi a pracovní pamětí (dorsolaterální prefrontální kortex, dorsomediální prefrontální kortex, ventromediální prefrontální kortex, superiorní temporální gyrus...; Decety & Lamm, 2009; Shamay-Tsoory et al., 2009; Völlm et al., 2006). Tato oddělenost se ukazuje i v rámci aktivace mozkových center při tréningu emoční a kognitivní empatie (Valk et al., 2017). Oddělenost mozkových center však neznamená, že jsou na sobě nezávislé, naopak spolu komunikují a navzájem na sebe působí (de Waal & Preston, 2017, Zaki & Ochsner 2012).

### 2.2.3 Měření empatie

Již někteří ze starších autorů se zmiňují o problematice škál měřících empatii. Potíž nastává, protože neexistuje obecně uznávaná definice empatie (špatná konstruktová validita), což znamená že různé škály mohou měřit jiné věci a samotné škály nejsou ve výzkumu často využívané (Wispé 1986), což pak vede k tomu, že i nejvyužívanější škály měřící empatii jsou problematické a většina z nich jsou „omnibusy“ zahrnující různé kombinace složek afektivní a kognitivní empatie (Hall & Schwartz, 2019). Většina nejvyužívanějších škál empatie byla navíc vyvinuta v době, kdy v rámci studia empatie neexistoval konsensus v míře, v jaké panuje dnes (Håkansson Eklund & Summer Meranius 2021).

Nejpoužívanějšími sebeposuzovacími dotazníky jsou IRI (index interpersonální reaktivity; Davis, 1983) a EQ (emocionální kvocient; Hall & Schwartz, 2019) mají mnohé problémy. Například IRI je „založen na subjektivním reportování, a ne vždy silně koreluje s výkonovými testy empatických schopností nebo nemusí jasně reflektovat individuální empatické chování v jeho přirozeném prostředí“ (Haut et al., 2019). Dále byla tato škála kritizována, co do obsahu jejích položek, kdy škála „fantazie“ (tendence identifikovat se s fiktivními charaktery) neměří empatii; i člověk, kterého fikce nezajímá, může být vysoce empatický (Bloom, 2018; Davis, 1983). Podobný problém nacházíme i u EQ (empatický kvocient) od Simona Barona-Cohena, který je spíše užitečný u poruchy autistického spektra, jelikož obsahuje položky zaměřené na sociální kompetence („je pro mě těžké zjistit co dělat ve společenské situaci“) v nichž i vysoce empatický člověk může být neobratný (tamtéž, 2018).

Kromě dotazníkových metod existují i jiné objektivnější metody pro měření empatie. Například v rámci tradice interpersonální přesnosti je zkoumána přesnost v určení osobnosti, lží, postojů, ale také myšlenek a pocitů (tedy empatická přesnost; Hall et al., 2016). Termín empatická přesnost pochází z knihy od Williama Ickese (1997) a je zaměnitelný za mentalizaci (Zaki & Ochsner, 2012). Empatická přesnost je zkoumána na základě dvou paradigmat: dyadického a standardního. Jelikož v dyadickém paradigmatu je vždy dvojice navzájem hodnotící myšlenky a pocity druhého jiná, tak není vhodná pro výzkumné účely, pro které je vhodné paradigma standardního stimulu. Ve standardním

modelu jsou přítomny 3 druhy interakce (například matka a dítě) z nichž jsou následně získány myšlenky a pocity, co měli aktéři v určitých úsecích nahrávky. Nahrávky jsou sestříhány do jedné a stejná nahrávka je přehrána všem participantům. Ještě existuje model standardního interview, kdy je nahrávka vždy zastavena po položení otázky a zkoumaná osoba má říct svůj nejlepší odhad odpovědi (Ickes & Hodges, 2013).

Další objektivní metody, zkoumající empatii jsou RTMITE<sup>10</sup> test (Baron-Cohen et al., 2001), kde jsou prezentovány obrázky očí a k nimž má být rychle přiřazen popisný výraz z nabídky. Poté FELT<sup>11</sup> (Cecilione et al., 2017) při němž je 6 emocí (vztek, radost...) prisuzováno jedné tváři, která byla do nich vytvarována za pomoci počítačového programu.

Jedním z hlavních problémů měření empatie je fakt, že sebeposuzovací škály s objektivními testovými metodami korelují pouze slabě a v případě RTMITE či FELT se jedná o pouhý výsek aspektů kognitivní empatie, zatímco sebeposuzovací škály jsou obsáhlejší (Melchers et al., 2016), jejich použití však vykazuje menší velikost účinku (Teding van Berkhout & Malouff 2016). Tento rozdíl by mohl být překonán za pomoci strukturovaných rozhovorů, které se více blíží objektivním metodám (Ganellen 2007), ale stále si zachovávají rozsah kognitivní empatie.

Také se ukazuje, že odlišnost v empatii mezi pohlavími a předně její vyšší míra u žen je přítomna v sebeposuzovacích škálách, zatímco v případě objektivních metod existuje stejný, ale pouze malý vztah, přičemž tento rozpor může být veden stereotypy, na jejichž základě ženy nadhodnocují vlastní empatii (Baez et al., 2017). Stereotypy však nevysvětlují všechny rozdíly mezi pohlavími, jež se ukazují u mladších dětí a zvířat v afektivní empatii, a také nevysvětlují odlišné vývojové trajektorie empatie mezi nimi (Christov-Moore et al., 2014). V rámci měření efektivity intervencí, je problém, že výsledný efekt je vyšší u populací studentů a lékařů, a také existuje efekt, kdy peněžní kompenzace vede k vyšší velikosti účinku (Teding van Berkhout & Malouff, 2016) a peněžní kompenzace dále vede k odstranění rozdílů mezi pohlavími (Klein & Hodges, 2001).

---

<sup>10</sup> reading the mind in the eye

<sup>11</sup> facial expression labeling task



#### 2.2.4 Funkce a dopady empatie

Empatie je důležitý facilitátor v mezilidských vztazích (Decety, 2015), přičemž tento efekt někteří výzkumníci přisuzují spíše afektivní složce empatie principem podobné efektu chameleona – zrcadlení postury či manýrismů druhých (Vigemont & Singer, 2006) a nejspíše vycházející z teorie citové vazby (Waal, 2003); obě tvrzení jsou podpořena nedávným přehledem literatury (Weisz & Cikara, 2021). Také evoluční teorie předpokládá, že empatie slouží k facilitaci spolupráce a prosociality, dále existuje vztah s chápáním a předvídáním chování druhých (Smith, 2006). Afektivní empatie souvisí s kvalitou dyadických vztahů – k čemuž vede naladění se na druhého v podobě konvergence emocí –, s mírou skupinového úsilí, se spokojeností v zaměstnání a s poskytováním pomoci (Weisz & Cikara, 2021).

Empatická přesnost hraje důležitou roli v navazování blízkých vztahů, jejich udržování a také u manželských párů (Ickes & Hodges, 2013), kde souvisí s poskytováním kvalitnější podpory partnerovi a nižší míře negativní podpory (Verhofstadt et al., 2008). V nedávné metaanalýze 21 studií a 2739 participantů (průměrný věk 28) ze 4 kontinentů (převážně však vyspělých bohatých zemí) byla nalezena malá, ale statisticky významná, asociace mezi empatickou přesností a spokojeností v partnerském vztahu a tento vztah byl silnější pro percipované negativní emoce (Sened et al., 2017). Dále vyšší míra kognitivní empatie a empatické starosti byla spojena s vyšším psychologickým well-beingem a sebevědomím u rodičů a lepší emoční regulací jejich dětí (Manczak et al., 2016).

Empatie hraje roli také ve vyjednávání, zde je však její role odlišná protože 2 lidé v tomto procesu mohou mít opačné cíle. Navíc se ukazuje, že lepší kognitivní empatie (přebírání perspektivy toho s nímž smlouvám) vede k vyšší efektivitě, zatímco afektivní empatie je kontraproduktivní (může však být užitečnější v situacích, kde je třeba tvořit aliance; Longmire & Harrison, 2018; Weisz & Cikara, 2021). V kontrastu s vyjednáváním se empatie ukazuje jako důležitý faktor v prosociálním chování, zvláště když je zaměřené na blízké osoby (Lamm et al. 2019).

Empatie však nemusí nutně vést k pozitivním výsledkům v souladu s rčením „*všeho moc škodí*“<sup>12</sup>. Například v určitém kontextu může být ignorace znalosti myšlenek a pocitů druhého výhodná, pokud je díky tomu přijat více lichotivý pohled na druhého (Ickes & Hodges, 2013). Někteří autoři přímo zdůrazňují výhody klamání sebe sama; příkladem může být bankovní přepadení, kdy si rukojmí zakryje oči, aby nemohl později identifikovat zloděje, a tedy je pro pachatele menší hrozbou, a sám je tak v menším riziku (Kurzban, 2010). Vysoká empatická přesnost může podpořit nespokojenost u lidí s úzkostnou attachmentovou vazbou, navíc se ukazuje, že překročit určitou úroveň přesnosti nemusí vést k pozitivním výsledkům, naopak vyšší přesnost může vést k negativním důsledkům, pokud je citlivá na ohrožení partnerského vztahu, odkryje nepříjemné pravdy, zvýrazní rozdílnost mezi partnery či je využívána coby zbraň v konfliktu (Ickes & Hodges, 2013).

Další potenciaální nevýhodou můžou být negativní fyziologické stavy spojované s empatií, jako je chronický zánětlivý profil u rodičů (Manczak et al., 2016). Dále emoční empatie souvisí s profesním vyhořením – kognitivní složka empatie vykazuje stejnou asociaci – a může existovat vztah, kdy její malá míra vede k apatii, zatímco příliš velká k vyhybání a nejspíš existuje její zdravá adaptivní zóna (Weisz & Cikara, 2021).

Z výzkumů na poli empatické přesnosti, afektivní a kognitivní empatie i s jejich příbuznými pojmy jako empatická starost a emoční regulace vyplývá, že empatie je důležitá, ale její vyšší míra nutně neznamená pozitivní dopady, jelikož je silně závislá na situačních a motivačních faktorech. Určité podmínky mohou, zejména u populací jako jsou lidé s úzkostnými poruchami (Tone & Tully, 2014), vést k negativním důsledkům; ke vzniku a udržování příznaků. Dále optimální fungování daného jedince, v závislosti na situaci, vyžaduje rozdílnou míru určité složky empatie, kdy některá je výhodnější než jiná a zase v odlišných situacích může působit negativně. Zdá se tedy, že je výhodné než být velmi empatický, mít schopnost empatii adekvátně regulovat v závislosti na situaci, a právě empatie v polostrukturovaném rozhovoru STiP-5.1 se tomuto blíží.

### **2.2.5 Empatie a úzkostné poruchy**

Jelikož se osobnostní fungování ukázalo být důležité i u úzkostných poruch a zaznamenáváme mezi nimi komorbiditu (Doering et al., 2018; Heissler et al., 2021), tak by

---

<sup>12</sup> „there can be too much of a good thing“

měl existovat vztah mezi empatií a úzkostnými poruchami. Je se tedy třeba podívat, jak je empatie narušena v této klinické populaci, a jak intervence může být v této oblasti prospěšná, jelikož existují důkazy (Haut et al. 2019) o vyšší prospěšnosti tréninku u osob s nejvyšším narušením empatie na začátku programu. Empatický program pak může být prospěšnější u osob s vyšší závažností osobnostního fungování, které je vůči osobnostním poruchám nižší u osob s úzkostnými poruchami (Heissler et al. 2021).

V nedávné metaanalýze se ukázalo, že OCD (obsedantně kompulzivní porucha) je spojena s nedostatky v rámci teorie mysli a kognitivní empatie, zatímco v případě empatické starosti se nelišila od kontrolní populace (Bora, 2022). U PTSD (Post traumatická stresová porucha) byly nalezeny alterace převážně v rámci emoční empatie, zatímco u některých pacientů je kognitivní složka zachována (Couette et al., 2020). Tento závěr je podpořen i výzkumy využívající zobrazovací metody (Mazza et al. 2015). V případě sociální úzkostné poruchy či sociální fobie je dostupná literatura nejednotná s některými autory argumentující, že je empatie snižena na základě na sebe zaměřené pozornosti, zatímco jiní tvrdí, že díky zvýšené citlivosti těchto pacientů na sociální klíče<sup>13</sup>, může být jejich empatie zvýšená s přehnanou atribuční tendencí připisovat přesvědčení a záměry druhým bez objektivních důkazů. Za pomoci meta-analytické metody bylo nedávno zjištěno, že existuje vztah mezi sociální úzkostí a empatií; pozitivní vztah s emoční empatií a negativní vztah s kognitivní empatií. Je však nutné zmínit, že efekt byl malý a sami autoři nekládají mnoho důvěry v nález v rámci emoční empatie (který byl nejvíce znát u mužské populace), zatímco u kognitivní empatie onen malý efekt byl potvrzen s tím, že je přítomen u populace, která je nad cut-off skóre (Pittelkow et al. 2021). Druhá největší studie z metaanalýzy (Alvi et al. 2020) zkoumala empatickou přesnost a našla negativní vztah s úzkostnou poruchou u složitější kognice (teorie mysli) pro pozitivní emoce, zatímco u nižší (rozpoznávání výrazů tváří) nebyl nalezen vztah.

Výše zmíněné studie a metaanalýzy jsou velmi heterogenní v rámci zahrnutých výzkumů s rozdílnými paradigmaty, metodami sběru dat, definicemi empatie či zahrnutím příbuzných pojmů empatie (Bora, 2022; Couette et al., 2020; Pittelkow et al. 2021), a je

---

<sup>13</sup> cues

tedy celkově těžké vyvozovat závěry; navíc vztah empatie s panickou poruchou a specifickými fóbiemi byl doteď opomíjen.

Co se zdá být jasné je, že empatie je do jisté míry snížena u většiny úzkostných pacientů, ale narušení se liší vzhledem k druhu empatie; emoční nebo kognitivní. Také je třeba brát v potaz možnost, že empatie nebo některé z jejích složek mohou k problému přispívat v rámci internalizujících poruch (Tone & Tully, 2014) zatímco u externalizujících fungují coby protektivní faktor (Decety & Holvoet, 2021). Potenciální negativní vliv empatie na úzkost byla zkoumána v nedávné studii za použití zobrazovacích metod při shlížení obličejů. Výzkum byl proveden na základě předchozích výsledků, z nichž vyplývá, že mnohé mozkové oblasti (amygdala, insula a mediální prefrontální kortext) související s úzkostí jsou aktivované také v rámci empatie. Výsledky naznačují potencionální vliv empatie na úzkost přes procesy obavy a ruminace (Knight et al., 2019). Dále se ukazuje, že vyšší empatická přesnost u lidí s úzkostnou attachmentovou vazbou vede k vyššímu negativnímu hodnocení partnera, a tedy i vyšší pravděpodobnosti, že se vztah rozpadne (Ickes & Hodges, 2013). Nakonec tyto výsledky podporují rozdíly mezi pohlavími, kdy empatie u mužů je více závislá na kontextu, což vede k její snazší kontrole, zatímco ženy muže převyšují v rámci emoční empatie (Christov-Moore et al., 2014), což, v návaznosti na obavy výše, je v souladu s vyšší prevalencí úzkostných poruch u žen (McLean et al. 2011).

Empatie je tedy důležitým faktorem u pacientů s úzkostnými poruchami, ač její přesný vliv je obtížné určit, a terapie by pro tuto populaci mohla být velice prospěšná. Otázkou je však zda pouhé „zvyšování“ této schopnosti bude mít pozitivní efekt. Tato otázka bude zodpovězena v poslední sekci, kde bude empatie přiblížena v rámci osobnostního fungování a jelikož dosud neexistuje studie zkoumající vliv terapie na empatii, následující sekce se bude zabývat jejím potencionálním ovlivněním.

### **2.2.6 Vliv terapie na empatii**

Tato část se bude zabývat vlivem intervencí na změnu empatie. Nejdříve je představena dispoziční empatie ilustrovaná na studiích z behaviorální genetiky (studie na

dvojčatech, GWAS<sup>14</sup>). Následně bude stručně nastíněna široká oblast intervencí, načež budou představeny ty nedávné, které jsou relevantní k problematice empatického fungování; bude prezentován vliv preventivního programu, na meditaci a dyadické interakci založených programů, kognitivně-behaviorálních přístupů, a nakonec motivačních/emočně regulačních přístupů.

### **Genetický základ empatie:**

Jak jsme se dozvěděli v předchozích sekcích, z výzkumů se ukazuje, že empatie sestává z dvojice oddělených přesto interagujících systémů (Abramson et al., 2020, de Waal & Preston, 2017), které můžeme označit jako emoční a kognitivní empatie.

Nedávná metaanalýza užívající studií dvojčat ukázala, že jak emoční, tak kognitivní empatie mají genetický základ. Mezi dvěma složkami empatie byl však nalezen výrazný rozdíl; zatímco u emoční složky byl vliv genů vyšší (48,3 % [41,3 %–50,6 %]), u kognitivní empatie byl nejen nižší (26,9 % [18,1 %–35,8 %]), ale také byl zjištěn slabý vliv sdíleného prostředí 11,9 % [2,6 %–21,0 %]. Výsledky se lišily podle použité metody, ale rozdíl mezi dvěma složkami empatie byl zachován. Studie, především u kognitivní empatie, podporuje možnost ovlivnit empatii intervencí (Abramson et al., 2020).

V behaviorální genetice je znám trend, kdy se vlivy genů zvyšují s rostoucím věkem (Knopik et al., 2018). Metaanalýza zjišťující tento efekt u empatie, však tuto skutečnost nepotvrdila. Na druhou stranu se zdá, že za tímto rozparem stojí fakt, kdy věk dospělých osob byl v rámci jedné každé studie velmi variabilní a přesahoval do dalších studií. Kvůli faktu, že jediná longitudinální studie u batolat výše popsanou závislost na věku potvrdila, je třeba opatrnosti při vyvozování závěrů (Abramson et al., 2020). Navíc studie s odlišným paradigmatem GWAS<sup>15</sup> tento efekt u emoční empatie měřené dotazníkem EQ (empatický kvocient) objevila (the iPSYCH-Broad autism group et al., 2018). Ve stejné studii bylo zjištěno, že dědivost se významně neliší mezi pohlavími, přičemž se potvrdilo, že ženy skórují výše. Na základě GWA byla dědivost 11 % (Tamtéž, 2018). V další studii využívající tento design v rámci kognitivní empatie měřené RTMITE

---

<sup>14</sup> genome wide association studies

<sup>15</sup> genome wide association study

testem byla nalezena dědivost 5,8 % (Warrier et al. 2018). U těchto studií je však nutné brát v potaz design, jelikož konečná dědivost vzniká spojením mnoha malých efektů mnoha genů a velice závisí na velikosti vzorku. Stejná studie (tamtéž, 2018) zjistila dědivost 28 % u monozygotních dvojčat, což můžeme považovat za přibližný strop pro tyto studie, které by měly dojít k podobnému číslu při vyšším množství studovaných genomů.

Na základě těchto výsledků je možné usuzovat, že efekt intervence na empatii by měl být potencionálně vyšší u její kognitivní složky. Je však nutné vzít v potaz, že dědivost empatie nevylučuje vliv prostředí na její změnu a nevysvětluje její vývoj, navíc byl nalezen vliv nesdíleného prostředí, a dokonce menší vliv sdíleného prostředí. Nedávné shrnutí literatury od Heyes (2018) ukazuje, že navzdory předchozím závěrům se ukazuje, že se na vývoji empatie podílí učení a představuje „matching mechanism“ model, kdy dochází k tvoření asociací. Autor se kriticky odkazuje k modelu od de Waal & Preston (2017) a jeho „nativistickému pohledu“ empatie jako specifické schopnosti, zatímco sám nabízí obecný učební mechanismus. de Waal (2021) uvádí, že fenomény, kdy zvířata odpovídající na úzkost druhých a zvýšená citlivost hlodavců po expozici bolesti jiného, jsou „automatické a spouštějí se při první expozici stimulu, takže nemohou být vysvětleny cvičením nebo odměnou“; v dalším, spolu se samotným kritizovaným článkem, však uvádí, že zkušenosti jsou pro empatii důležité (de Waal & Preston, 2017; Preston & de Waal 2017). Z dosavadních studií vyplývá, že empatie se vyvíjí v dynamické interakci s pečující osobou, ač jsou některé aspekty stále debatovány (Decety & Holvoet, 2021).

Navzdory výše zmíněným rozdílům v pojetím vývoje empatie se zdá být poměrně zřejmé, že vliv předchozí zkušenosti naznačuje potenciál efektivnosti intervence na její změnu, která by měla být pravděpodobně snazší u kognitivní složky (Melchers et al., 2016), a nedávná studie (Carlyle et al. 2019) prokázala možnost ovlivnit obě hlavní složky empatie, měřené sebesuzovací škálou a počítačovým testem přisouzení emocionálního stavu výrazům v obličeji, farmakologickou cestou. Není však jasné, zda empatie pouze zraje do určitého věku načež bude vykazovat stabilitu, a tedy resistenci vůči terapeutickému působení u dospělých a dále u pacientů s úzkostnými poruchami. Také

není zcela jasné, jak intervence působí na jednotlivé složky empatie (emoční a kognitivní). V následující sekci bude představen vliv konkrétních intervencí na empatii.

### **Vliv intervence**

Většina intervencí vyvinutých pro facilitaci empatie byla zaměřena na zvyšování pocíťované empatie a její motivační složky empatické starosti (či soucitu/sympatie) vůči konkrétní skupině. Tyto postupy cílily na empatii medicínských studentů vůči jejich pacientům – často populaci důchodového věku –, na empatii vězňů vůči oběťm násilných a jiných trestných činů či empatii obecné populace vůči znevýhodněným skupinám (homosexuálové, postižení, Afroameričani...). Využívané techniky implementují hraní rolí (reálné/představované), instruktáž, audiovizuální média a trénink dovedností; všechny však do jisté míry zahrnují přebírání perspektivy druhého. Méně pozornosti bylo věnováno schopnosti demonstrovat empatické schopnosti vůči druhé osobě (příjemci), což je škoda, jelikož tento způsob se zdá mít nejsilnější vliv. Největším problémem dosavadního výzkumu je nedostatek snahy identifikovat efekt specifických intervencí, jelikož studie často používají několik způsobů dohromady. Co je však jasné je, že největší efekt nastává, když je cíl empatie „*psychologicky blízky*“ jako je tomu mezi partnery. (obsáhlý přehled studií je možné nalézt v Davis & Begovic, 2014).

Preventivní programy zaměřené na konkrétní populaci mohou zvyšovat empatii, jak se ukázalo ve studii Garandea et al. (2022) zkoumající preventivní program zaměřený na šikanu u žáků základních a středních škol. Zjistili, že 9 měsíců po programu se zvedla emoční složka empatie bez ohledu na dispoziční empatii, pohlaví a popularitu, zatímco kognitivní složka empatie zůstala stejná. Tyto výsledky, je však třeba pojímat s vědomím, že je pravděpodobné, že intervence jsou nejefektivnější během doby, kdy se empatie vyvíjí, a tak, se zvyšujícím se vlivem genů, může efektivita slábnout (Tone & Tully, 2014).

### **Dedikované programy na podporu empatie**

V jedné studii zaměřující se na odlišení empatie a soucitu byl zkoumán odlišný vliv intervence na tyto dva koncepty. Z původních 30, dokončilo trénink empatie a následný trénink soucitu 25 žen (studie se účastnily pouze ženy kvůli rozdílné schopnosti v empatii mezi pohlavími – kterýžto názor byl však nedávno zpochybněn Baez et al., 2017), zatímco

kontrolní skupina 28 žen plnila zkoušku paměti. Po provedení všech stádií (měření před, po tréningu empatie a po tréningu soucitu) došlo i po krátké intervenci ke zvýšení subjektivně pocíťované empatie při sledování socio-afektivních videí vyňatých ze zpravodajství a dále ke změnám v aktivaci v aMCC<sup>16</sup> a inzule mozkových centrech spojených s empatií pro bolest. Podobné změny v odlišných centrech byly nalezeny i po tréningu soucitu, avšak na rozdíl od tréningu empatie nevyvolaly negativní, ale pozitivní afekt (Klimecki et al., 2014). V novější longitudinální studii, byla zkoumána mimo afektivní empatie (socio-afektivní modul) také empatie kognitivní (modul zaměřený na přebírání perspektivy druhého) po dobu třech měsíců; první modul byl zaměřen na propojení citů lásky a pečování za pomoci imaginace a následně v meditačních sezeních přenést tyto city na osoby neznámé, problematické a později na všechny. Poté následovalo cvičení v dyádách zaměřené na empatické naslouchání a cvičení zaměřená na rozdíl mezi empatií a soucitem a převedení empatie na soucitné reakce pro utrpení druhého; kognitivní část sestávala z meditace pozorováním a myšlenkami; následně dyadické interakce byly zaměřeny na identifikaci potřeb, přesvědčení a přání, spolu s přebíráním perspektiv. Výzkumu se účastnilo 332 dospělých (20-55 let) a z výsledků vyplývá, že intervence způsobila strukturální změny v rámci oblastí spojovaných s empatií (Anteriorní inzula a Anteriorní cingulární kortex) po afektivním modulu a v oblastech spojovaných s teorií mysli a perspektivami (centrální temporální gyrus, levý ventrolaterální prefrontální kortex) po kognitivním modulu (Valk et al., 2017). Je však nutné dodat a autoři to sami zmiňují, že studie byla provedena na zdravých jedincích a další výzkumy jsou třeba pro zjištění, zda je možné jednotlivé aspekty empatie rozvíjet i u lidí s deficitem. Dále je problém, že takovéto intervence zabírají mnoho času (Weisz et al., 2021). Na druhou stranu tyto výsledky byly, přes malý efekt, nedávno replikovány (Trautwein et al., 2020) a ukazují, že intervence dokáží ovlivnit obě složky empatie podle druhu intervence a tyto změny jsou pozorovatelné na neuronální úrovni.

Další důkazy o potencionální účinnosti intervence na empatii pochází ze studie empatické přesnosti, v níž celkově 45 účastníků (24 v experimentální a 21 v kontrolní skupině) s věkovým rozpětím 18-30 let dokončilo buď sociálně kognitivní trénink

---

<sup>16</sup> antero midcingulate cortex



zaměřený na schopnosti potřebné pro kognitivní empatii nebo počítačové hry. Tréning probíhal po dobu 2-3 týdnů několikrát každý den. Experimentální skupina zaznamenala statisticky významné zlepšení bez ohledu na valenci objektivní testové metody empatie, zatímco kontrolní skupina nikoliv. Důležité zjištění je, že nebyl zaznamenán posun v subjektivně vnímané empatii pomocí dotazníku IRI<sup>17</sup> a ti účastníci s nejnižšími výsledky před programem zaznamenali nejvýraznější posun, což může znamenat strop pro rozvoj empatické přesnosti za pomoci intervence. Nakonec byl nalezen efekt motivace pro tréning na jeho efektivitu (Haut et al., 2019). Dále byl proveden výzkum na 233 nových vysokoškolských studentkách (průměrný věk 18), kdy byla změna empatie vedena přes motivy (pocit ovlivnitelnosti empatie a normy) u 4. skupin (první norma, druhá norma, kombinace a kontrolní skupina). Všechny tři experimentální skupiny zaznamenaly zvýšenou empatickou přesnost i po 8týdenní intervalu. Nejefektivnější intervence by tak měly kombinovat tréning zaměřený na schopnosti spolu s motivy. Efekt se však nepřenese do zvýšené empatie pro neznámé lidi, což je podpořeno předchozími výzkumy empatie (Davis & Begovic, 2014) a výzkumný vzorek byli studenti, kteří pociťující změny spojené s vývojem, mohou přijmout motivy ovlivnitelnosti empatie snáze. (Weisz et al., 2021).

### **Vliv kognitivně behaviorální terapie**

Jedna studie přímo zkoumala efekt CBGT (skupinová kognitivně-behaviorální terapie) na změnu empatie měřené zkouškou empatické přesnosti. Studie se účastnilo 81 participantů na začátku a 37 v následujícím šetření s odstupem jednoho roku. Skupinová psychoterapie zlepšila afektivní empatii pro pozitivní emoce, tento efekt zůstal po odstupu 1 roku a změna v afektivní empatii mediovala zlepšení v sociální úzkosti a tento efekt též zůstal robustní po 1 roce; stejný efekt u negativních emocí nebyl nalezen. Tento vztah nebyl nalezen pro kognitivní empatii (Morrison et al., 2019). Podle autorů však není zcela jasné, zda byla opravdu zlepšena empatie, a ne pouze vyhýbavé chování, které může mít za následek ztrátu vodítek (mimika, pohled do očí). V další studii na 26 korejských pacientech s chronickou bolestí byla empatie, měřená IRI, pozitivně ovlivněna za pomoci 1měsíční KBT (kognitivně behaviorální terapie) ve všech jejích škálách měřících kognitivní a afektivní empatii (Song et al., 2018).

---

<sup>17</sup> Je však nutné dodat, že dotazník zahrnuje i konstrukt podobný spíše sympatii

## **Vyšší míra empatie nebo její dobrá regulace?**

V oblasti intervence zaměřené na empatii je však otázka, zda zvýšená schopnost empatie povede k lepšímu osobnostnímu fungování u pacientů s úzkostnými poruchami. Již dříve (Tone & Tully, 2014) byly vyjádřeny obavy z možnosti, že empatie, přesněji její narušený vývoj, může stát za „internalizujícími“ poruchami mezi něž patří fobie, sociální úzkost, panická porucha a další. V rámci emoční složky se jedná o negativní vliv zvýšené vnímavosti pro negativní emoce druhých, zatímco u kognitivní složky může být příčina problémů přehnaný pocit viny jehož základem je iracionální a přehnaný altruismus. (tamtéž, 2014). Na druhou stranu se empatie sice může podílet na vývoji a udržování úzkostných poruch, dále je však možné, že trénink pod vedením, v rámci přímého tréninku, psychoterapie či komunitní léčby může vést k návratu ke správně fungující empatii, což je v souladu s výše zmíněnou studií, která našla efekt emoční empatie pro pozitivní emoce (Morrison et al., 2019). Navíc (Tone & Tully, 2014) zatímco někteří pacienti s úzkostnými poruchami vykazují vyšší reakce na empatické stimuly, jiní vykazují reakce utlumené, a tedy vztah úzkost-empatie nemusí být lineární. Tento fakt je v souladu s motivačními modely empatické intervence (Weisz & Cikara, 2021), které jednak ukazují rozdílnost mezi odlišnými složkami empatie na jednotlivé sociální důsledky, spolu se závislostí na kontextu, ale především zdůrazňují, namísto pouhého zvyšování empatie, akcentovat motivační faktory proč, kde a v jaké míře jí využívat.

Nakonec v nedávné době se objevily zjištění, která indikují, že potenciálně negativní vlivy empatie mohou být sníženy či úplně odstraněny za pomoci dobré regulace emocí (Decety & Holvoet, 2021; Weisz & Cikara, 2021). Například trénink stoicismu zahrnující negativní vizualizaci, stoickou mentalizaci a reflexi, vedl u medicínských studentů k vyšší reportované kognitivní empatii měřené JSPE (Jeffersonova škála lékařské empatie; Brown et al., 2022). Kromě motivačních přístupů (Weisz et al., 2021) by intervence na základě regulace emocí mohla pomoci vylepšit terapeutické přístupy cílící na složku empatie měřené v rámci osobnostního fungování, což by mohlo být zvláště užitečné pro pacienty s úzkostnými poruchami, a především u těch, jejichž potíže jsou závažnější.

## 2.3 Empatie v dotazníku Stip-5.1.

Alternativní model poruch osobnosti v rámci osobnostního fungování (kritérium A) uvádí definici empatie na jejímž základě jsou vytvořeny položky domény Empatie: „*Chápání a oceňování zkušeností a motivací druhého; tolerance odlišných perspektiv; uvědomování si vlivu vlastního chování na druhé*“ (DSM-5; American psychiatric association, 2013). Na tyto otázky je třeba se podívat podrobněji, jelikož jejich zaměření na kognitivní, afektivní nebo i nepřímou motivační složku (soucit, sympatie) empatie může mít potencionální vliv na interpretaci výsledků. Je však patrné, že zahrnutí ocenění, tolerance a vlastního chování vybočuje z definic empatie dosud představených, a spíše, než dispoziční empatii definují empatické fungování. Určení konkrétního zaměření položek je zvláště důležité u pacientů s úzkostnými poruchami, kdy s některými aspekty empatie je kognitivní složka negativně korelována (OCD), u jiných se neliší od zdravé populace (PTSD), zatímco u dalších je emoční složka empatie pozitivně korelována (Sociální úzkostná porucha; Bora, 2022; Couette et al., 2020; Pittelkow et al., 2021). Empatie měřená v rámci osobnostního fungování se však nelišila mezi jednotlivými úzkostnými poruchami (Doering et al, 2018). Je tedy potenciálně možné, že empatie definovaná v AMPD se zabývá jinými schopnostmi než obecný výzkum empatie. Ale také se může jednat o problém nástrojů, které jsou využívány k měření empatie, jako jsou sebesupozovací škály, jejichž nedostatky jsou popsány v sekci „měření empatie“.

Problém měření empatie při diagnostice osobnostního fungování se ukázal v nedávné české studii (Doubková et al., 2022), v níž byla použita metoda klastrů, kde v rámci facet perspektiv a vlivu vlastního chování na ostatní nebyl nalezen rozdíl mezi klastrem 1 (výsledky kolem 0) zahrnující zdravou kontrolní skupinu a klastrem 2 (výsledky kolem 1) u osob s poruchami nálady a úzkostnými poruchami měřených polostrukturovaným rozhovorem STiP-5.1 (hodnoty 0-4; tamtéž, 2022). Autoři této studie navíc zmiňují možnost, že empatie je konstrukt, jehož určení je z pohledu hodnotitele složité. Toto podporuje fakt, že v rámci studie využívající Stip-5.1 u vězeňské populace byl ICC (intraclass correlation coefficient) – který měří, jak se jednotliví hodnotitelé shodli – nejvyšší u facety chápání druhých (0.90), nižší u perspektiv (0.69) a vlivu vlastního chování na druhé (0.64; Hutsebaut et al., 2021); právě u posledních dvou facet, které

v České studii nerozlišily klastry, se hodnotitelé shodují méně. Navíc hodnocení empatie není problematické pouze v rámci klinických rozhovorů v oblasti osobnostního fungování, ale ve výzkumu empatie obecně (Hall & Schwartz, 2019).

Dále budou diskutovány všechny 3 facety dotazníku STiP-5.1.

### 2.3.1 První faceta empatie: Chápání druhých:

V rámci první facety má dotazovatel najít odpověď na dvě následující otázky (Hutsebaut et al., 2014):

1. *Dokáže dotazovaná osoba adekvátně sledovat a chápat linii myšlení a emocionálního světa druhého?*
2. *Je dotazovaná osoba schopna rozpoznat a porozumět myšlenkám a pocitům druhého odděleně od svých vlastních? Má dotazovaná osoba tendenci být obzvláště citlivá na některé emoce ze strany druhého (např. hněv, odmítnutí, opuštění), které mohou jasně vykreslit interpretaci záměrů druhých?*

Podle podtržených slov je jasné, že první faceta zkoumá obsah empatie, který je jádrem její kognitivní složky popsané v předchozích sekcích. Faceta však neměří čistou dispoziční empatii, ale její zdravé fungování, jelikož se ptá nikoliv pouze na míru, do jaké je člověk schopen porozumět myšlení a pocitům druhých, ale také specificky na proces, kvůli kterému může dojít k omylu: otázka „*Do jaké míry máte tendenci domýšlet si, co si ostatní myslí nebo, co cítí*“ a výše uvedené zaměření na specifické emoce.

Nakonec tato faceta obsahuje pouze jednu otázku (nepovinnou), která spíše, než na kognitivní složku empatie míří na nedostatek v emoční empatii, když se ptá, zda má pacient „*tendenci u druhých hledat zranitelná místa*“. Například u psychopatů, kteří jsou schopni identifikovat zranitelné oběti i podle způsobu chůze (Book et al., 2013), je zaznamenán problém v rámci afektivní empatie, nikoliv její kognitivní složky (Blair, 2005), jelikož vyšší míra emoční empatie by vyhledávání zranitelných míst zabránila, zatímco kognitivní složka ho může umocnit.

Otázka položená sebeposuzovacím dotazníkem LPFS-BF 2.0 (Bach & Hutsebaut, 2018) se ptá pouze na jádro otázky této facety: „*Mám často potíže porozumět myšlenkám a pocitům druhých.*“ Jak rozhovor, tak dotazník měří poměrně čistou kognitivní empatii.

### 2.3.2 Druhá faceta empatie: Tolerance různých perspektiv

Druhá faceta hledá odpověď na tyto dvě otázky (Hutsebaut et al., 2014):

1. *Je dotazovaná osoba schopna rozpoznat a porozumět tomu, že druzí mohou mít na věci jiný názor?*“

2. *Jak dotazovaná osoba vnímá ty, kteří mají na věci jiný názor?*

Tato položka se podobně jako první zaměřuje na kognitivní aspekt empatie, přičemž se od porozumění přesouvá spíše k tomu, co popisuje teorie mysli či pojetí kognitivní empatie de Waala (2003), který ji považuje za schopnost dívat se očima druhého.

Dále se druhá faceta liší od první tím, že se zaměřuje na ocenění perspektivy druhého (než pouhé přejímání perspektivy) a pochopení rozdílnosti. Takový hodnotící prvek může souviset více s emoční regulací nežli pouze s prostou mírou postižení empatie, obzvláště když se ptáme „*Jak dobře dokážete zvládnout to, že má někdo jasně jiný názor nebo pohled, než máte vy?*“ (Hutsebaut et al., 2014). Dobrá regulace emocí však může být zvláště důležitá u úzkostných klientů, jelikož může odstranit nežádoucí důsledky vyšší emoční empatie (Weisz & Cikara, 2021). Složky empatie se v rámci emoční regulace liší. V nedávné studii (Thompson et al., 2022) byl nalezen vztah narušené emoční regulace u vyšší emoční empatie, zatímco u kognitivní byl vztah opačný. Nakonec je zde zahrnuté i potencionální „ohrožení“ cizími názory a otázka na tvrdohlavost. Existuje možnost, že zahrnutí emoční regulace a tvrdohlavosti může ztížit hodnocení; tento problém může být výraznější, jelikož je obsažen v povinných otázkách, nikoliv pouze v těch doplňujících, na rozdíl od první facetu, kde všechny hlavní otázky cílí na jeden koncept. Fakt, že lepší schopnost regulovat emoce souvisí s vyšší kognitivní empatií (tamtéž, 2022), která je rozhovorem zjišťována, může problém snížit, ale přesto se jedná o dva odlišné koncepty.

Dotazník LPFS-BF 2.0 (Bach & Hutsebaut, 2018) se ptá na tuto facetu následovně: „*Často je pro mě těžké snést, že mají druzí odlišný názor, než mám já*“, a tak dále posouvá zaměření položky od kognitivní empatie k emoční regulaci. Celkově rozhovor cílí na kognitivní empatii a potencionálně emoční regulaci, zatímco dotazník dává důraz právě na druhý koncept.

### 2.3.3 Třetí faceta empatie: porozumění vlivu vlastního chování na druhé

Třetí faceta hledá odpověď na následující otázku (Hutsebaut et al., 2014):

*Dokáže dotazovaná osoba pochopit a odhadnout dopad svého chování na druhé?*

Poslední faceta se opět zaměřuje na kognitivní empatii, ale tentokrát je zaměřena nikoliv pouze na perspektivu druhého, ale také vlastní chování. Potencionálně je možné, že otázka bude problematická ve dvou aspektech:

- 1) Schopnost pacienta mluvit o dopadech na druhé může být negativně ovlivněna zaměřením na vlastní osobu zvláště, když na sebe zaměřená ruminace ohledně stavů druhých může mít na úzkostné pacienty negativní vliv (Tone a Tully, 2014).
- 2) Vyšetřující může mít potíže zachycení schopnosti empatie, když se otázka dotýká sebe-reflexivních schopností spolu s empatií. Dále doplňující otázky zkoumají překvapení („stane se někdy, že jste překvapený/á vlivem...“) a zmatení („býváte někdy zmatený...“) čímž zjišťují selhání kognitivní empatie.

Poslední faceta dotazníku LPFS-BF 2.0 (Bach a Hutsebaut, 2018) hledá odpověď na toto tvrzení: „Často plně nerozumím tomu, proč má moje chování určitý vliv na ostatní“, tento význam je totožný s položkou polostrukturovaného rozhovoru.

### 2.3.4 Shrnutí:

Celkově všechny 3 facety dotazníku STiP-5.1 zjišťují narušení v oblasti kognitivní empatie (porozumění a přebírání perspektivy) a vzhledem k důkazům o vlivu intervence na kognitivní i emoční empatii představené v předchozí sekci, by mělo dojít ke snížení narušení empatie. Ke změně by mělo dojít ve všech položkách i přestože některé potencionálně měří i další konstrukty, což je, jak bylo zmíněno v sekci měření empatie výše, je však případ i nepoužívanějších nástrojů (IRS a EQ) ve výzkumu empatie obecně.

### **3 Empirická část**

V teoretické části byl představen alternativní model osobnostního fungování (AMPD) uvedený v sekci III DSM-V spolu s dosavadními výzkumy této oblasti, používanými nástroji a zkoumanou populací. Dále byl prezentován hlavní předmět této práce, jímž je empatie. Jde o konstrukt, který je jedním ze 4 kritérií pro hodnocení celkové úrovně osobnostního fungování podle kritéria A v alternativním modelu (AMPD). Dosud žádná studie se nezabývala vlivem psychoterapeutického pobytu na změnu empatie měřenou pomocí polostrukturovaného rozhovoru Stip.5.1 a tato diplomová práce je pilotní studií zachycení změny v této oblasti. Dále byl v teoretické části představen pojem empatie s jeho historickým kontextem, odlišením od příbuzných pojmů, problematickým definováním, hlavními složkami, způsobem a problémy jeho zkoumání, hlavními dopady a vztahem s úzkostnými poruchami. Následně byly představeny genetické výzkumy – poukazující na potencionální snazší ovlivnitelnost kognitivní složky empatie – a dosavadní výzkum vlivu meditace, terapie a jiných intervencí na empatii. Nakonec byly krátce diskutovány položky polostrukturovaného rozhovoru v rámci empatie, které zahrnují takřka výhradně její kognitivní složku.

V empirické části budou popsány cíle výzkumu, hypotézy, plynoucí z teoretické části, výzkumné soubory, způsob sběru dat s realizací výzkumu a použité nástroje. Následně budou představeny výsledky analýz, které budou dále v diskusi interpretovány a porovnány s dosavadními výsledky. Nakonec jsou prezentovány limity práce s doporučeními pro budoucí výzkum.

#### **3.1 Cíl a výzkumné otázky**

##### **3.1.1 Cíl výzkumu**

Žádná z předchozích studií nezkoumala změnu osobnostního fungování v rámci psychoterapeutického pobytu za pomoci rozhovoru Stip-5.1. Již dříve se objevily názory, že osobnostní fungování je důležitým faktorem u jiných poruch, než jsou pouze poruchy osobnosti (Widiger, 2003). Z předchozích studií vyplývá, že osobnostní fungování je důležitým faktorem u úzkostných poruch. (Doering et al., 2018; Doubková et al., 2022; Heissler et al., 2021).

Jedním ze dvou aspektů osobnostního fungování je interpersonální škála a její složka empatie. Měření tohoto konstruktů je zvláště obtížné (Hall & Schwartz, 2019). V rámci osobnostního fungování někteří výzkumníci uvedli doporučení, aby nástroje v rámci této složky podněcovaly introspekci namísto podávání přímých dotazů (Hummelen et al., 2021), což je právě bráno v potaz v rozhovoru STIP-5.1, který používá obecné otázky typu: „*Do jaké míry jste zpravidla schopni/schopna porozumět tomu, co přesně ostatní cítí, co si myslí, nebo co chtějí... co v tomto ohledu děláte dobře a co méně dobře?*“ (Hutsebaut et al., 2014).

Empatie se nejčastěji dělí na její afektivní/emoční a kognitivní složku (Cuff et al., 2016; Hall & Schwartz, 2019). Obě složky se od sebe odlišují, a tedy i jejich potencionální ovlivnění za pomoci terapie závisí na tom, která složka je zkoumána a jaké intervence jsou použity (Blair, 2005; Shamay-Tsoory et al., 2009). Jak bylo ukázáno v teoretické části, konceptualizace empatie v rámci osobnostního fungování původně vychází ze schopnosti mentalizace (Bender et al., 2011). Všechny tři facetly empatie rozhovoru STIP-5.1 se tudíž zabývají kognitivní empatií. Některé z facetů však zahrnují i jiné faktory, kdy druhá obsahuje otázky připomínající koncepty sympatie/soucitu či emoční regulace, zatímco třetí přesouvá pozornost částečně i k vlastnímu chování. Vzhledem k převážnému kognitivnímu zaměření položek a faktu, že experimentální studie dokazují lepší empatickou přesnost s kognitivní empatií při přítomnosti dispozičních charakteristik i při umělém navození systematického myšlení (Ma-Kellams & Lerner, 2016), by KBT skupinová psychoterapie s psychodynamickými prvky měla mít vliv na úroveň empatického fungování.

Cílem diplomové práce bylo na základě polostrukturovaného klinického rozhovoru STIP-5.1 zachytit změnu v empatii u úzkostných pacientů po absolvování 7týdenního KBT psychoterapeutického pobytu s prvky dynamické terapie, který probíhal v rámci NUDZ (Národní ústav duševního zdraví). Dále bylo cílem zjistit, zda je postižení závažnější u úzkostných pacientů, zda míra úzkostných symptomů souvisí s úrovní empatického fungování a zda existuje vztah mezi empatií měřenou za pomoci polostrukturovaného rozhovoru STIP-5.1 a dotazníku LPFS-BF 2.0.



### 3.1.2 Formulace výzkumných otázek a hypotéz

#### **Změní se úroveň empatického fungování měřená pomocí polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 po absolvování psychoterapeutickém pobytu?**

Předchozí výzkumy ukázaly, že kognitivní empatie je potenciálně více ovlivnitelná než emoční empatie (Abramson et al., 2020; Warrier et al., 2018), efekt je pozorovatelný na neuronální úrovni (Trautwein et al., 2020; Valk et al., 2017) a empatická přesnost – která je jí blízká – je ovlivnitelná za pomoci tréningu (Haut et al., 2019). Výzkum vlivu KBT na změnu empatie je sporný, kdy jedna studie vztah neprokázala (Morrison et al., 2019), zatímco druhá ano (Song et al., 2018); obě studie však měly malý výzkumný vzorek 27 a 26 participantů. Na základě těchto výsledků se dá předpokládat, že terapeutický pobyt povede ke zvýšení úrovně empatického fungování (snížení skóru). Ke změně by mělo dojít ve všech facetách, přičemž největší změna se dá předpokládat v rámci facetu chápání druhých, která nejlépe zachycuje kognitivní složku empatie, již zkoumaly výzkumy zmíněné výše.

*H<sub>01</sub> – Úroveň empatického fungování, měřená polostrukturovaným klinickým rozhovorem STiP-5.1 před a po psychoterapeutickém pobytu, se nebude lišit*

*H<sub>A1</sub> – Úroveň empatického fungování, měřená polostrukturovaným klinickým rozhovorem STiP-5.1 se po absolvování psychoterapeutického pobytu zvýší*

#### **Existuje rozdíl mezi pacienty s úzkostnou poruchou a kontrolními subjekty z běžné populace v úrovni empatického fungování?**

Na základě předchozích důkazů o nižší úrovni empatického fungování u pacientů s úzkostnými poruchami (Doering et al., 2018; Doubková et al., 2022) byla formulována následující hypotéza:

*H<sub>02</sub> – Mezi pacienty s úzkostnou poruchou a kontrolními subjekty v rámci úrovně empatického fungování není rozdíl*

*H<sub>A2</sub> – Pacienti s úzkostnými poruchami budou skórovat statisticky významně hůře v rámci úrovně empatického fungování než kontrolní subjekty ze zdravé populace*

#### **Existuje vztah mezi mírou úzkostných symptomů a úrovní empatického fungování?**

Metaanalýzy ukázaly, že kognitivní empatie je mírně snižená u pacientů s OCD (Bora, 2022) a sociální fóbií (Pittelkow et al., 2021; Alvi et al., 2020), které jsou charakterizovány úzkostnými symptomy. Dá se tedy předpokládat, že míra úzkostných symptomů bude souviset s empatií.

*H<sub>03</sub> – Mezi mírou úzkostných symptomů a úrovní empatického fungování neexistuje vztah.*

*H<sub>A3</sub> – Mezi mírou úzkostných symptomů a úrovní empatického fungování existuje pozitivní vztah.*

### **Existuje vztah mezi empatií měřenou rozhovorem STiP-5.1 a dotazníkem LPFS-BF 2.0**

Mezi některými metodami, které měří kognitivní empatii, někdy není nalezen vztah (Melchers et al., 2016) nebo je vztah přímo negativní, ale většinou je mezi nimi nalezen slabý pozitivní vztah (Hall & Schwartz, 2019). Dále sebesuzovací metody vykazují nižší velikost účinku intervencí než objektivní metody (Teding van Berkhout & Malouff, 2016), jelikož však oba nástroje použité v této diplomové práci vycházejí ze škály LPFS, a definice empatie je tedy shodná<sup>18</sup>, měl by mezi nimi být nalezen pozitivní vztah.

*H<sub>04</sub> – mezi empatií měřenou rozhovorem STiP-5.1 a dotazníkem LPFS-BF 2.0 neexistuje vztah.*

*H<sub>A4</sub> – mezi empatií měřenou rozhovorem STiP-5.1 a dotazníkem LPFS-BF 2.0 existuje pozitivní vztah.*

## **3.2 Výzkumný soubor a realizace výzkumu**

### **3.2.1 Výzkumný a kontrolní soubor**

Výzkumný soubor tvořilo 50 pacientů diagnostikovaných s neurotickými poruchami při vstupním vyšetření, kteří se účastnili 7týdenní pobytové léčby, jež obsahovala skupinovou KBT (kognitivně behaviorální terapii) s psychodynamickými prvky. Všech 50 pacientů po vstupním lékařském vyšetření a podepsání informovaného souhlasu dokončilo

---

<sup>18</sup> Metody, mezi nimiž byl nalezený vztah v dosavadním výzkumu jsou velmi heterogenní; liší se definicí empatie, zahrnutými složkami empatie nebo zaměřením na konkrétní schopnost zahrnutou v jedné ze složek.

úvodní rozhovor, následnou režimovou léčbu, rozhovor následující po léčbě a vyplnilo dotazníky po prvním a druhém rozhovoru.

Výzkumný soubor se dále dělil na pacienty hospitalizované na oddělení (N = 28) a docházející do denního stacionáře (N = 22). Program probíhající v NUDZ od pondělí do pátku pro skupinu hospitalizovanou na oddělení sestával ze skupinové KBT (kognitivně behaviorální terapie), která probíhala dvakrát týdně se zaměřením na plánování, každodenní komunitní setkání, nepravidelné relaxace, nácviky asertivity, ergoterapii (porady týmů), společné expozice, životopisné skupiny a také dynamické skupiny. Program od pondělí do pátku pro skupinu docházející do denního stacionáře sestával z KBT obdobně zaměřené, která v této skupině probíhala 3krát týdně, každodenní relaxace a komunitních setkání s 3x přidanou patnáctiminutovou expozicí, 2krát životopisné skupiny, 2krát nácviku asertivity, 2x životopisné skupiny, a nakonec dynamické skupiny.

Kontrolní soubor tvořilo celkově (N=19) osob bez medikace a psychiatrické hospitalizace v anamnéze. Z celkového počtu participantů dokončilo oba rozhovory a dotazník záměrný na empatii (N=12) lidí ze zdravé populace. Zdraví participanté byli vyšetřeni po obdobném 7týdenním časovém intervalu bez účasti na režimové léčbě, přičemž nemohli docházet na individuální nebo skupinovou terapii.

### **3.2.2 Realizace výzkumu**

Studie s názvem „Vliv režimové psychoterapie s prvky KBT na změnu funkčních schopností osobnosti měřených STiP-5.1 u pacientů s neurotickými poruchami“ byla realizována v rámci NUDZ (Národní ústav duševního zdraví) pod vedením Mgr. Ing. Sofia Diondet a garantován doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D. Sběr dat výzkumné skupiny probíhal od ledna 2021 do listopadu 2021, zatímco sběr dat kontrolní skupiny probíhal od ledna 2022 do října 2022. Výzkumný projekt byl schválen etickou komisí NUDZ. Veškerá data získaná během výzkumu jsou majetkem NUDZ.

Vyšetření osobnostního fungování vykonávalo 5 examinátorů; studentka doktorského programu Mgr. Ing. Sofia Diondet, trojice studentů navazujícího magisterského studijního programu psychologie Bc. David Linhart, Bc. Nikola Hanušová a Bc. Michaela Škrábová a garant projektu doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D., který jako jediný byl „slepý“ vůči ne/klinickému statusu participantů. Všichni noví examinátoři se účastnili

školení v použití polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 před započítím prvního výzkumného vyšetření, načež nanečisto sami vedli jedno zkušební vyšetření, kdy ostatní examinátoři byli přítomni; způsob administrace a hodnocení examinátoři diskutovali v rámci několika schůzek, jejichž obsahem byla dále reflexe a zpětná vazba od přisedících examinátorů, pod dohledem doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

Jednotlivá vyšetření probíhala v kancelářích o patro níže nebo na příjmovém oddělení, kde byl zajištěn dostatečný klid. Nejdříve byla participantovi vysvětlena podstata výzkumu a administrován informovaný souhlas s dotazníkovými metodami, které po dokončení rozhovoru sám účastník vyplnil a předal na sesterně. Před započítím rozhovoru STiP-5.1 byl každý účastník poučen, že rozhovor bude nahráván a nahrávka uložena v počítači NUDZ po dobu výzkumu a následně smazána. Poté byla pacientovi, na vyžádání, nabídnuta zpětná vazba a sdělení jak a kdy bude probíhat druhý rozhovor. Dále byly za pomoci dotazníku získány osobní údaje (jméno, rok narození, nejvyšší dosažené vzdělání a počet let vzdělání); za pomoci iniciálu, roku narození a čísla vyšetření získal každý pacient kód použitý pro párování. Každý participant zahrnutý do výzkumných dat byl vyšetřen jedním examinátorem na začátku pobytu a poté jiným na jeho konci; žádný participant nebyl vyšetřen dvakrát stejnou osobou.

Kontrolní skupina byla zrekrutována přes sociální sítě za pomoci infografiky zvoucí na účast ve výzkumu s možností získat zpětnou vazbu k fungování vlastní osobnosti pomocí použitých psychologických metod – pozvánka s informacemi pro zdravé participanty je uvedena v příloze 1. Rozhovory probíhaly online za pomoci Microsoft Teams, Zoom a dalších platforem podle možností participanta a opět byl každý participant vyšetřen jiným examinátorem před a po 7týdenním intervalu odpovídajícímu době psychoterapeutického pobytu pacientů z výzkumného souboru.

### **3.3 Metody sběru dat**

#### **3.3.1 Nástroje**

Dotazníkové metody, mimo polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1, byly administrovány pro samostatné vyplnění jak u pacientů hospitalizovaných v NUDZ, tak u zdravých kontrol. Rozdíl spočíval v médiu administrace, kdy pacienti s úzkostnými

poruchami obdrželi dotazníky v papírové formě po přijetí na a před odchodem z oddělení či denního stacionáře. Zatímco zdravé kontroly je obdržely po prvním a druhém online rozhovoru ve formě dotazníků zprostředkovaných online aplikací Goggle forms odkazem zasláným na poskytnutou emailovou adresu.

V rámci výzkumného projektu byly použity dotazníky úzkosti a deprese od Becka (Beck et al., 1988; Beck, 1961), dotazník kvality života (Q-LES-Q-BF) odvozený z původního 93položkového dotazníku (Ruggeri, 2007) a dotazník kvality života od WHO (Dragomirecká, 2006) a zkrácená verze dotazníku LPFS-BF 2.0 (Bach a Hutsebaut, 2018) měřící osobnostní fungování. Dále byl použit dotazník účinných faktorů skupinové psychoterapie (Dubovská et al., 2019), který jako jediný vyplnila pouze výzkumná skupina.

Tato diplomová práce obsahuje výsledky domény empatie a jejích facet z polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 a zkrácené verze dotazníku LPFS-BF 2.0, a ze zbylých dotazníkových metod Beckovy symptomové škály úzkosti a deprese. Se zbylými metodami nebylo dále operováno.

### **Polostrukturovaný rozhovor osobnostního fungování Stip-5.1 (Hutsebaut et al., 2014)**

Rozhovor je zaměřen na diagnostiku osobnostního fungování podle alternativního modelu osobnostních poruch (AMPD) uvedeného v sekci III Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch v jeho páté revizi (DSM-5; American psychiatric association, 2013).

Metoda je administrována formou polostrukturovaného rozhovoru, který obsahuje 28 otevřených otázek spolu s volitelnými doplňujícími otázkami a zkoumá 12 facet, jež se dělí na 4 domény, které dále spadají do dvou hlavních oblastí. Self-škála obsahuje oblast identity a sebe-řízení, zatímco interpersonální škála obsahuje oblasti empatie a intimity. (Hutsebaut et al., 2014)

Každá faceta se hodnotí na základě škály od 0-4 (0 - žádné, 1 - mírné, 2 - střední, 3 - závažné, 4 - extrémní narušení osobnostního fungování) s popisy z každé úrovně (tamtéž, 2014). Nižší skór znamená vyšší úroveň osobnostního fungování. V této práci bylo dále operováno pouze se skórem empatického fungování, které bylo, podobně jako

interpersonální nebo self škála, uděleno celkové skóre na základě uvážení administrátora. Stejný postup byl použit u jednotlivých facet (chápání druhých, tolerance odlišných perspektiv, porozumění vlivu vlastního chování na druhé). Jednotlivé facety empatie s jejich obsahem jsou podrobněji diskutovány v 3. kapitole teoretické části.

Každá faceta má několik povinných otázek a dále otázky doplňkové, které jsou použité v případě kdy dosavadní odpovědi nedostačují pro stanovení skóru. Dále může dotazovatel využít popisy jednotlivých stupňů osobnostního fungování každé facetu k položení kontrolní otázky, která spojí získané informace se zadaným popisem. Nakonec je při potížích s určením skóru možné položit otázky, jež reprezentují 2 stupně osobnostního fungování, mezi nimiž je problém se rozhodnout a nechat dotazovaného vybrat úroveň, která ho/jí více charakterizuje (tamtéž, 2014). Tento systém se svou flexibilitou ukázal být rychlým způsobem k určení stupně osobnostního fungování trávající od 38-50 minut (Hutsebaut et al., 2017), ačkoliv již dříve v případě českého vzorku administrace trvala podstatně déle (45-70 min.), což autoři komentují na základě vlastní zkušenosti, tak že délka stoupá „*se sníženou ochotou sdílet nebo se sníženými introspektivními či verbálními schopnostmi*“ (Heissler et al., 2021).

Jednotlivé facetu empatického fungování dosahovaly dobré shody posuzovatelů u celkového skóru (0.87), facetu perspektiv (0.81), vlivu (0.81), zatímco faceta chápání druhých (0.86) dosahovala excelentní shody (Hutsebaut et al., 2017). V české studii jednotlivé facetu dosahovaly průměrné až excelentní shody posuzovatelů dosahující ICC průměrných hodnot u celkového skóru (0.69), facetu perspektiv (0.69) a vlivu (0.64), zatímco faceta chápání druhých dosahovala excelentní shody (0.90, Heissler et al., 2021). Podobné výsledky jako v české populaci byly získány ve vzorku německé vězeňské populace (Hutsebaut et al., 2021).

### **LPFS-BF 2.0 (Bach a Hutsebaut, 2018)**

Jedná se o krátkou verzi původní škály LPFS (Bender et al., 2011). Nástroj měří self a interpersonální fungování a skládá se z 12 položek a 4 domén, na které se odpovídá pomocí 4 bodové likertovy škály od 0 (velmi/často nepravdivé) přes 1 a 2 (občas/částečně pravdivé/nepravdivé) do 3 (velmi/často pravdivé).

Nástroj se ukázal mít dostatečnou interní konzistenci a slibnou konstruktovou validitu, přičemž dokázal diferenciovat pacienty s a bez diagnózy poruchy osobnosti, čímž se osvědčil jako dostatečně vhodný pro rychlé posouzení osobnostního fungování (Hutsebaut et al., 2016), stejně jako její aktualizace (Bach a Hutsebaut, 2018), jejíž česká verze byla již použita v předchozí studii (Heissler et al., 2021), kde byla se svolením autorů přeložena dvěma nezávislými překladateli a zkontrolována trojicí psychologů. Interní konzistence dosahovala dostatečných hodnot (McDonald's  $\omega = 0.78-0.88$ ). V této práci bylo dále operováno pouze s položkami empatie, pro které byl na základě průměrných hodnot z třech facet vytvořen celkový skóre. Nástroj obsahuje jednu otázku charakterizující každou z facet empatie rozhovoru STiP-5.1 (chápání druhých, tolerance odlišných perspektiv, porozumění vlivu vlastního chování na druhé). Čím vyšší skóre tím nižší úroveň empatického fungování.

#### **Beckův inventář úzkosti (Beck et al., 1988)**

Beckův inventář úzkosti (BAI) byl zkonstruován Beckem et al. v roce 1988. Jeho primárním účelem bylo určit aktuální míru úzkostných příznaků a také odlišit úzkost od deprese. Jedná se o sebesuzovací škálu, která měří jak psychické, tak somatické příznaky úzkosti u osob starších 17 let.

Dotazník se skládá z 21 položek hodnocených na škále od 0 (vůbec), 1 (mírně – moc mě to nerušilo) 2 (středně – bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet) do 3 (vázně – stěžuji jsem to vydržel/a) a jsou zaměřeny na míru v jaké byly jednotlivé úzkostné příznaky obtěžující za poslední týden včetně dne zadání.

Metoda má dobrou vnitřní validitu ( $\alpha = 0.92$ ) a uspokojivý výsledek v test-retestu po jednom týdnu ( $r = 0.75$ ; Beck et al. 1988). Česká verze dotazníku prokázala dobré psychometrické vlastnosti, kdy vnitřní stabilita napříč různými diagnózami dosahovala dobrých ( $\alpha = 0.83$ ) až vynikajících výsledků ( $\alpha = 0.92$ ), přičemž stabilita zůstala vysoká i v test-retestu po jednom týdnu ( $r = 0.9$ ; Kamarádová et al., 2016).

### **Beckův inventář depresivních příznaků (Beck, 1961)**

Beckův inventář depresivních příznaků byl původně vytvořen Beckem v roce 1961 (Beck, 1961) a zaměřuje se jak na psychologické, tak somatické symptomy deprese. Nástroj se skládá z 21 otázek hodnocených na škále od 0 do 3, kdy má dotazovaný vybrat odpověď, která nejvíce odpovídá jeho/jejímu aktuálnímu stavu.

Z metaanalýzy po 25 letech využívání dotazníku dosahovala konstruktová validita dobrých výsledků u klinické ( $\alpha = 0.86$ ) i běžné populace ( $\alpha = 0.81$ ; Beck et al., 1988).

### **3.4 Statistické zpracování dat:**

Data získaná v rámci rozhovorů a dotazníkového šetření byla zpracována za pomoci statistického programu JAMOVI (The jamovi project, 2019) s využitím deskriptivní a induktivní statistiky. K porovnání úrovně empatického fungování měřené polostrukturovaným rozhovorem STiP.5.1 a dotazníkem LPFS-BF 2.0 před a po absolvování 7týdenního terapeutického programu byl využit neparametrický Wilcoxon rank párový t-test. Stejný test byl využit i pro zachycení změny v jednotlivých facetách empatie (chápaní druhých, tolerance odlišných perspektiv, porozumění vlivu vlastního chování na druhé) jak v dotazníku, tak v polostrukturovaném rozhovoru. Pro porovnání skóre empatie, úzkosti a deprese mezi výzkumnou a kontrolní skupinou byl využit Mann-Whitney rank t-test pro nezávislé soubory, který byl dále využit pro porovnání úrovně empatického fungování mezi skupinami podle pohlaví a druhem režimové léčby (oddělení nebo stacionář). Dále byli pacienti rozděleni na 3 skupiny podle výsledku terapeutického pobytu (snížení, zvýšení či empatie beze změny) k jejichž porovnání byla využita jednosměrná neparametrická ANOVA (Kruskal-Wallis) a následná Dwass-Steel-Critchlow-Fligner párová porovnání. Ke zjištění vztahu mezi jednotlivými skóre empatie uvnitř nástrojů a mezi nimi, vztahu úzkosti a deprese s empatií a vztahu věku a počtu let vzdělání s empatií byl použit Spearmanův neparametrický korelační koeficient. Neparametrické testy byly zvoleny na základě výsledků testu normality Shapiro-Wilk, který ukázal výraznou odchylku od normality rozložení, u výzkumného i kontrolního souboru.



## 3.5 Prezentace výsledků

### 3.5.1 Popisná statistika (experimentální skupina)

#### Demografické údaje

Výzkumný soubor byl složen z pacientů s úzkostnými poruchami. Celkový počet pacientů byl ( $N = 50$ ) s průměrným ( $M = 35.6$ ), minimálním (19) a maximálním (63) věkem. Z 50 participantů bylo 31 žen ( $M = 37.4$ ) a 19 mužů ( $M = 32.6$ ).

Dále bylo zjišťováno dosažené vzdělání průměrným počtem let vzdělání od základní školy v celkovém souboru ( $M = 15$ ), u žen ( $M = 15.5$ ) a u mužů ( $M = 14.1$ ). Nejkratší doba studia činila 9 a nejdelší 23 let. Úroveň vzdělání byla také rozdělena do 5 následujících kategorií podle nejvyššího dosaženého vzdělání: základní škola ( $N = 3$ ), střední škola bez maturity ( $N = 4$ ), střední škola s maturitou ( $N = 25$ ), vysoká škola ( $N = 17$ ) a postgraduální studium ( $N = 0$ ). Vzhledem k malému počtu účastníků v první, druhé a páté skupině spolu s faktem, že počet let vzdělání nekoreloval s žádnou proměnnou, nebylo s tímto rozdělením dále operováno. Soubor se dále dělil na pacienty z lůžkového oddělení ( $N = 28$ ) a pacienty docházející do denního stacionáře ( $N = 22$ ).

Zastoupení diagnóz v rámci neurotických pacientů – udělených při příjmovém lékařském vyšetření – bylo následující: Nejčastěji byla přítomna diagnóza z oblasti F41 Jiné anxiózní poruchy ( $N = 31$ ; nejčastější byla F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha  $N = 24$ , F41.0 Panická porucha  $N = 4$  a F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha  $N = 3$ ), dále F42 Obsedantně-kompulzivní porucha ( $N = 7$ ), F40 fobické úzkostné poruchy ( $N = 6$ ; F40.0 Agorafobie  $N = 2$  a F40.1 Sociální fobie  $N = 4$ ), F48 Jiné neurotické poruchy ( $N = 2$ ), F60 Porucha osobnosti ( $N = 2$ ) a F33 Periodická depresivní porucha ( $N = 1$ ).

Z celkového výzkumného souboru dokončilo oba rozhovory a Beckovy škály úzkosti a deprese všichni pacienti, zatímco jeden pacient před a druhý po psychotherapeutickém pobytu nevyplnil dotazník LPFS-BF-2.0, takže velikost souboru se v jednotlivých analýzách dotazníku lehce liší; u korelací ( $N=49$ ), Mann-Whitneyho ( $N=49$ ) a Wilcoxonova ( $N=48$ ) testu.

Celková velikost kontrolního souboru byla ( $N = 19$ ) s průměrným ( $M = 29$ ), minimálním (20) a maximálním (56) věkem. Z účastníků bylo 13 žen ( $M = 33.8$ ) a 6 mužů ( $M = 31.2$ ). Z celkového kontrolního souboru 12 účastníků dokončilo rozhovor STiP-5.1 a dotazník LPFS-BF 2.0 z nichž byli 3 muži a 9 žen.

Tabulka 1: Průměry a směrodatné odchytky skóre empatie STiP-5.1 (před 1 a po terapeutickém pobytu 2)

	V. s. celkem ( $N = 50$ )	V. s. Muži ( $N = 19$ )	V. s. Ženy ( $N = 31$ )	V. s. Oddělení ( $N = 28$ )	V.s. Stacionář ( $N = 22$ )	Kontrolní 1 ( $N = 19$ )	Kontrolní 2 ( $N = 12$ )
Empatie 1	$M = 1,22$ (0,737)	$M = 1,21$ (0,713)	$M = 1,23$ (0,762)	$M = 1,25$ (0,701)	$M = 1,18$ (0,795)	$M = 0,474$ (0,513)	$M = 0,417$ (0,515)
Empatie 2	$M = 1,02$ (0,769)	$M = 1,11$ (0,875)	$M = 0,968$ (0,706)	$M = 1,11$ (0,786)	$M = 0,909$ (0,750)	–	$M = 0,5$ (0,522)
Chápání Druhých 1	$M = 1,46$ (0,885)	$M = 1,37$ (0,831)	$M = 1,52$ (0,926)	$M = 1,46$ (0,881)	$M = 1,45$ (0,912)	$M = 0,632$ (0,761)	$M = 0,5$ (0,798)
Chápání druhých 2	$M = 1,14$ (0,904)	$M = 1$ (0,816)	$M = 1,23$ (0,956)	$M = 1,14$ (0,756)	$M = 1,14$ (1,08)	–	$M = 0,5$ (0,674)
Perspektivy 1	$M = 1,02$ (0,937)	$M = 0,842$ (0,765)	$M = 1,13$ (1,02)	$M = 1$ (0,943)	$M = 1,05$ (0,950)	$M = 0,526$ (0,772)	$M = 0,583$ (0,515)
Perspektivy 2	$M = 0,880$ (0,849)	$M = 1$ (0,816)	$M = 0,806$ (0,873)	$M = 0,929$ (0,813)	$M = 0,818$ (0,907)	–	$M = 0,583$ (0,669)
Vliv 1	$M = 1,12$ (1,02)	$M = 1,11$ (0,875)	$M = 1,13$ (1,12)	$M = 1,14$ (1,04)	$M = 1,09$ (1,02)	$M = 0,526$ (0,612)	$M = 0,583$ (0,515)
Vliv 2	$M = 0,9$ (0,909)	$M = 1$ (0,943)	$M = 0,839$ (0,898)	$M = 0,929$ (0,9)	$M = 0,864$ (0,941)	–	$M = 0,417$ (0,669)

Poznámka: Směrodatné odchytky v závorce pod průměry; V. s. = výzkumný soubor; Kontrolní soubor při prvním (1) a druhém (2) měření.

## Normalita rozložení

Z důvodu relativně malého výzkumného souboru a faktu, že soubor ve výzkumném souboru sestával z klinické populace, buď docházející do denního stacionáře či hospitalizované na lůžkovém oddělení, bylo důležité zjistit jaké jsou parametry normálního rozložení hodnot celkového skóre a jednotlivých facet rozhovoru STiP-5.1, dotazníku LPFS-BF 2.0 a dotazníků BDI a BAI pro zvolení vhodné statistické metody. Byl tedy použit Shapiro-Wilk test. Všechny skóre rozhovoru STiP-5.1 a dotazníku LPFS – BF 2.0 se statisticky významně odklonily od normálního rozložení s hladinou významnosti ( $p =$

<0,01). V případě dotazníků BDI a BAI test normality nevykazoval data bez normálního rozložení v prvním ( $p = 0,459$ ;  $p = 0,163$ ) ani v druhém šetření BDI ( $p = 0,115$ ). Výsledky dotazníku BAI se v druhém šetření významně odklonily od normálního rozložení ( $p = 0,009$ ). Na základě těchto výsledků a vizuální examinace histogramů a QQ grafů jednotlivých proměnných bylo rozhodnuto o použití neparametrických testů v následujících analýzách. Na základě malého vzorku byl stejný postup zvolen pro analýzy výsledků kontrolního souboru a pro jejich porovnání s výzkumným souborem.

Tabulka 2: Průměry a směrodatné odchylky skóreů STiP-5.1, BDI a BAI podle druhu změny následující po terapeutickém pobytu

	E 1 (N = 24; 18; 8)	E 2	CH 1 (N = 22; 22; 6)	CH 2	P 1 (N = 22; 17; 11)	P2	V 1 (N = 25; 16; 9)	V 2
Beze změny	M = 1,21 (0,658)	M = 1,21 (0,658)	M = 1,23 (1,227)	M = 1,23 (1,227)	M = 0,73 (0,767)	M = 0,73 (0,767)	M = 0,76 (0,831)	M = 0,76 (0,831)
BDI	M = 26,54 (9,847)	M = 12,54 (8,283)	M = 25,68 (11,374)	M = 12,55 (5,861)	M = 27,32 (9,383)	M = 14,32 (7,377)	M = 26,32 (10,347)	M = 12,4 (7,433)
BAI	M = 21,42 (10,894)	M = 14,04 (11,114)	M = 18,32 (7,415)	M = 13,14 (8,919)	M = 21,55 (10,514)	M = 13 (7,862)	M = 20,52 (11,666)	M = 11,48 (8,617)
Snížení	M = 1,56 (0,616)	M = 0,5 (0,618)	M = 1,91 (0,610)	M = 0,77 (0,612)	M = 1,77 (0,831)	M = 0,47 (0,624)	M = 2,06 (0,854)	M = 0,56 (0,629)
BDI	M = 31,33 (9,324)	M = 15,56 (7,943)	M = 30,05 (9,404)	M = 14,55 (9,758)	M = 32,12 (10,517)	M = 13,88 (8,291)	M = 30,56 (10,633)	M = 16,88 (8,586)
BAI	M = 27,5 (12,913)	M = 13,22 (8,171)	M = 28,32 (13,810)	M = 14,05 (10,344)	M = 27,59 (13,029)	M = 12,24 (8,400)	M = 31,13 (11,313)	M = 19,75 (11,234)
Zvýšení	M = 0,5 (0,756)	M = 1,63 (0,744)	M = 0,67 (0,816)	M = 2,17 (0,983)	M = 0,46 (0,688)	M = 1,82 (0,603)	M = 0,44 (0,527)	M = 1,89 (0,928)
BDI	M = 20,88 (13,421)	M = 10,75 (6,923)	M = 23,67 (12,078)	M = 11,83 (8,519)	M = 20,09 (10,104)	M = 10,55 (8,881)	M = 24,56 (11,609)	M = 9,67 (6,782)
BAI	M = 22,63 (13,298)	M = 15,63 (9,149)	M = 27,33 (13,049)	M = 17 (11,009)	M = 22,46 (13,352)	M = 18,73 (13,587)	M = 19,89 (9,649)	M = 10,78 (4,147)

Poznámka: Směrodatné odchylky v závorce pod průměry. N = (beze změny; snížení; zvýšení) E = empatie; CH = chápání druhých; P = perspektivy; V = vliv (1 = před pobyt, 2 = po pobyt); Skóre BDI a BAI pro každý soubor před a po terapeutickém pobytu

## Polostrukturovaný rozhovor STiP-5.1

V tabulce 1 jsou uvedeny skóry úrovně empatického fungování měřené polostrukturovaným rozhovorem STiP-5.1. Průměrné skóry zaznamenaly snížení jak v celkové empatii, tak ve všech facetách a napříč všemi sledovanými charakteristikami značíc zlepšení empatického fungování; pouze u mužů se lehce zvýšily v rámci facety perspektiv.

Tabulka 3: Průměry a směrodatné odchylky skórů empatie LPFS-BF 2.0 (před 1 a po terapeutickém pobytu 2)

	V. s. celkem (N = 49)	V. s. Muži (N = 18)	V. s. Ženy (N = 31)	V.s. Oddělení (N = 28)	V.s. Stacionář (N = 22)	Kontrolní (N = 19)	Kontrolní 2 (N = 12)
LPFS – Empatie 1	M = 0,939 (0,622)	M = 0,944 (0,551)	M = 0,935 (0,669)	M = 0,938 (0,578)	M = 0,939 (0,687)	M = (0,487)	M = 0,389 (0,489)
LPFS – Empatie 2	M = 0,980 (0,708)	M = 1,04 (0,777)	M = 0,944 (0,673)	M = 1 (0,686)	M = 0,955 (0,751)	–	M = 0,333 (0,586)
LPFS – Chápání druhých 1	M = 0,939 (0,775)	M = 0,944 (0,725)	M = 0,935 (0,814)	M = 0,963 (0,808)	M = 0,909 (0,75)	M = (0,841)	M = 0,333 (0,651)
LPFS – Chápání druhých 2	M = 1,04 (0,889)	M = 1,05 (0,911)	M = 1,03 (0,890)	M = 1 (0,92)	M = 1,09 (0,868)	–	M = 0,417 (0,669)
LPFS – Perspektivy 1	M = 0,898 (0,895)	M = 0,833 (0,857)	M = 0,935 (0,929)	M = 0,889 (0,847)	M = 0,909 (0,971)	M = (0,607)	M = 0,5 (0,674)
LPFS – Perspektivy 2	M = 1,04 (1,02)	M = 1,11 (1,15)	M = 1 (0,947)	M = 1,22 (1,12)	M = 0,818 (0,853)	–	M = 0,333 (0,651)
LPFS – Vliv 1	M = 0,980 (0,854)	M = 1,06 (0,873)	M = 0,935 (0,854)	M = 0,963 (0,940)	M = 1 (0,756)	M = (0,692)	M = 0,333 (0,651)
LPFS – Vliv 2	M = 0,857 (0,935)	M = 0,947 (1,03)	M = 0,800 (0,887)	M = 0,778 (0,934)	M = 0,955 (0,95)	–	M = 0,250 (0,622)

Poznámka: Směrodatné odchylky v závorce pod průměry; V. s. = výzkumný soubor; Kontrolní soubor při prvním (1) a druhém (2) měření.

Při pohledu na rozdíly mezi skupinami se na první pohled ukazuje, že míra úrovně empatického fungování je horší před začátkem psychoterapeutického pobytu než po jeho absolvování. Ženy před absolvováním pobytu vykazují lehce horší úroveň empatického fungování v rámci facety chápání druhých a perspektiv než muži, zatímco celkové skóre a faceta vlivu jsou srovnatelné; po absolvování pobytu jsou ženy charakterizovány nižšími

skóry, a tedy lepším empatickým fungováním s výjimkou facety chápání druhých. Pacienti z oddělení se nezdají být příliš odlišní od těch docházejících do denního stacionáře.

Nakonec na základě zjištění Wilcoxonova testu – reportovaného v následujících sekcích – bylo zjištěno, že došlo ke zlepšení úrovně empatického fungování přibližně u poloviny pacientů ve všech facetách. Na základě tohoto výsledku byly vytvořeny 3 skupiny; snížení, zvýšení, beze změny. Průměry a směrodatné odchylky jsou uvedeny v tabulce 2. Z tabulky vyplývá, že skupina, u níž došlo ke zlepšení dosahovala nejhorší úroveň empatického fungování na začátku, zatímco skupina, která se zhoršila nejlepší a skupina beze změny mezi nimi; stejné výsledky vyplývají ze skóre úzkosti a deprese.

### **LPFS-BF 2.0**

V rámci sebeposuzovacího dotazníku LPFS-BF 2.0 jsou rozdíly před a po absolvování psychoterapeutického pobytu menší než ty pozorované na základě polostrukturovaného rozhovoru a dále se ukazuje, že kromě facety vlivu jdou v opačném směru; došlo ke zvýšení skóre, a tedy horšímu empatickému fungování.

Mezi jednotlivými skupinami nejsou pozorovány výrazné rozdíly ani podle pohlaví ani druhu pobytu. Výjimkou je faceta perspektiv, kdy se muži více zhoršili, než ženy a pacienti z oddělení skórují výše než pacienti z DS.

### **BDI**

V rámci dotazníku zjišťujícího míru pocíťovaných depresivních symptomů je vidět snížení skóre po absolvování psychoterapeutického pobytu v celém výzkumném i kontrolním souboru. Průměrné skóre depresivních symptomů výzkumného souboru jsou vyšší u žen – rozdíl je nižší po absolvování pobytu. Rozdíly mezi pacienty oddělení a denního stacionáře jsou nižší, ale přesto je vidět vyšší míra depresivních symptomů pacientů z oddělení. Průměry a směrodatné odchylky pro šetření před a po psychoterapeutickém pobytu jsou uvedeny v tabulce 4.

## BAI

V rámci dotazníku zjišťujícího míru pocíťovaných úzkostných symptomů je vidět snížení po absolvování psychoterapeutického pobytu v celém výzkumném i kontrolním souboru. Průměrné skóry ukazují vyšší míru úzkostných symptomů u žen – rozdíl je nižší po absolvování pobytu. Rozdíly mezi pacienty oddělení a denního stacionáře jsou nižší, ale přesto je vidět vyšší míra úzkostných symptomů pacientů z oddělení. Průměry a směrodatné odchylky pro vyšetření před a po psychoterapeutickém pobytu jsou uvedeny v tabulce 4.

Tabulka 4: Průměry a směrodatné odchylky skóru BDI a BAI (před 1 a po 2 psychoterapeutickém pobytu)

	V. s. celkem (N = 50)	V. s. Muži (N = 19)	V. s. Ženy (N = 31)	V. s. Oddělení (N = 28)	V. s. Stacionář (N = 22)	Kontrolní 1 (N = 19)
BDI 1	M = 27,4 (10,7)	M = 21,6 (10,6)	M = 30,9 (9,29)	M = 27,9 (11,2)	M = 26,6 (10,2)	M = 5,68 (6,69)
BDI 2	M = 13,3 (8,01)	M = 12,6 (8,52)	M = 13,8 (7,79)	M = 14,5 (8,93)	M = 11,9 (6,56)	– –
BAI 1	M = 23,8 (12,1)	M = 15,5 (8,01)	M = 28,9 (11,5)	M = 25,3 (12,6)	M = 21,9 (11,4)	M = 3,47 (3,08)
BAI 2	M = 14 (9,68)	M = 11,5 (7,72)	M = 15,5 (10,5)	M = 15,8 (9,49)	M = 11,7 (9,64)	– –

Poznámka: Směrodatné odchylky v závorce pod průměry; V. s. = výzkumný soubor; Kontrolní soubor 1

### 3.5.2 Popisná statistika (kontrolní skupina)

Jak celý kontrolní soubor (N = 19), tak ti, kteří dokončili oba rozhovory (N = 12), vykazují výrazně nižší skóry než skupina úzkostných pacientů, jak v rámci empatie měřené rozhovorem (tabulka 1), tak té sebeposouzené (tabulka 3). U skupiny, která dokončila obě vyšetření, nejsou patrné výrazné rozdíly mezi vyšetřeními.

Kontrolní soubor, který dokončil obě vyšetření je poměrně malý, ale podle doporučení Dwivedi et al., (2017), splňuje minimální požadavek osmi párů pro provedení Wilcoxonova testu.

### 3.5.3 Testování hypotéz

#### Empatie STiP-5.1

Tabulka 5: Wilcoxon rank test pro srovnání empatie před a po psychoterapeutickém pobytu pro výzkumný soubor a výsledků s odstupem u kontrolního souboru v rámci skóre STiP-5.1 a LPFS – BF 2.0

	Soubor	N	W statistika	p	Medián		Cohenovo d
					Před	Po	
E 1–2	experimentální	50	238	0,081	1	1	0,2556
	kontrolní	12	6	0,766	0	0,5	-0,125
Ch 1–2	experimentální	50	295	0,027	2	1	0,3503
	kontrolní	12	7,5	1	0	0	0
P 1–2	experimentální	50	240	0,386	1	1	0,1333
	kontrolní	12	7,5	1	0	0,5	0
V 1–2	experimentální	50	212	0,174	1	1	0,2012
	kontrolní	12	14	0,484	1	0	0,232
LPFS E 1–2	experimentální	48	265	0,288	1	1	-0,0446
	kontrolní	12	9,5	0,684	0,167	0	0,105
LPFS Ch 1–2	experimentální	48	128	0,761	1	1	-0,0422
	kontrolní	12	4	0,850	0	0	-0,105
LPFS P 1–2	experimentální	48	99	0,214	1	1	-0,1543
	kontrolní	12	4,5	0,586	0	0	0,232
LPFS V 1–2	experimentální	48	220,5	0,241	1	1	0,1642
	kontrolní	12	4	0,773	0	0	0,162

Poznámka: E = empatie; CH = chápání druhých; P = perspektivy; V = vliv; (1–2) = srovnání před a po

Skóre empatického fungování měřené polostrukturovaným klinickým rozhovorem STiP-5.1 u úzkostných pacientů, byly porovnány před a po psychoterapeutickém pobytu neparametrickým Wilcoxonovým testem. V průměru úzkostní pacienti skórovali v rámci celkové úrovně empatického fungování, facety perspektiv a vlivu hůře před než po psychoterapeutickém pobytu. Tento rozdíl se neukázal být statisticky významný. V průměru úzkostní pacienti skórovali v rámci facety chápání druhých hůře před, než po psychoterapeutickém pobytu. Tento rozdíl se ukázal být statisticky významný. Terapeutický pobyt se zdá mít významný efekt pouze v případě facety chápání druhých, avšak celkový skóre se statistické významnosti blíží. Výsledky statistické analýzy jsou uvedeny v tabulce 5.

Skóry empatického fungování měřené pomocí polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1 u kontrolního souboru, byly s odstupem porovnány neparametrickým Wilcoxonovým testem. V průměru zdraví participantů skórovali v rámci celkové úrovně empatického fungování lépe a, v případě facety vlivu, hůře během prvního než druhého měření. Tento rozdíl nebyl statisticky významný. V průměru kontrolní soubor v rámci facety chápání druhých a vlivu skóroval totožně. Na základě výsledků se zdá, že empatie se mezi měřeními u zdravých jedinců nemění. Výsledky statistické analýzy jsou uvedeny v tabulce 5.

### **Empatie LPFS-BF 2.0**

Skóry empatického fungování měřené dotazníkem LPFS-BF 2.0 u úzkostných pacientů, byly porovnány před a po psychoterapeutickém pobytu neparametrickým Wilcoxonovým testem. V průměru úzkostní pacienti skórovali v rámci celkové úrovně empatického fungování, facety chápání druhých a facety perspektiv níže před než po psychoterapeutickém pobytu. Tento rozdíl nebyl statisticky významný. V průměru úzkostní pacienti skórovali v rámci facety vlivu výše před než po psychoterapeutickém pobytu. Tento rozdíl nebyl statisticky významný. Na základě výsledků se zdá, že psychoterapeutický pobyt nemá vliv na změnu sebesouzené empatie. Výsledky statistické analýzy jsou uvedeny v tabulce 5.

Skóry empatického fungování měřené dotazníkem LPFS-BF 2.0 u kontrolního souboru byly s odstupem porovnány neparametrickým Wilcoxonovým testem. V průměru zdraví participantů skórovali v rámci celkové úrovně empatického fungování, facety perspektiv a vlivu výše během prvního než při druhého měření. Tento rozdíl nebyl statisticky významný. V průměru kontrolní soubor skóroval v rámci facety chápání druhých níže během prvního než při druhého měření. Tento rozdíl nebyl statisticky významný. Na základě výsledků se zdá, že se sebesouzená empatie mezi měřeními u zdravých jedinců nemění. Výsledky statistické analýzy jsou uvedeny v tabulce 5.



## Vztah empatie měřené rozhovorem a sebeposuzovací škálou

Vztah položek v rámci každého nástroje (rozhovor a dotazník) a mezi nimi byl měřen před a po psychoterapeutickém pobytu neparametrickým Spermanovým korelačním koeficientem. Korelace a hladiny významnosti jsou uvedeny v tabulce 6 a 7.

Tabulka 6: Korelace skóre STiP-5.1 a LPFS-BF 2.0 v šetření na začátku pobytu

	E 1	Ch 1	P 1	V 1	LPFS E 1	LPFS Ch 1	LPFS P 1	LPFS V 1
E 1								
Ch 1	0,586***							
P 1	0,732***	0,350*						
V 1	0,739***	0,230	0,512***					
LPFS E 1	0,345*	0,297*	0,370**	0,118				
LPFS Ch 1	0,345*	0,405*	0,342*	0,133	0,768***			
LPFS P 1	0,191	0,158	0,380**	0,002	0,652***	0,274		
LPFS V 1	0,346*	0,212	0,199	0,213	0,778***	0,520***	0,182	
BDI 1	0,142	0,185	0,238	0,074	0,122	0,203	-0,040	0,157
BAI 1	0,093	0,076	0,125	0,198	-0,113	-0,012	-0,091	-0,103
Věk	-0,046	0,039	0,100	-0,005	0,215	0,107	0,189	0,173
Vzdělání	-0,159	-0,033	-0,069	-0,039	0,115	0,012	0,142	0,132

Poznámka: E = empatie; CH = chápání druhých; P = perspektivy; V = vliv. Hladina významnosti \* (<0,05), \*\* (<0,01), \*\*\* (<0,001)

V rámci polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1. byla nalezena korelace celkového skóre empatie se všemi facetami; chápání druhých (střední), perspektiv (silná) a vlivu (silná). Faceta chápání druhých korelovala (slabě) s facetou perspektiv, zatímco s facetou vlivu nebyla nalezena statisticky významná korelace. Mezi facetou perspektiv a vlivu byla nalezena středně silná korelace. Mezi celkovým skórem empatie LPFS-BF 2.0 a všemi facetami byla nalezena silná korelace. Faceta perspektiv nekorelovala s žádnou ze dvou zbývajících facet a mezi facetou chápání druhých a vlivu byla nalezena středně silná korelace.

Dále byly zjišťovány korelace celkového skóre a položek rozhovoru s dotazníkem. Byla nalezena slabá korelace mezi celkovým skórem empatie měřeným rozhovorem s celkovým skórem empatie, facetami chápání druhých a vlivem dotazníku. Faceta chápání druhých korelovala středně s celkovým skórem a slabě s facetou chápání druhých dotazníku.

Faceta perspektiv korelovala slabě s facetou chápáním druhých a perspektiv dotazníku. Mezi metodami existuje slabý pozitivní vztah.

Tabulka 7: Korelace skóre STiP-5.1 a LPFS-BF 2.0 v šetření na konci pobytu

	E 2	Ch 2	P 2	V 2	LPFS E 2	LPFS Ch 2	LPFS P 2	LPFS V 2
E 2								
Ch 2	0,747***							
P 2	0,735***	0,456***						
V 2	0,651***	0,285*	0,498***					
LPFS E 2	0,178	0,194	0,244	0,165				
LPFS Ch 2	0,163	0,121	0,260	0,168	0,691***			
LPFS P 2	0,213	0,250	0,237	0,188	0,774***	0,264		
LPFS V 2	0,002	0,030	0,027	0,032	0,760***	0,353*	0,399**	
BDI 1	-0,125	0,107	-0,085	-0,178	0,028	-0,072	0,048	0,042
BAI 1	-0,007	0,055	0,100	-0,095	-0,012	-0,068	0,013	0,013
Věk	-0,007	-0,054	-0,086	0,152	0,007	0,049	0,048	-0,100
Vzdělání	-0,124	-0,097	-0,083	0,140	0,137	-0,104	0,153	0,270

Poznámka: E = empatie; CH = chápání druhých; P = perspektivy; V = vliv. Hladina významnosti \* (<0,05), \*\* (<0,01), \*\*\* (<0,001)

V druhém měření celkový skóre STiP-5.1 koreloval s jeho facetami chápání druhých (silně), perspektiv (silně) i vlivu (středně). Faceta chápání druhých korelovala s facetou perspektiv (středně) a vlivu (slabě). Faceta perspektiv korelovala s facetou vlivu (středně). Mezi celkovým skóre empatie dotazníku LPFS-BF 2.0 byla se všemi jeho facetami nalezena silná korelace. Faceta chápání druhých korelovala slabě s facetou vlivu, zatímco s facetou perspektiv nebyla nalezena statisticky významná korelace. Slabá korelace byla nalezena mezi facetou perspektiv a vlivu.

V rámci druhého měření nebyla mezi nástroji ani jejich položkami nalezena statisticky významná korelace. Vzhledem ke snížení skóre a malé citlivosti (rozhodování mezi úrovní 0 a 1 empatického fungování a pouze jedné otázce u každé facetě dotazníku) použitých nástrojů se může jednat o nepřesnost v měření.

## **BAI**

Souvislost úzkosti s úrovní empatického fungování měřenou polostrukturovaným rozhovorem STiP-5.1 byla zjišťována Personovým korelačním koeficientem. Mezi proměnnými nebyla nalezena statisticky významná korelace. Vztah dále nebyl nalezen s facetou chápání druhých, perspektiv ani vlivu. Stejně výsledky byly získány i v rámci šetření po absolvování psychoterapeutického pobytu. Stejně tak nebyl nalezen vztah mezi empatií měřenou sebesuzovací škálou LPFS-BF 2.0 a úzkostí před i po absolvování psychoterapeutického pobytu. Z výsledků vyplývá, že míra úzkostných symptomů nesouvisí s úrovní empatického fungování. Korelace a hladiny významnosti jsou uvedeny v tabulce 5 a 6.

## **BDI**

Souvislost deprese úrovní empatického fungování měřenou polostrukturovaným rozhovorem STiP-5.1 byla zjišťována Personovým korelačním koeficientem. Mezi proměnnými nebyla nalezena statisticky významná korelace. Vztah dále nebyl nalezen s facetou chápání druhých, perspektiv ani vlivu. Stejně výsledky byly získány i v rámci šetření po absolvování psychoterapeutického pobytu. Stejně tak nebyl nalezen vztah mezi empatií měřenou sebesuzovací škálou LPFS-BF 2.0 a depresí před i po absolvování psychoterapeutického pobytu. Z výsledků vyplývá, že míra depresivních symptomů nesouvisí s úrovní empatického fungování. Korelace a hladiny významnosti jsou uvedeny v tabulce 5 a 6.

## **Srovnání výzkumného a kontrolního souboru**

STiP-5.1.

Neparametrický Mann-whitney test byl použit k porovnání skóre empatického fungování měřeného polostrukturovaným rozhovorem STiP-5.1 mezi pacienty s úzkostnými poruchami a kontrolním souborem (M a SD jsou uvedeny v tabulce 1). Pacienti s úzkostnými poruchami skórovali statisticky významně výše v rámci celkového skóru, facetu chápání druhých, perspektiv i vlivu. Pacienti s úzkostnými poruchami jsou

charakterizování nižší úrovní empatickým fungováním než obecná populace. Výsledky analýzy jsou uvedeny v tabulce 8.

#### LPFS-BF 2.0

Neparametrický Mann-whitney test byl použit k porovnání skóre empatického fungování měřeného dotazníkem LPFS-BF 2.0 mezi pacienty s úzkostnými poruchami a kontrolní skupinou (M a SD jsou uvedeny v tabulce 3). Pacienti s úzkostnými poruchami skórovali statisticky významně výše v celkovém skóru, facetě chápání druhých, perspektiv i vlivu než kontrolní soubor. Pacienti s úzkostnými poruchami jsou charakterizováni nižší úrovní sebezousazeného empatického fungování než obecná populace. Výsledky analýzy jsou uvedeny v tabulce 8.

Tabulka 8: Mann-whitney test pro srovnání skóre výzkumné a kontrolní skupiny STiP-5.1, LPFS-BF 2.0, BDI a BAI.

	U statistika	p	Medián		Cohenovo d
			Experimentální	kontrolní	
E 1	220	<0,001	1	0	1,092
Ch 1	240	<0,001	2	0	0,970
P 1	331	0,040	1	0	0,551
V 1	320	0,028	1	0	0,638
LPFS E 1	257,5	0,004	1	0,3	0,820
LPFS Ch 1	310,5	0,022	1	0	0,520
LPFS P 1	329,5	0,045	1	0	0,577
LPFS V 1	294,5	0,013	1	0	0,687
BDI 1	39,5	<0,001	28,5	4	2,216
BAI 1	19,5	<0,001	23	3	1,938

Poznámka: E = empatie; CH = chápání druhých; P = perspektivy; V = vliv.

#### BDI a BAI

Neparametrický Mann-Whitney test byl proveden k porovnání míry úzkostných symptomů měřených dotazníkem BAI (M a SD jsou uvedeny v tabulce 4) mezi pacienty s úzkostnými poruchami a kontrolním souborem. Pacienti s úzkostnými poruchami skórovali statisticky významně výše v rámci míry úzkostných symptomů než kontrolní soubor. Výsledky analýzy jsou uvedeny v tabulce 7.

Neparametrický Mann-Whitney test byl proveden k porovnání míry symptomů deprese měřených dotazníkem BDI (M a SD jsou uvedeny v tabulce 4) mezi pacienty s úzkostnými poruchami a kontrolní skupinou. Pacienti s úzkostnými poruchami skórovali statisticky významně výše v rámci míry symptomů deprese než kontrolní soubor. Výsledky analýzy jsou uvedeny v tabulce 7

Tabulka 9: Mann-whitney test pro srovnání skóre podle pohlaví a druhu pobytu v STiP-5.1, LPFS-BF 2.0, BDI a BAI.

	Muži x Ženy					Oddělení x Stacionář				
	U statistika	p	M	Ž	Cohenovo d	U statistika	p	O	S	Cohenovo d
E 1	294	1	1	1	0,0205	303	0,915	1	1	0,09172
Ch 1	262	0,485	1	2	0,1657	305	0,958	2	2	0,01089
P 1	255	0,411	1	1	0,3067	296	0,812	1	1	-0,04805
V 1	284	0,834	1	1	0,0230	302	0,910	1	1	0,05028
LPFS E 1	269	0,841	1	1	-0,0142	290	0,894	1	1	-0,00178
LPFS Ch 1	277	0,964	1	1	-0,0114	286	0,816	1	1	0,06884
LPFS P 1	266	0,775	1	1	0,1131	293	0,932	1	1	-0,02233
LPFS V 1	261	0,701	1	1	-0,1395	284	0,790	1	1	-0,04294
BDI 1	150	0,004	21	31	0,9438	279	0,571	30,5	27	0,11980
BAI 1	108	<,001	14	28	1,2948	255	0,300	24	22,5	0,28534
E 2	273	0,643	1	1	-0,1777	269	0,411	1	1	0,25704
Ch 2	263	0,505	1	1	0,2492	288	0,687	1	1	0,00711
P 2	252	0,372	1	1	-0,2272	279	0,553	1	1	0,12904
V 2	265	0,531	1	1	-0,1763	293	0,763	1	1	0,07074
LPFS E 2	275	0,836	1	1	-0,1269	283	0,776	1	1	0,06352
LPFS Ch 2	283	0,974	1	1	-0,0215	280	0,719	1	1	-0,10135
LPFS P 2	277	0,872	1	1	-0,1023	240	0,229	1	1	0,40006
LPFS V 2	266	0,685	1	1	-0,1564	263	0,472	0	1	-0,18784
BDI 2	252	0,395	10	12	0,1415	267	0,422	12	11	0,33032
BAI 2	220	0,136	9	14	0,4257	223	0,096	13,5	10,5	0,43321

Poznámka: E = empatie; CH = chápání druhých; P = perspektivy; V = vliv. Mediány pro (M = muži, Ž = ženy, O = oddělení a S = stacionář); před (1) a po (2) pobytu

### **3.5.4 Dodatečné analýzy**

#### **Pohlaví**

Neparametrický Mann-Whitney test byl použit k porovnání skóre empatického fungování, úzkostných a depresivních symptomů mezi muži a ženami s úzkostnými poruchami (M a SD jsou uvedeny v tabulce 1). Mezi muži a ženami nebyl v rámci celkového skóre úroveň empatického fungování, facetu chápání druhých, perspektiv ani facetu vlivu jak v případě rozhovoru, tak dotazníku, nalezen statisticky významný rozdíl před ani po psychoterapeutickém pobytu. Pohlaví se nezdá být důležitým faktorem v rámci empatického fungování. Statisticky významný rozdíl byl mezi pohlavími nalezen v míře úzkostných i depresivních symptomů v prvním, nikoliv však druhém měření. Ženy se ukazují být charakterizovány vyšším množstvím úzkostných i depresivních symptomů, kterýžto efekt po léčbě mizí. Výsledky analýz jsou uvedeny v tabulce 9. Rozdíly mezi muži a ženami nebyly v kontrolním souboru zjišťovány vzhledem malému počtu mužů (N = 6).

#### **Druh terapeutického pobytu**

Neparametrický Mann-Whitney test byl použit k porovnání skóre empatického fungování mezi pacienty hospitalizovanými na oddělení a těmi docházející do denního stacionáře (M a SD jsou uvedeny v tabulce 1). Mezi pacienty hospitalizovanými na oddělení a těmi docházejícími do denního stacionáře nebyl v rámci celkového skóre, facetu chápání druhých, perspektiv ani vlivu nalezen statisticky významný rozdíl před ani po absolvování psychoterapeutického pobytu. Způsob participace na psychoterapeutickém pobytu se nezdá být důležitým faktorem v empatickém fungování. Statisticky významný rozdíl nebyl nalezen ani v rámci úzkostných a depresivních symptomů. Výsledky analýz jsou uvedeny v tabulce 9.

#### **Výsledek psychoterapeutického pobytu**

Na základě rozdělení podle výsledku STiP-5.1, kdy výsledek pobytu vedl buď ke snížení, zvýšení nebo nezměněnému hodnocení skóre, byla provedena neparametrická jednosměrná ANOVA (Kruskal-Wallis) pro každou facetu empatie měřenou

polostrukturovaným rozhovorem (celkový skór, faceta chápání druhých, perspektivy a vlivu) ke zjištění rozdílů mezi skupinami v rámci empatie, úzkosti a deprese.

V rámci celkového skóru i všech facet empatie před i po léčbě byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi skupinami. Následná párová porovnání ukázala, že u všech čtyř proměnných byl statisticky významný rozdíl mezi skupinou se zlepšením a zhoršením skóru při obou měřeních, zatímco statisticky významný rozdíl byl nalezen mezi skupinou se zlepšením a beze změny ve všech facetách empatie, nikoliv však v celkovém skóru v rámci prvního měření. Celkový skór empatie v druhém měření zaznamenal statisticky významný rozdíl mezi skupinou beze změny a se snížením a v rámci facetu empatie a vlivu byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi skupinou se zhoršením a skorém beze změny.

V případě BDI byl zaznamenán statisticky významný rozdíl pouze v rámci facetu perspektiv a následné párové porovnání ukázalo, že skupina, jejíž skór úrovně empatického fungování se snížil byla statisticky významně více charakterizována depresivními symptomy při prvním měření než skupina, u níž došlo ke zhoršení.

V případě BAI byl zaznamenán statisticky významný rozdíl v prvním měření u facetu chápání druhých a v obou měřeních u facetu vlivu. V rámci facetu chápání druhých skórovala skupina, která se zlepšila statisticky významně výše v míře úzkostných příznaků než skupina beze změny v prvním měření, zatímco u facetu vlivu v obou měřeních skórovala skupina, u níž došlo ke zlepšení statisticky významně výše, než skupiny beze změny a se zhoršením.

Výsledky zmíněných i statisticky nevýznamných rozdílů v jednosměrné ANOVA a jednotlivých párových porovnání jsou uvedeny v Příloze č.2., zatímco průměry a statistické odchylky jednotlivých skupin jsou uvedeny v tabulce č.2.

## **Věk**

Souvislost věku s úrovní empatického fungování měřenou polostrukturovaným rozhovorem STiP-5.1 a dotazníkem LPFS-BF 2.0 byla měřena neparametrickým Spearmanovým korelačním koeficientem. Mezi celkovým skórem empatie ani jejími facetami a věkem nebyla nalezena statisticky významná korelace před ani po

psychoterapeutickém pobytu. Věk nesouvisí s úrovní empatického fungování měřenou rozhovorem ani dotazníkem. Korelace a hladiny významnosti jsou uvedeny v tabulce 6 a 7.

### **Počet let vzdělání**

Souvislost počtu let vzdělání s úrovní empatického fungování zjišťovanou polostrukturovaným rozhovorem STiP-5.1. a dotazníkem LPFS-BF 2.0 byla měřena neparametrickým Spearmanovým korelačním koeficientem. Mezi celkovým skórem empatie ani jejími facetami a počtem let vzdělání nebyla nalezena statisticky významná korelace před ani po psychoterapeutickém pobytu. Věk nesouvisí s úrovní empatického fungování měřenou rozhovorem ani dotazníkem. Korelace a hladiny významnosti jsou uvedeny v tabulce 6 a 7.

## **3.6 Výsledky testování hypotéz**

### **Změní se úroveň empatického fungování měřená pomocí polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1. po absolvování psychoterapeutického pobytu?**

První hypotéza byla potvrzena pouze částečně. Nulová hypotéza  $H_01$  nebyla zamítnuta, mezi celkovou úrovní empatického fungování před a po psychoterapeutickém pobytu nebyl nalezen statisticky významný rozdíl. Efekt byl však nalezen v předpokládaném směru, který nedosáhl statistické významnosti s tím, že se jí blížil ( $p = 0.081$ ). Dále bylo nalezeno statisticky významné zlepšení (snížení skóru) empatického fungování ve facetě chápání druhých s malou silou efektu ( $d = 0.350$ ).

### **Existuje rozdíl mezi pacienty s úzkostnou poruchou a kontrolními subjekty z běžné populace v úrovni empatického fungování?**

Nulová hypotéza  $H_02$  byla zamítnuta, mezi pacienty s úzkostnou poruchou a kontrolními subjekty byl nalezen statisticky významný rozdíl v úrovni empatického fungování. Pacienti s úzkostnými poruchami skórovali statisticky významně výše v celkovém skóru i všech facetách, jak rozhovoru STiP-5.1, tak dotazníku LPFS-BF 2.0 a byli tedy charakterizováni horší (vyšší skór) úrovní empatického fungování se střední až vysokou silou efektu ( $d = 0,520 - 1,092$ ).



### **Existuje vztah mezi mírou úzkostných symptomů a úrovní empatického fungování?**

Nulová hypotéza H<sub>03</sub> nebyla zamítnuta, mezi mírou úzkostných symptomů a úrovní empatického fungování nebyl nalezen statisticky významný vztah.

### **Existuje vztah mezi empatií měřenou rozhovorem STiP-5.1 a dotazníkem LPFS-BF 2.0?**

Nulová hypotéza H<sub>04</sub> byla zamítnuta, mezi empatií měřenou rozhovorem STiP-5.1 a dotazníkem LPFS-BF 2.0 existuje slabá pozitivní korelace. Stejně byla nalezena středně silná pozitivní korelace mezi nástroji v rámci facety chápání druhých a perspektiv, zatímco tento vztah nebyl nalezen pro facetu vlivu. V druhém šetření však mezi dotazníky a facetami nebyl nalezen statisticky významný vztah, což může být způsobeno rozdílným efektem pobytu na skóry těchto dvou nástrojů – rozhovorem měřená empatie zaznamenala zlepšení ve všech skórech, zatímco sebezposouzená empatie zaznamenala kromě skóru facety vlivu ve všech skórech lehké statisticky nevýznamné zhoršení.

## **3.7 Diskuse**

### **Změna po terapeutickém pobytu**

Výsledky vlivu psychoterapeutického pobytu na empatii u pacientů s úzkostnými poruchami nabízí sporné, ale slibné výsledky. Všechny položky zaznamenaly zvýšení empatického fungování (snížení skóru). Přesto změna v celkovém skóru empatie měřené rozhovorem STiP-5.1 nebyla statisticky významná, ale byl v ní nalezen jasný trend, přičemž hodnota ( $p = 0,081$ ) se blížila statistické významnosti. V rámci dvou facet empatie (perspektiv a vlivu) nebyla nalezena změna po absolvování psychoterapeutického pobytu, zatímco změna ve facetě chápání druhých – faceta jejíž položky nejlépe odráží podstatu kognitivní empatie – se ukázala být statisticky významná s nízkou silou efektu ( $d = 0,350$ ). Toto zjištění potvrzuje předchozí výzkumy dokazující ovlivnitelnost kognitivní empatie a empatické přesnosti za pomoci intervence (Haut et al., 2019; Trautwein et al., 2020; Valk et al., 2017; Weisz et al., 2021).

Sebeposouzená empatie se nepatrně zhoršila (skór se zvýšil), ale žádná z položek ani celkový skór nezaznamenaly statisticky významnou změnu, což je v souladu s výsledky studie empatické přesnosti, kde sebeposouzená empatie nezaznamenala zlepšení, zatímco objektivně měřená empatie ano (Haut et al., 2019). Dalším důkazem pro efektivitu vlivu intervence na empatii jsou výsledky kontrolní skupiny, která nezaznamenala statisticky významnou změnu v úrovni empatického fungování měřené rozhovorem STiP-5.1 ani sebeposuzovací škálou LPFS-BF 2.0. V žádném z měřených skóru a z deskriptivní statistiky není zřejmý žádný pozorovatelný trend; některé skóry se zlepšily, některé zhoršily a další zůstaly beze změny.

Předchozí studie prokázaly, že jak emoční, tak kognitivní složka empatie jsou ovlivnitelné za pomoci intervence (Klimecki et al., 2014; Trautwein et al., 2020). Přes nalezený vztah facety chápání druhých a statisticky nevýznamný posun v ostatních skórech byly efekty malé. Za fakt, že v této studii byl tento efekt potvrzen pouze částečně s malou silou účinku může potencionálně několik faktorů: 1) složitost měření empatie u úzkostných pacientů 2) empatie u úzkostných pacientů je narušena, ale ne výrazně 3) předchozí studie zahrnovaly na empatii cílené intervence, přičemž 2 KBT studie zaznamenaly protichůdné výsledky 4) problematické položky rozhovoru 5) využití odlišné metodologie – jak definice empatie, tak způsob měření (rozhovor).

1) Potenciálně záleží na zkoumané populaci, které facety je možné snadněji hodnotit. Právě pacienti s úzkostnými poruchami mohou mít špatný náhled vůči svým empatickým schopnostem, navíc když se ukazuje, že na základě sebeposuzovacích škál se mohou hodnotit negativně, zatímco objektivní zkouška zhoršenou schopnost nalézt nemusí (Pittelkow et al., 2021). Podobný efekt byl již dříve zaznamenán u zdravé populace medicínských studentů u nichž tréníngem v lékařské profesi došlo ke zhoršení sebeposouzené empatie, přičemž jejich empatie posouzená nezávislými pozorovateli se zvýšila (Chen et al., 2010).<sup>19</sup> Tato diskrepance může mít vliv na hodnocení rozhovoru STiP-5.1. Prezentovaný výzkum nabízí těmto výsledkům jistou kredibilitu faktem, že pacienti s úzkostnými poruchami vykazovali pozitivní zlepšení v empatickém fungování (ač kromě facety chápání druhých změna nebyla statisticky významná) při

---

<sup>19</sup> Zde je však nutné zmínit, že empatie ve zmíněné studii klade větší důraz na emoční složku empatie spolu s empatickou starostí než kognitivní empatii, která je obsahem položek rozhovoru STiP-5.1.

použití polostrukturovaného rozhovoru STiP-5.1, zatímco v celkovém skóru a facetách chápání druhých a perspektiv sebeposuzovacího dotazníku LPFS-BF 2.0 došlo k mírnému, avšak statisticky nevýznamnému zhoršení bez výrazného trendu.

2) Dále výsledky Doering et al. (2018) ukazující, že úzkostní pacienti skórují na všech stupních závažnosti (skóre 0 až 4), nebyly replikovány v české studii (Doubková et al., 2022), kde se pohybovali pouze na úrovni 0–2. Tato diplomová práce potvrzuje zjištění české studie, jelikož prezentovaný soubor úzkostných pacientů dosahoval převážně skóre 0–2 s několika málo výjimkami skórující na úrovni 3. Zdá se tedy, že většina úzkostných pacientů skóruje nízko a pouze část splňuje diagnostické kritérium osobnostní patologie (skór 2 a vyšší) v rámci empatického fungování. Nízké skóre mohou být důsledkem potencionální neochoty přiznat si potíže v sociálně kladně hodnocené schopnosti jako je empatie (Bloom, 2018; Ganellen, 2007). Vztah empatie a úzkosti je dále diskutován v následující sekci.

3) Skupina pacientů s úzkostnými poruchami v této studii podstupovala terapeutický pobyt zaměřený na KBT, který spíše může cílit na kognitivní rozvoj empatie. Studie zmíněné výše a jiné (Davis & Begovic, 2014; Garandeanu et al., 2022), které dříve potvrdily efekt intervence se z většiny zabývaly specificky zaměřenými programy na změnu a kultivaci empatie a dalšími vycházejících z různých definic pojmu. Pouze několik studií zkoumalo efekt KBT na změnu kognitivní empatie, přičemž jedna zkoumající empatickou přesnost vztah nenašla (Morrison et al., 2019), zatímco druhá za pomoci sebeposuzovacího dotazníku IRI vztah našla (Song et al., 2018)<sup>20</sup>. Výsledky představeného výzkumu nabízí částečnou podporu druhé studie, ačkoliv malá síla efektu může poukázat na fakt, že empatie vyžaduje specifické intervence – zvláště, když se jedná o sebeposouzenou empatii. Navíc u těch pacientů, u nichž došlo ke zlepšení, byla počáteční míra úzkostných a depresivních symptomů nejvyšší.

4) Jak bylo poukázáno v teoretické části, dvě složky dotazníku STiP-5.1 (perspektivy a vliv) potenciálně zkoumají kromě kognitivní empatie také emoční regulaci a schopnosti sebereflexe, které mohou působit potíže při jejich posuzování. Empatie může být více snížena, ale emoční regulace nikoliv – a naopak. Toto se ukazuje jako reálná možnost i

---

<sup>20</sup> Korejská populace v druhé studii se může od České lišit. První studie zahrnuje jak Evropany, tak Asiaty.

s přihlédnutím ke zjištění, že tyto dvě složky v předchozích studiích zaznamenaly nižší shodu mezi posuzovateli na rozdíl od první facety porozumění druhým (Hutsebaut et al., 2021). Jedna z prvních studií STiP-5.1 (Hutsebaut et al., 2017) podobný rozdíl nenašla v klinickém vzorku, ale trend byl již znatelný – ač rozdíl byl menší – v celkovém vzorku. Tyto dvě facety nedokázaly rozlišit úzkostné poruchy a poruchy nálady od poruch osobnosti (Doubková et al., 2022). Dále jsou tato zjištění podpořena korelacemi mezi položkami rozhovoru, kdy mezi facetami perspektiv a vlivu byla nalezena středně silná korelace, zatímco faceta chápání druhých korelovala s facetou perspektiv slabě, přičemž s facetou vlivu nebyl nalezen statisticky významný vztah. Po terapeutickém pobytu byl nalezen podobný vztah s tím, že faceta chápání druhých silně korelovala s facetou perspektiv a slabě s facetou vlivu; toto může být způsobeno nejvýraznějším zlepšením ve facetě chápání druhých a sblížením jednotlivých skóru. Nakonec korelace mezi položkami LPFS-BF 2.0 má implikace pro položky rozhovoru. V dotazníku je faceta perspektiv zjišťována tvrzením „Často je pro mě těžké snést, že mají druzí odlišný názor, než mám já.“ a jedná se o jedinou facetu, která v obou šetřeních s dalšími dvěma nekorelovala, přičemž v rozhovoru STiP-5.1 tato faceta zaznamenala nejnižší zlepšení. Je tedy možné, že změna v rámci těchto facet, a zvláště facetě perspektiv nebyla významná kvůli obtížnému hodnocení empatie, které je potencionálně ztíženo nespecifickým zaměřením položek zmíněném výše. Navíc zaměření položek na toleranci perspektiv a vlastní roli ve stavech druhých může, jak zmiňuje Ganellen, (2007), amplifikovat potřebu pacientů jevit se v lepším světle v těchto položkách a následně vést k nižším skóru a slabší citlivosti nástroje. Tyto dvě facety vykazují nižší shodu posuzovatelů (Heissler et al., 2021)

5) Částečná podpora předchozích výzkumů a nižší síla efektu může být také přisouzena odlišené operacionalizaci pojmů. V rámci STiP-5.1 je empatie pojímána jako úroveň jejího fungování, což vysvětluje zahrnutí emoční regulace a schopnosti sebereflexe v 2. a 3. položce, zatímco v předchozích studiích intervence byla empatie definována jako přebírání perspektivy druhého bez nutné tolerance perspektivy; chápání vlastního vlivu na druhé v těchto definicích pojmu není zahrnuto. Zlepšení v empatickém fungování může být složitější, než samotné zlepšení porozumění myšlení a pocitům, což je pravděpodobné

vzhledem k tomu, že pouze ve facetě chápání druhých – která charakterizuje nejlépe kognitivní empatii v předchozích studiích – došlo ke zlepšení<sup>21</sup>.

### **Vztah empatie s úzkostnými a depresivními symptomy**

Navzdory předpokladům nebyl dokázán vztah empatie s mírou úzkostných symptomů. Tento fakt je v protikladu k dřívějším studiím pacientů s OCD (Bora, 2022) a sociální fóbií (Alvi et al., 2020; Pittelkow et al., 2021). Vztah je sporný v rámci PTSD (Couette et al., 2020), ale výzkumný soubor této diplomové práce takové pacienty neobsahoval. Navzdory těmto výsledkům byly potvrzeny závěry předchozích studií úrovně empatického fungování ukazující, že je horší v rámci úzkostných pacientů, než zdravých kontrolních subjektů (Doering et al., 2018; Doubková et al., 2022), přestože v české studii nebyl nalezen rozdíl mezi skupinami v rámci facet perspektiv a vlivu. Podobně se v této diplomové práci ukázalo, že největší sílu efektu těchto rozdílů vykazoval celkový skóre a faceta chápání druhých, zatímco síla zbylých dvou facet byla zhruba o polovinu nižší; tento efekt může být způsoben jednak potencionální složitostí hodnocení facet nebo faktem, že v nich jsou skóre obecně nižší než u první facet, což byl případ i zmíněné české studie (Doubková et al., 2022). Rozdíl mezi výzkumnou a kontrolní skupinou byl nalezen u všech skóreů sebeuposouzené empatie a dále byl nalezen, podle klasifikace Sawilowskyho (2009) velmi vysoký rozdíl v míře úzkostných a ohromný<sup>22</sup> v míře depresivních příznaků. Výše zmíněné rozdíly v empatii se pohybují od středních do velkých efektů. Vzhledem k velikosti kontrolní skupiny v druhém měření nebylo dále operováno s korelacemi úzkosti a deprese s empatií; navíc vzhledem k neočekávaným výsledkům, kdy v druhém měření byla nalezena korelace mezi sebeuposouzenou empatií a mírou depresivních symptomů (korelace a hladiny významnosti jsou uvedeny v příloze 2). Kromě výsledků z výzkumné skupiny se toto nezdá pravděpodobné i vzhledem k nízkým skóreům deprese v kontrolním souboru, které dosahovaly minimálních hodnot v průměru kolem 2 bodů ( $M = 2.36$ ) z maximálních 63.

Míra symptomů úzkosti i deprese mezi skupinami podle efektu terapeutického pobytu, byla nejvyšší u skupiny, která zaznamenala zlepšení v úrovni empatického fungování, což

---

<sup>21</sup> Obsah položek a jejich rozdíly jsou podrobněji rozebrány v třetí kapitole teoretické části

<sup>22</sup> „huge“

je v souladu s výsledky studie empatické přesnosti, kdy nejméně výraznější zlepšení zaznamenali ti s nejslabším výkonem na začátku (Haut et al., 2019). Statisticky významné rozdíly mezi skupinami byly zaznamenány pouze v případě facety chápání druhých a vlivu. Rozdíly mezi skóry jsou však patrné ve všech facetách při porovnání skupiny se snížením a beze změny skóru. Vysoké skóry byly nalezeny u skupiny, u níž došlo ke zhoršení, tato skupina však byla malá (N = 6–11 podle facety) a její skóry empatického fungování byly v prvním měření velmi nízké i za přítomnosti srovnatelné míry úzkostných a depresivních symptomů. Může se tak jednat o chybu měření, která se u tak složitě měřitelného konstruktů jako je empatie (Hall & Schwartz, 2019) zdá být pravděpodobná, ale další interpretací je podpora neexistence vztahu symptomů úzkosti a deprese s empatií.

Zdá se tedy, že ač je míra úrovně empatického fungování nižší u pacientů s úzkostnými poruchami, tak nesouvisí s mírou úzkostných ani depresivních symptomů. U této populace pravděpodobně existuje jiný faktor, který způsobuje potíže v empatickém fungování. Jednou možností je interference prožívaných potíží s empatií. Experimentální zkoumání empatické přesnosti, ukázalo, že navzdory laickým představám vede systematický/promyšlený přístup k empatii k vyšší empatické přesnosti, přesnějšímu přiřazování emočních stavů v testu RTMITE a umělé navození tohoto přístupu vede k větší empatické přesnosti, než intuitivní přístup (Ma-Kellams & Lerner, 2016). Systematický přístup vyžaduje více kognitivních zdrojů, kterých se úzkostným pacientům nemusí dostávat a tak může stačit malá míra symptomů ke snížení empatického fungování, kdy s vyšší mírou symptomů nedochází k dalšímu narušení.

### **Vztah mezi empatií měřenou rozhovorem a sebesuzovací škálou.**

Výsledky korelační analýzy jsou v souladu s předchozími zjištěními, že mezi jednotlivými nástroji měřících kognitivní empatii je obvykle nalezen vztah, který je však slabý (Hall & Schwartz, 2019). Dále u vztahu IRI s empatickou přesností (Melchers et al., 2016) nebo sebesouzenou s pozorovanou empatií (Chen et al., 2010) vztah nemusí být žádný. V této diplomové práci byla nalezena slabá korelace celkových skóre obou nástrojů. Je však důležité zmínit, že stejný vztah nebyl nalezen při šetření po psychotherapeutickém pobytu; zatím pouze u vězeňské populace nebyl nalezen vztah rozhovoru STiP-5.1 se sebesuzovací metodou osobnostního fungování (Hutsebaut et al., 2021). Tento výsledek

může být způsoben faktem, že v rámci empatie měřené rozhovorem došlo k plošnému zlepšení napříč všemi facetami, zatímco dotazníkové skóry zaznamenaly nepatrné statisticky nevýznamné zhoršení. Je tedy možné, že program vedl ke zlepšení empatického fungování, ale sebepercepce v této oblasti zůstala stejná. Tento rozdílný efekt, tak může stát za pozorovanou diskrepancí, kterou je tedy obtížné vztáhnout k dosavadnímu zkoumání, jež vztah dotazníků v rámci studií intervence na empatii, nebralo v potaz při obou měřeních.

### **Věk, pohlaví, počet let vzdělání, oddělení/stacionář**

V kontrastu k předchozí studii, která našla negativní souvislost věku s kognitivní empatií (Stietz et al., 2019) nebyl v této diplomové práci nalezen vztah úrovně empatického fungování měřené polostrukturovaným rozhovorem STiP-5.1 s věkem. Stejného zjištění bylo docíleno za pomoci dotazníkové metody LPFS-BF 2.0, takže nejspíše nejde o rozdíl v použité metodě (objektivnější posouzení na základě hodnotitele a sebeposouzení). Předchozí studie teorie mysli a přebírání perspektiv (El Haj et al., 2016; Richter & Kunzmann, 2011) prokázaly úpadek empatie u skupiny obyvatel s průměrným věkem 69 a 59 let (vůči skupinám s průměrným věkem 23 a 32 let), zatímco ve výzkumu této diplomové práce byl průměrný věk 35,6 let. Dříve reportovaný vztah proměnných se tak zdá patrný až v pozdějším věku.

Počet let vzdělání, údaj, jenž dobře ilustruje inteligenci, potvrzuje meta-analýza zahrnující 600 000 účastníků, v níž každý rok studia navíc předpovídal nárůst<sup>23</sup> o 1-5 IQ (Ritchie & Tucker-Drob, 2018), se neukázal souviset s úrovní empatického fungování, jež je v rozporu s předchozími zjištěními (Ibanez et al., 2013; Warrier et al., 2018). Empatie dosud byla převážně zkoumána s emocionální nežli fluidní inteligencí, takže tato otázka nemůže být zatím s žádným pevným závěrem uzavřena. Navíc v této diplomové práci byla v počtu let vzdělání pouze malá variabilita, kdy většina lidí spadá do kategorie střední s maturitou a vysokých škol, zatímco nejvyšší dosažené vzdělání základní školy či střední

---

<sup>23</sup> Nejedná se o nárůst IQ, který může být nutně atributovaný kauzálnímu vlivu vzdělání. Spíše člověk s vyšším IQ dosáhne i vyššího vzdělání, a tak se počet let vzdělání dá považovat za dobrý leč stále přibližný ukazatel IQ.

bez maturity zahrnovalo pouze několik účastníků a lze tedy spekulovat, že normálně fungující empatii dostačuje průměrná inteligence.

Dále nebyl nalezen rozdíl mezi pohlavími v úrovni empatického fungování, který je v souladu s faktem, že konzistentní rozdíl mezi pohlavími byl nalezen zvláště v případě emoční složky empatie, kde se tradičně předpokládá, že ženy skórují výše (Christov-Moore et al., 2014). Studie potvrzují tento předpoklad navzdory faktu, že efekt je nižší, když se kontroluje pro stereotypy za pomoci objektivních metod empatie (Baez et al., 2017). V této diplomové práci ale nebyly zaznamenány rozdíly ani v sebezposouzené úrovni empatického fungování. Nástroj měřící empatii použitý v této práci se však liší jednak zaměřením na kognitivní složku empatie, tak na její explicitní dysfunkci. Rozdíly mezi pohlavími v kognitivní složce empatie měřené „eye“ testem také zvýhodňují ženy (Warrier et al., 2018), tento test však měří pouze výsek obsahu kognitivní empatie (atribuce emoce na základě výrazu tváře). Experimentální šetření empatické přesnosti ukázalo, že ženy skórují lépe pokud jsou nejdříve testovány na pocity sympatie k cíli, přičemž když jsou participanti finančně kompenzováni, tak se obě pohlaví zlepší a rozdíly mezi nimi zmizí (Klein & Hodges, 2001).

Mezi pacienty nalezen rozdíl hospitalizovanými na oddělení a těmi docházejícími do denního stacionáře. Výsledek je pochopitelný, jelikož program obou skupin byl velice podobný zahrnující stejné aktivity – v lehce rozdílné kadenci – ve stejném areálu NUDZ a jejich skóry úzkostných a depresivních symptomů se také výrazně nelišily.

### **3.8 Limity a doporučení**

#### **3.8.1 limity**

Výzkum představený v této diplomové práci, i přes silné stránky jako je zahrnutí kontrolní skupiny či provedení vyšetření na základě polostrukturovaného rozhovoru, namísto použití výhradně dotazníkových metod, má řadu limit, které mohou potencionálně ovlivnit výsledky a ztížit tak jejich zobecnitelnost.

Jednou z důležitých limit jsou rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou. Zejména se jedná o rozdíl v administraci jak polostrukturovaného rozhovoru Stip-5.1, tak ostatních dotazníkových metod; zatímco experimentální skupina byla vyšetřována



v prostorách NUDZ, rozhovory se zdravými kontrolními subjekty probíhaly online formou (opět se však jednalo o setkání v soukromí bez vyrušení). Dalším rozdílem je velikost experimentální vůči kontrolní skupině a fakt, že obě skupiny byly vyšetřovány v jiném časovém horizontu; první skupina během roku 2021 a druhá 2022. Rozdíl je důležité zmínit i vzhledem k událostem ve světě, kdy byla pandemie onemocnění Covid-19 v povědomí lidí cítit silněji v roce 2021 než v roce 2022 (Metaanalýza od Santabárbara et al., (2021), ukazuje až trojnásobný nárůst úzkosti v obecné populaci během pandemie). Navíc v roce 2022 začala válka na Ukrajině. Nakonec, dotazovatelé si byli vědomi ne/klinického statusu participantů, a tak mohli být zaujatí a hodnotit přísněji pacienty v NUDZ než zdravé kontroly.

Dále je třeba zmínit samotnou výzkumnou skupinu pacientů s úzkostnými poruchami. Jednou z hlavních limitací je fakt, že takřka polovina pacientů byla diagnostikována s poruchou F41.2 (smíšená úzkostná a depresivní porucha) a kvůli tomu se výsledky nedají snadno generalizovat pouze na populaci úzkostných pacientů. Soubor dále obsahoval dvojici pacientů s komorbidní poruchou osobnosti, a dvojici pacientů s dominantní vyhýbavou a emočně nestabilní poruchou osobnosti. U nich byly poruchy v rámci empatického fungování nejvýraznější, dosahující minimálního cut-off skóru 2 bodů pro určení vážného postižení v osobnostním fungování.

Samotný efekt psychoterapeutického pobytu závisí na jeho obsahu, v němž jsou zahrnuty jak KBT, tak psychodynamická terapeutická setkání spolu s nácviky asertivity – tato studie nemůže odpovědět na to, které konkrétní techniky za změnou stojí. Nezbytnou poznámkou je fakt, že pacienti kromě režimové léčby také podstupovali farmakologickou léčbu. Otázkou je, zda za změnou v rámci pobytu stojí psychoterapeutické působení nebo farmaka či do jaké míry je každý faktor zastoupen – již dříve se podařilo empatii touto cestou ovlivnit, když například za pomoci oxytocinu došlo ke zvýšení empatické přesnosti (Bartz et al., 2010); na druhou stranu míra úzkostnosti s empatií v tomto souboru nikterak nesouvisela.

### **3.8.2 Doporučení**

Na základě výzkumu, jeho diskuse a limit je možné poukázat na budoucí směřování výzkumu v této oblasti.

Budoucí studie by se měly zaměřit na určení úrovně empatického fungování u většího počtu participantů z každé kategorie úzkostných poruch a prozkoumat tak vztahy mezi nimi a vliv psychoterapie na jejich změnu; dosavadní výzkum stejně jako prezentovaná studie neobsahují dostatečné množství participantů z každé kategorie pro určení spolehlivých rozdílů.

Bylo by užitečné, aby efekt intervence na změnu v patologii empatie byl zkoumán izolovaně podle použité metody k určení nejefektivnějších postupů a dále by bylo vhodné, aby budoucí studie zajistily examinátory „slepé“ vůči klinickému statusu pacientů.

Jelikož pouze jedna studie od Zettl et al. (2020) zkoumala vztah empatie v rámci osobnostního fungování s jinými empatickými zkouškami (mentalizace), bylo by přínosné, aby budoucí studie prozkoumaly vztah jiných sebeuposuzovacích (IRI...) i objektivních metod (empatická přesnost, rozpoznávání výrazů tváří...) s empatií obsaženou v AMPD, což by vedlo k lepšímu pochopení jednotlivých položek a k jejich případné aktualizaci.

## 4 Závěr

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zachycení změny v empatii měřené polostrukturovaným rozhovorem STiP-5.1 u pacientů s úzkostnými poruchami. Práce měla několik sekundárních cílů: ověřit předchozí výsledky o snížených empatických schopnostech u úzkostných pacientů vůči běžné populaci; zjistit, zda existuje vztah empatického fungování s množstvím úzkostných symptomů; a nakonec ověřit, zda existuje vztah v sebeposouzené míře empatického fungování s tou diagnostikovanou v rámci rozhovoru.

Z prezentovaného výzkumu vyplývá, že empatické fungování měřené STiP-5.1 je do jisté míry ovlivnitelné pomocí intervence; v empatii celkem a všech třech facetách došlo ke snížení skóru, a tedy zlepšení empatického fungování, přestože statistické významnosti s nízkou silou efektu ( $d = 0.350$ ) dosáhla pouze faceta chápání druhých, přičemž celkový skór se jí blížil ( $p = 0.081$ ). Snížení skóru všech položek, nepřítomnost změny u kontrolní skupiny a přítomnost nejnižší úrovně empatického fungování u skupiny, jež zaznamenala zlepšení, poukazují na potřebu ověřit výsledky v rámci většího výzkumného souboru. Úroveň sebeposouzeného empatického fungování se ve výzkumném ani kontrolním souboru nezměnila.

Tato diplomová práce potvrzuje závěry předchozích studií dokazující nižší míru kognitivní empatie u úzkostných pacientů. Úzkostní pacienti skórovali výrazně hůře v úrovni empatického fungování než kontrolní soubor se střední až vysokou silou účinku ( $d = 0,520 - 1,092$ ). Dále bylo replikováno zjištění o slabé korelaci objektivních metod s těmi sebeposuzovacími (dotazníku s rozhovorem); vztah se ukázal obzvláště slabý, protože po intervenci spolu metody nekorelovaly. Úroveň empatického fungování je nižší u úzkostných pacientů než u zdravé populace. Přesto nebyl nalezen vztah míry úzkostných symptomů s úrovní empatického fungování, navzdory faktu, že skupina s nejnižší úrovní empatického fungování skórovala také nejvýše v míře úzkostných symptomů.

Faktory věku, počtu let vzdělání, pohlaví ani druhu psychoterapeutického pobytu (oddělení nebo denní stacionář) nesouvisely s úrovní empatického fungování ani s jejími facetami jak v empatii měřené rozhovorem, tak dotazníkem před i po psychoterapeutickém pobytu.

## 5 Seznam použitých zdrojů

- Abramson, L., Uzefovsky, F., Toccaceli, V., & Knafo-Noam, A. (2020). The genetic and environmental origins of emotional and cognitive empathy: Review and meta-analyses of twin studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *114*, 113–133. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.023>
- Alvi, T., Kouros, C. D., Lee, J., Fulford, D., & Tabak, B. A. (2020). Social anxiety is negatively associated with theory of mind and empathic accuracy. *Journal of Abnormal Psychology*, *129*(1), 108–113. <https://doi.org/10.1037/abn0000493>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Baez, S., Flichtentrei, D., Prats, M., Mastandueno, R., García, A. M., Cetkovich, M., & Ibáñez, A. (2017). Men, women...who cares? A population-based study on sex differences and gender roles in empathy and moral cognition. *PLOS ONE*, *12*(6), e0179336. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179336>
- Bach, B., & Hutsebaut, J. (2018). Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0: Utility in Capturing Personality Problems in Psychiatric Outpatients and Incarcerated Addicts. *Journal of Personality Assessment*, *100*(6), 660–670. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1428984>
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*(2), 241–251. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00715>
- Bartz, J. A., Zaki, J., Bolger, N., Hollander, E., Ludwig, N. N., Kolevzon, A., & Ochsner, K. N. (2010). Oxytocin Selectively Improves Empathic Accuracy. *Psychological Science*, *21*(10), 1426–1428. <https://doi.org/10.1177/0956797610383439>

- Batson, C. D. (2009). These Things Called Empathy: Eight Related but Distinct Phenomena. In J. Decety & W. Ickes (Ed.), *The Social Neuroscience of Empathy* (s. 3–16). The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0002>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*(1), 77–100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beck, A. T. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a Model for Assessing Level of Personality Functioning in *DSM–5*, Part I: A Review of Theory and Methods. *Journal of Personality Assessment, 93*(4), 332–346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Bender, D. S., Skodol, A. E., First, M. B., & Oldham, J. M. (2018). Structured clinical interview for the DSM-5® alternative model for personality disorders (SCID-5-AMPD) module I level of personality functioning scale. *Washington, DC: APPI*.
- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition, 14*(4), 698–718. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.06.004>
- Bloom, P. (2018). *Against empathy: The case for rational compassion*. Vintage.
- Book, A., Costello, K., & Camilleri, J. A. (2013). Psychopathy and Victim Selection: The Use of Gait as a Cue to Vulnerability. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(11), 2368–2383. <https://doi.org/10.1177/0886260512475315>

- Bora, E. (2022). Social cognition and empathy in adults with obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 316, 114752. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114752>
- Brothers, L. (1989). A biological perspective on empathy. *American Journal of psychiatry*, 146(1), 10-19.
- Brown, M. E. L., MacLellan, A., Laughey, W., Omer, U., Himmi, G., LeBon, T., & Finn, G. M. (2022). Can stoic training develop medical student empathy and resilience? A mixed-methods study. *BMC Medical Education*, 22(1), 340. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03391-x>
- Buchanan, T. W., Bagley, S. L., Stansfield, R. B., & Preston, S. D. (2012). The empathic, physiological resonance of stress. *Social Neuroscience*, 7(2), 191–201. <https://doi.org/10.1080/17470919.2011.588723>
- Carlyle, M., Stevens, T., Fawaz, L., Marsh, B., Kosmider, S., & Morgan, C. J. (2019). Greater empathy in MDMA users. *Journal of Psychopharmacology*, 33(3), 295–304. <https://doi.org/10.1177/0269881119826594>
- Cecilione, J. L., Rappaport, L. M., Verhulst, B., Carney, D. M., Blair, R. J. R., Brotman, M. A., Leibenluft, E., Pine, D. S., Roberson-Nay, R., & Hettrema, J. M. (2017). Test–retest reliability of the facial expression labeling task. *Psychological Assessment*, 29(12), 1537–1542. <https://doi.org/10.1037/pas0000439>
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2004). Structured interview of personality organization (STIPO). *Weill Medical College of Cornell University*.
- Couette, M., Mouchabac, S., Bourla, A., Nuss, P., & Ferreri, F. (2020). Social cognition in post-traumatic stress disorder: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(2), 117–138. <https://doi.org/10.1111/bjc.12238>
- Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: A Review of the Concept. *Emotion Review*, 8(2), 144–153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>

- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Davis, M. H., & Begovic, E. (2014). Empathy-Related Interventions. In A. C. Parks & S. M. Schueller (Ed.), *The Wiley Blackwell Handbook of Positive Psychological Interventions* (s. 111–134). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118315927.ch6>
- Decety, J. (2015). The neural pathways, development and functions of empathy. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, *3*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2014.12.001>
- Decety, J., & Holvoet, C. (2021). The emergence of empathy: A developmental neuroscience perspective. *Developmental Review*, *62*, 100999. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2021.100999>
- Decety, J., & Lamm, C. (2009). Empathy versus Personal Distress: Recent Evidence from Social Neuroscience. In J. Decety & W. Ickes (Ed.), *The Social Neuroscience of Empathy* (s. 199–214). The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0016>
- de Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: How, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, *10*(10), 435–441. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.08.008>
- de Waal, F. B. M. (2008). Putting the Altruism Back into Altruism: The Evolution of Empathy. *Annual Review of Psychology*, *59*(1), 279–300. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093625>
- de Waal, F. B. M. (2021). Empathy, the umbrella term. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *129*, 180–181. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.034>
- de Waal, F. B. M., & Preston, S. D. (2017). Mammalian empathy: Behavioural manifestations and neural basis. *Nature Reviews Neuroscience*, *18*(8), 498–509. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.72>
- Di Pierro, R., Gargiulo, I., Poggi, A., Madeddu, F., & Preti, E. (2020). The Level of Personality Functioning Scale Applied to Clinical Material From the Structured Interview of

- Personality Organization (STIPO): Utility in Detecting Personality Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 1–15. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2020\\_34\\_472](https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_472)
- Doering, S., Blüml, V., Parth, K., Feichtinger, K., Gruber, M., Aigner, M., Rössler-Schüle, H., Freidl, M., & Winer, A. (2018). Personality functioning in anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1870-0>
- Doubková, N., Heissler, R., Preiss, M., & Sanders, E. (2022). Differences in personality functioning impairment in mood, anxiety, and personality disorders: A cluster analysis. *BMC Psychiatry*, 22(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03958-4>
- Dragomirecká, E. (2006). Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL–překlad položek a konstrukce škál. *Psychiatrie*, 10(2), 1-6.
- Dubovská, E., Furstová, J., Růžička, J., & Tavel, P. (2019). Validity of the Czech Version of the Therapeutic Factors Inventory – Short Form (TFI-S). *International Journal of Group Psychotherapy*, 69(3), 308–327. <https://doi.org/10.1080/00207284.2019.1584527>
- Dwivedi, A. K., Mallawaarachchi, I., & Alvarado, L. A. (2017). Analysis of small sample size studies using nonparametric bootstrap test with pooled resampling method: Nonparametric Bootstrap Test for Small Sample Size Studies. *Statistics in Medicine*. <https://doi.org/10.1002/sim.7263>
- El Haj, M., Raffard, S., & Gély-Nargeot, M.-C. (2016). Destination memory and cognitive theory of mind in normal ageing. *Memory*, 24(4), 526–534. <https://doi.org/10.1080/09658211.2015.1021257>
- Ganellen, R. J. (2007). Assessing Normal and Abnormal Personality Functioning: Strengths and Weaknesses of Self-Report, Observer, and Performance-Based Methods. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 30–40. <https://doi.org/10.1080/00223890701356987>
- Garandeau, C. F., Laninga-Wijnen, L., & Salmivalli, C. (2022). Effects of the KiVa Anti-Bullying Program on Affective and Cognitive Empathy in Children and Adolescents.



*Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(4), 515–529.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1846541>

Gøtzsche-Astrup, O., & Moskowitz, A. (2016). Personality disorders and the *DSM-5*: Scientific and extra-scientific factors in the maintenance of the status quo. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(2), 119–127. <https://doi.org/10.1177/0004867415595872>

Gruber, M., Doering, S., & Blüml, V. (2020). Personality functioning in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(1), 62–69.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000556>

Håkansson Eklund, J., & Summer Meranius, M. (2021). Toward a consensus on the nature of empathy: A review of reviews. *Patient Education and Counseling*, 104(2), 300–307.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.022>

Hall, J. A., Mast, M. S., & West, T. V. (2016). Accurate interpersonal perception: Many traditions, one topic. In J. A. Hall, M. Schmid Mast, & T. V. West (Ed.), *The Social Psychology of Perceiving Others Accurately* (1. vyd., s. 3–22). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316181959.001>

Hall, J. A., & Schwartz, R. (2019). Empathy present and future. *The Journal of Social Psychology*, 159(3), 225–243. <https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1477442>

Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M., & Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 175(3), 277–279. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.002>

Haut, K. M., Dodell-Feder, D., Guty, E., Nahum, M., & Hooker, C. I. (2019). Change in Objective Measure of Empathic Accuracy Following Social Cognitive Training. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 894. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00894>

Heissler, R., Doubková, N., Hutsebaut, J., & Preiss, M. (2021). Semi-structured interview for personality functioning DSM-5 (STiP-5.1): Psychometric evaluation of the Czech version. *Personality and Mental Health*, 15(3), 198–207. <https://doi.org/10.1002/pmh.1508>

- Heyes, C. (2018). Empathy is not in our genes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *95*, 499–507. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.11.001>
- Hummelen, B., Braeken, J., Buer Christensen, T., Nysaeter, T. E., Germans Selvik, S., Walther, K., Pedersen, G., Eikenaes, I., & Paap, M. C. S. (2021). A Psychometric Analysis of the Structured Clinical Interview for the *DSM-5* Alternative Model for Personality Disorders Module I (SCID-5-AMPD-I): Level of Personality Functioning Scale. *Assessment*, *28*(5), 1320–1333. <https://doi.org/10.1177/1073191120967972>
- Hutsebaut, J., Berghuis, H., De Saeger, H., Kaasenbrood, A., & Ingenhoven, T. (2014). Semi-structured interview for personality functioning DSM-5 (STiP 5.1). The Podium DSM-5 research Group of the Netherlands Centre of Expertise on Personality Disorders. Utrecht: Trimbos Institute.
- Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., & Kamphuis, J. H. (2016). Development and Preliminary Psychometric Evaluation of a Brief Self-Report Questionnaire for the Assessment of the DSM–5 level of Personality Functioning Scale: The LPFS Brief Form (LPFS-BF). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *7*(2), 192–197. <https://doi.org/10.1037/per0000159>
- Hutsebaut, J., Kamphuis, J. H., Feenstra, D. J., Weekers, L. C., & De Saeger, H. (2017). Assessing DSM–5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM–5 (STiP-5.1). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *8*(1), 94–101. <https://doi.org/10.1037/per0000197>
- Hutsebaut, J., Weekers, L. C., Tuin, N., Apeldoorn, J. S. P., & Bulten, E. (2021). Assessment of ICD-11 Personality Disorder Severity in Forensic Patients Using the Semi-structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1): Preliminary Findings. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 617702. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.617702>

- Chen, D. C. R., Pahilan, M. E., & Orlander, J. D. (2010). Comparing a Self-Administered Measure of Empathy with Observed Behavior Among Medical Students. *Journal of General Internal Medicine*, *25*(3), 200–202. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1193-4>
- Christov-Moore, L., Simpson, E. A., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., & Ferrari, P. F. (2014). Empathy: Gender effects in brain and behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *46*, 604–627. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.001>
- Ibanez, A., Huepe, D., Gempp, R., Gutiérrez, V., Rivera-Rei, A., & Toledo, M. I. (2013). Empathy, sex and fluid intelligence as predictors of theory of mind. *Personality and Individual Differences*, *54*(5), 616–621. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.11.022>
- Ickes, W., & Hodges, S. D. (2013). *Empathic Accuracy in Close Relationships*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195398694.013.0016>
- Ickes, W. J. (Ed.). (1997). *Empathic accuracy*. Guilford Press.
- Kamarádová, D., Praško, J., Látalová, K., Panáčková, L., Švancara, J., Ocisková, M., ... & Vrbová, K. (2016). VALIDIZACE ČESKE VERZE BECKOV A INVENTAŘE UZKO STI. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, *112*(4).
- Klein, K. J. K., & Hodges, S. D. (2001). Gender Differences, Motivation, and Empathic Accuracy: When it Pays to Understand. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*(6), 720–730. <https://doi.org/10.1177/0146167201276007>
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *9*(6), 873–879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>
- Knight, L. K., Stoica, T., Fogleman, N. D., & Depue, B. E. (2019). Convergent Neural Correlates of Empathy and Anxiety During Socioemotional Processing. *Frontiers in Human Neuroscience*, *13*, 94. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00094>
- Knopik, V. S., Neiderhiser, J. M., DeFries, J. C., & Plomin, R. (2018). *Behavioral genetics: A primer*. [https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc\\_100059408483.0x000001](https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc_100059408483.0x000001)

- Kurzban, R. (2010). *Why everyone (else) is a hypocrite: Evolution and the modular mind*. Princeton University Press.
- Lamm, C., Rütgen, M., & Wagner, I. C. (2019). Imaging empathy and prosocial emotions. *Neuroscience Letters*, *693*, 49–53. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.06.054>
- Longmire, N. H., & Harrison, D. A. (2018). Seeing their side versus feeling their pain: Differential consequences of perspective-taking and empathy at work. *Journal of Applied Psychology*, *103*(8), 894–915. <https://doi.org/10.1037/apl0000307>
- Ma-Kellams, C., & Lerner, J. (2016). Trust your gut or think carefully? Examining whether an intuitive, versus a systematic, mode of thought produces greater empathic accuracy. *Journal of Personality and Social Psychology*, *111*(5), 674–685. <https://doi.org/10.1037/pspi0000063>
- Manczak, E. M., DeLongis, A., & Chen, E. (2016). Does empathy have a cost? Diverging psychological and physiological effects within families. *Health Psychology*, *35*(3), 211–218. <https://doi.org/10.1037/hea0000281>
- Mazza, M., Tempesta, D., Pino, M. C., Nigri, A., Catalucci, A., Guadagni, V., Gallucci, M., Iaria, G., & Ferrara, M. (2015). Neural activity related to cognitive and emotional empathy in post-traumatic stress disorder. *Behavioural Brain Research*, *282*, 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.12.049>
- McCabe, G. A., & Widiger, T. A. (2020). A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM-5 section III personality disorder models. *Psychological Assessment*, *32*(1), 72–84. <https://doi.org/10.1037/pas0000772>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>

- Melchers, M., Montag, C., Reuter, M., Spinath, F. M., & Hahn, E. (2016). How heritable is empathy? Differential effects of measurement and subcomponents. *Motivation and Emotion, 40*(5), 720–730. <https://doi.org/10.1007/s11031-016-9573-7>
- Morey, L. C. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM–5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment, 29*(10), 1302–1308. <https://doi.org/10.1037/pas0000450>
- Morey, L. C., Hopwood, C. J., Markowitz, J. C., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Yen, S., Sanislow, C. A., Ansell, E. B., & Skodol, A. E. (2012). Comparison of alternative models for personality disorders, II: 6-, 8- and 10-year follow-up. *Psychological Medicine, 42*(8), 1705–1713. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002601>
- Morrison, A. S., Mateen, M. A., Brozovich, F. A., Zaki, J., Goldin, P. R., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2019). Changes in Empathy Mediate the Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy but Not Mindfulness-Based Stress Reduction for Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy, 50*(6), 1098–1111. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.005>
- Pittelkow, M.-M., aan het Rot, M., Seidel, L. J., Feyel, N., & Roest, A. M. (2021). Social Anxiety and Empathy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 78*, 102357. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102357>
- Preckel, K., Kanske, P., & Singer, T. (2018). On the interaction of social affect and cognition: Empathy, compassion and theory of mind. *Current Opinion in Behavioral Sciences, 19*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.07.010>
- Preston, S. D., & de Waal, F. B. M. (2017). Only the PAM explains the personalized nature of empathy. *Nature Reviews Neuroscience, 18*(12), 769–769. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.140>
- Richter, D., & Kunzmann, U. (2011). Age differences in three facets of empathy: Performance-based evidence. *Psychology and Aging, 26*(1), 60–70. <https://doi.org/10.1037/a0021138>

- Rishede, M. Z., Juul, S., Bo, S., Gondan, M., Bjerrum Møeller, S., & Simonsen, S. (2021). Personality Functioning and Mentalizing in Patients With Subthreshold or Diagnosed Borderline Personality Disorder: Implications for ICD-11. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 634332. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.634332>
- Ritchie, S. J., & Tucker-Drob, E. M. (2018). How Much Does Education Improve Intelligence? A Meta-Analysis. *Psychological Science, 29*(8), 1358–1369. <https://doi.org/10.1177/0956797618774253>
- Ruggeri, M. (2007). Quality of Life, Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 16*(1), 79–81. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00004644>
- Samuel, D. B., Sanislow, C. A., Hopwood, C. J., Shea, M. T., Skodol, A. E., Morey, L. C., Ansell, E. B., Markowitz, J. C., Zanarini, M. C., & Grilo, C. M. (2013). Convergent and incremental predictive validity of clinician, self-report, and structured interview diagnoses for personality disorders over 5 years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 650–659. <https://doi.org/10.1037/a0032813>
- Santabárbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., De la Cámara, C., Lobo, A., & Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 109*, 110207. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>
- Sawilowsky, S. S. (2009). New Effect Size Rules of Thumb. *Journal of Modern Applied Statistical Methods, 8*(2), 597–599. <https://doi.org/10.22237/jmasm/1257035100>
- Sened, H., Lavidor, M., Lazarus, G., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Ickes, W. (2017). Empathic accuracy and relationship satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology, 31*(6), 742–752. <https://doi.org/10.1037/fam0000320>
- Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus

versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(3), 617–627.  
<https://doi.org/10.1093/brain/awn279>

Skodol, A. E., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2014). PERSONALITY DISORDERS AND THE PERSISTENCE OF ANXIETY DISORDERS IN A NATIONALLY REPRESENTATIVE SAMPLE: Research Article: Personality Disorders and Anxiety Disorders. *Depression and Anxiety*, 31(9), 721–728. <https://doi.org/10.1002/da.22287>

Smith, A. (2006). Cognitive Empathy and Emotional Empathy in Human Behavior and Evolution. *The Psychological Record*, 56(1), 3–21. <https://doi.org/10.1007/BF03395534>

Song, M.-K., Choi, S.-H., Lee, D.-H., Lee, K.-J., Lee, W. J., & Kang, D.-H. (2018). Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Empathy in Patients with Chronic Pain. *Psychiatry Investigation*, 15(3), 285–291. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.07.03>

Stietz, J., Jauk, E., Krach, S., & Kanske, P. (2019). Dissociating Empathy From Perspective-Taking: Evidence From Intra- and Inter-Individual Differences Research. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 126. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00126>

Teding van Berkhout, E., & Malouff, J. M. (2016). The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 32–41. <https://doi.org/10.1037/cou0000093>

the iPSYCH-Broad autism group, the 23andMe Research Team, Warrier, V., Toro, R., Chakrabarti, B., Børglum, A. D., Grove, J., Hinds, D. A., Bourgeron, T., & Baron-Cohen, S. (2018). Genome-wide analyses of self-reported empathy: Correlations with autism, schizophrenia, and anorexia nervosa. *Translational Psychiatry*, 8(1), 35. <https://doi.org/10.1038/s41398-017-0082-6>

The jamovi project (2019). *jamovi*. (Version 1.1) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

- Thompson, N. M., van Reekum, C. M., & Chakrabarti, B. (2022). Cognitive and Affective Empathy Relate Differentially to Emotion Regulation. *Affective Science*, 3(1), 118–134. <https://doi.org/10.1007/s42761-021-00062-w>
- Thylstrup, B., Simonsen, S., Nemery, C., Simonsen, E., Noll, J. F., Myatt, M. W., & Hesse, M. (2016). Assessment of personality-related levels of functioning: A pilot study of clinical assessment of the DSM-5 level of personality functioning based on a semi-structured interview. *BMC Psychiatry*, 16(1), 298. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1011-6>
- Tone, E. B., & Tully, E. C. (2014). Empathy as a “risky strength”: A multilevel examination of empathy and risk for internalizing disorders. *Development and Psychopathology*, 26(4pt2), 1547–1565. <https://doi.org/10.1017/S0954579414001199>
- Trautwein, F.-M., Kanske, P., Böckler, A., & Singer, T. (2020). Differential benefits of mental training types for attention, compassion, and theory of mind. *Cognition*, 194, 104039. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2019.104039>
- Valk, S. L., Bernhardt, B. C., Trautwein, F.-M., Böckler, A., Kanske, P., Guizard, N., Collins, D. L., & Singer, T. (2017). Structural plasticity of the social brain: Differential change after socio-affective and cognitive mental training. *Science Advances*, 3(10), e1700489. <https://doi.org/10.1126/sciadv.1700489>
- Verhofstadt, L. L., Buysse, A., Ickes, W., Davis, M., & Devoldre, I. (2008). Support provision in marriage: The role of emotional similarity and empathic accuracy. *Emotion*, 8(6), 792–802. <https://doi.org/10.1037/a0013976>
- Völlm, B. A., Taylor, A. N. W., Richardson, P., Corcoran, R., Stirling, J., McKie, S., Deakin, J. F. W., & Elliott, R. (2006). Neuronal correlates of theory of mind and empathy: A functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. *NeuroImage*, 29(1), 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.07.022>
- Waal, F. B. M. de (Ed.). (2003). *Good natured: The origins of right and wrong in humans and other animals* (7. print). Harvard Univ. Press.



- Warrier, V., Grasby, K. L., Uzefovsky, F., Toro, R., Smith, P., Chakrabarti, B., Khadake, J., Mawbey-Adamson, E., Litterman, N., Hottenga, J.-J., Lubke, G., Boomsma, D. I., Martin, N. G., Hatemi, P. K., Medland, S. E., Hinds, D. A., Bourgeron, T., & Baron-Cohen, S. (2018). Genome-wide meta-analysis of cognitive empathy: Heritability, and correlates with sex, neuropsychiatric conditions and cognition. *Molecular Psychiatry*, *23*(6), 1402–1409. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.122>
- Weisz, E., & Cikara, M. (2021). Strategic Regulation of Empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, *25*(3), 213–227. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.12.002>
- Weisz, E., Ong, D. C., Carlson, R. W., & Zaki, J. (2021). Building empathy through motivation-based interventions. *Emotion*, *21*(5), 990–999. <https://doi.org/10.1037/emo0000929>
- Weisz, E., & Zaki, J. (2017). Empathy building interventions: A review of existing work and suggestions for future directions. *The Oxford handbook of compassion science*, 205–217.
- Widiger, T. A. (2003). Personality disorder diagnosis. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *2*(3), 131–135.
- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(2), 314–321. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.314>
- World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Yamamoto, S. (2017). Primate empathy: Three factors and their combinations for empathy-related phenomena. *WIREs Cognitive Science*, *8*(3). <https://doi.org/10.1002/wcs.1431>
- Zaki, J., & Ochsner, K. N. (2012). The neuroscience of empathy: Progress, pitfalls and promise. *Nature Neuroscience*, *15*(5), 675–680. <https://doi.org/10.1038/nn.3085>
- Zettl, M., Taubner, S., Hutsebaut, J., & Volkert, J. (2019). Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Semistrukturierten Interviews zur Erfassung der DSM-5

Persönlichkeitsfunktionen (STiP-5.1). *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 69(12), 499–504. <https://doi.org/10.1055/a-1010-6887>

Zettl, M., Volkert, J., Vögele, C., Herpertz, S. C., Kubera, K. M., & Taubner, S. (2020). Mentalization and criterion a of the alternative model for personality disorders: Results from a clinical and nonclinical sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(3), 191–201. <https://doi.org/10.1037/per0000356>

Zimmermann, J., Kerber, A., Rek, K., Hopwood, C. J., & Krueger, R. F. (2019). A Brief but Comprehensive Review of Research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(9), 92. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1079-z>

## **6 Seznam Příloh**

**Příloha 1** – Pozvánka pro kontrolní soubor + informovaný souhlas

**Příloha 2** – Neparametrická ANOVA a párová porovnání

**Příloha 3** – Korelační analýzy pro kontrolní skupinu