

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**

**RIGORÓZNÍ PRÁCE**

Mgr. Kristina Najbrtová

**Explicitní a implicitní sebehodnocení u klientů  
s úzkostnou poruchou:**

Kvantitativní a kvalitativní analýza  
s důrazem na Rorschachovu metodu

**Explicit and implicit self-esteem within a given range of clients  
with anxiety disorders:**

Quantitative and qualitative analysis  
with emphasis on the Rorschach method

Praha 2015

#### Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucímu práce prof. Šípkovi za rozšiřování obzorů a laskavé předávání cenných zkušeností. Děkuji také Dr. Boschkovi a Mgr. Vrankovi za pomoc při statistickém zpracování dat. Ráda bych na tomto místě zmínila vstřícnost doc. Růžičky při souhlasu se získáváním dat na klinice ESET a jmenovitě projevila vděk odborníkům z řad psychiatrů a psychologů, kteří byli ochotni participovat na zprostředkování klientů do výzkumu: především kolegyni MUDr. Alexandře Kroupové, MUDr. Ondráčkové, MUDr. Provazníkové, Mgr. Haňkové, Mgr. Kotovské a Mgr. Kukolové. Díky jejich ochotě bylo možné výzkum zrealizovat.

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

*V Praze dne 31. srpna 2015*

*Kristina Najbrtová*

## Abstrakt

Předkládaná rigorózní práce se zabývá pohledem na problematiku sebehodnocení u jedinců, kterým bylo diagnostikováno onemocnění z okruhu úzkostných poruch. Úzkostné poruchy patří mezi nejčastěji se vyskytující druhy duševního onemocnění a role sebehodnocení u nich zatím nebyla náležitě prozkoumána. Cílem práce je proto přispět k porozumění podstaty vztahu mezi úzkostmi a sebehodnocením a ověřit, zda lze u vybraného diagnostického okruhu jedinců s tzv. jinou úzkostnou poruchou nalézt odlišnosti v oblasti sebehodnocení.

Teoretická část práce vychází ze shrnutí poznatků o úzkostných poruchách a ze srovnání různých psychologických přístupů k sebehodnocení. Důraz je kladen na prozkoumání teorií autorů, kteří se snaží vysvětlit možné příčiny a vlastnosti odchylek sebehodnocení u úzkostných poruch a navrhnout vysvětlení povahy tohoto vztahu a jeho vzniku.

Empirická část rigorózní práce se věnuje analýze úrovně explicitního a implicitního sebehodnocení u skupiny úzkostných klientů. Pro měření explicitního sebehodnocení byly použity zahraniční dotazníky (Rosenbergova škála sebehodnocení a SLSC-R), implicitní sebehodnocení bylo měřeno Rorschachovou metodou. Výsledky výzkumu naznačují, že námi zkoumaná skupina klientů s diagnózou tzv. jiných úzkostných poruch vykazuje signifikantně nižší explicitní a negativní implicitní sebehodnocení oproti srovnávací skupině zdravých osob. Dalším podstatným zjištěním je nalezení statisticky významně vyššího výskytu tvarově dimenzionálních odpovědí (FD), odstínově dimenzionálních odpovědí (V), odpovědí s obsahy anatomie a rentgenu (An+Xy) i odpovědí s morbidním obsahem (MOR) v Rorschachově metodě u klinického souboru oproti neklinickému.

Součástí rigorózní práce jsou dvě případové studie dokládající projevy negativního sebehodnocení u klientů s úzkostnou poruchou.

**klíčová slova:** explicitní sebehodnocení, implicitní sebehodnocení, úzkost, úzkostné poruchy, Rorschachova metoda

## **Abstract**

The thesis focuses on the issue of self-esteem in clients diagnosed with anxiety disorders. While this condition belongs to the most common mental illnesses, the role of the patient's self-esteem has not been sufficiently researched. The aim of the thesis is to contribute to a better understanding of the relation between anxiety and self-esteem, and to examine whether clients with so called Other Anxiety Disorder manifest specific differences in their level of self-esteem.

In the theoretical part we summarize the key findings in the domain of anxiety disorder research; we further compare the different psychological approaches to the issue of self-esteem. There is a particular focus on authors who explore the possible causes and features of self-esteem deviations in patients with anxiety disorders, and who propose hypotheses regarding the nature and origins of this linkage.

The empirical part of the thesis focuses on the analysis of the explicit and implicit self-esteem level in clients with anxiety disorder. For the purpose of measuring explicit self-esteem we have used foreign questionnaires, namely the Rosenberg Self-Esteem Scale and the SLSC-R. For implicit self-esteem evaluation we have used the Rorschach test. The research outcomes indicate that clients with anxiety disorders display significantly lower levels of both explicit and implicit self-esteem in comparison with a control group.

Moreover, the study revealed a statistically significant higher occurrence of Form-Based Dimensional Responses (FD), Shading-Dimensional Responses (V), responses involving Anatomy and X-Ray contents and Morbid Contents responses in the Rorschach test at the clinical group compared to a control group.

Thesis contains two case studies proving manifestation of negative self-esteem of clients with anxiety disorders.

**key words:** explicit self-esteem, implicit self-esteem, anxiety, anxiety disorders, Rorschach test

# Obsah

1. Úvod.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	11
2. Sebehodnocení .....	11
2.1 Úvod do tématu: Jáství a jeho struktura.....	11
2.2 Vymezení sebepojetí .....	14
2.2.1 Reprezentace Já .....	16
2.3 Vymezení sebehodnocení.....	18
2.3.1 Sebehodnocení a emoce .....	21
2.4 Vývoj sebehodnotících kritérií.....	23
2.5 Sebehodnocení jako jednodimenzionální a vícedimenzionální konstrukt .....	25
2.6 Implicitní versus explicitní sebehodnocení .....	27
2.6.1 Implicitní sebehodnocení .....	27
2.6.2 Explicitní sebehodnocení.....	29
2.6.3 Vztah implicitního a explicitního sebehodnocení .....	29
2.7 Faktory ovlivňující sebehodnocení.....	30
2.7.1 Věk.....	30
2.7.2 Pohlaví .....	32
2.7.3 Vzdělání .....	32
2.7.4 Zaměstnanost .....	33
2.8 Způsoby měření sebehodnocení.....	34
2.8.1 Rosenbergova škála sebehodnocení .....	34
2.8.2 Self-Liking/Self-Competence Scale .....	35
2.8.3 Rorschachova metoda .....	37
2.8.3.1 Představení Sekce sebepercepce .....	38
2.8.3.2 Zrcadlení .....	39
2.8.3.3 Index egocentricity .....	39
2.8.3.4 Odpovědi FD, V.....	40
2.8.3.5 Odpovědi An+Xy.....	41
2.8.3.6 Suma odpovědí MOR .....	42
2.8.4 Další metody pro měření implicitního sebehodnocení .....	43
2.9 Zdravé versus narušené sebehodnocení.....	44
2.9.1 Pozitivní versus negativní sebehodnocení.....	44
2.9.2 Diskrepance mezi implicitním a explicitním sebehodnocením .....	46
2.9.3 Diskrepance na úrovni reprezentací Já .....	47
3. Úzkostné poruchy.....	49
3.1 Vymezení úzkosti a strachu.....	49
3.1.1 Funkce a projevy úzkosti.....	50
3.2 Úzkostné poruchy .....	52
3.3 Jiné úzkostné poruchy .....	53
3.3.1 Panická porucha (F41.0) .....	54
3.3.2 Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1).....	55
3.3.3 Smíšená úzkostně-depresivní porucha (F41.2) .....	57
3.3.4 Ostatní diagnostické jednotky F41 .....	58
3.4 Podstata úzkostných poruch z pohledu základních psychologických směrů .....	58
3.4.1 Tradiční psychoanalýza .....	58
3.4.2 Neopsychoanalýza.....	59

3.4.3 Behaviorální a kognitivně-behaviorální přístupy.....	61
3.4.4 Humanistický přístup.....	63
3.5 Metody měření úzkosti: Beckova škála úzkosti.....	64
4. Vztah mezi sebehodnocením a úzkostnými poruchami .....	65
4.1 Shrnutí jako vyústění pro empirickou část práce .....	70
II. EMPIRICKÁ ČÁST .....	72
5. Výzkumný záměr.....	72
6. Výzkumné otázky a hypotézy.....	73
6.1 Výzkumné hypotézy vázané k explicitnímu sebehodnocení.....	73
6.2 Výzkumné hypotézy vázané k implicitnímu sebehodnocení .....	74
6.3 Výzkumné otázky a hypotézy vázané k dalším proměnným Sekce sebepercepce..	75
6.4 Výzkumná hypotéza vázaná k analýze vztahu mezi mírou úzkosti a úrovní sebehodnocení.....	76
6.5 Výzkumné hypotézy vázané k podrobnější analýze klinického souboru.....	76
7. Design výzkumu .....	78
7.1 Použité metody.....	78
7.1.1 Rosenbergova škála sebehodnocení .....	79
7.1.2 Dotazník Self-Liking/Self-Competence Scale .....	79
7.1.3 Rorschachova metoda .....	80
7.1.4 Beckova škála úzkosti .....	83
7.2 Výzkumné soubory .....	84
7.2.1 Klinický soubor .....	84
7.2.2 Neklinický soubor .....	85
7.2.3 Deskriptivní charakteristiky výzkumných souborů .....	86
7.2.3.1 Rozložení pohlaví u výzkumných souborů .....	87
7.2.3.2 Rozložení věku u výzkumných souborů .....	88
7.2.3.3 Rozložení vzdělání u výzkumných souborů.....	89
7.2.3.4 Stav zaměstnanosti u výzkumných souborů .....	90
7.2.3.5 Rodinný stav u výzkumných souborů .....	90
7.2.4 Další charakteristiky klinického souboru.....	91
7.3 Průběh vyšetření .....	92
8. Statistické zpracování .....	94
8.1 Test normality .....	94
8.2 Výzkumné hypotézy vázané k explicitnímu sebehodnocení.....	95
8.3 Výzkumné hypotézy vázané k implicitnímu sebehodnocení .....	97
8.4 Výzkumné hypotézy vázané k dalším proměnným Sekce sebepercepce.....	100
8.5 Výzkumná hypotéza vázaná k analýze vztahu mezi mírou úzkosti a úrovní sebehodnocení.....	102
8.6 Výzkumné hypotézy vázané k podrobnější analýze klinického souboru.....	105
9. Shrnutí výsledků.....	110
10. Diskuze.....	112
10.1 Interpretace výsledků.....	112
10.2 Konfrontace nálezů s relevantními výzkumnými poznatky.....	118
10.3 Limity výzkumu .....	120
10.4 Návrhy na zlepšení a budoucí oblasti výzkumu .....	126
11. Závěr.....	128
12. Literatura .....	130
13. Seznam grafů a tabulek.....	147
14. Seznam příloh.....	148

# 1. Úvod

Úzkost je v našem životě přirozeným jevem, který nás v jistém smyslu chrání, jelikož představuje reakci na ohrožení. Upozorňuje nás na možné nebezpečí a zároveň připravuje naše tělo i mysl na to se s ohrožením adekvátně vypořádat. Jsou ovšem případy, kdy se úzkost začne obracet proti jedinci samotnému, začne mu život ztrpčovat. To nastává obvykle v momentě, kdy se úzkost objevuje v neadekvátních situacích a v nadměrné míře. V takovém případě hovoříme o rozvinutí úzkostné poruchy.

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastěji se vyskytující druhy duševního onemocnění. Ptáme-li se po podstatě úzkostných poruch, zvažujeme na tomto místě základní otázku: Jakou roli v systému úzkostných poruch hraje sebehodnocení člověka? Sebehodnocení odkazuje k vnímání vlastní hodnoty a sebekřijetí a bylo již dříve rozpoznáno jako zásadní pro psychické zdraví a spokojené fungování člověka.

Osobní motivace věnovat se předloženému tématu v rámci rigorózní práce pramení z vlastní praxe, jelikož působím jako koterapeut na terapeutické skupině v rámci kliniky ESET, kde tvoří cílovou skupinu převážně klienti s úzkostnými poruchami. Na základě dlouhodobé práce s těmito klienty a jejich obtížemi se mi ukazuje, že pojmání sebe sama, a to hlavně v úrovni sebehodnocení, je tématem, které je u těchto klientů často přítomné. Klienti demonstrují úzkosti a obavy, které lze spojit s tím, že se o sebe sama nedokáží dostatečně opřít. Nevěří si, že některé věci v životě zvládnou, že mohou podávat výkony srovnatelné s ostatními, někdy nejsou dokonce ani vnitřně přesvědčeni, že mají právo na vlastní emoce a mohou je svobodně projevat. Jednoduše řečeno se nedokáží sami za sebe postavit. Z tohoto důvodu jsem si začala klást otázku, zda by bylo možné nízké či narušené sebehodnocení považovat za klíčové jádro podstaty úzkostných poruch.

Výzkumy z posledních let opakovaně prokazují, že je nízké sebehodnocení spojováno s psychickými a emocionálními potížemi. Povaze tohoto vztahu však rozumíme stále jen částečně. Navíc vztah mezi úzkostmi a sebehodnocením byl doposud zkoumán jen zřídka.

Naším výzkumným projektem proto chceme přispět k porozumění problematiky sebehodnocení v souvislosti s psychopatologií, konkrétně přispět k pochopení podstaty úzkostných poruch. V rámci výzkumu se zaměřujeme na diagnostickou podskupinu



tzv. Jiných úzkostných poruch, o které projevovali výzkumníci doposud jen malý zájem. Naším cílem je výzkumně ověřit, zda je možné detekovat odchylky v oblasti sebehodnocení u úzkostných klientů v úrovni explicitního a implicitního sebehodnocení v porovnání se zdravými jedinci.

Teoretická část práce je rozdělena do tří hlavních oddílů, které se zaměřují na témata sebehodnocení, úzkosti a úzkostných poruch, poslední oddíl představuje propojení problematiky sebehodnocení a úzkostných poruch.

Účelem teoretické části je jednak zasazení základních pojmů sebehodnocení a úzkosti do terminologického rámce, širších souvislostí a představení jednotlivých diagnostických jednotek z hlediska jejich klinického obrazu, epidemiologie a etiopatogeneze. Především nám však jde o předložení zásadních psychologických teorií pro pochopení vztahu mezi sebehodnocením a úzkostnými stavy či poruchami. Tyto snahy by měly vyústit k podložení předpokladů o výskytu narušeného sebehodnocení u úzkostných poruch teoretickými poznatky a nálezy relevantních výzkumů.

Empirická část bude navazovat snahou ověřit výskyt nízkého či narušeného explicitního a implicitního sebehodnocení u námi zvolené skupiny klientů s úzkostnou poruchou oproti zdravé srovnávací skupině. Kvantitativní výzkumnou část doplňujeme o dvě případové studie, které slouží k hlubší analýze nízkého sebehodnocení a narušeného sebeobrazu u klientů s úzkostnou poruchou.

Předkládaná rigorózní práce navazuje na práci diplomovou, která byla obhájena v roce 2015.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 2. Sebehodnocení

Snaha rozumět tomu, jak lidé vnímají sami sebe, jak sami sebe hodnotí a prožívají a jaké to má důsledky pro jejich chování a fungování, není vlastní jen nám psychologům, ale je to zájem, který je do určité míry přirozený a sdílený všemi lidskými bytostmi.

Studium Já, tedy toho, kdo jsme – jak se vnímáme, prožíváme, hodnotíme, není lehký úkol. Jde o jev, který je mimořádně složitý, komplexní, avšak se kterým všichni máme svébytnou subjektivní zkušenost. Já každého člověka je jedinečné a stejně tak jej i každý vnímáme. A možná díky této bytostně osobní zkušenosti nám může být zatěžko s pojmem Já pracovat jako s psychologickým konstruktem, protože samotná snaha definovat jej slovy nás svazuje a vede k jistému zkreslení. Zkušenost a zážitek vlastního Já je nepřenositelný. Proto se Já druhého člověka můžeme snažit poznat a pochopit, ale může se nám to podařit vždy jen do určité míry. Nepochybujeme však o tom, že snaha poznávat Já jako takové je hodnotná a může nás obohacovat.

### 2.1 Úvod do tématu: Jáství a jeho struktura

Nejprve se zamyslíme nad tím, jak lze vůbec chápat a rozumět pojmu Já z psychologického hlediska, což by nám mělo být východiskem proto, abychom následně mohli představit konstrukt sebepojetí a sebehodnocení, který je předmětem zkoumání naší práce.

Já je jádrem naší osobnosti. Jak předestírá Říčan (2010) Já můžeme vidět jako nositele identity a jedinečné hodnoty individuální osobnosti, Já je zároveň integrující činitel a vlastní smysl lidské existence. Macek (2008) hovoří o tom, že sebeuvědomění a zážitek vlastního Já je zcela jedinečná lidská zkušenost, která dává našemu životu zásadní rozměr a subjektivní smysl. Vágnerová (2010, p. 298) uvádí své pojetí Já, které chápe jako „vztažný rámeček, který zpracovává a sjednocuje veškerou zkušenost a je centrem integrace a koordinace všech psychických projevů daného jedince“. Není tedy pochyb

o tom, že Já je klíčovou složkou naší osobnosti. Téměř všechny teorie psychologie osobnosti se tímto jevem zabývaly. Vědomí Já je totiž vědomí vlastní totožnosti a existence, což tvoří základ vlastní identity, rozvoje sebepojetí a sebehodnocení (Cakirpaloglu, 2012; Vágnerová, 2010).

V českém jazyce se setkáváme kromě pojmu Já také s termínem jáství, které je od něj odvozeno. Podobně v anglickém jazyce nacházíme pojem self a selfhood. Self se začalo běžně užívat i v českém jazyce, setkáváme se s ním tudíž nezdědka v odborných textech. Dalším pojmem je Ego, které je asi nejvíce spojeno s psychoanalytickým směrem, a je také chápáno jako základní vědomá složka struktury osobnosti.

Slovo já nalezneme v každém jazyce. V anglickém jazyce se setkáváme kromě výrazu pro Já „I“, i s výrazem „me - self“, které v češtině vyjadřujeme vztažností „sebe, sobě“ (Říčan, 2010).

Lidé v běžném jazyce říkají „Já vidím.., Já si přeji..., Já jsem...“. Ale také užívají zmíněné vztažnosti „Sám sebe považuji za..., Sebe bych nikdy...“.

Když se ohlédneme za tím, jak jsme o Já, jáství doposud hovořili, vychází najevo jedna základní věc. Přirozeně jsme narazili na to, že o Já buď mluvíme jako o objektu – Já jako předmět psychologického zájmu a studia či předmět sebereflexe, nebo jako o subjektu, což je Já, které subjektivně zakoušíme.

Jako první popsal dvojakost jáství William James. Význam jeho teorie vidíme v tom, že rozlišil dva aspekty Já a to „Já poznávající“ a „Já poznávané“. Tato koncepce byla, nejen ve své době, určitým způsobem převratná a proto i v současnosti z tohoto modelu odborníci často vycházejí. Dalo by se říci, že panuje obecná shoda, že se dají rozlišit alespoň tyto dva fundamentální, ale komplexně propojené aspekty self.

Já poznávající („I-self“) je subjekt duševního dění. Znamená subjektivní pojetí sebe jako toho, který myslí, zná, prožívá.

Já poznávané („Me-self“) je podle Jamese množina všeho, co člověk může označit za jeho vlastní.

James rozlišil tři složky Já poznávaného, kterými je složka materiální, sociální a duchovní. Z hlediska materiální složky se jedná tedy o vlastní tělo, ale i o vlastnění ve smyslu materiálním. Sociální aspekt Já odráží pojmání osoby druhými lidmi. A v neposlední řadě psychické vlastnosti a charakteristiky, hodnoty a morálku v sobě nese duchovní složka Já.

Já poznávané představuje objekt duševních procesů. Můžeme jej tedy chápat jako stránku self obsahující unikátní a rozpoznatelné rysy a charakteristiky konkrétní osoby, která je vlastně obrazem činného poznávajícího já.

I přesto, že je odlišení Já jako subjektu a objektu poměrně přirozené a srozumitelné, jistá obtíž tu přeci jen vzniká.

Já jako subjekt zažíváme v podobě aktivního činitele jako stále přítomné schéma vědomí, cítění a jednání. Neboli je to Já pociťující, konající a hodnotící. V okamžiku, když si však uvědomíme, že zrovna cítíme, vnímáme a jednáme, tak se posuneme do roviny objektu tohoto uvědomění. Vnímáme své Já jako poznávané, vnímané, hodnocené. V takovém momentě jsme zároveň subjektem i objektem takového uvědomění.

Uvedené složky Já je tedy od sebe někdy obtížné oddělit. Spíše je jejich rozlišování podstatné v teoretické rovině, jelikož pro člověka je to věc zcela přirozená, nad kterou se nemusí běžně pozastavovat (Vágnerová, 2010).

Můžeme uvažovat dále o tom, jaké jsou hranice našeho Já. Hovoříme o rozlišování mezi já a ne-já. Tato hranice může být zdánlivě jednoznačná. Komplikací však je, že se identifikujeme s různými osobami, myšlenkami a některé naopak odmítáme přijmout za své, i když jsou naším produktem. Toto rozlišení může být tedy v některých případech diskutabilní. Nicméně úplné stírání hranice mezi já a ne-já je zpravidla projevem určitého patologického stavu (např. užití návykových látek či vzniku duševního onemocnění) (Říčan, 2010; Vágnerová, 2010).

Naše Já, stejně jako celá naše osobnost, se v průběhu života vyvíjí. Jak vhodně poznamenává Říčan (2010), jsem tentýž jako včera, dnes i zítra, ale nejsem stejný. I v našem vědomí mohou přetrvávat kupříkladu obrazy naší osobnosti tak, jak jsme ji vnímali kdysi. Podstatné je, že Já může být ve svém základu stabilní, jelikož na něj působí mnoho konstitučních a vrozených činitelů. Zároveň však na něj působí i řada vlivů sociálního, fyzického a kulturního charakteru a to zejména ve formě vlastních zkušeností, které jedince formují.

V souvislosti se snahou uchopit a vymezit pojem Já se v literatuře setkáváme s řadou dalších termínů, jako je sebepojetí (self-concept), sebesystém, sebeobraz (self-image), sebeúcta (self-respect), sebevědomí a sebehodnocení (self-worth, self-esteem) aj.

Jelikož teoretických přístupů k jáství je mnoho, rozhodli jsme se v naší práci pro užití výkladového rámce v souladu s Blatným (2010). Jeho pojetí vychází ze

sociálně- kognitivní psychologie, ve které se propojují prvky behaviorismu a teorie sociálního učení s prvky kognitivní psychologie. Její kořeny sahají do 60. let 20. století. Blatný se na téma jáství, sebepojetí a sebehodnocení dlouhodobě zaměřuje a jeho přístup je pro nás vhodný pro jistou systematizaci, která vnese do tématu jasnost v terminologii.

Jáství v souladu s tímto pojetím obsahuje aspekt kognitivní, emoční a konativní. Kognitivní aspekt, který je souhrnem představ o vlastních charakteristikách, znalostí o sobě, které jsou více či méně strukturovány, nazýváme obvykle sebepojetí.

Emoční aspekt je výrazem vztahu k sobě, používáme pro něj pojem sebehodnocení.

Pro aspekt konativní, projevující se jako faktor psychické regulace chování a do určité míry také jako motivační, bývá užíváno termínu seberegulace. Ve skutečnosti se tyto aspekty neprojevují nikdy izolovaně, ale ve vzájemné součinnosti. Jde tedy spíše o teoretické vymezení (Blatný, 2001).

Toto rozčlenění budeme užívat nadále v textu jako tématickou strukturu. V následujících kapitolách se budeme věnovat fenoménům sebepojetí a sebehodnocení.

## 2.2 Vymezení sebepojetí

Zdánlivě jednoduchá otázka „Kdo jsem?“ nás provází celý život. Někdo se touto otázkou zabývá častěji než ostatní, ale stěží můžeme předpokládat, že někomu nikdy ani letmo nepřeběhla přes mysl. Sebpoejetí můžeme vnímat jako zformulovanou odpověď na tuto základní otázku.

Sebpoejetí si můžeme představit jako souhrn veškerých představ a informací, které vztahujeme k vlastní osobě, a které nějakým způsobem utváříme, přijímáme za své, zvnitřňujeme, třídíme a systematizujeme. Jinak řečeno je to námi vytvořený obraz toho, kdo a jací jsme, jací bychom mohli/měli/chtěli být a také představa toho, jak se jevíme v očích druhých.

Abychom si mohli klást otázku o tom, kdo jsme, musíme být schopni si sami sebe uvědomovat, vnímat, prožívat a přemýšlet nad sebou. Na tento aspekt sebepojetí upozorňuje Balcar (1991, p. 157), když hovoří o tom, že se sebepojetí utváří a vyvíjí „v interakci se světem, a to na základě zkušenosti, kterou sám se sebou přitom učiní“.

Sebepojetí chápeme jako kognitivní aspekt jáství. Někdy bývá sebepojetí používáno jako ekvivalent pro Já jako objekt, jak jsme o něm hovořili v minulé kapitole (Macek, 2008).

Podle Blatného (2010, p. 107) lze sebepojetí definovat jako „*souhrn představ hodnotících soudů, které člověk o sobě chová*“. Vágnerová uvádí podobné vymezení, když o něm píše, že „*představuje poznání a vyjádření toho, co o sobě člověk ví, co si o sobě myslí a jak se posuzuje*“ (Vágnerová, 2010, p. 298).

Nejčastěji je sebepojetí zkoumáno z hlediska jeho funkce, vývoje a obsahu. My postupně načrtneme základní poznámky k těmto jednotlivých aspektům sebepojetí.

Základní funkcí sebepojetí je zpracovávání a vyhodnocování informací, které jsou významné pro self (Blatný, 2010). I přesto, že tento proces nemusí vždy probíhat na vědomé úrovni, ovlivňuje naše zaměření pozornosti, výběr informací, chování apod. Sebepojetí nám pomáhá se na základě zakotvených a organizovaných informací o sobě a vztahu ke světu orientovat. Proto stabilita sebepojetí funguje jako ustalující faktor a přináší nám pocit jistoty (Vágnerová, 2010).

Sebepojetí se v průběhu života proměňuje. V součinnosti s tím, jak se vyvíjíme, poznáváme a získáváme impulzy a informace z okolí, se pozměňuje i naše pojetí sebe sama. Blatný (2010) v té souvislosti uvádí, že sebepojetí se stále rozrůstá a nabývá o další informace o vlastní osobě. Důležitou roli ve formování sebepojetí hrají pro danou osobu významní druzí, kteří ji ovlivňují svými názory, hodnoceními a reakcemi.

Sebepojetí však považujeme spíše za trvalejší osobnostní charakteristiku (Vágnerová, 2010). Časté a výrazné výkyvy v sebepojetí naznačují jeho nestabilitu, která pro jedince není příliš pozitivní. Protože, jak jsme si již uvedli, sebepojetí umožňuje člověku orientovat se v sobě i ve světě a tím mu poskytuje základní jistoty. Výrazná nestabilita v sebepojetí tak může představovat pro jedince zátěž nebo dokonce naznačovat výskyt nějaké duševní poruchy.

Z hlediska obsahu sebepojetí jsme výše uvedli, že sebepojetí obsahuje a integruje veškeré informace a představy o sobě samém. Obsahově je sebepojetí tedy u každého jedince zcela jedinečné. Setkáváme se však se snahou vytvářet modely vnitřní organizace či řekněme struktury sebepojetí. Příkladem jsou následující koncepty: Já jako schéma nebo Já jako prototyp. Schémata já představují kategorizující činitel, který udává, které informace jsou vzhledem k Já významné. Koncept prototypu Já zase hovoří o tom, že pojem Já je reprezentován prototypem, který je určen souborem centrálních

a okrajových rysů. Na základě srovnávání s tímto prototypem jsou nové informace tříděny a případně zařazovány (Blatný, 2010; Macek, 2008).

Teorií o struktuře obsahu sebepojetí by se dala najít celá řada, nicméně to není hlavním záměrem naší práce. My se spokojíme s upozorněním na fakt, že informace a představy o sobě samém se nějakým způsobem v rámci sebepojetí strukturují. Předpokládáme při tom, že tato skutečnost ovlivňuje, jaké přijímáme informace vztažené ke své osobě, což potažmo ovlivňuje způsob, jak se v tomto směru vyvíjíme.

### **2.2.1 Reprezentace Já**

V této kapitole bychom chtěli věnovat prostor ještě jedné oblasti, která se váže k tématu sebepojetí, tzv. reprezentacím Já. Domníváme se, že je toto téma relevantní pro naše zkoumání, jelikož charakter mentálních reprezentací Já a jejich případný vzájemný nesoulad se může odrážet na úrovni sebehodnocení.

Reprezentace Já představují to, že Já může být reprezentováno neboli zastupováno ve vědomí v různých podobách. Konkrétní reprezentace Já se mohou odvíjet například od určitých sociálních rolí nebo mohou být vztažené ke konkrétnímu životnímu cíli či se mohou objevovat jen na pocitové úrovni.

Jednotlivé jáské reprezentace mají pro jedince odlišnou důležitost a stabilitu. Existují reprezentace, které jsou pro jedince natolik zásadní, že tvoří jádro jeho sebepojetí. Jiné jsou okrajové, jedinec je utváří, ale nepřikládá jim takovou váhu. Aspekt stability vyjadřuje, nakolik se daná reprezentace Já v čase proměňuje, což může být odvislé právě i od důležitosti, kterou jí osoba přikládá.

Dále rozlišujeme jáské reprezentace podle časové lokalizace. Můžeme identifikovat minulé, přítomné a budoucí Já. Také sledujeme, a to je pro náš výzkum zásadní, hledisko positivity a negativity. Dokonce můžeme rozlišit přímo Dobré Já, které je pozitivní a obsahuje kladné charakteristiky, od Špatného Já, které má nežádoucí či negativní složky.

U posuzování reprezentací Já se můžeme zamýšlet také nad možností jejich uskutečnění, tedy nad tím, nakolik je reálné jich dosáhnout či nakolik odpovídají skutečnosti (Blatný, 2010; Macek, 2008).

Nyní si představíme několik nejvýznamnějších koncepcí reprezentace Já.

H. Markus a P. Nurius (1986) přišly s konstruktem tzv. Možných Já. Možné Já reprezentuje takové Já, kterým by se jedinec mohl stát, nebo kterým by se chtěl stát.

Reprezentuje i takové Já, kterým by se jedinec naopak stát nikdy nechtěl, ale obává se, že by to i přesto mohlo nastat (Cross & Markus, 1994). Teorie Možných Já je tedy orientovaná na budoucí aspekt jáství, který je však odvozen od minulých zkušeností se sebou samým. Podle autorek nepředstavují Možná Já nějaké smyšlené role nebo stavy, nýbrž představují specifické individuální naděje, strachy a fantazie. Autorky uvádějí příklad, ve kterém si osoba řekne: „Teď jsem učitelka, ale mohla bych být i majitelka kavárny“ (Markus & Nurius, 1986).

Další teorie týkající se reprezentací Já, která je pro naše zkoumání významná, pochází od H. S. Sullivana. Sullivan (Sullivan, 1953) identifikoval tři možné reprezentace Já: Dobré-Já (Good-Me), Špatné-Já (Bad-Me), Ne-Já (Not-Me). Jejich vývoj, dle Sullivana, úzce souvisí se signifikantními druhými, zejména s osobou matky a jejím chováním a vztahováním se k dítěti. Sullivan považuje člověka za primárně interpersonální bytost, takže zdůrazňuje vliv interakcí s významnými osobami na utváření self a jeho složek. Za hlavní faktor zde Sullivan považuje úzkost. Pokud ji dítě při interakci s druhými vnímá a zažívá, tak se přenáší na něj samotné. Tato úzkost se zároveň odráží na hodnocení chování a vlastností a vtiskuje se poté u jedince do podoby reprezentací Já, které si níže popíšeme.

Dobré-Já obsahuje pocity, zkušenosti a vlastnosti, které u sebe jedinec hodnotí jako dobré a kterých si váží. Tyto charakteristiky nevyvolávají u jedince úzkost, ale naopak příjemné pocity a spokojenost.

Špatné-Já se skládá z pocitů a charakteristik, které jedinec věří, že má, ale které devaluje a kvůli kterým se cítí špatně. Jedinec se může kvůli nim cítit provinile a nepříjemně, mohou způsobovat úzkost, takže je zpravidla nemá chuť sdílet s ostatními a spíše je skrývá.

Ne-Já je souhrnem pocitů a charakteristik, které jedinec vnímá extrémně negativně a které jsou kognitivně ztvárněny jen ve velmi primitivní podobě. Důvodem je, že jejich přítomnost je tak zúzkostňující, že je jedinec nemůže považovat za součást sebe samého (Safran, 1984; Sullivan, 1953).

Nyní si představíme teorii C. R. Rogerse. Rogersův na klienta zaměřený přístup se vyznačuje tím, že v samotném jeho středu stojí koncepce sebepojetí. Rogers přišel s odlišením tzv. Ideálního Já (Ideal Self) a Reálného/Současného Já (Real Self). Pojem Ideální Já užívá pro označení těch vlastností, atributů a charakteristik, které by osoba ráda měla, ale zatím tomu tak není. Ideální Já tedy zahrnuje sny, aspirace, naděje



a představy jedince o tom, jaký by chtěl být. Ideální Já také může obsahovat charakteristiky, o kterých si myslí, že by je měl mít, ale nemá. Podstatné je, že osoba tyto charakteristiky hodnotí nanejvýš kladně. Pokud by jich dosáhla, znamenalo by to, že by se sama hodnotila celkově více pozitivně.

Reálné Já odpovídá pak aktuálnímu neboli skutečnému Já, jenž je vystavěno na principech reality (Rogers, 1959; Rogers, 2012).

E. T. Higgins je znám pro svou teorii diskrepance v sebepojetí (Self-Discrepancy Theory). Jedna sféra Já (Higgins vydělil tyto sféry jako aktuální, ideální nebo požadované) a určitý pohled na self (vlastní pohled na sebe nebo signifikantních druhých) utváří vždy určitý typ reprezentace Já, které se nazývají Aktuální Já, Ideální Já a Požadované Já.

Aktuální Já můžeme chápat jako vlastní nebo skutečné Já. Ideální Já je dáno vlastními představami jedince o sobě či představami signifikantních druhých, přáními a aspiracemi vztažených k jedinci. Požadované Já představuje souhrn povinností, odpovědností a úkolů, o kterých je jedinec přesvědčen, že by měl plnit podle svých předpokladů či očekávání ostatních lidí, nejčastěji signifikantních druhých (Blatný, 2003; Higgins, 1987; Higgins, Klein, & Strauman, 1985).

V této kapitole jsme představili základní teorie reprezentací Já. Budeme se jimi ještě podrobně zabývat v kapitole Zdravé versus narušené sebehodnocení (2.9). Samotné reprezentace Já chápeme významově svázané s koncepcí sebepojetí, nicméně důsledky v harmonii či disharmonii těchto schémat řadíme spíše do kategorie sebehodnocení, neboť mají vliv na to, jak se jedinec celkově hodnotí a jak je se sebou spokojený. Chceme proto tuto část nabídnout jako ucelený vhled do problematiky zdravého a narušeného sebehodnocení v samostatné kapitole.

## **2.3 Vymezení sebehodnocení**

Sebehodnocení je jeden z nejstarších psychologických konstruktů (Donnellan, Trzesniewski & Robins, 2011). Tomuto jevu je na poli vědy v oblasti psychologické a sociální věnovaná značná pozornost. Současně s rostoucím zájmem o tuto problematiku vznikalo velké množství různých pojetí a teorií. My se v naší práci zaměříme na popsání těch stěžejních vzhledem k tématu našeho výzkumu. V této kapitole se soustředíme na vymezení pojmu sebehodnocení.

Jak již bylo v minulých kapitolách představeno, pojem jáství v sobě mimo jiné zahrnuje kognitivní a emoční aspekt Já. Z hlediska kognitivního aspektu hovoříme o tom, že jáství je tvořeno souborem charakteristik, které k sobě přiřazujeme. Tuto složku nazýváme sebepojetí.

Sebehodnocení pojmáme jako emoční aspekt jáství. Můžeme ho však chápat zároveň jako míru hodnocení kognitivního obsahu, sebepojetí, v takovém případě bychom sebehodnocení spíše vnímali jako složku sebepojetí. Jak slyšíme v samotném termínu, sebehodnocení odkazuje k tomu, že se ke svým charakteristikám nějak vztahujeme a hodnotíme je. Tím vyjadřujeme potažmo vztah k sobě, prožívání vlastního Já.

Ve skutečnosti však sebehodnocení a sebepojetí nelze v praxi od sebe zcela oddělit. Závěry o úzkém vztahu mezi těmito dvěma konstrukty lze doložit na nálezech výzkumů z této oblasti. Blatný a Osecká (1997) například provedli výzkum, na jehož základě se můžeme domnívat, že úroveň sebehodnocení souvisí s významovou strukturou Já. Konkrétně se podařilo autorům prokázat, že osoby s vyšším sebehodnocením mají složitější strukturu významu vlastního Já, což se projevuje tím, že u nich byl identifikován vyšší počet faktorů, neboli od sebe odlišitelných významových aspektů Já. Osoby s vyšším sebehodnocením se liší i obsahem složek sebepojetí oproti osobám s nízkým sebehodnocením.

Existuje široká škála definic sebehodnocení. Většina z definic se u sebehodnocení zaměřuje na postihnutí charakteristiky hodnotící a emoční. Hodnotící aspekt definic naráží více na roli kognice při posuzování sama sebe (Mruk, 2006). V tomto smyslu jde o „*ocenění vlastních kompetencí a kvalit*“ (Vágnerová, 2010, p. 306). Může se objevit ve vyjádření „Jsem dobrý člověk“ nebo „Jsem užitečný/á“ (Leary & Downs, 1995).

Emoční aspekt sebehodnocení vyzdvihuje pocitovou, prožitkovou rovinu. V tomto významu hovoříme o vztahu k vlastní osobě a o míře přijetí sebe a dále o tom, nakolik je jedinec se sebou spokojený (Vágnerová, 2010). Nyní uvedeme několik vymezení pojmu sebehodnocení.

Definici, ve které se daří do určité míry postihnout oba uvedené aspekty sebehodnocení, nalézáme například u Blatného, který definuje sebehodnocení jako „*mentální reprezentaci emočního vztahu k sobě, neboli představu sebe z hlediska vlastní hodnoty a kompetence*“ (Blatný, 2010, p. 125).

Macek (2008, p. 101) definuje sebehodnocení jako „celkový pocit ze sebe sama“. Toto vymezení chápe sebehodnocení v globálním pohledu a zaměřuje se na postihnutí emočního hlediska sebehodnocení.

Donnellan a kolektiv uvádí následující definici sebehodnocení: „Sebehodnocení je individuálně subjektivní hodnocení jeho nebo její ceny jako člověka“ (Donnellan et al., 2011, p. 718).

Je třeba vyzdvihnout, na co upozorňuje poslední uvedená definice, že sebehodnocení je zcela subjektivní pohled na sebe sama a nemusí nutně odpovídat skutečnému stavu věcí – tedy měření externími kritérii či hodnocení druhých lidí.

Paulík přistupuje ke vztahu sebepojetí a sebehodnocení poněkud odlišně, když tvrdí, že „proces sebepoznání směřuje k sebehodnocení či sebeoceňování, jehož výsledkem je sebepojetí“ (Paulík, 2010, p. 32). Na tomto příkladu je zjevné, že nepanuje velká shoda mezi autory v tom, kam přesně v systému jáství sebehodnocení zařazovat.

Sebehodnocení můžeme posuzovat i na základě jeho stability. Můžeme odlišovat sebehodnocení v čase poměrně stálé, které někdy bývá označováno jako rysové sebehodnocení, od tzv. stavového sebehodnocení, které je situačně podmíněné a reaguje na kontextuální vlivy a proto může jeho úroveň kolísat a celkově se proměňovat (Blatný, 2010; Mruk, 2006).

Hodnocení sama sebe probíhá nejpravděpodobněji na základě internalizovaných kritérií či na základě srovnávání s druhými lidmi. V určité míře se každý člověk alespoň v některých oblastech srovnává s druhými lidmi. Sama úroveň sebehodnocení může být odvislá právě i od toho, s kým či s jakými standardy/kritérii se jedinec srovnává. Hluběji se zdrojům a vývoji sebehodnocení věnujeme v samostatné kapitole (2.4).

Hodnocení sama sebe můžeme sledovat v pomyslném kontinuu vymezeného polaritami pozitivní-negativní (Blatný, 2001). Často také hovoříme o nízkém a vysokém sebehodnocení. Terminologicky je tato dimenze zachycena v pojmech, jako je sebeúcta, sebedůvěra, sebevědomí apod.

Emoční složka jáství má funkci zejména adaptační a obrannou. Pomáhá jedinci zvládat nároky života, které jsou značně proměnlivé. Může chránit Já od stresu a od poškození. Promítá se také do roviny motivační a výkonové, protože úroveň sebehodnocení se projevuje odlišně v chování. Jedinec se může například snažit prosadit, zviditelnit a dosáhnout úspěchů či se raději, aby se nevystavoval stresu a případnému zklamání, vzdá usilování o dosahování určitých cílů. Funkce

sebehodnocení spočívá i v tom, že pomáhá organizovat informace v sebepojetí podle emočního zabarvení a vztahu k vlastnímu Já (Blatný, 2010; Vágnerová, 2010).

Význam sebehodnocení souvisí úzce i s celkovým naladěním osoby, které se promítá do well-beingu. V naší práci také hledáme odpověď na otázku, nakolik souvisí sebehodnocení s rozvojem či přítomností určitých duševních poruch. Při zamýšlení se nad konkrétními funkcemi a významem sebehodnocení pro člověka je však třeba brát v potaz úroveň sebehodnocení v pomyslném kontinuu pozitivity a negativity. Funkcemi sebehodnocení se proto budeme znovu zabývat v kapitole nazvané Zdravé versus narušené sebehodnocení (2.9).

### **2.3.1 Sebehodnocení a emoce**

V této podkapitole chceme navázat na téma emoční roviny sebehodnocení. Předestřeli jsme, že sebehodnocení v sobě nese úroveň pocitovou, prožitkovou a vztahovou směrem k vlastnímu Já. Sebehodnocení v sobě zahrnuje pocity sebezpřijetí a sebeúcty (Orth, Maes & Schmitt, 2014).

Na tomto místě se ale na danou problematiku podíváme z jiného hlediska.

Můžeme totiž také hovořit o konkrétních pocitech, prožitcích, emocích, které se vztahují k Já, a které v sobě nesou aspekt hodnocení. Jsou jimi například pocity zahanbení, viny, rozpaky a na opačném pólu pocity pýchy apod.

Takové pocity jsou odvozeny od základních emocí jako je radost, smutek, strach atd. Můžeme takto vydělit samostatnou skupinu emocí vztahujících se k Já, které vycházejí ze seberefektování a sebehodnocení. V angličtině se pro tento druh emocí používá pojem „self-conscious emotions“.

Nejen činy, ale i myšlenky samotné, které se váží k našemu Já, ať už přítomnému, budoucímu či minulému, v nás mohou vyvolávat různé emoce. Emoce zažíváme, když se hodnotíme a poměříme s druhými. Tyto emoce (self-conscious emotions) se odlišují od ostatních emocí a pocitů tím, že požadavkem na jejich vyvolání je uvědomování si sama sebe.

Tracy a Robins (2004) přicházejí s názorem, že emoce vztažené k sobě se vyskytují, pokud zakoušíme a uvědomujeme si, že právě splňujeme nebo selháváme při naplňování představy sama sebe, která může být aktuální nebo ideální. Autoři uvádějí příklad vhodný k lepšímu pochopení. Pokud atlet vyhraje na olympiádě nebo vyhraje v loterii, tak bude pravděpodobně pociťovat radost. Teprve pokud začne spojovat vítězství se

svojí osobou a začne přisuzovat svůj úspěch vlastním schopnostem, dovednostem a talentu, tak začne být hrdý sám na sebe nebo se dmout pýchou.

Podívejme se v krátkosti na pojmy viny (guilt), zahanbení/studu (shame), rozpaků (embarrassement) a pýchy.

Pocity viny a zahanbení jsou velmi nepříjemné, bolestné pocity. Rozdíl mezi nimi je viděn v tom, jakým způsobem se týkají Já. Zahanbení, stud se niterně dotýká self a jeho hodnocení. Pocit viny není odvislý tolik od hodnocení Já, ale spíše jde o hodnocení chování či určitého činu, který byl nebo nebyl vykonán. Osoba pak takové chování vyhodnotí jako chybné či špatné. Pocity viny se také samozřejmě odrážejí na sebehodnocení, nicméně není zde na Já jako objekt hodnocení primárně zaměřená pozornost.

Pocity zahanbení jsou spojeny s jádrovým self, protože hodnocení se v takovém případě týká Já a jeho podstaty. V mysli jedince může být zahanbení ztvárněno větami: „Já jsem ten, kdo udělal hroznou věc, já jsem špatný člověk“. Z toho mohou plynout pocity bezcennosti či negativního sebehodnocení.

Oproti tomu u pocitu viny se autoři shodují, že nezasahuje jádrové sebepojetí. Lidé, kteří zakouší pocity viny, mají tendenci se opakovaně vracet sami v sobě k události či danému chování a přejí se, aby něco udělali jinak. Pocit viny většinou spíše motivuje k nápravě činu – omluvě, přiznání, odčinění. Pocity studu a zahanbení spíše vedou k utajování a sklonům k úniku, útěku.

Když porovnáme pocity zahanbení a rozpaky, tak znovu můžeme říct, že základním rozdílem mezi nimi je, že zahanbení bývá spojováno s jádrovým self, rozpaky spíše představují nedostatky v prezentovaném self. V důsledku reprezentuje zahanbení globální a přetrvávající negativní postoj k sobě. Lze také říci, že se zahanbení promítne dlouhodobě v sebehodnocení, rozpaky ovlivní sebehodnocení jedince spíše přechodně, situačně.

Jedinec v případě pocitů viny, zahanbení a rozpaků hodnotí své chování a sám sebe na základě zvnitřněných kritérií, zejména morálně-etických a také podle standardů společenských (Broucek, 1991; Lickel, Kushlev, Savalei, Matta, & Schmader, 2014; Tangney, Miller, Flicker, & Barlow, 1996).

Pýcha je výsledek pozitivního hodnocení nějaké akce, činu. Je spojena s příjemnými pocity a s radostí, že je daná záležitost dobře vykonána. Podobně jako u viny je pýcha

výsledkem hodnocení spíše daného jednání, než samotného Já- sama sebe jako celku (Lewis, 2008).

Leary (2007) dodává, že úzkost nebývá vysloveně označována jako „self-conscious emotions“, nicméně může odrážet sebehodnocení jedince, které je doprovázeno právě úzkostí. Pokud čeká jedince zkouška, může cítit napětí, úzkost, která je sycena tím, že si nevěří, že by dokázal zkoušku složit. Dále vyzdvihuje, že nemusí jít jen o to, jak hodnotíme sami sebe, ale že máme sklon hodnotit se z perspektivy druhých lidí, podle toho, jak předpokládáme, že hodnotí oni nás. Leary předkládá názor, že sociální úzkost a rozpaky jsou odvislé od toho, zda je jedinec zaměřen na vnímání a hodnocení druhými. Sociální úzkost se může zvyšovat, pokud je jedinec motivován udělat na ostatní dobrý dojem a zároveň si nevěří, že to dokáže.

Je vhodné dodat, aniž bychom se tomuto tématu více věnovali, že emoce vztažené k Já mají velký vliv na motivaci, dodržování norem a řízení či korigování našeho chování (Leary, 2007).

## **2.4 Vývoj sebehodnotících kritérií**

Původ některých emocí a pocitů vztažených k Já můžeme vysledovat do dětství, kdy byla určitá hodnocení dítětem internalizována. Na jejich utváření mají velký vliv zejména rodiče a další významné vztahové osoby.

Aby takový proces mohl proběhnout, musí si být dítě schopné samo sebe již uvědomovat. Autoři Tracy a Robins (2004) zdůrazňují, že orientace dítěte je z počátku života závislá na externím hodnocení. Podle nich se totiž učí, co je dobré a co špatné, jaké chování je oceňováno či naopak považované za nevhodné nebo špatné. Proto je dítě náchylnější hodnocení ultimativně od dospělých osob přijímat. Někdy se tato hodnocení mohou ukládat až v podobě extrémních formulí jako třeba „Jsi zlá, protože jsi rozbila vázu.; Jsi slabý, protože brečíš apod.“. Někdy si dospělý člověk ani neuvědomuje původ svých sklonů se v určité situaci hodnotit právě daným způsobem. Přesto však se tento proces může pojit s negativními emocemi k sobě samému.

Postupně v rámci vývoje narůstá vliv ještě dalších významných osob na sebehodnocení jedince. Zejména působení vrstevníků a později vliv například kolegů, partnerů a vlastních dětí.

Festinger (1954) představil svou teorii sociálního srovnávání, podle níž se lidé mají tendenci mezi sebou srovnávat a to zvláště, pokud nemají standardy či objektivní měřítko k posuzování schopností, chování a jiných osobních charakteristik.

Festinger dokonce tvrdí, že pokud není člověku nikde na blízku osoba, se kterou by se mohl reálně srovnávat, tak je jeho hodnocení sama sebe v posuzovaném směru značně nestabilní.

Hodnocení a reakce na vlastní osobu, které jedinec v průběhu života od druhých lidí dostává, se postupně zvnitřňují a stávají se komplexem vnitřních standardů. Na jejich základě jedinec přijímá nebo odmítá další zpětné vazby od okolí a také hodnotí své činy, jednání, dovednosti a další charakteristiky.

Východiskem pro vysvětlení vývoje vlastních sebehodnotících kritérií byly v psychologii zejména teorie symbolického interakcionismu, k jejichž hlavním představitelům patří C. D. Cooley a G. H. Mead. My je zde v krátkosti představíme.

Podle Meada přebíráme v sociální interakci postoje a hodnoty druhých a zároveň si osvojujeme role tzv. významných druhých. Tento proces probíhá zejména skrze nápodobu. Postupně si vytváříme tzv. Generalizovaného druhého. Tento pojem představuje zobecnění určité role a chování, které se k této roli váže, a které je vyžadováno na určité pozici v dané situaci. Podle Meada je podstatné, jak jsou děti hodnoceny okolím. Jelikož se sebehodnocení nejprve rozvíjí na základě vztahů druhých k danému jedinci, zlom nastává, když se stane dítě samo sobě objektem hodnocení. Pro vývoj self je podstatné nejen to, zda přebírá roli druhého, ale i to, zda je dítě schopno se z této perspektivy podívat samo na sebe.

Cooley zavedl termín „Zrcadlové já“, čímž zdůraznil sociální povahu self. Zrcadlové já můžeme chápat jako odraz našeho Já, jak ho interpretujeme od ostatních lidí. Tímto pojmem je postihnuta myšlenka, že jsou pro nás významní druzí jakýmsi zrcadlem, ve kterém se odráží názory ostatních na nás. Podle Cooleyho se naše Já utváří internalizací těchto názorů. Jáství tedy obsahuje, co si myslíme o tom, jak nás vidí druzí a jak prožíváme tyto názory a soudy. Nejde tedy o přímý odraz našeho Já, protože tyto obsahy máme tendenci různě interpretovat, upravovat a zkreslovat. Cooley používá výraz „Představa sebe“, jenž má tři složky. Jednak je to naše mínění o tom, jak nás vnímají druzí lidé, dále představa o tom, jak nás druzí lidé hodnotí a třetí složku tvoří city k vlastní osobě.

Tyto teorie ovlivnily naše dnešní chápání vývoje sebehodnocení. Symboličtí interakcionisté však nebyli zdaleka jediní, kteří se tímto tématem zabývali. Nicméně rozvádění tohoto tématu dále by nás odvádělo od hlavních cílů naší práce. Proto uzavřeme tuto kapitolu tím, jaký pohled na tuto problematiku přináší C. G. Rogers. Právě on vyzdvihuje důležitost toho, jaké hodnocení se jedinci od okolí dostává a jak se on sám s tímto vlivem vypořádává.

Rogers se také ve svém díle zabýval konceptem jáství a jeho vývojem. I on zastával názor, že se sebepojetí utváří v aktivní interakci s druhými od raného dětství a je v něm obsažena potřeba po pozitivním přijetí druhými, ale i sebou samým a také potřeba prožívat sebe samého v souladu s tímto pojetím.

Kladný a přijímající přístup rodičů k dítěti napomáhá rozvoji jeho pozitivního sebehodnocení a naopak na sebehodnocení může mít neblahý dopad odmítavý, negativní a devalvující postoj rodičů (Vágnerová, 2010).

Na úroveň sebehodnocení však má vliv řada dalších faktorů, jako je třeba celková afektivita, vnitřní nesoulad v sebepojetí apod. Těmito oblastmi se zabýváme v dalších kapitolách (zejména kap. 2.7 a 2.9).

## **2.5 Sebehodnocení jako jednodimenzionální a vícedimenzionální konstrukt**

Se sebehodnocením bylo tradičně nakládáno jako s konstruktem, který odráží celkový pohled na sebe sama. Teprve v 70. a 80. letech se začali objevovat autoři, kteří zdůrazňují důležitost vydělování jednotlivých faktorů celkového sebehodnocení (např. Byrne, 1984; Marsh, 1986)

Sebehodnocení můžeme tedy pojímat jako jednodimenzionální konstrukt, který nazýváme globální sebehodnocení nebo jej chápat jako vícedimenzionální, tedy jako soubor dílčích soudů o sobě z hlediska vlastních schopností, dovedností, kompetencí apod.

Globální sebehodnocení představuje soubor hodnocení, postojů a názorů na sebe sama, které vycházejí ze souhrnu znalostí a představ o vlastní osobě.

Rosenberg, hlavní zastávce sebehodnocení jako jednodimenzionálního konstrukt, považuje sebehodnocení za pozitivní nebo negativní postoj jedince ke svému já jako k celku (Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995).



Jacoby (1996) pojímá sebehodnocení také jako jednodimenzionální konstrukt. Definuje jej jako elementární hodnotu, kterou člověk přisuzuje své osobnosti.

Globální sebehodnocení je považováno za rys osobnosti, který je v čase poměrně trvalý (Vágnerová, 2010).

Někdy je však pro člověka obtížné jednoduše posoudit, jaký má k sobě celkově vztah. Je tomu proto, že se může hodnotit v různých oblastech odlišně. Například může považovat za svou silnou stránku, že dokáže být v zaměstnání i při plnění jiných úkolů vždy efektivní a naopak si může připadat neschopný v jednání s lidmi.

Jako jedni z prvních, kteří začali vnímat sebehodnocení jako multidimenzionální konstrukt, byli autoři Shavelson, Hubner a Stanton (1976), kteří vydělili z celkového sebehodnocení dimenzi akademického sebehodnocení, která postihuje akademické schopnosti a dovednosti a jejich hodnocení. Následně různí autoři přicházeli s odhalením dalších faktorů sebehodnocení, jako je vnitřní a vnější sebehodnocení (Franks & Marolla, 1976) nebo kompetentnost a mravnost (Rokeach, 1979) a mnoho jiných.

Nejčastěji se však rozlišují dva faktory sebehodnocení a to hodnocení vlastních kompetencí a hodnocení vlastních lidských kvalit (Vágnerová, 2010). Tafarodi a Swann (1995) pojmenovali tyto faktory jako vnímání vlastní kompetence (self-competence) a sebezpřijetí (self-liking).

Dimenze kompetentnost odráží, do jaké míry se jedinec hodnotí jako schopný, nakolik se mu, dle jeho mínění, daří dosahovat cílů, dokončovat úkoly a být efektivní.

Dimenze sebezpřijetí odráží, nakolik má jedinec k sobě pozitivní či negativní vztah, nakolik je mu se sebou příjemně a to podle zvnitřněného vztahu druhých lidí k jeho osobě.

I přestože můžeme identifikovat různé dimenze sebehodnocení, dle Vágnerové (2010) ale zpravidla platí, že osoby, které se v jedné oblasti hodnotí pozitivně – vysoko, se v ostatních oblastech hodnotí alespoň na přijatelné úrovni.

Dokládá to i faktem, že jednotlivé faktory (složky sebehodnocení) mezi sebou obvykle ve vysoké míře korelují, z čehož lze usuzovat na existenci globálního sebehodnocení (Bernichon, Cook, & Brown, 2003; Tafarodi, Swann, 1995). Jednotlivé komponenty sebehodnocení jsou proto zpravidla chápány jako složky globálního sebezpřijetí.

## 2.6 Implicitní versus explicitní sebehodnocení

V posledních dvou dekadách došlo v oblasti zkoumání sebehodnocení k zásadnímu obratu. Pozornost vědců a odborníků se upřela na úroveň sebehodnocení, která je neuvědomovaná. Do té doby bylo sebehodnocení měřeno a studováno téměř výhradně jako výsledek uvědomovaného procesu. Na základě této změny diskurzu se odborníci vracejí k zdůrazňování vlivu nevědomé či neuvědomované stránky osobnosti, která se u lidí uplatňuje i při vztahování se ke své osobě a jejímu posuzování. Výsledkem je, že se ve výzkumných studiích z posledních let setkáváme s rozlišováním a měřením explicitního a implicitního sebehodnocení (Dijksterhuis, 2004).

Explicitní sebehodnocení je považováno za takové, které je vědomě kontrolované. Jde o racionálně zakotvený soubor postojů k sobě samému, zatímco implicitní sebehodnocení chápeme jako neuvědomované sebehodnocení.

Jak si ukážeme dále, nejde jen o teoretické rozlišování uvědomované a neuvědomované roviny sebehodnocení. V praxi se ukazuje, že mezi úrovní explicitního a implicitního sebehodnocení může docházet k nesouladu, což v důsledku způsobuje odlišný klinický obraz u různých psychických potíží. Na tuto oblast se zaměříme v podkapitole Diskrepance mezi implicitním a explicitním sebehodnocením (2.9.2).

Greenwald a Banaji (1995) upozorňují, že dimenze implicitní-explicitní se snaží zachytit rozlišení, které je někdy označováno také v polaritách vědomý-nevědomý, uvědomovaný-neuvědomovaný, automatický-kontrolovaný, přímý-nepřímý, intuitivní-analytický.

Nyní předložíme základní poznatky, které jsou nutné k pochopení konstruktů explicitního a implicitního sebehodnocení.

### 2.6.1 Implicitní sebehodnocení

Greenwald a Banaji (1995, p. 11) chápou implicitní sebehodnocení jako subjektivní konstrukt a vymezují ho jako „*introspektivně neidentifikovatelný (nebo nepřesně identifikovatelný) efekt sebehodnocení vztahující se k hodnocení objektů souvisejících či nesouvisejících se self*“. Toto vymezení je sice složité, ale jde o definici, na kterou se ostatní autoři často odkazují, proto ji zde uvádíme.

Implicitní sebehodnocení je automatické, nenaučené a pravděpodobně nevědomé hodnocení Já a je měřeno nepřímými - projektivními metodami, které vyvozují

sebehodnocení z reakcí na stimuly, které se vztahují k self (např. Suls & Krizan, 2005; Vater et al., 2013).

Jelikož je základní charakteristikou implicitního sebehodnocení to, že je neuvědomované, neboli probíhá mimo naši vědomou kontrolu, předpokládáme, že se dá hůře regulovat.

Můžeme se domnívat, že implicitní sebehodnocení má zejména emoční charakter a odráží rané emoční prožitky, které byly intuitivně zpracovány a uchovávají se mimo dosah našeho vědomí. I přesto však tyto rané zkušenosti mohou ovlivňovat ve značné míře naše současné postoje, způsoby hodnocení sama sebe a pocity (Vágnerová, 2010).

Pro měření implicitního sebehodnocení se používají metody nepřímé, tedy takové, ve kterých se vyšetřovaná osoba neposuzuje sama, ale na úroveň sebehodnocení je u ní usuzováno nepřímo z jiných jejích projevů. Základním předpokladem zde je to, že osoba neví, jak by měla odpovídat, aby u ní daná charakteristika byla nebo nebyla zachycena a také, že v určitých testovacích situacích neví přesně ani na jakou charakteristiku je vyšetření zaměřeno. Z toho vyplývá, že nemůže záměrně výsledek zkreslovat, jelikož se proces odehrává mimo její vědomou kontrolu. Zpravidla jsou pro tyto účely používány projektivní metody založené na principu, že vyšetřovaná osoba projikuje, neboli promítá sama sebe, respektive obsahy vlastních duševních procesů a charakteristik, navenek skrze reakce na testový materiál či vlastní činnost nebo výtvar, přičemž jsou sledované osobnostní charakteristiky a procesy zachycovány.

Zásadním důvodem, proč vyšetřovaná osoba nemůže výsledek testování implicitního sebehodnocení zkreslit, je však to, že si patrně sama ani neuvědomuje jeho přítomnost a míru.

Nejčastěji se v zahraničních studiích používá Implicit Association Test (např. Greenwald, & Farnham, 2000; Vater et al., 2013), což je Test implicitních asociací. V některých studiích se setkáváme s metodou Name-Letter Test (např. Koole, Dijksterhuis, & van Knippenberg, 2001; Krizan, 2008), jehož principem je zjišťování, zda osoba má sklon upřednostňovat písmena svého jména. Užívané nástroje mají samozřejmě rozdílnou úroveň validity a reliability. Podrobněji testy představujeme v podkapitole Další metody pro měření implicitního sebehodnocení (2.8.4).

Rorschachův test není užíván pro tyto účely příliš často, což je dáno patrně jeho vyšší náročností na administraci a vyhodnocování. Nicméně my jsme se pro jeho užití ve výzkumné části rozhodli, jelikož se jedná o projektivní metodu, která disponuje zároveň

standardní způsoby administrace, skórování a interpretace dat. Je užívána celosvětově a domníváme se, že nám může přinést exaktní data (Lečbych, 2013). Opět odkazujeme pro více informací o Rorschachově metodě na kapitolu pojednávající o způsobech měření sebehodnocení (2.8.3).

### ***2.6.2 Explicitní sebehodnocení***

Explicitní sebehodnocení je založeno na uvědomovaném rozhodovacím procesu, jeho základ tvoří vědomé posuzování a hodnocení vlastní osoby.

Vágnerová (2010) shrnuje, že explicitní sebehodnocení je souhrnem uvědomovaných poznatků a názorů na vlastní osobu, které jedinec může ovládat a regulovat.

Explicitní sebehodnocení odráží reflektované a kontrolované odpovědi, zatímco implicitní sebehodnocení předpokládá spontánní a afektivní chování.

Explicitní sebehodnocení měříme přímými sebezposuzovacími metodami, nejčastěji dotazníky.

V zahraničních studiích je explicitní sebehodnocení měřeno zpravidla dotazníkovými metodami, nejčastěji Rosenbergovou škálou sebehodnocení (např. Bjørkvik, Biringer, Eikeland, & Nielsen, 2008; Hulme, Hirsch, & Stopa, 2012; van Tuijl, de Jong, Sportel, de Hullu, & Nauta, 2014), která je podrobně popsána v další části naší práce (kap. 2.8.1; 7.1.1), neboť jsme ji taktéž použili v našem výzkumu.

### ***2.6.3 Vztah implicitního a explicitního sebehodnocení***

Vzhledem k tomu, že nebyla prokázána korelace, nebo jen velmi slabá, mezi explicitním a implicitním sebehodnocením, je možné, aby jedinec vykazoval rozdílné kombinace v úrovni implicitního a explicitního sebehodnocení (Suls & Krizan, 2005). Tento výsledek podle autorů Sulse a Krizana (2005) odpovídá předpokladu, že self funguje na dvou relativně paralelních kolejích. Jedné, která zahrnuje kontrolované a rozhodovací procesy a druhé, která funguje na základě automatických a nereflektovaných procesů. Implicitní sebehodnocení by podle autorů mělo být méně náchylné k obranám a sebezprezentaci.

Explicitní a implicitní sebehodnocení se také odlišně v průběhu života vyvíjí a stabilizuje.

V posledních deseti letech bylo provedeno mnoho studií zkoumajících rozdíly v implicitním a explicitním sebehodnocení u různých diagnostických skupin.

Ukázkami výzkumů zabývajících se vztahem explicitního sebehodnocení a implicitního sebehodnocení u diagnóz úzkostné poruchy se budeme přehledově zabývat v kapitole 4. Výsledky těchto studií nám jsou spolu s dalšími zdroji základním východiskem pro stanovení hypotéz našeho výzkumu.

## **2.7 Faktory ovlivňující sebehodnocení**

V této kapitole se budeme zabývat osobními charakteristikami, které mají vliv na úroveň sebehodnocení. Samozřejmě bychom jich mohli nalézt a vyjmenovat celou řadu, např. věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnanost, zdraví, funkčnost blízkých vztahů - zejména partnerských, fyzická atraktivita, socioekonomický status, naplnění sociálních rolí (např. mateřství) apod. Jelikož však nelze v našem výzkumu veškeré proměnné postihnout, rozhodli jsme se zaměřit na čtyři nejpodstatnější, kterými jsou: věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a stav zaměstnanosti.

Nyní proto chceme podložit teoretickými poznatky výše uvedené proměnné, ukazující se jako relevantní pro náš výzkum z důvodu, že sami o sobě mohou mít vliv na měřenou úroveň sebehodnocení.

### **2.7.1 Věk**

Úroveň sebehodnocení se v průběhu života u většiny lidí přirozeně proměňuje. Jednoduše můžeme shrnout, že sebehodnocení bývá relativně vysoké v dětství, pak v průběhu puberty dochází k jistému poklesu, pozvolna opět narůstá v průběhu dospělosti a poté prudce klesá ve stáří (Orth et al., 2014; Robins & Trzesniewski, 2005).

Příčinu toho, proč je v dětství sebehodnocení vývojově nejvyšší, můžeme spatřovat ve skutečnosti, že děti mají sklon se vidět nerealisticky pozitivně. Teprve v průběhu dětství vyžívají jejich kognitivní schopnosti a ruku v ruce s tímto procesem k nim více a více doléhá zpětná vazba od druhých lidí, dítě se začíná samo hodnotit na základě vlivu okolí, čímž jejich sebehodnocení začíná nabývat realističtějších podob.

V průběhu adolescence se úroveň sebehodnocení snižuje. Jedinec se v tomto období srovnává s vrstevníky, snaží se mezi ně zapadnout, zároveň se však vymezit a vystavět si vlastní identitu, což je fáze spojená s výraznou introspekci mající vliv na sebehodnocení. Zároveň puberta náleží k obdobím velkých tělesných změn i emočních výkyvů. Na jedince navíc působí v průběhu adolescence zvýšený tlak z hlediska vzdělání a budoucího zaměření, potažmo osobního úspěchu a seberealizace.

V dospělosti sebehodnocení zpravidla narůstá. Dospělý člověk postupně získává základní jistoty pramenící z faktu existenčního osamostatnění, získává určitou sociální roli a status, což může pozitivně ovlivňovat vnímání vlastní hodnoty. Výraznou roli u sebehodnocení v dospělosti sehrává také větší emocionální stabilita.

Ve stáří zpravidla naopak sebehodnocení prudce klesá. Důvody tohoto poklesu jsou zřejmé. Existenciální nejistota - neodvratně se blíží konec života, a nejistota existenční - sociální a socioekonomické postavení, jsou navíc doprovázeny výraznými fyzickými změnami.

Autoři Robins a Trzesniewski (2005) doplňují, že navzdory vývoji a výkyvům sebehodnocení v průběhu života, mají jedinci sklon udržovat jeho jistou úroveň. Neboli osoba, která disponuje vysokým sebehodnocením, ho bude vykazovat s velkou pravděpodobností v dalších letech. Tato stabilita je ovšem poněkud nižší, jak jsme uvedli, v dětství a stáří, což můžeme shledat i u jiných osobnostních charakteristik.

Twenge a Campbell (2001) na základě metaanalýzy předchozích studií prokázali, že sebehodnocení stoupá i napříč generacemi, pravděpodobně kvůli měnícím se sociokulturním podmínkám, ve kterých žijeme.

Ukazuje se navíc, že nastíněná životní trajektorie výkyvů sebehodnocení je obecně udržována napříč pohlavím, socioekonomickým statusem a národností (Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling, & Potter, 2002). Nicméně drobné odlišnosti je možné nalézt. My zde z důvodu zaměření výzkumu, zmíníme pouze odlišnosti v souvislosti s pohlavím.

Ženy a muži procházejí stejnými základními vývojově podmíněnými výkyvy v úrovni sebehodnocení. Jisté odchylky lze však přeci jen najít. Dívky v adolescenci vykazují o trochu nižší sebehodnocení než chlapci. I na začátku dospělosti stále vykazují muži o trochu vyšší sebehodnocení než ženy. V průběhu dospělosti se tento rozdíl však neustále zmenšuje, až ve stáří zcela vymizí. Tento genderový rozdíl je těžké vysvětlit, můžeme uvažovat o rozdílném způsobu dozrávání a sociálně-kulturních rozdílech,

přijmout však jednoznačné vysvětlení je obtížné (Robins et al., 2002; Robins & Trzesniewski, 2005).

### **2.7.2 Pohlaví**

Kolektiv autorů provedl v roce 1999 metaanalýzu studií zabývajících se rozdíly v sebehodnocení vzhledem k pohlaví. Analýza shromažďovala data od celkově 48 tisíc respondentů z 216 studií. Ve všech studiích bylo měřeno pouze globální sebehodnocení a bylo potvrzeno, že muži obecně vykazují vyšší sebehodnocení, než ženy. Rozdíl mezi úrovní sebehodnocení u mužů oproti ženám sice není velký, ale je signifikantní (Kling, Hyde, Showers, & Buswell, 1999).

Autoři této studie uvádějí možné vysvětlení tohoto jevu. Nejvíce se při tom opírají o rozdílnou roli žen ve společnosti. Upozorňují, že mnoho vlastností, spojených s mužskou rolí, bývá konzistentní s vysokým sebehodnocením. Stereotypně bývají k mužství přiřazovány charakteristiky, které se týkají sebejistoty apod. (Kling et al., 1999). Bylo by jistě možné přednést i jiné teorie, týkající se tohoto jevu, to však nenáleží k hlavním záměrům této práce.

Další zásadní výzkumnou prací na toto téma je metaanalýza, kterou provedli autoři Gentile a kolektiv v roce 2009. Rovněž srovnávali výzkumy zabývající se vlivem pohlaví na sebehodnocení, avšak v tomto případě sledovali 10 konkrétních oblastí sebehodnocení napříč 115 studiemi. Závěrem výzkumné práce je, že muži mají signifikantně vyšší sebehodnocení v oblasti fyzického vzhledu, sportovních, personálních kapacit a ve smyslu celkové spokojenosti se sebou. Ženy zase mají oproti mužům vyšší sebehodnocení v oblasti morálně-etické a v řízení chování (Gentile et al., 2009).

Lze tedy shrnout, že z výše uvedených analýz vyplývá potvrzení jistých odchylek v sebehodnocení u mužů a žen.

### **2.7.3 Vzdělání**

Další možný faktor ovlivňující sebehodnocení je socioekonomický status, zahrnující vzdělání, prestiž zaměstnání a příjem. Je pravděpodobné, že jedinec při hodnocení sebe sama pohlíží také na tyto charakteristiky.

My se zde zaměříme pouze na otázku vzdělání.

Orth a kolektiv (2012) ve svém výzkumu potvrdili, že jedinci s vyšší úrovní vzdělání měli zároveň vyšší sebehodnocení v průběhu celého dospělého života.

Ke stejným závěrům dospěli i autoři Hallsten, Rudman a Gustavsson (2012), jejichž výzkum pracující se vzorkem 1200 studentů rovněž potvrdil vztah mezi vzděláním a sebehodnocením, které je dle autorů založeno na souhlasu druhých a sociálním srovnávání (contingent self-esteem).

Předpokladem, proč by mělo vzdělání ovlivňovat sebehodnocení je, že vzdělání dává jedinci příležitost rozvíjet své schopnosti a rozvíjet i svou osobnost. Zároveň mu poskytuje možnost se profesně uplatnit. Vzdělání je také neodmyslitelně spojeno s jistou prestiží a posléze právě socioekonomickým statutem.

#### **2.7.4 Zaměstnanost**

V této podkapitole se budeme věnovat předpokladu, že stav zaměstnanosti může mít vliv na sebehodnocení. Bude jednodušší, když otázku obrátíme a budeme se snažit doložit, že nezaměstnanost, která je považována za jev nežádoucí, bude působit negativně na sebehodnocení jedince.

Zaměstnání je pro člověka zdrojem obživy, ale zároveň se podílí na jeho postavení ve společnosti, seberealizaci a sebeuplatnění. Nezaměstnanost představuje tedy stav znamenající pro člověka značnou zátěž, která se může navíc zesilovat s délkou jeho trvání.

Tématu nezaměstnanosti byl již v zahraniční i tuzemské literatuře věnován značný prostor a bylo poměrně dobře zpracováno. U nás se jím zabývali například autoři Buchtová a Snopek (2012), z jejichž pohledu je ztráta zaměstnání stresovou událostí, která se podepisuje na psychické a zdravotní pohodě jedince. Dále autoři uvádějí, že se nezaměstnanost může projevit sníženým sebehodnocením, nespokojeností se sebou, poklesem sebedůvěry, snížením pocitu vlastní hodnoty, depresí, apatií, neurotickými příznaky apod.

Co se týče úzkostí a neurotických obtíží, výsledky studie, kterou provedla Buchtová (2002) hovoří o tom, že si téměř jedna čtvrtina dotázaných osob, které byly propuštěny z práce, stěžovaly na subjektivně vnímané neurotické příznaky jako úzkosti, únava, nespavost, napětí a neklid.



Schraggeová (2007), na základě provedené výzkumné studie, rovněž zastává názor, že zaměstnání poskytuje sociální identitu a tudíž ztráta zaměstnání má negativní dopad na sebehodnocení a vede k jeho snížení.

Tyto závěry potvrzuje řada zahraničních studií dokládající, že stav nezaměstnanosti má negativní dopad na sebehodnocení (např. Goldsmith, Veum, & Darity, 1997; Shamir, 1986; Tiggemann & Winefield, 1984; Waters & Moore, 2002).

Shamir (1986) uvádí, že osoby s nízkým sebehodnocením jsou citlivější na změny zaměstnaneckého statusu, neboli jsou citlivější na ztrátu zaměstnání než osoby s vysokým sebehodnocením.

Nutno však dodat, že existují také výzkumy, které vztah mezi nezaměstnaností a úrovní sebehodnocení nepotvrdily (např. Hartley, 1980).

## **2.8 Způsoby měření sebehodnocení**

V této kapitole představíme základní metody pro měření sebehodnocení, které jsme používali v našem výzkumu.

Pro měření explicitního sebehodnocení jsme zvolili Rosenbergovu škálu sebehodnocení a škálu Self-Liking/Self-Competence Scale (SLSC-R). Rosenbergova škála je jednodimenzionální, měří globální sebehodnocení. Test SLSC-R postihuje sebehodnocení jako dvoudimenzionální konstrukt. Zařazení zástupců obou modelů sebehodnocení především umožní jejich srovnání na konkrétním výzkumném vzorku a budeme tak moci vyvodit více informací pro naše výzkumné závěry.

Pro měření implicitního sebehodnocení jsme použili Rorschachovu metodu. V krátkosti v poslední podkapitole tohoto úseku zmíníme ještě jiné možné metody k měření implicitního sebehodnocení, které jsme však do našeho výzkumu již nezařadili.

Popis jednotlivých výzkumných metod nám bude následně sloužit jako východisko pro interpretaci výsledků výzkumu.

### ***2.8.1 Rosenbergova škála sebehodnocení***

Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES; Rosenberg, 1965) je koncipována jako jednodimenzionální škála, sloužící k odhadu úrovně globálního sebehodnocení. Morris Rosenberg tuto škálu zveřejnil v roce 1965.

Rosenbergova škála je jedna z nejužívanějších metod k měření globálního sebehodnocení na světě. K 1. 1. 2014 bylo možné najít v databázi PSYCHINFO 1,966 odkazů na tuto metodu. Je užívaná zejména ve výzkumných studiích, které mají široké uplatnění. Twenge a Campbell (2001) zjistili, že Rosenbergova škála byla použita jako výzkumná metoda ve 199 studiích s celkovým počtem 65,965 respondentů. Což je přičítáno jednoduchosti, stručnosti a face-validitě, kterou škála má.

I přesto, že je škála koncipována jako jednodimenzionální, někteří autoři poukazují na to, že při provedení faktorové analýzy lze vydělit dva její faktory. První faktor představují pozitivně formulované položky a druhý faktor položky negativně formulované. Tyto dva faktory se ale vydělují pravděpodobně především kvůli způsobu, jak se na otázky odpovídá (negativně a pozitivně formulované), proto tyto faktory chápeme spíše jako poukazující na bipolaritu škály globálního sebehodnocení (např. Blatný & Osecká, 1994; Huang & Dong, 2012; Supple, Su, Plunkett, Peterson, & Bush, 2013).

Rosenberg považuje sebehodnocení za poměrně stabilní vnímání hodnoty vlastního Já, která odkazuje k tomu, zda se jedinec hodnotí jako dostatečně dobrý (Rosenberg, 1965).

Podle Rosenberga (1965) vyjadřuje vysoké sebehodnocení, odpovídající vysokým skórum na škále, že se jedinec cítí a považuje za osobu hodnotnou a respektuje sám sebe za to, kým je. Nicméně není přitom sám sebou přehnaně fascinován ani neočekává, že ostatní lidé k němu budou nutně vzhlížet. Neboli nepředpokládá se, že by se takový člověk měl nezbytně považovat za nadřazeného ostatním. Hodnoty vysokého sebehodnocení také neznamenají, že by byl jedinec se sebou absolutně spokojený a bezpodmínečně sám sebe přijímal. I osoby s vysokým sebehodnocením mohou toužit po sebezdokonalování, zlepšování se a vnitřním osobnostním růstu. Všimají si svých nedostatků, ale zároveň si věří, že je mohou překonávat.

Nízké sebehodnocení na druhé straně naznačuje sebe-odmítání, nespokojenost se sebou samým, až opovrhování vlastní osobu. Tito jedinci si sami sebe dostatečně neváží a mohou si přát, aby jejich sebeobraz vypadal jinak.

### ***2.8.2 Self-Liking/Self-Competence Scale***

Škála Self-Liking/Self-Competence Scale (SLSC-R) pochází od autorů R. W. Tafarodiho a W. B. Swanna. Autoři rozlišili dvě dimenze sebehodnocení: sebezpřijetí

(self-liking) a vnímání vlastní kompetence (self-competence). Tyto dva faktory jsou na sobě závislé, avšak zároveň subjektivně odlišitelné a tvoří dohromady složky globálního sebehodnocení (Tafarodi, 1998).

Autoři vycházejí z toho, že každý jedinec může sám na sebe pohlížet buď z hlediska toho, jaký je, respektive, jakým se zdá být a na druhé straně, jaký by mohl být na základě svých schopností.

Dimenzi vnímání vlastní kompetence (self-competence) lze pojímat v obecné rovině jako celkový pozitivní nebo negativní postoj k sobě, který je zdrojem schopností a vnímání vlastní účinnosti (efficacy). Autoři Tafarodi a Swann (2001) uvádějí, že je pojem self-competence blízký, i když ne zcela totožný Bandurově pojmu „self-efficacy“. Ten můžeme chápat jako víru nebo přesvědčení lidí ve vlastní schopnosti řídit a provádět činnosti, které vedou k dosažení určitých výsledků nebo cílů (Bandura, 1997).

Vnímání vlastní kompetence je relativně autonomní hodnocení, které je založené na shodě mezi cíly a záměry jedince a konkrétními výsledky aktivit usilujících o dosažení těchto cílů, tedy tím, nakolik se jedinci daří své cíle naplňovat (Tafarodi, 1998).

Dimenze sebezpřijetí (self-liking) naproti tomu odráží určitou vnitřní hodnotu člověka. Jde o vnitřní prožitek toho, jak sám sebe člověk vnímá, neboli zda se považuje za dobrého či špatného člověka. Jde o hodnocení vlastního charakteru, vlastností, vzhledu, morálky a to vše z hlediska sociální identity jedince (Tafarodi & Milne, 2002).

Tafarodi a Swann upozorňují na to, že sociálním aspektem sebezpřijetí není to, jak jedince vidí a vnímají ostatní, nýbrž jakou „sociální“ hodnotu připisuje jedinec sám sobě podle svých internalizovaných kritérií (2001). Tato hodnotící kritéria se utvářejí v průběhu života, zejména v dětství, a to přes vztahy s druhými osobami, proces učení a sociální vzory. Autoři předpokládají, v souladu s vývojovými teoriemi, že v dospělosti jsou kritéria hodnocení sebe již silně usazena a druzí lidé na ně již nemají takový vliv. V každém případě může dimenze sebezpřijetí stále odrážet představu jedince, jak by jej asi hodnotili ostatní.

Zajímavá otázka je, zda máme očekávat u většiny populace, že bude skórovat v obou dimenzích podobně vysoko. Tafarodi (1998) v té souvislosti demonstruje hypotetický příklad žháře, u nějž mohou být dimenze sebehodnocení v opačné polaritě. Žhář, který rád zapaluje velké budovy, zakouší pocit moci, když zapálí velký oheň, má dobrý pocit z výsledku svého konání (self-competence). Na druhou stranu může mít

pocity viny a trpět tím, že není dobrý člověk, když ničí majetek cizích lidí (self-liking) (Tafarodi, 1998). Většinou se však spolu dimenze vysoce korelují. Kupříkladu pokud jedinec dosahuje výsledků, které si vytyčil, tak se to může pozitivně odrážet na jeho sebedůvěru, může mít ze sebe dobrý pocit, připadat si úspěšný, pro ostatní lidi zajímavý apod. (Tafarodi, 1998).

### **2.8.3 Rorschachova metoda**

Rorschachova metoda je celosvětově rozšířeným diagnostickým nástrojem a je zhusta používaná, nejčastěji v oblasti klinické psychologie. Přispívá k získávání poznatků o osobnosti vyšetřovaného jedince. Můžeme ji zařadit mezi tzv. projektivní metody.

Hermann Rorschach byl švýcarský psychiatr, který se jako první rozhodl využít nesespecifického materiálu ke studiu osobnosti člověka (Šípek, 2000). V roce 1921 poprvé vydal monografii „Psychodiagnostik“ (Rorschach, 1948), ve které představil 10 tabulí s inkoustovými skvrnami. Test získal rychle velikou oblibu v odborných kruzích, jelikož se ukázalo, že dokáže postihnout řadu i drobných specifik osobnosti člověka a může výrazně přispět k získávání množství informací pro stanovení diagnózy i diferenciální diagnózy u vyšetřované osoby (Polák & Obuch, 2011). Postupně bylo zřetelnější čím dál více, že je třeba test dále studovat a rozvíjet jeho způsoby administrace a především interpretace. I přesto, že bychom rádi na tomto místě uvedli větší vzhled do historie vývoje Rorschachovy metody, není to možné z hlediska rozsahu naší práce. Zmíníme zde proto pouze jméno Johna E. Exnera, Jr., který provedl analýzu různých dosavadních přístupů k administraci a skórování testu a následně v roce 1974 vydal souhrnný Komprehensivní systém (Comprehensive System), který se opírá o značnou statistickou základnu a je komplexním systémem v nakládání a chápání Rorschachovy metody (Lečbych, 2013). Exnerův systém je nyní jedním z celosvětově nejuznávanějších přístupů a je pravděpodobně nejužívanější. Při práci s Rorschachovou metodou se o něj opíráme i my. Nicméně rozvoj přístupů k Rorschachově metodě není zastaven ani dnes. Kromě zakládání ucelených škol vznikají po celém světě také odborné společnosti, které se zabývají studiem Rorschachovy metody. U nás je to Česká společnost pro Rorschacha a projektivní metody.

Jak bylo řečeno výše, Rorschachova metoda slouží jako komplexní nástroj ke zkoumání osobnosti. Většina testových údajů, které můžeme o vyšetřované osobě získat, jsou rozděleny do osmi sekcí. Tyto sekce nám poskytují údaje o tom, jak jedinec např.

přistupuje ke světu a zpracovává informace, jak vnímá druhé lidi a jak se k nim vztahuje, jak projevuje svoje pocity atp. (Polák & Obuch, 2011). My se však zaměříme pouze na jednu sekci, vzhledem k tématu naší práce, která nese název sekce Sebepercepce, a která se zabývá tím, jak osoba vnímá sama sebe. Budeme se snažit představit v další části základní poznatky pro pochopení námi vybrané Sekce sebepercepce.

### *2.8.3.1 Představení Sekce sebepercepce*

Sekce sebepercepce se týká dvou rysů a to sebeobrazu a zaujatostí sebou (Polák & Obuch, 2011). Sebeobraz (self-image) tvoří to, jak jedinec sám sebe vnímá, jakou mentální reprezentaci sebe si utváří. Odráží představy o aspektech, charakteristikách vlastní osoby. Exner (2003) hovoří o lexikonu pojmů, který se vztahuje ke charakteristikám vlastní osoby. Uvádí, že lidé mohou někdy představy o sobě shrnout do obecného pojetí, např. „Jsem dobrý člověk“. Lexikon je však většinou pojat více specificky a spíše ve vztahu k určitému kontinuu, například od chytrého po tupého, od krásného po ošklivého atd.

Takový soubor představ o sobě ve formě „lexikonu“ může být vědomí dostupný či mohou být některé představy neuvědomovány či potlačovány.

Lexikon se v průběhu života rozrůstá a mnoho charakteristik jedinec přisuzuje své osobě na základě zkušeností. Další však mohou pramenit z neporozumění a některé mohou být zcela smyšlené. Například nízké sebehodnocení je téměř nevyhnutelné, pokud jedinec vnímá většinu svých charakteristik negativně, a to bez ohledu na to, zda je sebeobraz založen na realitě či nikoliv (Exner, 2003).

Proto může jedincův sebeobraz odrážet realitu, jaký on skutečně je, nebo může být ve větší či menší míře s realitou nekongruentní (Polák & Obuch, 2011).

Sebezaujetí (self-involvement) je odvozováno ze sebeobrazu. Tento pojem hovoří o tom, nakolik je člověk zaujat sám sebou oproti tomu, jak je zaujat okolním světem (Exner, 2003). Vysoké zaujetí sebou nemůžeme vždy vykládat jako vysoké sebehodnocení. Jedinec se sebou může naopak zvýšeně zaobírat, pokud sám se sebou spokojen není. Může například ulpívavě hledat na sobě chyby a porovnávat se s druhými apod.

Sekce sebepercepce se soustředí na interpretaci devíti následujících proměnných: OBS, HVI, Zrcadlení, Index egocentricity, FD, sumV, poměr  $H:(H) + H_d + (H_d)$ , sum MOR,  $An+Xy$ .

My je teď postupně představíme s tím, že se budeme věnovat pouze těm z nich, které jsou relevantní pro náš výzkum.

### *2.8.3.2 Zrcadlení*

Označení zrcadlení v protokolech používáme pro odpovědi, kdy osoba uvádí, že se objekt nebo objekty odráží, nebo že se jedná o zrcadlový odraz. Podmínkou pro skórování uvedené odpovědi jako zrcadlení je, že musí jít o odraz na základě symetričnosti skvrny a také, že osoba identifikuje shodné objekty.

Rozlišujeme dva druhy zrcadlových determinant. Jednak Zrcadlově tvarovou odpověď, která v sobě neobsahuje požadavek na tvar (rF), například „odraz mraků nebo krajiny ve vodě“. Druhým případem je Tvarově zrcadlová odpověď (Fr), kdy je odpověď založena na tvarových vlastnostech skvrny a má specifický tvar, například „Medvěd, který si prohlíží svůj odraz ve vodní hladině.“ (Exner, 2009).

Odpovědi se zrcadlením poukazují na narcistické rysy osobnosti a tendence hodnotit se nadprůměrně. Je nutné upozornit, že zdravé sebehodnocení je průměrné až vyšší. Pokud někdo oceňuje své kvality, může to pro něj být výhoda při dosahování vytyčených cílů apod. Nicméně pokud je někdo sebou naopak příliš zaujat, může se to odrážet na jeho interpersonálních vztazích, jelikož takový jedinec nemusí být vždy citlivý k druhým a jejich potřebám.

Naopak osoby s narcistickými rysy potřebují neustálé potvrzování vlastní hodnoty, a pokud jej nedostávají, nebo nejsou v životě úspěšní, tak může dojít k rozvoji závažnější psychopatologie (Polák & Obuch, 2011).

Výskyt odpovědi s obsahem zrcadlení může být nepatologickým jevem v případě, že je jistá sebestřednost součástí zálib či povolání vyšetřované osoby. Hovoříme zde o profesích, při kterých se osoba ocitá ve středu dění a pozornosti ostatních, často se jedná o umělce, jako jsou herci, hudebníci apod.

### *2.8.3.3 Index egocentricity*

Index egocentricity se vypočítává dle vzorce  $3r+(2)/R$ , kde sčítáme v jistém poměru odpovědi zrcadlení (r) s odpověďmi párování (2) a dělíme je následně celkovým počtem responsí v protokolu (R). Párování jsou odpovědi, kdy subjekt popisuje dva

shodné objekty nebo pár na základě symetričnosti skvrny, taková odpověď může kupříkladu znít: „Dvě děti si spolu hrají, tady je jedno a tady druhé.“

Index egocentricity představuje odhad toho, do jaké míry osoba věnuje sama sobě pozornost, je sebou zaujata a zároveň nám udává odhad sebehodnocení. Při interpretaci výsledků je potřeba kombinovat výslednou hodnotu indexu egocentricity spolu s případným výskytem odpovědí s obsahem zrcadlení.

Průměrná hodnota indexu se u dospělých osob pohybuje v rozmezí 0,33-0,45. Takový výsledek znamená, že je osoba přiměřeně zaujata sama sebou. Není časté, že se při průměrných hodnotách indexu objeví v protokolu i jedna a více r-odpovědí. Pokud ano, tak to může naznačovat narcistické rysy, ovšem osoba pravděpodobně tuší, že nejsou na místě, tudíž jim nepodléhá.

Jestliže je hodnota indexu podprůměrná (u dospělých osob nižší než 0,32), naznačuje to, že je sebehodnocení jedince negativní. Zároveň takový výsledek signalizuje, že se jedinec nedostatečně věnuje sám sobě, případně se upření pozornosti sama na sebe záměrně vyhýbá (Polák & Obuch, 2011). Výskyt r-odpovědí v kombinaci s podprůměrnou hodnotou indexu egocentricity je neobvyklým zjištěním a může naznačovat, že je jedincův sebeobraz v konfliktu se sebehodnocením. Je možné, že se narcistické rysy vyvinuly sekundárně, ve snaze kompenzovat nízké sebehodnocení (Exner, 2003).

Nadprůměrné hodnoty indexu egocentricity (u dospělých osob vyšší než 0,45) jsou znakem toho, že je jedinec sebou zaujat více než druhými a má o sobě pozitivní mínění (Polák & Obuch, 2011). Podmínkou pro takový závěr je, aby se v protokolu vyskytovala nejméně jedna r-odpověď.

V opačném případě, kdy v protokolu zcela chybí r-odpověď, hovoříme o tom, že se jedinec zaobírá sám sebou ve zvýšené míře. Důvodem je však to, že není sám se sebou spokojený. Proto se neustále vrací k tomu, jaký je a řeší svůj sebeobraz, sebehodnotu. Nicméně takové jednání v něm vyvolává spíše negativní, nepříjemné pocity a může vést až k rozvinutí depresivní symptomatiky.

#### *2.8.3.4 Odpovědi FD, V*

Další kategorií proměnných, které se interpretují v klastru sebepercepce, jsou dimenzionální odpovědi FD a V.

FD je označení pro tvarově dimenzionální odpověď. Jedná se o odpovědi, kdy vyšetřovaná osoba vytvoří dojem hloubky, prostorovosti nebo vzdálenosti a to využitím rozměrů či obrysů skvrny.

Zkratka V určuje tzv. čistou vista odpověď. Vistu užíváme pro odpovědi, které jsou také dimenzionální, osoba zde opět naznačuje hloubku nebo rozměrnost, tentokrát však na základě odstínů skvrny. Mimo čisté visty (V) rozlišujeme ještě dva druhy visty, které obsahují současně požadavek na tvar (FV, VF). Liší se pouze tím, zda je odpověď převážně tvarová či tento její aspekt není tak významný (Exner, 2009).

FD a V odpovědi jsou spojovány s introspektivním chováním. Jak píše Exner (2009), introspekce je jev, který je pozitivní. Nebezpečí však vidí v tom, že se může v některých případech obracet proti jedinci v tom smyslu, že se může zvrátit v útok na vlastní integritu. Tudíž výskyt FD v protokolu je pozitivní, pokud se nevyskytuje ve vysoké míře.

Vista odpovědi také odkazují k introspektivnímu chování, avšak ne zrovna pozitivnímu. Vypovídají o introspekci, která může být snahou o získání odstupů při úzkostech, také mohou souviset s depresivními stavy. Vista je odrazem negativního emočního prožívání, které je výsledkem nadměrného zaujetí sebou, sebezkoumání.

Člověk se při sebezkoumání hodnotí a shledává svoje rysy jako negativní, což může vyvolávat až bolestné, negativní pocity k sobě. Vista odpovědi lze též spojovat s pocity viny nebo výčitkami svědomí, což může být situační charakteristika. Pokud se navíc v protokolu nevyskytuje žádná odpověď zrcadlení, hovoříme až o chronické sebekritičnosti a nízké sebeúctě. Pokud je přítomna alespoň jedna r-odpověď, mohli bychom spíše uvažovat o situačních sebekritických postojích a výčitkách svědomí (Polák & Obuch, 2011).

#### *2.8.3.5 Odpovědi An+Xy*

V protokolu dále můžeme najít odpovědi, jejichž obsah se týká anatomie (An) nebo rentgenu (Xy). V protokolu očekáváme žádnou nebo maximálně jednu odpověď tohoto druhu. Zvýšené hodnoty ukazují na výrazné zaujetí tělem. Pokud jedinec nemá zdravotní potíže, může takový výsledek naznačovat ruminaci ohledně těla a sebeobrazu a pocit vulnerability (Polák & Obuch, 2011). Samozřejmě musíme brát ohled i na jiné charakteristiky jedince. Pokud je například vyšetřovaná osoba profesí lékař/ka, tak může být výsledek tímto zkreslen.



Byla provedena řada výzkumů sledujících výskyt An nebo Xy odpovědí v Rorschachově testu u somaticky nemocných (např. Porcelli, 2010)

Shatin (1952) provedla výzkum, ve kterém porovnávala skupinu pacientů z neurotického okruhu diagnóz a psychosomaticky nemocných pacientů. Zjistila, že u psychosomaticky nemocných se vyskytuje vyšší počet An odpovědí v protokolech, než u neurotických pacientů. Tento výsledek vysvětluje tím, že se pacienti s psychosomatickým onemocněním zaměřují více na fyziologické dysfunkce, které jsou logicky více v popředí toho onemocnění. Na druhou stranu můžeme uvažovat o tom, že úzkost může být také svázána s příznaky fyziologickými, jako je například dušnost, pocity sevření na hrudi, špatné trávení, bušení srdce apod. Proto bychom oproti normální populaci mohli očekávat vyšší počet An odpovědí i u úzkostných pacientů.

#### *2.8.3.6 Suma odpovědí MOR*

MOR je zkratka pro speciální obsahovou charakteristiku, tzv. morbidní obsah. Signuje se u odpovědí, ve kterých je objekt označován jako mrtvý, poškozený, zničený apod. nebo pokud mu je přisouzen dysforický pocit nebo vlastnost (Exner, 2009).

Pokud se v protokolu objevuje více než jedna MOR odpověď, odkazuje to ke skutečnosti, že sebeobraz jedince obsahuje představy o vlastní osobě, které jsou negativní nebo poškozující. Exner (2003) uvádí, že pesimistické nahlížení na sebe také ovlivňuje vztah osoby ke světu, který se mísí s pochybami a jedinec tak může anticipovat skličující výsledky svého úsilí. Osoby, u kterých nacházíme více MOR odpovědí, mohou být pesimističtější vůči své budoucnosti.

V některých případech může být zvýšený výskyt MOR odpovědí odrazem neúspěchů, zklamání či selhání z poslední doby. Nicméně i v takovém případě mají stále tyto události vliv na negativní nazírání na sebe (Polák & Obuch, 2011). MOR odpovědi považujeme tedy za přímé nebo častěji nepřímé reprezentace sebe (Exner, 2003).

Výskyt tří a více odpovědí MOR v protokolu může naznačovat kromě vnímání negativních aspektů sebe také vnímání vlastního těla jako poškozeného či dysfunkčního (Polák & Obuch, 2011).

Ve strukturálním souhrnu Rorschachovy metody nalezneme tzv. Speciální indexy, které jsou určitými klinickými škálami a pomáhají při pátrání po klinických syndromech v protokolu. Mezi dalšími se jedná také o Index deprese (DEPI) a Index suicidiální konstelace (S-CON).

MOR odpovědi jsou jedním z kritérií, která přispívají k naplnění podmínek pro pozitivitu obou těchto indexů, i když v nestejném poměru. Silberg a Armstrong (1992) ve své studii potvrdili, že S-CON, vč. MOR odpovědí jsou prediktorem deprese a suicidiálních tendencí.

Petrosky (2004) došel také k závěru, že MOR odpovědi souvisejí s depresivitou, dále na základě svého výzkumu potvrzuje, že sebe-devalvující myšlenky byly u zkoumaného vzorku osob také prokázány.

V rámci této kapitoly by bylo jistě hodnotné předložit pro každou z probíraných proměnných výzkumné studie prováděné na pacientech s úzkostnou poruchou. Bohužel takto orientovaných výzkumů nebylo mnoho provedeno, nejsou nám proto dostupné výsledky k porovnání.

#### ***2.8.4 Další metody pro měření implicitního sebehodnocení***

V této kapitole představíme v krátkosti dvě metody pro měření implicitního sebehodnocení, které se užívají v zahraničních studiích. My s nimi nepracujeme, avšak v textu se o nich opakovaně zmiňujeme, proto pokládáme za vhodné jim zde věnovat prostor.

Nejprve odhalíme princip metody v angličtině nazývané Implicit Association Test (IAT). V zahraničí jde o nejčastěji užívanou metodu pro zkoumání implicitního sebehodnocení. Budeme o ní opakovaně mluvit v souvislosti s uskutečněnými výzkumy relevantními pro naše zkoumání v kapitole 4.

V češtině se pro tento test užívá názvu Test implicitních asociací a pomalu se s ním začíná pracovat i v našich podmínkách (např. Lukavský, Šolcová, & Preiss, 2011) zejména k hodnocení postojů. Tato metoda měří sílu implicitních postojů k druhým lidem nebo k sobě samému. Je založena na hodnocení reakcí na příjemné a nepříjemné stimuly. Vyšetřovaná osoba zařazuje podněty (slova, fotky, obrázky) do vytyčených kategorií. Test porovnává vazbu mezi bipolárními koncepty (např. dobrý - špatný; starý - mladý). V případě testování implicitního sebehodnocení se jedná zejména o úkoly, které měří asociace k Já a druhým lidem. V testu se hodnotí samotná odpověď, reakční čas, latence apod. (Greenwald, & Farnham, 2000; Cheng, Govorun, & Chartrand, 2012). Objevuje se ale i kritika z řad odborných kruhů, která se týká zejména pochybnosti nad odůvodněním využitelnosti této metody jako diagnostického nástroje. Vytýkány jsou jí například postupy standardizace a utváření norem (např. Blanton & Jaccard, 2006).

Name-Letter Test spočívá v měření tendence vyšetřované osoby upřednostňovat iniciály nebo písmena obsažená ve vlastním jméně oproti ostatním písmenům abecedy. Pokud se tento sklon v testu prokáže, má takový výsledek naznačovat pozitivní sebehodnocení a sebedůvěru (Jones, Pelham, Mirenberg, & Hetts, 2002). Metodu vynalezl Jozef Nuttin v roce 1985 (Nuttin, 1985) a jedná se také o velmi užívanou metodu pro měření implicitního sebehodnocení (Krizan, 2008).

## **2.9 Zdravé versus narušené sebehodnocení**

V této kapitole si ukážeme, že je možné rozlišit mezi zdravým a narušeným sebehodnocením. Nejprve se podíváme na vliv úrovně sebehodnocení na život jedince a jeho fungování. Následně se budeme věnovat možným diskrepancím v sebehodnocení a jejich důsledkům.

### **2.9.1 Pozitivní versus negativní sebehodnocení**

Jak bylo již výše uvedeno, sebehodnocení nabývá polarit pozitivní - negativní. Někdy také hovoříme o vysokém a nízkém sebehodnocení.

Sebehodnocení můžeme chápat jako pocit člověka, že je dostatečně dobrý. Nicméně, jak poznamenává Rosenberg (1965), vysoké sebehodnocení neznamená nutně, že by se jedinec povyšoval nad druhé nebo se cítil lepší než ostatní.

Vysoké sebehodnocení je spojené s tím, že má osoba pozitivní, uspokojující a milující pocity směrem ke svému sebeobrazu. Zatímco pocity méněcennosti a sebeodsuzování vychází z negativního sebehodnocení (Jacoby, 1996). Nízké sebehodnocení lze chápat také jako negativní myšlenky, názory a výroky o sobě samém (Fennell, 2007).

S negativním sebehodnocením se nesečkáme jen v klinické oblasti. Je mnoho lidí, kteří mají sebehodnocení nízké a přitom zvládají fungovat v běžném životě. Nicméně přeci jen jim může právě nižší sebehodnocení způsobovat jisté potíže, jak si ukážeme dále.

Nízké sebehodnocení bývá, dle Vágnerové, zpravidla méně konzistentní a méně stabilní. Je spojováno se sklonem k pesimismu, úzkostností, pochybami o sobě a strachu ze selhání a celkovou nespokojeností (Vágnerová, 2010).

Lze říci, že osoby s nižším sebehodnocením zpravidla příliš neriskují, nestojí o to být ve středu pozornosti a vyhýbají se situacím, ve kterých by mohli selhat.

Tice (1991) ověřila předpoklad, že osoby s nízkým sebehodnocením inklinují k sebehandicapování, aby se uchránili před možným neúspěchem a zklamáním. Zatímco lidé s vysokým sebehodnocením tak činí za účelem dosažení vyššího úspěchu.

Jedinci s nízkým sebehodnocením také mohou v rámci snahy se ochránit projevovat nechuť a neochotu věnovat pozornost sami sobě. Dále mohou záměrně upozorňovat na své slabé stránky. Mají zpravidla odpor riskovat. Spíše se chovají obezřetně a konzervativně (Josephs, Larrick, Steele, & Nisbett, 1992; Zeigler-Hill, 2011). Snaha nevystavovat se neúspěchu je pochopitelná z toho důvodu, že tyto osoby se nedokáží kvůli snížené úrovni sebehodnocení dostatečně proti působení neúspěchu ochránit. Tyto závěry dokládají i autoři Brown a Dutton (1995), kteří potvrdili, že osoby s vysokým sebehodnocením jsou méně rozrušené neúspěchem, lépe se s ním vyrovnávají oproti osobám s nízkým sebehodnocením.

Lidé s vysokým sebehodnocením zažívají více pozitivních emocí (Pelham & Swann, 1989). Naproti tomu lidé s nízkým sebehodnocením častěji podléhají depresím a úzkostem (Corning, 2002; Roberts, Gotlib, & Kassel, 1996; Sowislo & Orth, 2013).

Greenberg et al. (1992) dokonce prokázali, že sebehodnocení může fungovat jako nárazník proti úzkosti. Pokud je totiž úroveň sebehodnocení dostatečná, jedince úzkost tolik nezaplavuje.

Řada výzkumníků se soustředila na prokázání dopadu úrovně sebehodnocení na jedince a jeho fungování. Byl prokázán vztah mezi vysokým sebehodnocením a spokojeností v životě (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Myers & Diener, 1995).

Jedinci s vysokým sebehodnocením jsou zpravidla více aktivní, více se odváží riskovat, mohou více usilovat o dosažení vlastních cílů. Vágnerová (2010) hovoří o tom, že vysoké sebehodnocení je spíše stabilní a konzistentní a lidé s vysokým sebehodnocením jsou obvykle více optimističtí, spokojení a nejsou tolik náchylní podléhat stresu.

Vysoké sebehodnocení se však také může jevit jako problematické, pokud neodpovídá kvalitám jedince. Může pak mít vliv na to, že jedinec nedokáže odhadnout své možnosti. Zároveň ne vždy může být pro okolí příjemné být v přítomnosti jedince,

jehož sebehodnocení je extrémně vysoké, ovšem s potřebou si jej také neustále potvrzovat. U takových jedinců se může projevit až nepřípadná dominance a agresivita.

Obecně můžeme říci, že sebehodnocení by mělo být spíše pozitivní, nikoliv negativní.

### ***2.9.2 Diskrepance mezi implicitním a explicitním sebehodnocením***

V posledních letech si výzkumníci uvědomili, že to není jednoduše jen celková úroveň sebehodnocení – je-li pozitivní nebo negativní – která ovlivňuje chování a prožívání člověka. Je třeba sledovat i možné úrovně implicitního a explicitního sebehodnocení, které nemusí být vždy v souladu.

Jisté vysoké sebehodnocení, což je takové, které dosahuje vysoké úrovně v explicitní i implicitní rovině, je poměrně stabilní. Je spojeno se sebeúctou a sebejistotou. Takoví jedinci nepotřebují usilovat o stálé potvrzování vlastní hodnoty a zároveň jsou schopni zvládat úspěch i selhání v každodenním životě (Zeigler-Hill, 2011). Jisté nízké sebehodnocení, kdy jsou obě úrovně sebehodnocení negativní, odpovídají popisu v předchozí podkapitole.

Diskrepantní vysoké sebehodnocení, kterým je myšleno vysoké explicitní a nízké implicitní sebehodnocení, značí méně stabilní sebehodnocení. Osoby s takovým sebehodnocením mají tendenci se chovat více defenzivně a rozvíjejí strategie sebe-vylepšení a to obzvláště v situacích, kdy se cítí ohroženy. Tito lidé jsou zranitelní a mohou podléhat sebeklamu. V angličtině se používají výrazy jako „defensive/ fragile high/discrepant high self-esteem“.

Oproti tomu osoby s diskrepantním nízkým sebehodnocením (nízké explicitní a vysoké implicitní sebehodnocení) jsou více optimističtí, nemají takový sklon k sebe-handicapování. Setrvávají však v myšlenkách déle u dřívějších neúspěchů. Přísněji se kriticky hodnotí, snaží se dosahovat vyšších standardů (Cheng et al., 2012). Zeigler-Hill a Terry (2007) shledali, že tento druh diskrepantního sebehodnocení je spojen s perfekcionismem a může vést k řadě maladaptivních reakcí, včetně úzkostí a deprese.

### **2.9.3 Diskrepance na úrovni reprezentací Já**

Zdravé sebehodnocení můžeme brát jako takové, které odpovídá realitě, tedy je v souladu s vlastnostmi, schopnostmi a dalšími charakteristikami jedince. Na tomto místě proto navážeme na kapitolu zabývající se reprezentacemi Já (kap. 2.2.1). Předvedeme, že diskrepance v oblasti vlastního sebeobrazu se také významně podílí na vzniku maladaptivních reakcí, zejména úzkosti. Představíme zde závěry jednotlivých autorů teorií reprezentace Já.

Higginsova teorie představuje pohled na to, jak jsou různé typy nesouladu mezi reprezentacemi Já propojeny s různými druhy nepříjemných pocitů.

Nesoulad neboli diskrepance mezi Aktuálním Já a Ideálním Já je charakteristická absencí pozitivních soudů o sobě samém a je spojována s pocity smutku, pocity viny, nespokojenosti, zklamání a bezcennosti. Vede tedy až k depresivně laděným stavům. Diskrepance mezi Aktuálním Já a Požadovaným Já se projevuje negativními závěry o vlastní osobě a je spojena s pocity strachu, ohrožení, nervozity, úzkosti a pocity viny (Blatný, 2003; Higgins, 1987; Higgins et al., 1985).

Podobně Sullivan uvádí na základě vlastní teorie, že pokud člověk jedná v souladu s Dobrým-Já, vyhne se úzkosti. Úzkost, kterou občas jedinec zakouší, může být totiž vyvolána posouzením těch špatných stránek naší osobnosti (Safran, 1984; Sullivan, 1953).

Rogers také souhlasí s tím, že vztah mezi tím, jaký člověk je a jakým by chtěl být, se promítá do sebeúcty a úrovně jeho sebehodnocení (Rogers, 1959). Dle Rogerse je součástí cílů psychoterapie, aby klient v jejím průběhu směřoval k větší sebeakceptaci a tím by mělo docházet k přibližování jeho Ideálního a Reálního Já (Rogers, 2012). Jako důsledek narůstající shody mezi Reálním a Ideálním self dochází k redukci psychického i fyzického napětí a úzkosti (Rogers, 1959). Současně čím více se podobá Ideální self Reálnému, tím vyšší je sebehodnocení jedince (Conte, 2009).

Ze závěrů experimentu zaměřeného na Možná Já, který provedly Cross a Markus (1994), vychází, že Možná Já mohou propojovat efektivní kroky a strategie pro řešení problémů s představami o vlastních schopnostech a kompetencích v dané oblasti. Pokud má jedinec v mysli pozitivní pohled na sebe ve formě budoucího Možného Já, tak to napomůže jedinci rozptýlit úzkosti a obavy, které by jej v opačném případě přepadaly v průběhu vykonávání úkonů zaměřených na řešení problémů.

Mezi Reálným – Skutečným Já a jeho dalšími možnými variantami může docházet k většímu či menšímu nesouladu. Jak uvádí Vágnerová (2010), Skutečné a Ideální Já představuje jisté mantinely sebehodnocení, jedinec se tak pohybuje mezi tím, jaký je a jakým by si přál být, i když patrně tuší, že kýženého stavu nemusí dosáhnout. Cílem je však, aby se mu přiblížil.

To, nakolik se jedinci daří dosahovat přiblížení mezi Reálným a Ideálním/Možným/Dobrým Já, se dle uvedených autorů podílí na spokojenosti se sebou samým, tedy na úrovni sebehodnocení a také na vzniku či redukci nepříjemných pocitů, vč. úzkosti.

## 3. Úzkostné poruchy

### 3.1 Vymezení úzkosti a strachu

Strach a úzkost jsou přirozenou součástí našich životů. Považujeme je za adaptivní emoce, které jsou nám v základu vrozené a plní důležitou, sebezáchovnou funkci. Představují totiž reakci na nebezpečí, ohrožení organismu. Strach a úzkost jsou spolu těsně provázány, jelikož úzkost nám slouží jako příprava na možné nebezpečí a strach zase zajišťuje okamžitou reakci na okamžitě hrozící nebezpečí (Praško, Vyskočilová, & Prašková, 2008).

Uvedli jsme, co mají ve své podstatě strach a úzkost společného, nyní si tyto pojmy více přiblížíme, abychom mohli nahlédnout, co tyto fenomény od sebe odlišuje.

Dle Praška můžeme strach definovat jako „*emoční a fyziologickou reakci na konkrétní nebezpečí*“ (2005, p. 13). Vymětal uvádí podobnou definici, kdy strach vymezuje jako „*averzivní reakci na určitou poznanou (konkrétní) skutečnost, která v jedinci vyvolává prožitek ohrožení. Má signální a ochrannou funkci*“ (Vymětal, 2007, p. 22). V těchto definicích je shrnuto, že strach se vybavuje v momentech konkrétního ohrožení organismu a přestavuje emoční a fyziologickou reakci. Emoční reakce dává vlastně jedinci zakusit, že je určitým způsobem ohrožen a že by měl v takové situaci jednat, což již rozbíhá konkrétní myšlenkové pochody. Fyziologickou reakcí je míněn proces, který dává do pohybu tělesné pochody tak, aby byl jedinec připraven reagovat na konkrétní ohrožení a to formou boj nebo útěk.

Úzkost se od strachu odlišuje tím, že je to spíše neurčitý pocit ohrožení a není navázána zpravidla na konkrétní předmět nebezpečí.

Vymětal (2003, p. 236) úzkost pojímá jako „*reakci na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nemilého a neznámého je horší než událost sama, je-li jasně poznána*“.

Podobně se i Ulč (1999, p. 17) při vymezování úzkosti pozastavuje nad tím, jak je prožívána: „*Úzkost je nepříjemný emoční prožitek pohybující se v rozmezí mírné úzkosti až po intenzivní strach spojený s anticipací hrozby nebo budoucí katastrofy, je doprovázena pocity nepříjemnosti, které často mají menší či větší zevní příčinu*“. Můžeme uvažovat nad tím, proč je úzkost prožívána nepříjemně. Vymětal vyzdvihuje fakt, že neznámé



nebezpečí je vlastně více znejišťující. Ano, pokud úzkosti nerozumíme, tak je pro nás ohrožení nepředvídatelné a nemáme nad ním kontrolu. Ale například i bolest, která má signální a ochrannou funkci, je vnímána negativně a tím jasně oznamuje, že je organismus ohrožen či oslaben.

Na tomto místě se ještě pozastavíme nad tím, že je vhodné vzhledem k úzkosti rozlišovat mezi stavem a osobnostním rysem. Stavem je myšlena, dle Vymětala, *„aktuální úroveň emoce, její momentální kvantita a kvalita, kterou je možné měřit a srovnávat“* (Vymětal, 2007, p. 23).

Od úzkosti je odvozen pojem úzkostnost, který je chápána jako osobnostní rys. Úzkostnost můžeme vymezit jako *„trvalejší charakteristiku, představující míru pohotovosti k bojácnému prožívání a chování, kterou je také možné měřit a srovnávat“* (Vymětal, 2007, p. 23). Každý člověk tento osobnostní rys ve svém repertoáru má, jen v různé míře. Projevuje se tendencí v životě reagovat „úzkostněji“, více podléhat stresu a vůbec odkazuje ke způsobům reagování na nároky života a vyrovnávání se s úzkostí a strachem. Někdy v té souvislosti hovoříme o emoční stabilitě a labilitě (Vymětal, 2003).

### **3.1.1 Funkce a projevy úzkosti**

V předchozí kapitole jsme definovali pojmy strach a úzkost, nacházeli společné jmenovatele těchto pojmů i je od sebe vydělovali. Nyní se budeme podrobněji věnovat úzkosti, jejím projevům a funkcím, což nám poslouží jako základ pro pochopení úzkostných poruch, o kterých budeme hovořit dále.

Úzkost je komplexní stav, u kterého můžeme vysledovat tři její složky, podobně, jako jsme je uvedli v minulé kapitole u strachu. Základními složkami úzkosti jsou: tělesné pocity, chování, myšlenky. Tyto složky fungují v jisté součinnosti. Úzkostný stav, jakožto emocionální reakce, se může projevovat v tělesných příznacích, jako je bušení srdce, zrychlený tep, zrychlené dýchání, třes apod. Současně s tím jedince mohou napadat různé myšlenky o tom, co mu v dané situaci hrozí, co se může stát. Takové myšlenky mohou přicházet například v podobě: „To nezvládnou, to nevydržím, ztrapním se“ nebo „teď se zblázním, omdlím“ apod. A také mohou být úzkostné stavy doprovázeny určitým chováním, kupříkladu vyhýbáním se konkrétním situacím, místům nebo činnostem (Praško et al., 2008). Tento mechanismus je základním pilířem přístupu kognitivně-behaviorální terapie, který pracuje s tím, že v jednoduchosti řečeno jsou emoce s jejich tělesnými projevy svázány s kognicí a chováním a vzájemně se ovlivňují.

Praško (2005) poznamenává, že subjekt si většinou nedokáže v daný moment pocity úzkosti spojit s konkrétní příčinou. Zdá se, že zaměření úzkosti je spíše interní, než externí. Jedná se o reakci na vágní, vzdálené nebo nerozpoznané nebezpečí. Například může být osoba úzkostná, když má pocit, že ztrácí kontrolu nad sebou nebo určitou situací.

Úzkost se může projevovat jako náhlý záchvat, spojený s intenzivními reakcemi organismu a psychiky nebo se úzkost může vyskytovat ve formě kontinuální, mírnější, avšak přetrvávající hladiny úzkosti.

Jak jsme již naznačili, v každodenním životě zažíváme situace, na které je přirozená reakce strach a úzkost. Úzkost je nám do určité míry prospěšná. Adaptivní funkci úzkosti můžeme spatřovat v tom, že zaostruje smyslové vnímání, mobilizuje energii, vede k reakci – útok nebo boj a tím plní ochrannou funkci organismu (Papežová, 2008). Určitá míra úzkosti dokonce podporuje výkon. Pokud však přesáhne určitou úroveň, tak má opačný efekt, může v některých případech jedince až paralyzovat a vést k neschopnosti vykonávat základní úkony každodenního charakteru.

V každém případě tedy úzkost a strach nejsou pro člověka pouze pozitivním jevem a zdravým projevem.

Úzkost a strach se stávají pro jedince nezdravým a obtěžujícím v okamžiku, když se vyskytují nadměrně často, ve velké intenzitě a když se vybavují v neadekvátních situacích (Praško et al., 2008). Hranici mezi zdravým a nezdravým, stejně jako i u jiných psychických poruch, stanovujeme v momentě, kdy úzkosti a strach začínají narušovat fungování osoby v každodenním životě. Pokud hovoříme o tom, že se úzkost u jedince vybavuje neúměrně vzhledem k situaci, máme tím na mysli, že se nejedná o situaci, ve které je přítomen objekt nebezpečí, naopak jde o situaci objektivně neutrální. A zároveň jde o situaci, kterou by většina lidí bez obtíží zvládla.

V takovém případě, kdy úzkostné stavy negativně zasahují do života dané osoby a v případě přetrvávání nebo opakujících se obtíží můžeme hovořit o úzkostných poruchách.

## 3.2 Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy jsou zařazeny v mezinárodních diagnostických klasifikacích pod duševní onemocnění. Na základě epidemiologických studií se ukazuje, že úzkostné poruchy patří k nejčastěji se vyskytujícím duševním onemocněním.

Kessler et al. (2005) ve své studii uvádí, že 30 % americké populace ve sledovaném roce splňuje kritéria pro mezinárodní klasifikaci duševního onemocnění. Dle jejich šetření jsou úzkostné stavy dokonce nejrozšířenějším onemocněním z řad duševních poruch, uvádějí 12 měsíční prevalenci, která se u této diagnostické skupiny pohybuje kolem 18 %.

Dle epidemiologické studie (Alonso et al., 2004) je celoživotní prevalence úzkostných poruch přes 13 % a za poslední rok (ve studii rok 2004) se prevalence úzkostných poruch pohybuje okolo 6 %. Podle autorů jsou k úzkostným poruchám dvakrát náchylnější ženy než muži. Celkově se jedná o velmi časté onemocnění, konkrétně jej autoři udávají jako druhé nejčastější, hned po závislostech na návykových látkách, k třetím nejčastějším patří afektivní poruchy.

V poslední revizi manuálu Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se úzkostné poruchy sdružují do kategorie, která nese název „*Neurotické, stresové a somatoformní poruchy*“ (F40-48).

Evropská klasifikace (MKN-10) nese stále historické označení neurózy, oproti americké klasifikaci (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM), která používá název úzkostné poruchy. My se snažíme v této práci dodržovat až na drobné výjimky jednotné označení úzkostné poruchy, jelikož máme za to, že toto pojmenování je pro veřejnost srozumitelnější, používá se dnes častěji už i mezi odborníky a to zejména proto, že v samotném názvu je obsažena podstata dané poruchy. Kromě této terminologické odchylky se v naší práci držíme Evropské mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Americkou klasifikaci (DSM) zde až na drobné výjimky nesledujeme. Je tomu proto, že v České republice se tato klasifikace v praxi neužívá.

Veškeré diagnózy z kategorie úzkostných poruch lze rozpoznat dle manifestující se úzkosti, která je jejich hlavním společným příznakem. Mohou se však objevit i jiné příznaky, jako například depresivní, obsedantní či specificky fobické. Ty by však měly být vždy sekundární a svou závažností méně naléhavé (Světová zdravotnická organizace, 1994).

Honzák (2005) uvádí, že celoživotní prevalence úzkostných poruch se pohybuje okolo 20 % a z toho se asi u 40 % pacientů vyskytuje zároveň depresivní symptomatika, což je poměrně vysoká komorbidita. Jak si ukážeme dále, existuje speciálně vymezená diagnostická jednotka z okruhu úzkostných poruch, se kterou také pracujeme v našem výzkumu, a která přímo představuje sdružení úzkostné a depresivní symptomatiky.

Úzkost bývá ale doprovázena celou řadou jiných izolovaných, často tělesných příznaků, jako je bušení srdce, zrychlený tep, bolesti hlavy, závratě, třes, poruchy spánku a zažívání apod.

Honzák apeluje na nutnost zabývat se na odborné úrovni úzkostnými poruchami z toho důvodu, že dlouhodobě vyskytující se úzkosti mohou být příčinou vzniku řady somatických onemocnění, jelikož se při chronických úzkostných a stresových reakcích organismus vyčerpává a dochází tak k oslabení imunitního systému (Honzák, 2005).

### 3.3 Jiné úzkostné poruchy

V rámci našeho výzkumu jsme se rozhodli zaměřovat pouze na vybranou kategorii úzkostných poruch, konkrétně na diagnostickou podskupinu F41 podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Souhrnně nese tato kategorie název Jiné úzkostné poruchy a obsahuje následující diagnostické jednotky: Panická porucha (F41.0), Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1), Smíšená úzkostně-depresivní porucha (F41.2), Jiné smíšené úzkostné poruchy (F41.3), Jiné specifikované úzkostné poruchy (F41.8) a Úzkostná porucha nespecifikovaná (F41.9) (Světová zdravotnická organizace, 1994).

Kategorie Jiné úzkostné poruchy (F41) je souhrnně definována podle MKN-10 jako zahrnující „*poruchy, kde je hlavním příznakem manifestní úzkost, která není omezena na nějakou zvláštní situaci. Depresivní a obsedantní příznaky a někdy i prvky fobické úzkosti se také mohou objevit, ale musí být nepochybně sekundární nebo méně závažné*“ (Světová zdravotnická organizace, 1994).

Pro zahrnutí pouze jediné diagnostické podskupiny do našeho výzkumu jsme se rozhodli z důvodu, že jednotlivé kategorie úzkostných poruch se mezi sebou až příliš liší, a to nejen symptomatologií, nýbrž i vznikem a průběhem těchto obtíží a v souvislosti s tím i nároky na léčbu.

Diagnostickou podskupinu Jiných úzkostných poruch (F41) lze oproti ostatním úzkostným poruchám popsat jednoduše negativním vymezením tak, že nezahrnuje fobie, vázané ke konkrétním objektům vně pacienta či jasně definovaným situacím (F40), dále nepředstavuje poruchy vyvolané stresem a poruchou přizpůsobení (F43), nejsou v ní zahrnuty ani diagnózy obsedantně-kompulzivního charakteru, které se projevují vtíravými myšlenkami a činy (F42), disociativní poruchy, které jsou obvykle spojovány s poruchou paměti a změnou vnímání (F44) a somatoformní poruchy, u kterých jsou v popředí stížnosti na tělesné symptomy (F45) (Světová zdravotnická organizace, 1994).

Z uvedeného vyplývá, že tuto diagnostickou podskupinu (F41) lze především charakterizovat jako kategorii úzkostných poruch, u kterých není jednoduše zřejmá konkrétní situace, která by úzkost vyvolala (Kocourková, 2007).

Nyní si uvedeme základní charakteristiku jednotlivých diagnóz spadajících do kategorie F41 – Jiné úzkostné poruchy. U každé z nich nastíníme klinický obraz poruchy, epidemiologii a etiopatogenezi a další charakteristiky.

Co se týče etiopatogeneze, na tomto místě naznačujeme výhradně možné psychologické pohledy na příčiny vzniku onemocnění a jeho rozvoj z kategorie Jiných úzkostných poruch (F41). Souhlasíme totiž s názorem (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006), že mezi úzkostné poruchy patří zejména takové, které mají psychické příčiny. Proto bychom měli brát zřetel hlavně na identifikaci psychologických aspektů.

Biologickými faktory se proto v naší práci blíže nezabýváme. Pro dokreslení však lze alespoň dodat, že biologické teorie předpokládají zejména dysfunkce serotonergního, noradrenergního a dopaminergního systému a geneticky podmíněnou vulnerabilitu, kterými lze vysvětlit vznik a rozvoj úzkostné poruchy z biologického pohledu.

Záměrně v této práci zcela vynecháváme zaměření na léčbu úzkostných poruch, jelikož by to přesahovalo rámec naší rigorózní práce.

### ***3.3.1 Panická porucha (F41.0)***

Panická porucha se vyskytuje poměrně často, celoživotní prevalence je udávána mezi 1,5 % a 3,5 %. Toto onemocnění jedince výrazně omezuje a zasahuje do jeho běžného fungování (Prašková & Praško, 2000).

Základními rysy této poruchy jsou náhlé, opakované ataky masivní úzkosti, tzv. záchvaty paniky. Ty však nejsou v tomto případě vázány na určitou situaci nebo na konkrétní okolnosti, proto o nich říkáme, že jsou nepředpokladatelné.

Při záchvatu paniky se rozvíjí intenzivní strach. Strach se může týkat pocitu, že něco hrozí, nebo že jedinec ztratí kontrolu. Dokonce se u jedince může objevovat strach z toho, že zešílí, zemře.

Panické ataky jsou doprovázeny silnou somatickou reakcí zahrnující bušení srdce, zrychlený tep, pocity dušení, sevření na hrudi, obtížné dýchání, pocení, sucho v ústech, třes. Jednotlivé panické záchvaty trvají obvykle v řádech minut (5-20minut), výjimečně déle. Mohou se objevovat v průběhu dnů, ale i několik let.

U jedinců s panickou poruchou se často vyvine vyhýbavé chování. Osoba se začne vyhýbat místům nebo situacím, u kterých má pocit, že souvisí s tím, kdy se panická ataka v minulosti objevila. Zároveň se může vyhýbat navštěvování odlehlých míst, protože se obává, že nebude dostupná pomoc v případě opakování záchvatu.

Panická porucha se vyskytuje samostatně, ale může se objevovat i jako součást jiných poruch, nejčastěji agorafobie. Právě vyhýbavé chování může vést k rozvoji agorafobie. Onemocnění se vyskytuje častěji u žen. (Kocourková, 2007; Praško, 2005, Prašková & Praško, 2000; Světová zdravotnická organizace, 1994).

Kocourková (2007) uvádí, že u některých pacientů lze v anamnéze dohledat, že před propuknutím panické poruchy zažili stresující událost, která měla podobu ztráty či separace a u pacienta se projevuje poté dezorganizující úzkost narušující funkce Já. Jak si ukážeme dále, toto je však pouze jeden z možných přístupů v hledání příčin vzniku úzkostných poruch.

### ***3.3.2 Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)***

Hlavním projevem generalizované úzkostné poruchy je přetrvávající obecná úzkost, která opět není vztažená na konkrétní situace nebo okolnosti. Typické je nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami. Tyto myšlenky mohou nabývat u jedince podobu obav z toho, že se stane něco nepříjemného někomu blízkému či jemu samotnému nebo, že jedinec něco nezvládne. Pocity trvalé úzkosti jsou označovány u generalizované úzkostné poruchy jako „volně fluktuující - plynoucí úzkost“. Dalšími projevy jsou úzkostná očekávání neboli nadměrná a nerealistická úzkostná očekávání negativních událostí či obavy ze selhání v různých oblastech života,

například v pracovní či rodinné sféře. To může vést k rozvinutí dalších příznaků jako je vnitřní neklid, neschopnost se rozhodnout, únava, neschopnost se soustředit, úzkostnost a různé somatické projevy.

Jako nejčastěji se vyskytující tělesné příznaky můžeme jmenovat roztřesenost, bušení srdce, svalové napětí, závratě, nevolnost, pocity sevření, bolesti hlavy, točení hlavy, nadměrné pocení, zažívací potíže a poruchy spánku. Pokud jde o zdraví, tak pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou často mají nadměrné obavy o své zdraví, které mohou hraničit až s hypochondrií.

Pro splnění diagnostických kritérií by měly výše uvedené příznaky přetrvávat alespoň 6 měsíců.

U generalizované úzkostné poruchy se neobjevuje vyhýbavé chování, jak tomu bývá například u specifických fobií nebo panické poruchy.

Osoby trpící generalizovanou úzkostnou poruchou mají potíže se uvolnit a odpočinout si. Jejich stav se může zhoršovat v momentě, kdy mají více volného času, jelikož se na své obtíže více soustředí.

Generalizovaná úzkostná porucha je poměrně časté onemocnění. Roční prevalence se pohybuje mezi 3-8 % a celoživotní prevalence kolísá mezi 5-15 %. Generalizovaná úzkostná porucha může přecházet do jiných úzkostných poruch (Honzák, 2005; Kocourková, 2007; Praško, 2005; Prašková & Praško, 2000; Světová zdravotnická organizace, 1994).

Uvažujeme-li o etiopatogenezi generalizované úzkostné poruchy, Kocourková (2007) upozorňuje, že je třeba úzkost vždy propojovat s osobností pacienta a jeho pudy, obrannými mechanismy, vztahy apod.

Psychoanalytický přístup hovoří o tom, že u pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou se mohou vyskytovat neuvědomovaná potlačená přání, která by mohla přejít do vědomí, což vyvolává úzkost.

Kognitivně-behaviorální model nabízí možné vysvětlení tím, že úzkostnost se učíme v dětství od rodičů nebo je výsledkem maladaptivních postojů, které se vyvinuly v průběhu dospívání. Podstatné vzhledem k předmětu našeho zájmu je však to, že dle tohoto přístupu je úzkost udržována tím, jak jedinec hodnotí sám sebe, okolí a budoucnost. Úzkost vzniká na základě postoje, který zahrnuje vnímání určitých situací a podnětů jako ohrožujících. Tyto postoje nebo přesvědčení se týkají vlastní hodnoty, výkonnosti, přijetí ze strany okolí apod. Jedinec je může mít zformulované do

konkrétních vět, které jej napadají, například: „Jsem k ničemu, protože nemám dobré známky ve škole, rodiče se proto na mně budou zlobit a myslet si, že jsem lempl.“ (Prašková & Praško, 2000).

### **3.3.3 Smíšená úzkostně-depresivní porucha (F41.2)**

Smíšená úzkostně-depresivní porucha je onemocnění, které se vyznačuje především příznaky úzkosti a deprese. Žádný z těchto příznaků však nepřevažuje a zároveň není závažný natolik, aby byl diagnostikován jako samostatné onemocnění.

Tato diagnostická jednotka je problematická v tom, že někdy bývá odborníky podceňována. Může být vnímána jako kategorie, která není jasně vymezená, v případě, že se s diagnózou váhá, může se jednoduše odborník uchýlit ke stanovení smíšené úzkostně-depresivní poruchy. Zároveň zde existuje riziko, že vzhledem k tomu, že depresivní ani úzkostná symptomatika není u smíšené úzkostně-depresivní poruchy tak silná jako u samostatné depresivní poruchy nebo úzkostné poruchy, může být její závažnost zlehčována. Nicméně, jak Praško (2005) zdůrazňuje, neznamená to, že by pacienti trpěli méně. Naopak, toto onemocnění mívá často chronický průběh nebo se periodicky opakuje. Může vést navíc k pracovní neschopnosti až invaliditě. Časté jsou u této diagnózy také suicidální pokusy.

Další příznaky, které se u smíšené úzkostně-depresivní poruchy mohou vyskytovat, jsou následující: obavy, poruchy koncentrace, poruchy spánku, únava, podrážděnost, labilita, anticipace horšího, beznaděj, nízké sebevědomí a pocity méněcennosti. Na tomto místě chceme zdůraznit, že v manuálu DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) je uveden přímo příznak nízkého sebevědomí a pocitů bezcennosti mezi základními deseti příznaky. Tento fakt zde vyzdvihujeme, neboť je zásadní z hlediska zaměření našeho výzkumu.

Prevalence bývá uváděna u tohoto onemocnění v primární péči kolem 4 %.

Co se týče etiopatogeneze, z psychologického pohledu se nám nenabízí jasné vysvětlení. Je tomu tak zřejmě proto, že se přímo touto diagnostickou jednotkou žádný psychologický či psychoterapeutický směr nezabýval. Proto psychologický pohled na její vznik a příčiny můžeme spíše odvozovat od obecných teorií, zabývají se vznikem úzkostí a deprese (Honzák, 2005; Kocourková, 2007; Praško, 2005; Prašková & Praško, 2000; Světová zdravotnická organizace, 1994).



### ***3.3.4 Ostatní diagnostické jednotky F41***

Jak již bylo výše uvedeno, kategorie jiných anxiózních poruch v sobě zahrnuje ještě další diagnostické jednotky, jsou jimi: Jiné smíšené úzkostné poruchy (F41.3), Jiné určené úzkostné poruchy (F41.8) a Úzkostná porucha nespecifikovaná (F41.9).

Diagnóza jiné smíšené úzkostné poruchy (F41.3) se používá pro poruchy, které odpovídají generalizované úzkostné poruše a zároveň splňují některá kritéria jiných poruch neurotického spektra (F40 - 49), nejčastěji se jedná o obsedantně-kompulzivní poruchu, disociativní poruchy, somatizační poruchy aj. Diagnóza nazvaná Jiné určené úzkostné poruchy (F41.8) zahrnuje mimo jiné úzkostnou hysterii. Podstatou diagnózy Úzkostné poruchy nespecifikované (F41.9) je nespecifikovaná úzkost (Světová zdravotnická organizace, 1994).

Bližším popisem těchto tří diagnóz se zabývat nebudeme, jelikož jejich výskyt není dostatečně častý a hlavně proto, že slouží zejména jako kategorie pro nevyhraněné poruchy anxiózního spektra.

## **3.4 Podstata úzkostných poruch z pohledu základních psychologických směrů**

V této kapitole se budeme věnovat podstatě vzniku úzkostných poruch. Předkládáme zde pohled tří základních psychologických směrů: psychoanalytického, kognitivně-behaviorálního a humanistického. Postupujeme výběrově, uvádíme vždy jen jednoho hlavního zástupce daného směru, jehož přístup je relevantní pro téma našeho výzkumu, tedy takového, u kterého nacházíme propojení problematiky úzkostných poruch a sebehodnocení.

### ***3.4.1 Tradiční psychoanalýza***

Psychoanalýza je směr, který je mezi odbornou veřejností dozajista znám, nebudeme tudíž na tomto místě dopodrobna vysvětlovat základní pilíře psychoanalytického přístupu, ale zaměříme se přímo na psychoanalytický koncept úzkosti.

Sigmund Freud věnoval tématu úzkosti ve svém díle nemalou pozornost. Rozlišoval mezi tzv. realistickou úzkostí, neurotickou úzkostí a morální úzkostí. Realistickou úzkost považujeme z dnešního pohledu za zdravou, jelikož je vymezována jako adekvátní reakce na reálné ohrožení přicházející z vnějšího světa. Dnes bychom ji nazývali patrně strachem. Neurotická úzkost je naopak vnějšímu nebezpečí neúměrná. Freud ji spojuje s nevědomými vnitřními konflikty. Morální úzkost vzniká při porušování norem. Rozdíl mezi neurotickou a morální úzkostí je v tom, že jádro neurotické úzkosti představuje konflikt mezi složkami Id a Ego, zatímco u Morální úzkosti se jedná o konflikt mezi Egem a Superegem, (Freud, 1999; Praško, 2005).

Podle Freuda je úzkost hlavní rys většiny neurotických onemocnění. Neurotické symptomy představují konflikt mezi složkami osobnosti, které jsou nepřijaté, a které hrozí zaplavením Já v okamžiku, kdy obrany proti těmto nevědomým impulzům selhávají (Fonagy & Target, 2005). Úzkost funguje jako signální aparát pro Ego, které upozorňuje na to, že hrozí vnitřní nebezpečí a popohání tak Ego k akci. Pokud není Ego schopné se v daný moment vypořádat s konfliktem jinak, rozvíjí obranné mechanismy. A právě v momentě, kdy obranné mechanismy selhávají, objevují se neurotické symptomy (Praško, 2005).

Freud (2000, str. 251) se primárně otázkou sebehodnocení při vzniku úzkosti nezabýval. Zmiňuje se však o jeho roli v neurózách následovně: *„U neuróz - a nehovořím zde pouze o hysterii, ale o stavu nervozity (status nervosus) všeobecně – je třeba jako primárně přítomnou předpokládat tendenci k rozmrzelosti, ke snížení sebevědomí...nápadné jsou u neuróz kontrastní nepříjemné představy... , které znějí takto: nepodaří se mi své předsevzetí uskutečnit, protože toto či ono je příliš těžké, nehodím se k tomu...“* Snížené sebehodnocení je tedy, i dle Freuda, u neuróz přítomné, nicméně nedá se říct, že by tento fenomén považoval za hlavní příčinu jejího vzniku.

### **3.4.2 Neopsychoanalýza**

V reakci na klasickou psychoanalýzu ztělesněnou Freudem vznikla neopsychoanalýza. Její představitelé rozpracovávali některé pilíře psychoanalýzy a dále kladli důraz na interpersonální vztahy v dětství i současnosti a vliv společenských podmínek. Jedna z hlavních představitelk neopsychoanalýzy je Karen Horney, která

nám, vzhledem k tématu naší práce, přináší asi nejucelenější vysvětlení podstaty neurotického onemocnění.

Horney předpokládá, že všem lidem je vlastní koncept Pravého já, tzv. ústředního životního centra, který se rozvíjí v průběhu života a vede k individuálně odlišné schopnosti seberealizace. Neboli, dle Horney, je člověku přirozená tendence rozvíjet své lidské možnosti, životní síly pravého já, rozvíjet své myšlenky, city, vlohy a schopnost sebevyjádření. Na jejich základě si může stanovit vlastní hodnoty a životní cíle. Jedině tak člověk dokáže, skrze tento vývoj, rozvinout své vrozené možnosti. K tomu, aby k takovému rozvoji Já mohlo dojít, je třeba, aby měl jedinec vhodné podmínky, konkrétně potřebuje *„Hřejivou atmosféru, aby měl pocit vnitřního bezpečí a svobody, která mu umožňuje mít své vlastní city a myšlenky a vyjadřovat sama sebe“* (Horney, 2000, str. 19). Pokud podmínky nejsou příznivé, dítě si nevytvoří pocit sounáležitosti, nýbrž pocit hlubokého ohrožení a neurčitého strachu, který bude blokovat proces seberealizace, což vede právě k rozvoji neurotických příznaků.

Ústředním pojmem Horney je tedy základní úzkost, kterou lze charakterizovat jako *„pocit izolovanosti a bezmoci ve světě, které dítě považuje za potenciálně nepřátelský. Tlak základní úzkosti brání dítěti, aby chovalo k ostatním spontánní, skutečné city a nutí ho, aby si hledalo cesty, jak se s těmito pocity vypořádat“* (Horney, 2000, str. 20). Způsoby, jak se s úzkostí vypořádat, mají nejčastěji formu obran, kdy neurotický jedinec vytvoří jeden styl vztahování se k druhým lidem a v něm strnule funguje. Styly vztahování se k lidem Horney popsala jako základní tři pohyby směrem k lidem, od lidí a proti lidem.

Pokud dítě nevyrostalo v bezpečném a přijímajícím prostředí, tak nemělo možnost si vytvořit skutečnou sebedůvěru a to je ten důvod, proč později nemůže využívat své síly a potenciály osobnosti. Jedinec se cítí méně schopný a vybavený pro život.

Neurotik potřebuje nutně sebedůvěru nebo její náhražku. Avšak jeho potřeba najít si umělé způsoby, jak se vypořádat se svým pocitem méněcennosti a ohrožení, vede k tomu, že potlačuje svoje skutečné pocity, myšlenky a potřeby.

Pokud se podmínky okolo daného jedince nezmění, může jedinec inklinovat k náhradní možnosti, jak si uspokojit své potřeby, a to skrze fantazii. Horney hovoří o tom, že si neurotický jedinec může vytvořit idealizovaný sebeobraz, který mu poskytuje úlevu od pocitů ztracenosti, úzkosti a méněcennosti. Horney tento postup nazývá jako celkové neurotické řešení. A staví jej do protikladu k procesu seberealizace, současně s rozvojem sebenenávisti. Místo toho, aby byl jedinec zakotven v sebedůvěře,

je naopak zmítán mezi falešnou pýchou a zhoubnou nenávisť. Horney dále popisuje, jak se může osobnost začít měnit pod tlakem idealizovaného Já, které jedinec začne přijímat za své postupně čím dál víc. Horney pro to používá výraz „narcistické velikášství“, které může být jednou z forem obran proti trýznivé absenci vlastní identity. I přestože není naším cílem zabývat se rozvojem těchto obran, ukazuje nám Horney velice názorně, že je z jejího pohledu jádrem neurotických obtíží vztah k Já, absence sebedůvěry a pocit ohrožení, který se manifestuje v úzkostech (Horney, 2000).

Můžeme zde ještě vzpomenout komplex méněcennosti, což je Adlerův pojem, který značí chorobné pocity vlastní nejistoty a nedostatečnosti, které jedinec nedokáže zpravidla přijmout jako součást sebe sama. Paralelu vidíme v tom, že individuální psychologie Adlera, která se oddělila od psychoanalýzy, považovala také komplex méněcennosti za primárně vzniklý v dětství na základě pocitů nedostatečnosti a bezmoci. Adler upozorňoval, že jedinec může pocity méněcennosti kompenzovat přehnanými nároky na sebe a ambicemi, ať už reálnými nebo fantazijními, až rozvinutím komplexu nadřazenosti (Adler, 1995; Říčan, 1975).

Přestože je Individuální psychologie starší než teorie Karen Horney, rozhodli jsme se o ní zmínit v této kapitole, jelikož jsme chtěli upozornit na značnou podobnost obou přístupů.

### ***3.4.3 Behaviorální a kognitivně-behaviorální přístupy***

Behaviorismus byl hlavním americkým psychologickým směrem v první polovině 20. století. Soustředil se na objektivně pozorovaná data a hlavním předmětem zájmu bylo studium chování. V 50. a 60. letech 20. století začaly do popředí pronikat teorie kognitivní, které tvrdily, že je nutné zkoumat také subjektivní vnitřní procesy, vědomé činnosti a zejména myšlení.

Behaviorální směr původně nerozlišuje mezi strachem a úzkostí, neboť předpokládá, že u obou těchto jevů lze vysledovat konkrétní spouštěče. Považuje je za reakci organismu na ohrožení, která probíhá na fyziologické, kognitivní a motorické-behaviorální úrovni. Některé strachy považuje za nepřiměřené, ty pak mohou vést k rozvinutí úzkostné poruchy.

Behaviorální směr chápal tradičně vznik úzkosti a strachu skrze teorii učení. Konkrétně na základě klasického podmiňování, u kterého se předpokládá, že neutrální

podnět se spojí s traumatickou nebo averzivní událostí a následně může původně neutrální podnět vyvolávat strach sám o sobě.

Později behavioristé přijaly teorie observačního a informačního učení, podle nichž osoba nemusí mít přímou zkušenost s averzivním podnětem, ale stačí, když situaci či podnětu význam hrozby či nebezpečí přisoudí na základě pozorování druhých lidí či získáním takové informace.

Behaviorální ani kognitivně-behaviorální směr se příliš nezaměřuje na objasňování podstaty a příčiny úzkostných poruch. Zajímá se hlavně o pochopení strachu a úzkosti ve smyslu reakce. Také studuje mechanismus, který tuto reakci udržuje a hledá způsoby odstranění vzniklých úzkostných poruch.

Kognitivně-behaviorální model dává důraz na to, jaký význam podnětům my sami přisuzujeme, a pracuje více s myšlenkovými schématy, které reakce strachu a úzkosti vyvolávají.

Racionálně-emočně-behaviorální terapie A. Ellise, která je blízká kognitivně-behaviorálního směru, se zabývá tzv. iracionálními přesvědčeními, která mají hrát zásadní roli při vzniku úzkostných poruch. Dle Ellise mohou právě tato iracionální přesvědčení, která jsou formulována často jako absolutistické, nerealistické, katastrofické a sebedevalvující výroky, vyvolávat strach a úzkost v nepřiměřených situacích (Ellis, 2001; Ellis & MacLaren, 2005).

Kognitivně-behaviorální přístup mluví o tom, že vyhodnocení v zásadě neutrálních či nepoškozujících podnětů jako ohrožujících je odvislé od hodnocení vlastních schopností situaci a „nebezpečí“ zvládnout, které jedinec zpochybňuje (Durecová, 2007; Praško, 2005).

V této souvislosti zde zmíníme ještě pohled A. T. Becka, který je zastánce kognitivního směru.

Beck tvrdí, že pro silně úzkostné pacienty představuje většina životních situací hrozbu, protože „nedostatečný“ výkon je činí, dle jejich představ, konstantně zranitelné kvůli očekávanému negativnímu hodnocení či odmítnutí ze strany ostatních lidí. Nízká sebedůvěra vede k náhlé úzkosti či přetrvávajícím úzkostným stavům. Úzkostní lidé mají tendenci se kritizovat za to, že se např. lépe nepřipravili, nedostatečně se koncentrovali nebo si nevedli tak dobře jako ostatní. Jakoby se jedinec obával trvalých důsledků svých nedostatků a vad. A právě tento sklon se kritizovat produkuje úzkost. Beck nicméně uvádí, že depresivní pacienti mají tendenci obviňovat sami sebe z celkové

nedostatečnosti, že jsou hloupi, líní apod. Úzkostní pacienti si naproti tomu vyčítají jednotlivé nedostatky a chyby, jako je například nedostatečná příprava na zkoušku ve škole (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

#### **3.4.4 Humanistický přístup**

Posledním psychologickým směrem, kterým se zde budeme zabývat, je humanistická psychologie. Hovoří se o ní jako o třetí síle, která vznikla v opozici vůči psychoanalytickému a behaviorálnímu přístupu. Humanistická psychologie klade důraz na seberealizaci a sebeaktualizaci jedince. Člověka chápe jako prožívající bytost, která je schopna cílevědomého a tvořivého jednání. Zaměřuje se na téma hodnot, lidského potenciálu a sebezvoje, tedy uskutečňování vrozených možností a schopností. My na tomto místě představíme opět jen jednoho zástupce tohoto směru, a to přístup C. R. Rogerse, o kterém jsme se již opakovaně v textu zmiňovali.

Podle přístupu Rogerse je úzkost v patologické podobě vyvolána v případě, že je ohrožen individuální vývoj jedince, což nastává při blokaci sebeaktualizující tendence.

Pro zdravý vývoj jedince a jeho psychické zdraví je zásadní, aby sebepojetí fungovalo ve shodě s aktuální situací a prožitky jedince. Rogers tento stav nazývá kongruencí. Pokud ovšem dochází k určité inkongruenci, rozvine se úzkost.

Inkongruence vznikají zejména na základě konfliktů mezi Reálným a Ideálním Já. Od tohoto nesouladu se odvíjí prožívaná nespokojenost se sebou, pocity nedostatečnosti a sebedoceňování. Rogers uvádí příklad matky, u které se vyskytnou vážné choroby, jakmile její syn začne podnikat kroky vedoucí k osamostatnění. Avšak matčino uvědomění si skutečnosti, že nemoc používá jako prostředek k udržení syna by nebyl kompatibilní s představou sama sebe jako dobré matky. Nastává zde tedy nesoulad mezi tím, jak ona vnímá samu sebe – jako matku, která kvůli nemoci potřebuje pozornost - a skutečným prožitkem touhy udržet svého syna ve své blízkosti. Sama inkongruence nemusí být nutně osobou uvědomována, ale produkuje v každém případě úzkost, případně pocit zranitelnosti.

Vnitřní rozpor je možné vidět také v rovině, že se jedinec na jedné straně chová v souladu se sebeaktualizující tendencí a na straně druhé zároveň produkuje chování, které je s touto tendencí disonantní a pro něho samotného nesrozumitelné. Právě tento proces Rogers nazývá neurotickým chováním (Rogers, 1959; Rogers, 1992; Vymětal, 2007).

Účelem této kapitoly bylo ukázat, že téma úzkosti a strachu se dá nalézt v každém z těchto hlavních psychologických proudů, a že v rámci nich můžeme u jednotlivých zástupců vysledovat i propojení mezi úzkostnými poruchami a sebehodnocením.

### **3.5 Metody měření úzkosti: Beckova škála úzkosti**

Další metodou, která byla předkládána v našem výzkumu, je Beckova škála úzkosti, BAI (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). Jedná se o sebezposuzovací škálu sloužící k odhadu míry úzkosti. Autorem této metody je Aaron T. Beck, který ji poprvé uveřejnil v roce 1988.

Škála byla vytvořena za účelem jasného odlišení úzkostných projevů od depresivních, tak, aby měřila výhradně úzkostné symptomy (Beck et al., 1988). Jedná se o široce užívanou metodu pro vědecké i klinické účely a to v zahraničí i u nás.

Každá položka představuje jednoduchý popis příznaku úzkosti, který může být vyjádřen ve čtyřech různých aspektech: a) subjektivním (např. neschopnost odpočívat), b) neurofyziologickém (např. znecitlivění nebo brnění), c) reakce autonomního nervového systému (např. pocity horka), d) reakce vztažené k panice (např. strach ze ztráty kontroly).

Vzhledem k instrukci, aby osoba posuzovala výskyt příznaků úzkosti za poslední měsíc, má tato metoda sloužit k zachycení spíše dlouhodobé úzkostné symptomatiky, než k měření situační úzkosti. Leyfer, Ruberg a Woodruff-Borde (2006) potvrdili, že Beckova škála úzkosti je vhodná k detekci úzkostných poruch. Autoři navíc zjistili, že je nejcitlivější pro odhalení panické poruchy. Nicméně je dobře použitelná k měření úzkostné symptomatiky i u ostatních úzkostných poruch, jako je generalizovaná úzkostná porucha, specifické fobie apod.

## 4. Vztah mezi sebehodnocením a úzkostnými poruchami

V rámci teoretického oddílu naší práce jsme přinášeli poznatky o problematice sebehodnocení u úzkostných poruch. Nyní chceme tyto informace doplnit o představení stěžejních výzkumů, které byly provedeny na toto téma a jsou svou podstatou relevantní pro náš výzkumný záměr.

Doposud provedené výzkumy na vztah mezi sebehodnocením a úzkostnými poruchami se zaměřovaly nejčastěji na diagnózu sociální fobie a byly prováděny častěji na adolescentech (De Jong, Sportel, De Hullu, & Nauta, 2012; van Tuijl et al., 2014; aj.) než na dospělých osobách (Acarturk et al., 2009; Tanner, Stopa, & De Houwer, 2006). Uvádíme zde proto výsledky několika výzkumů, které byly zaměřeny na dětskou populaci, i přesto, že si uvědomujeme, že úzkostné stavy mohou mít u dětí jinou podstatu, etiologii i průběh, než u dospělých pacientů. Nicméně vzhledem k omezenému množství studií na toto téma jsou pro nás jejich závěry i tak hodnotné.

Následně přinášíme přehled výzkumů sledujících úroveň explicitního a implicitního sebehodnocení, jelikož i my se budeme ve výzkumné části na tyto odlišné úrovně sebehodnocení zaměřovat.

Výzkumná studie, kterou provedl Schreiber a kolektiv, je svým designem podobná námi realizovanému výzkumu (Schreiber, Bohn, Aderka, Stangier, & Steil, 2012). Jedná se o první studii provedenou na adolescentech trpících sociální fobií. Schreiber a kolektiv provedli výzkum na 20 adolescentech s diagnózou sociální fobie, jejichž výsledky porovnávali s 20 zdravými adolescenty, kteří se s klinickou skupinou shodovali ve věku a pohlaví. Implicitní sebehodnocení bylo měřeno dvěma zahraničními metodami: *Testem implicitních asociací (IAT)* a metodou *Affect Misattribution Procedure*, která je svým charakterem podobná IAT, k měření explicitního sebehodnocení byla použita Rosenbergova škála sebehodnocení.

Výsledky ukazují, že obě výzkumné skupiny, tedy klinická i neklinická, vykazují pozitivní implicitní sebehodnocení v obou metodách. Pacienti trpící sociální fobií dosáhli ovšem nízké úrovně explicitního sebehodnocení oproti zdravé kontrolní skupině (Schreiber et al., 2012).

Další výzkum, realizovaný na studentech střední školy, u kterých autoři výzkumu zjišťovali symptomy depresí a sociální fobie (van Tuijl et al., 2014), potvrdil, že u jedinců se symptomy deprese i sociální fobie byla naměřena nízká úroveň explicitního



sebehodnocení. Naopak nebylo potvrzeno, že by implicitní sebehodnocení bylo nějak spojeno s příznaky deprese či sociální fobie.

Následně uvedeme výzkumy, jejichž výsledky převážně naznačují přítomnost nízkého explicitního i implicitního sebehodnocení. Design těchto výzkumných studií často sestává z porovnávání vysoce a lehce úzkostné skupiny osob.

Tanner et al. (2006) srovnávala úroveň implicitního a explicitního sebehodnocení u vysoce úzkostných a málo úzkostných pacientů s diagnózou sociální fobie. Za tím účelem použila *Test implicitních asociací (IAT)*. Kromě testu IAT byl zadán také test *Social Attitudes Questionnaire*, což je dotazník sestávající z výroků typu: „Když udělám chybu, ostatní mě odsoudí, Nejsem sympatický/á, Ostatní lidé jsou kompetentnější než já, Jsem méněcenný/á“ apod. U vysoce úzkostných pacientů byla naměřena nižší úroveň explicitního sebehodnocení. Obě skupiny, tedy pacienti s vysokou i nízkou mírou úzkosti, měly ve výsledku pozitivní implicitní sebehodnocení, i když u vysoce úzkostných pacientů byl tento výsledek v úrovni implicitního sebehodnocení slabší.

Podobného výsledku dosáhl de Jong (2002), který provedl výzkum na pacientkách trpících sociální fobií. Jednalo se o dospělé osoby a byl jim zadán test *IAT*. Vysoce úzkostné pacientky vykazovaly nižší úroveň implicitního sebehodnocení oproti těm s nižší mírou úzkosti.

De Jong a kolektiv (2012) provedli později další studii zabývající se rozdíly v implicitním a explicitním sebehodnocení pacientů trpících depresemi a sociální fobií. Autoři i v tomto případě sbírali data na adolescentních skupinách. Účelem studie bylo ověřit předpoklad, že nízké explicitní sebehodnocení se vyskytuje u pacientů trpících sociální fobií i depresemi, zatímco nízké implicitní sebehodnocení lze vysledovat pouze u pacientů se sociální fobií. Tento předpoklad se autorům podařilo ověřit jen částečně. Co se týče explicitního sebehodnocení, které bylo měřeno *Rosenbergovou škálou sebehodnocení*, byly zjištěny u obou klinických skupin nízké hodnoty. U implicitního sebehodnocení zkoumaného *Testem implicitních asociací (IAT)* vykazovaly nižší úroveň pouze dívky s diagnózou sociální fobie. U depresivních pacientů byla zjištěna úroveň implicitního sebehodnocení odpovídající normě.

Dále existují výzkumné studie prokazující výskyt nízké úrovně implicitního sebehodnocení u úzkostných pacientů. Jedná se například o studii autorů Ritter a kolektiv, která také potvrdila nízkou úroveň implicitního i explicitního sebehodnocení u dospělých pacientů se sociální fobií oproti zdravé kontrole. Explicitní sebehodnocení

bylo měřeno *Rosenbergovou škálou sebehodnocení* a implicitní sebehodnocení testem *IAT* (Ritter, Ertel, Beil, Steffens, & Stangier, 2013).

Doposud bylo realizováno jen minimum studií zabývajících se jinou diagnózou z úzkostného spektra, než je sociální fobie. Následně uvádíme dvě z nich.

Studie Glashouwera a kolektivu se zaměřovala na dospělé osoby a porovnávala úroveň implicitního sebehodnocení u dvou klinických skupin, konkrétně se jednalo o skupinu pacientů se sociální fobií a skupinu pacientů s panickou poruchou a jednu kontrolní skupinu. Výsledky naznačují, že klinické skupiny vykazovaly nižší implicitní sebehodnocení než kontrolní skupina. S tím, že u skupiny pacientů se sociální fobií byly naměřeny nejnižší hodnoty. Ukázalo se také, že čím vyšší závažnost úzkostných symptomů byla přítomna, tím nižší implicitní sebehodnocení bylo naměřeno, ovšem tento vztah se prokázal pouze u žen, nikoliv u mužů (Glashouwer, Vroling, de Jong, Lange, & de Keijser, 2013).

Entholt, Salkovskis a Rimes provedli výzkum, ve kterém sledovali, jak se liší úroveň sebehodnocení u klinického souboru pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou, souboru pacientů s jinou diagnózou z okruhu úzkostných poruch a souborem kontrolním, složeným z neúzkostných osob. Výsledky hovoří o tom, že obě klinické skupiny mají nižší globální sebehodnocení, měřené *Rosenbergovou škálou sebehodnocení* a *Robsonovým dotazníkem na sebezpojetí* (*Robson's Self Concept Questionnaire*), oproti kontrolní skupině. Autoři výzkumu také zadávali vlastní dotazník *Self-worth Questionnaire*, který měl podobu nedokončených vět, vztahujících se k hodnocení a pohledu na sebe sama. Na základě užití této metody vyplynulo, že jedinci z obou klinických skupin oproti skupině kontrolní, uváděli, že musí skrývat své emoce a slabosti před druhými lidmi, aby se jevíli jako hodnotní. Pacienti s obsedantně-kompulzivní poruchou navíc oproti souboru s jinou úzkostnou poruchou měli sklon více odvozovat vlastní hodnotu od druhých lidí a vzájemných vztahů (Entholt, Salkovskis, & Rimes, 1999).

Za zásadní považujeme studii sledující sebehodnocení napříč diagnostickým spektrem, která byla provedena a v roce 2003 Silverstonem a Salsalim. Vzorek čítal 957 pacientů, kteří byli rozřazeni do 19 skupin dle diagnóz. Úroveň sebehodnocení byla měřena *Rosenbergovou škálou sebehodnocení*. Z výsledků studie vychází, že pacienti s úzkostnou poruchou skórovali signifikantně nižší sebehodnocení než kontrolní skupina. Naměřená úroveň sebehodnocení u nich byla však vyšší oproti diagnostickým

skupinám pacientů s depresemi, psychózami, poruchou osobnosti a závislostí na alkoholu (Silverstone & Salsali, 2003). Výhodou popsaného výzkumného designu je, že umožňuje ošetřit vliv samotné přítomnosti duševního onemocnění na úroveň sebehodnocení, zatím však nebylo takových studií uskutečněno mnoho.

Uvedené studie dokazují, že u pacientů s úzkostnou poruchou, především diagnózou sociální fobie, lze vysledovat negativní sebehodnocení.

Samotné prokázání vztahu mezi nízkým sebehodnocením a psychickými potížemi nám však ještě neobjasňuje podstatu tohoto vztahu. Fennell (2007) navrhuje možné pohledy na tuto problematiku, které zde v krátkosti nastíníme. První z možných vysvětlení nálezu negativního sebehodnocení se týká samotného faktu, že psychické potíže osoby mají negativní dopad na její sebehodnocení. Osoba může kupříkladu pociťovat, že její psychické obtíže zasahují do schopnosti realizovat svůj potenciál. V takovém případě by emocionální potíže měli spíše přechodný než trvalý vliv na sebehodnocení.

Další možné vysvětlení, dle Fennell, se týká toho, že určité psychické potíže nebo poruchy mají přímý a specifický vliv na jedincovo vnímání vlastní hodnoty. V takovém případě by nízké sebehodnocení bylo aspektem konkrétní psychopatologie daného onemocnění.

Poslední přístup k pochopení této problematiky Fennell formuluje následujícím způsobem. Nízké sebehodnocení jako osobnostní charakteristika může být hlavní faktor vulnerability, která může za jistých okolností vést k rozvinutí určitého duševního onemocnění. Zjištění nízké úrovně sebehodnocení by pak představovalo faktor premorbidně narůstající pravděpodobnosti, že se u daného jedince později rozvinou specifické psychické obtíže (Fennell, 1997).

Fennell se podařilo dobře shrnout základní směry úvah při řešení podstaty zjištěných odchylek v oblasti sebehodnocení v souvislosti s některými duševními onemocněními. V literatuře se setkáváme s pojmenováním tohoto základního rozporu jako modelu vulnerability a scar modelu. Model vulnerability chápe nízké sebehodnocení v tomto případě jako rizikový faktor vzniku psychického onemocnění. Blatný (2010) například zastává hledisko, že jsou to právě afektivní poruchy, které vedou k vytvoření negativního schématu. Blatný se konkrétně zabývá případem depresivních stavů, u kterých tvrdí, že deprese dokáže zkreslit vnímání reality

a vlastního já. Afektivita sama o sobě je podle některých autorů považována za zdroj sebehodnocení (např. Tarlow & Haaga, 1996).

Dalším možným pohledem je tzv. scar model, dle něhož má naopak duševní onemocnění dopad na sebehodnocení, zanechává v něm šrámy, které se manifestují jako nízké sebehodnocení. Existují výzkumy, které ukazují, že nízké sebehodnocení funguje jako rizikový faktor rozvinutí úzkostných poruch (Acarturk et al., 2009). Jejich autoři navrhuji, že nízké sebehodnocení lze chápat spíše jako příčinu vzniku úzkostné poruchy, než jako její důsledek.

Pokus o testování modelu vulnerability a scar modelu však na poli depresivního onemocnění skončil výsledkem, že autoři pouze potvrzují, že oba modely mají svou platnost (Steiger, Fend, & Allemand, 2014b). Sowislo a Orth (2013) provedli metaanalýzu longitudinálních studií, zabývající se vztahem mezi nízkým sebehodnocením, depresemi a úzkostmi. Autoři analyzovali data z 18 studií o úzkostech a 77 studií o depresích. Závěrem této analýzy je prokázán vztah mezi nízkým sebehodnocením a úzkostmi a to také v obou směrech, což znamená, že můžeme předpokládat vznik úzkostných poruch na základě nízkého sebehodnocení i naopak, úroveň sebehodnocení může být snížena přítomností úzkostné poruchy.

Pro rozšíření úvah o tom, jak komplikovaný může být vztah mezi úrovní sebehodnocení a psychickými potížemi a jaké proměnné mohou do tohoto vztahu zasahovat, uvedeme ještě studii, která byla provedena na 338 ambulantních psychiatrických pacientech trpících psychickými obtížemi napříč celým diagnostickým spektrem (Bjørkvik et al., 2008). Autoři uzavírají výsledky studie konstatováním, že psychologický distres a interpersonální problémy mají větší vliv na úroveň sebehodnocení než samotná psychiatrická diagnóza. Když byly ve studii kontrolovány proměnné interpersonálních problémů a psychologického distresu, tak pouze u čistých a přidružených afektivních poruch a přidružených neurotických poruch byla zjištěna souvislost s nízkou úrovní sebehodnocení, měřenou *Rosenbergovou škálou sebehodnocení*.

## 4.1 Shrnutí jako vyústění pro empirickou část práce

V teoretické části práce jsme hovořili o tom, že úroveň sebehodnocení, tedy jeho pozitivita či negativita, ovlivňuje kvalitu života lidí, jejich prožívání i chování. Může mít vliv také na rozvinutí maladaptivních reakcí, zejména úzkosti a deprese. Dále jsme se zabírali tím, že úzkost může být vyvolána či může doprovázet diskrepanci v sebehodnocení, konkrétně pokud nastává nesoulad mezi explicitním a implicitním sebehodnocením (Cheng et al., 2012; Zeigler-Hill & Terry, 2007). Skutečnost, že tento druh diskrepancí vede k odlišným projevům a případně i klinickým nálezům, nás utvrzuje v tom, že je třeba se při zkoumání sebehodnocení zaměřovat na obě jeho roviny, tedy na implicitní i explicitní sebehodnocení. Tímto způsobem také diskrepance v sebepojetí samotném ve formě nesouladu vytvořených reprezentací Já se odráží na úrovni sebehodnocení a vzniku úzkostných stavů (Higgins, 1987; Higgins et al., 1985; Rogers, 1959; Safran, 1984; Sullivan, 1953).

Účelem teoretické části bylo kromě zasazení předmětu výzkumu do terminologického rámce nalezení propojení mezi úzkostnými stavy a problematikou sebehodnocení.

Napříč hlavními psychologickými přístupy je možné najít teorie, které se tohoto vztahu dotýkají. Zamýšleli jsme se nad tím, co je podstatou neurotické úzkosti, tedy takové, která je pro život jedince obtěžující až škodlivá a je proto třeba pracovat na jejím odstranění. Podstatou úzkosti v takovém případě je bezpochyby ohrožení, nikoliv však fyzické, jako třeba ve válce či při napadení. V případě neurotických obtíží jde o ohrožení vlastní existence ve smyslu ohrožení já – vlastní identity, sebepojetí, sebeúcty. Člověk si potřebuje uchovávat pozitivní sebeobraz, aby mohl v životě fungovat. Pokud se člověku jeho sebehodnocení a sebeobraz začne hroutit, reaguje úzkostí (Poněšický, 2004).

V první části této kapitoly jsme uvedli přehled výzkumů na téma vztahu sebehodnocení a úzkostných poruch, které byly v posledních letech provedeny. Je zjevné, že hlavní zájem zahraničních výzkumníků se soustředil na diagnózu sociální fobie. Je možné nalézt pouze nepatrné množství výzkumů, které by se zabývaly jinou diagnostickou podskupinou úzkostných poruch. Část z uvedených výzkumů navíc byla prováděna na adolescentech.

Výzkumné závěry se shodují v nález, že u pacientů trpících sociální fobií lze předpokládat nízké explicitní sebehodnocení. Co se týče implicitního sebehodnocení, výsledky studií se rozcházejí. Po provedeném průzkumu uskutečněných studií na toto

téma se však spíše jeví, že převažují závěry o výskytu nižšího implicitního sebehodnocení u úzkostných pacientů.

Rešerše i poznatky uvedené v teoretické části práce nás utvrzují, že lze předpokládat výskyt odchylek v oblasti sebehodnocení, konkrétně nález negativního sebehodnocení u úzkostných pacientů.

V rámci našeho výzkumu jsme se rozhodli prozkoumat, zda lze tento vztah detekovat také u specifické diagnostické podskupiny úzkostných poruch, v mezinárodní klasifikaci udané pod kódem F41, tzv. Jiné úzkostné poruchy.

Jelikož se na tuto skupinu diagnóz doposud nesoustředil zájem výzkumníků, měly by výsledky našeho výzkumu přinést nové poznatky v této oblasti. Účelem výzkumu bude sledovat úroveň implicitního a explicitního sebehodnocení u úzkostných klientů, a to následujícími metodami: Rosenbergova škála sebehodnocení, test SLSC-R a Rorschachova metoda. Součástí výzkumu je i měření výskytu dalších proměnných v Rorschachově metodě, které se týkají sebepercepce.

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

### 5. Výzkumný záměr

Cílem předkládaného výzkumu je přispět k porozumění podstaty úzkostných poruch a zjistit, zda negativní sebehodnocení může být jedním ze základních symptomů tohoto onemocnění.

Konkrétně chceme prozkoumat, zda u námi vybrané diagnostické podskupiny klientů s úzkostnou poruchou lze vysledovat odchylku v úrovni explicitního a implicitního sebehodnocení od normální populace.

Klademe si na okraj otázku, zda by mohlo ověření vztahu mezi úzkostnými poruchami a nižším sebehodnocením vést k doporučením při léčebném terapeutickém procesu.

## 6. Výzkumné otázky a hypotézy

Následující text budeme členit dle jednotlivých výzkumných oblastí na sekci vztaženou k explicitnímu sebehodnocení, implicitnímu sebehodnocení a na dílčí cíle výzkumu, které se týkají klastru sebepercepce a jeho proměnných v Rorschachově metodě.

V celém výzkumu pracujeme se dvěma výzkumnými soubory, jedná se o klinický soubor, který je složen ze skupiny úzkostných klientů a neklinický soubor, který tvoří srovnávací skupina, složená ze zdravých jedinců. Podrobněji jsou výzkumné soubory popsány v samostatné kapitole Výzkumné soubory (7.2).

### 6.1 Výzkumné hypotézy vázané k explicitnímu sebehodnocení

První z výzkumných oblastí je zkoumání úrovně explicitního sebehodnocení u úzkostných klientů oproti zdravé neklinické skupině. Za tímto účelem jsme použili dvě metody. První z nich je Rosenbergova škála sebehodnocení, která měří úroveň globálního sebehodnocení. Druhou metodou je škála Self-Liking/Self-Competence Scale (SLSC-R), která je dvoudimenzionální. Pro obě její subškály je formulována samostatná hypotéza.

#### Výzkumná hypotéza I.:

Úroveň globálního sebehodnocení, měřená Rosenbergovou škálou sebehodnocení, je při sebeposuzování u klientů s úzkostnou poruchou (klinický soubor) signifikantně nižší ve srovnání s neklinickým souborem.

#### Výzkumná hypotéza II.:

Úroveň sebehodnocení na škále sebepřijetí (Self-Liking Scale), měřené dotazníkem SLSC-R, je při sebeposuzování u klientů s úzkostnou poruchou (klinický soubor) signifikantně nižší v porovnání s výsledky neklinického souboru.



### Výzkumná hypotéza III.:

Úroveň sebehodnocení na škále vnímání vlastní kompetence (Self-Competence Scale), měřené dotazníkem SLSC-R, je při sebeuposuzování u klientů s úzkostnou poruchou (klinický soubor) signifikantně nižší v porovnání s výsledky neklinického souboru.

## **6.2 Výzkumné hypotézy vázané k implicitnímu sebehodnocení**

Implicitní sebehodnocení zkoumáme prostřednictvím Rorschachovy metody. Za tím účelem se zaměřujeme na Sekci sebepercepce. Nejdůležitější proměnnou pro náš výzkum je hodnota indexu egocentricity, která vypovídá o negativním a pozitivním sebehodnocení a míře zaujatosti sebou samým.

Při interpretaci hodnot indexu egocentricity je třeba tuto veličinu analyzovat v závislosti na výskytu proměnné zrcadlení (r-odpověď) v protokolu. Úroveň indexu egocentricity se počítá na základě vztahu  $3r+(2)/R$ . Průměrná hodnota indexu se u dospělých osob pohybuje v rozmezí 0,33-0,45. Hodnoty 0,32 a nižší poukazují na negativní sebehodnocení osoby. Stejně tak i hodnoty vyšší než 0,45 v souvislosti s absencí r-odpovědí v protokolu odkazují na negativní sebehodnocení osoby. Podrobnější informace k interpretaci daných hodnot lze nalézt v teoretické části práce v kapitole Způsoby měření sebehodnocení (2.8.3).

Na základě těchto parametrů vyvozujeme následující hypotézy, vztažené k měření implicitního sebehodnocení:

### Výzkumná hypotéza IV.:

Klienti s úzkostnou poruchou (klinický soubor) vykazují negativní implicitní sebehodnocení, měřené Rorschachovou metodou, oproti neklinickému srovnávacímu souboru.

Konkrétně u úzkostných klientů budou naměřeny hodnoty indexu egocentricity nižší než průměrné (tzn. hodnoty 0,32 a nižší) bez ohledu na přítomnost r-odpovědí, anebo hodnoty vyšší než průměrné (0,46 a vyšší) se zjištěním absence r-odpovědí v protokolu. U neklinického souboru budou naměřeny hodnoty průměrné (rozmění

0,33-0,45), anebo hodnoty rovny 0,46 a vyšší s přítomností r-odpovědí v protokolu. Rozdíl ve výsledcích bude v porovnání obou souborů signifikantní.

### **6.3 Výzkumné otázky a hypotézy vázané k dalším proměnným Sekce sebepercepce**

Následující výzkumné otázky a hypotézy považujeme v rámci výzkumného šetření za dílčí, vztahující se k dalším charakteristikám implicitního sebehodnocení. Budeme se zde zaměřovat na některé proměnné z klastru sebepercepce v Rorschachově testu. Jedná se o hodnoty tvarově dimenzionálních odpovědí (FD), odstínově dimenzionálních odpovědí (V), odpovědí s obsahy anatomie a rentgenu (An+Xy) a odpovědí s morbidním obsahem (MOR). Popis a význam jednotlivých proměnných lze nalézt opět v teoretické části v kapitole pojednávající o Rorschachově metodě (2.8.3).

Z teoretické části a uceleného Exnerova Komprehensivního systému (Polák & Obuch, 2011) vyplývá, že uvedené proměnné Sekce sebepercepce se vztahují k tématu sebehodnocení, který zkoumáme. Klademe si výzkumnou otázku, zda sledované proměnné ze Sekce sebepercepce se budou vyskytovat v neobvyklé míře u námi zvolené klinické skupiny.

Exnerův systém sice má stanovené vlastní normy, nicméně my budeme posuzovat adekvátnost míry výskytu daných proměnných primárně v porovnání se srovnávacím neklinickým souborem, jelikož se shoduje ve vybraných kritériích s osobami z klinického souboru.

Na tomto základě stanovujeme následující výzkumné hypotézy o existenci statisticky významného rozdílu v průměrných hodnotách izolovaných proměnných z klastru sebepercepce Rorschachova testu.

#### Výzkumná hypotéza V.:

U klinického souboru bude naměřen signifikantně vyšší výskyt tvarově dimenzionálních odpovědí (FD) oproti neklinickému souboru.

#### Výzkumná hypotéza VI.:

U klinického souboru bude naměřen signifikantně vyšší výskyt odstínově dimenzionálních odpovědí (V) oproti neklinickému souboru.

#### Výzkumná hypotéza VII.:

U klinického souboru bude naměřen signifikantně vyšší výskyt odpovědí s obsahy anatomie a rentgenů (An+Xy) oproti neklinickému souboru.

#### Výzkumná hypotéza VIII.:

U klinického souboru bude naměřen signifikantně vyšší výskyt odpovědí s morbidním obsahem (MOR) oproti neklinickému souboru.

### **6.4 Výzkumná hypotéza vázaná k analýze vztahu mezi mírou úzkosti a úrovní sebehodnocení**

V předchozích výzkumných hypotézách a otázkách jsme se zabývali zkoumáním úrovně explicitního a implicitního sebehodnocení u klientů s úzkostnou poruchou oproti neklinické skupině zdravých osob. V další části výzkumného bádání bychom chtěli odpovědět na otázku, zda u klinického souboru souvisí míra úzkostné symptomatiky klientů s úrovní sebehodnocení, kterou jsme u nich naměřili na sebesuzovacích škálách.

#### Výzkumná hypotéza IX.:

Čím vyšší bude míra úzkosti měřená Beckovou škálou úzkosti, tím nižší bude skóre explicitního sebehodnocení naměřené jednotlivými sebehodnotícími škálami (tzn. Rosenbergovou škálou sebehodnocení, škálou sebezřetivosti a škálou vnímání vlastní kompetence testu SLSC-R).

### **6.5 Výzkumné hypotézy vázané k podrobnější analýze klinického souboru**

V této výzkumné oblasti rigorózní práce jsme se rozhodli zaměřit podrobněji na analýzu klinického souboru. Konkrétně jsme se rozhodli zjišťovat vztahy mezi vybranými deskriptivními charakteristikami souboru a škálami sebehodnocení.

Tímto chceme ověřit, zda a případně, které proměnné mají u našeho klinického souboru vliv na úroveň explicitního sebehodnocení, měřeného Rosenbergovou škálou sebehodnocení a testem SLSC-R.

Výzkumná hypotéza X.:

Existuje vztah závislosti mezi věkem u klinického souboru a úrovní sebehodnocení měřenou Rosenbergovou škálou sebehodnocení a škálami sebedpřijetí a vnímání vlastní kompetence testu SLSC-R.

Výzkumná hypotéza XI.:

Úroveň explicitního sebehodnocení na škálách sebehodnocení (Rosenbergově škále sebehodnocení a škálách sebedpřijetí a vnímání vlastní kompetence testu SLSC-R) je při sebedposuzování u osob se středoškolským vzděláním signifikantně rozdílná v porovnání s výsledky osob se vzděláním vysokoškolským.

Výzkumná hypotéza XII.:

Existuje vztah závislosti mezi délkou léčby v měsících u klinického souboru a úrovní sebehodnocení měřenou Rosenbergovou škálou sebehodnocení, škálami sebedpřijetí a vnímání vlastní kompetence testu SLSC-R.

Výzkumná hypotéza XIII.:

Úroveň explicitního sebehodnocení měřená Rosenbergovou škálou sebehodnocení a škálami sebedpřijetí a vnímání vlastní kompetence testu SLSC-R je při sebedposuzování u osob z klinického souboru užívajících medikaci signifikantně rozdílná v porovnání s výsledky osob, které medikaci neužívají.

## 7. Design výzkumu

### 7.1 Použité metody

Na základě rešerše literatury a provedených výzkumů na téma sebehodnocení jsme zvolili pro náš výzkum metody pro měření explicitního i implicitního sebehodnocení. Jelikož jsme nenalezli žádnou vhodnou metodu pro měření explicitního sebehodnocení, která by byla vytvořena v českém prostředí, rozhodli jsme se využít dvě zahraniční škály: Rosenbergovu škálu sebehodnocení měřící úroveň globálního sebehodnocení a dotazník Self-Liking/Self-Competence Scale (SLSC-R), který je vícedimenzionální a měří sebehodnocení na škálách sebedůvěry a vnímání vlastní kompetence.

Jedná se v obou případech o metody, které jsou v zahraničí hojně používány pro výzkumné účely. Zařazujeme obě metody proto, abychom jednak získali přesnější výsledky a zároveň, abychom měli možnost ověřit, zda klinická skupina bude vykazovat nižší úroveň sebehodnocení v testech, kdy je sebehodnocení uchopováno jednak jako globální i jako vícedimenzionální konstrukt.

Implicitní sebehodnocení jsme se rozhodli měřit Rorschachovou metodou. V teoretické části uvádíme, že nejčastěji používanou metodou pro měření implicitního sebehodnocení je Test implicitních asociací (IAT, Implicit Association Test), ten však není v českém prostředí jednoduše dostupný. Navíc sami považujeme za vhodnější metodu Rorschachův test, který je celosvětově používaný a může nám i přesto, že se jedná o projektivní metodu, přinést exaktní data, jelikož má vypracovaný ucelený, statisticky podložený systém pro administraci, skórování a interpretaci dat (Lečbych, 2013). Rorschachova metoda obsahuje Sekci seberecepce, která je pro nás vzhledem k cílům výzkumu relevantní a věříme, že nám může přinést další podstatné informace o sebehodnocení vyšetřovaných osob.

Uvedené metody jsme ještě doplnili o zařazení Beckovy škály úzkosti (BAI), která byla administrována klinickému i neklinickému souboru pro ověření míry úzkosti.

V této kapitole vybrané metody popisujeme zejména z hlediska jejich administrace a způsobu vyhodnocování. Teoretické zázemí metod bylo představeno v teoretické části

práce v kapitole Způsoby měření sebehodnocení (2.8) a Metody měření úzkosti (3.5). Použité testové metody ve formě dotazníků jsou uvedeny v příloze.

### **7.1.1 Rosenbergova škála sebehodnocení**

Rosenbergova škála je jednodimenzionální a měří úroveň globálního sebehodnocení. Jde o typ sebeuposuzovací škály. Jak sám název škály napovídá, jejím autorem je Morris Rosenberg (Rosenberg, 1965). Překlad Rosenbergovy škály sebehodnocení z anglického originálu jsme převzali od českých autorů Osecká a Blatný (1997).

Škála sestává z 10 položek, které jsou respondenty hodnoceny na čtyřbodové škále: nesouhlasím – souhlasím od 0 do 3 bodů (*zcela nesouhlasím - spíše nesouhlasím - spíše souhlasím - zcela souhlasím*). V naší předkládané české verzi je formulováno 5 položek kladně (č. 1, 3, 4, 6, 8) a 5 záporně (č. 2, 5, 7, 9, 10). Rozpětí skóre je minimálně 0 bodů a maximum činí 30 bodů.

Celková úroveň sebehodnocení je vyjádřena součtovým skóre. Vysoké skóre odpovídá vysoké úrovni sebehodnocení (Blatný & Osecká, 1998).

Jelikož nejsou vytvořeny normy pro českou populaci, budeme porovnávat dosažené hrubé skóre u klinického a neklinického výzkumného souboru.

### **7.1.2 Dotazník Self-Liking/Self-Competence Scale**

Sebeuposuzovací škála sebehodnocení Self-Liking/Self-Competence Scale (SLSC-R; Tafarodi & Swann, 1995) je dvoudimenzionální. Autoři Tafarodi a Swann rozlišují dvě složky globálního sebehodnocení a to sebebřijetí (self-liking) a vnímání vlastní kompetence (self-competence).

V našem výzkumu jsme použili revidovanou verzi SLSC-R z roku 2001 (Tafarodi & Swann, 2001), která má celkem 16 položek. 8 položek sytí dimenzi sebebřijetí (č. 1, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 15), z toho jsou čtyři položky formulovány pozitivně a čtyři položky negativně. Dalších 8 položek měří úroveň vnímání vlastní kompetence (č. 2, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 16), opět jsou čtyři položky formulovány pozitivně a čtyři negativně. Respondenti vyjadřují míru souhlasu s jednotlivými položkami na pětibodové škále: nesouhlasím-souhlasím, které jsou skórovány od 1 do 5 bodů (*zcela nesouhlasím - spíše nesouhlasím - nemohu se rozhodnout - spíše souhlasím - zcela souhlasím*). Rozmezí skóre se pohybuje od

8 do 40 bodů pro každou škálu zvlášť. Vysoké skóre koresponduje s vysokým sebehodnocením v oblasti sebezpřijetí a hodnocení vlastní kompetence.

Pro účely výzkumu jsme provedli vlastní překlad této škály z anglického jazyka do českého a to formou zpětného překladu na základě shody více posuzovatelů. Nejprve byly položky dotazníku přeloženy do češtiny třemi různými osobami s adekvátními jazykovými schopnostmi, položky byly podrobeny analýze a jednotlivé verze překladu mezi sebou porovnány a následně byla finální verze znovu přeložena do anglického jazyka a s tou původní porovnána.

### **7.1.3 Rorschachova metoda**

Testový materiál Rorschachovy metody (Rorschach, 1948) se skládá z 10 standardních tabulí 24 x 18 cm. Každá tabule obsahuje skvrnu, která je zpravidla symetrická podél vertikální osy procházející jejím středem. Jde o tušové skvrny v odstínech šedi a pestrých barev (Šípek, 2000). Některé tabule jsou nepestré, obsahující pouze achromatické barvy (č. I, IV, V, VI, VII), jiné vznikly kombinací šedi a červené barvy (č. II a III) a ostatní tabule obsahují více pestrých barev (č. VIII, IX, X).

Při administraci testu, signování a interpretaci jsme postupovali dle Exnerova Komprehensivního systému (Exner, 2009). Jediným odchýlením od Exnerovy školy bylo, že jsme při zadávání testu doplnili instrukce o požadavek, aby vyšetřované osoby uvedli na každou tabuli 2-3 odpovědi. Tento pokyn jsme si vypůjčili od dalšího významného rorschachovského systému, tzv. R-PAS (Rorschach Performance Assessment System). K využití této doplňující instrukce jsme se rozhodli z důvodu, že některé proměnné v Sekci sebezpercepce jsou vázány na počet responsí a přestože se vyhodnocují poměrově k počtu odpovědí v protokolu, tak jsme se obávali jistého možného zkreslení výsledků, pokud by vyšetřované osoby poskytovali významně odlišné dlouhé protokoly (resp. kdyby udávali na některé tabule výrazně odlišný počet odpovědí, což se na základě praxe potvrzuje). Dalším důvodem byla snaha o zajištění validity protokolů, pro kterou je nutné získat alespoň 14 odpovědí od vyšetřované osoby. Také tato instrukce vedla ke zjednodušení vyhodnocování, jelikož jsme takto ošetřili, že ve vzorku nebudou jedinci s nepřiměřeně dlouhým protokolem.

Administrace testu probíhá vždy standardně, je třeba věnovat dostatečnou pozornost přípravě. Testové tabule mají být čisté a seřazeny ve správném pořadí tak, aby je vyšetřovaný neviděl, dokud mu je nepředložíme. Také dbáme na vhodné

rozsazení. Examinátor by neměl sedět k vyšetřované osobě čelně. Vhodnější je rozsazení vedle sebe či v pravém úhlu, s možností odkládat si tabule na stolek.

Před začátkem testu může proběhnout krátký rozhovor, kdy se examinátor ujistí, zda je vyšetřovaná osoba dobře připravena, chápe účel vyšetření atd. Zároveň rozhovor slouží ke zklidnění a naladění klienta na testování. Součástí rozhovoru je zjištění, zda klient již o testu někdy slyšel, případně jej v minulosti dělal. Ptáme se standardní formulí: „...jeden z testů, který budeme dělat, je Rorschachův test inkoustových skvrn. Slyšel jste o něm někdy, nebo jste jej už někdy dělal?“ (Exner, 2009, p. 14).

Pokud vyšetřovaná osoba sdělí, že o testu něco ví, měl by examinátor věnovat čas tomu, aby zjistil, jaké má osoba informace a případně poopravit její mylné představy. Nicméně examinátor by se měl vyvarovat vysvětlování principů testu.

Jestliže vyšetřovaná osoba test v minulosti nepodstoupila a nemá o něm žádné povědomí, tak osobu připravíme následující formulí: „Je to řada inkoustových skvrn, které vám budu ukazovat, a já po vás chci, abyste mi řekl, co to může být“ (Exner, 2009, p. 14).

Když je osoba na test dostatečně připravena podá jí examinátor první tabuli s instrukcí: „Co to může být?“ (Exner, 2009, p. 14).

Examinátor odpovědi zapisuje a podává další tabule. V případě potřeby klienta povzbudí, pokud ten po první odpovědi podává zpět tabuli s tím, že neví. V takovém případě můžeme klienta vybídnout slovy: „Nechte si dost času a dobře se podívejte. Jsem si jist, že najdete ještě něco dalšího“ (Exner, 2009, p. 17).

Proto, aby bylo možné považovat protokol za validní a bylo možné sestavit strukturální souhrn, je nutné, aby klient poskytl alespoň 14 odpovědí (Polák & Obuch, 2011).

Pokud v průběhu klient klade examinátorovi dotazy na to, zda může tabuli otáčet či jestli se může zaměřit pouze na detail skvrny, examinátor odpoví opět předepsaným způsobem: „To záleží na Vás“. Jiné dotazy nezodpovídáme, snažíme se zůstat u již daných základních instrukcí, které můžeme zopakovat.

Odpovědi vyšetřované osoby zaznamenáváme doslovně, nutné jsou i poznámky o poloze tabule, lokalizaci atd.

Po projití všech deseti tabulí nastává druhá fáze testování, která se nazývá Inquiry, neboli Dotazování. Smyslem Dotazování je zaručit, aby bylo kódování odpovědí a následné vyhodnocení co nejpřesnější. V této fázi nejde o získávání nových informací, ale o přezkoumání a pochopení odpovědí, které byly dány v první části testování.



Inquiry uvádíme následující instrukcí: „*A teď si tabule znovu projdeme. Nebude to trvat dlouho. Chci pochopit to, co jste řekl, že jste viděl a ujistit se, že to vidím jako vy. Projdeme je postupně. Přečtu vám, co jste uvedl, a pak vás požádám, abyste mi ukázal, kde to na té skvrně je, a potom, abyste mi sdělil, čím vám to tu věc připomnělo, abych to viděl jako vy. Rozumíte tomu?*“ (Exner, 2009, p. 25).

Následně se postupuje od první odpovědi na první tabuli až k poslední. Examinátor vždy původní odpověď klienta doslovně přečte. Doplnění odpovědí opět zapisuje. Pokud odpověď klienta v Inquiry k objasnění a k možnému pozdějšímu signování dle examinátora nestačí, může klienta požádat o dovysvětlení slovy: „*Nevím, jestli to vidím jako vy, pomozte mi.*“, *Nevím, čím vám to připomnělo...*“ aj. (Exner, 2009, p. 27). Někdy je též možné se ptát po klíčových slovech, examinátor by však nikdy neměl naznačit, na jakou proměnnou se vlastně ptá, aby klienta neovlivnil. Záznam z vyšetření nazýváme protokol.

Pokud získáme dostatečný počet odpovědí, následuje vyhodnocování dat. Každá odpověď se zvlášť analyzuje a signuje. Naučit se správně odpovědi signovat je u Rorschachova testu poměrně náročné, je nutné mít v tomto ohledu delší praxi. Přesná pravidla signování zde nebudeme nastiňovat, jelikož se jedná o složitou proceduru. Je možné odkázat na základní příručku vyhodnocování dle Exnerova Komprehensivního systému, což je již citovaná publikace: *A Rorschach Workbook for the Comprehensive System* (Exner, 2009), kterou přeložil a upravil Miroslav Petržela.

Následná interpretace dat vychází ze Strukturálního souhrnu, což je záznam kombinace četností kódů, matematický poměrů a výpočtů (Exner, 2009).

Samotná interpretace strukturálního souhrnu vyžaduje klinickou zkušenost a zároveň je potřeba znát základní informace o vyšetřované osobě (věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnání atp.).

Ve strukturálním souhrnu jsou jednotlivé údaje o proměnných rozčleněny do celků, tzv. trsů. Kromě centrální sekce jsou rozlišeny následující trsy: Afektivní sekce, Interpersonální sekce, Ideální sekce, Mediační sekce, Sekce zpracování informací a Sekce sebepercepce.

Samotná interpretace protokolu probíhá tak, že se zkoumá každá proměnná v daném trsu a to i ve vztahu k několika dalším proměnným (Polák& Obuch, 2011).

Vzhledem k tématu a účelu výzkumu se budeme však zabývat podrobně pouze Sekcí sebepercepce, která již byla podrobně popsána v teoretické části (2.8.3). Proměnné ostatních trsů nejsou pro náš výzkum relevantní.

Vyhodnocování protokolů bylo průběžně konzultováno s vedoucím rigorózní práce prof. Šípkem. K vyhodnocení dat byl použit počítačový program ROR STUDIO od autora M. Lečbycha.

#### **7.1.4 Beckova škála úzkosti**

Beckova škála úzkosti (Beck et al., 1988) je sebeposuzovacím nástrojem k měření míry úzkosti. Škála sestává ze seznamu 21 symptomů, u kterých jedinec zaznamenává na čtyřbodové škále od 0 (vůbec) do 3 (vážně - velice mě to obtěžovalo), zda a případně v jaké míře jej dané symptomy úzkosti během posledního měsíce obtěžovaly.

Škála se užívá u adolescentů a dospělých osob, je určena pro věkové rozpětí od 17 do 80 let. Výhodou testu je jeho jednoduchost a rychlá administrace. Vyplnění dotazníku zabere 5-10 minut.

Celkový skóre se pohybuje v rozmezí od 0 do 63 (Steer, Clark, Kumar & Beck, 2008). Doporučené vyhodnocování podle skóreů pro klinickou praxi je následující:

- skóre 0-7 odpovídá minimální úzkostné symptomatologii;
- skóre 8-15 odpovídá hladině mírných úzkostných symptomů;
- skóre 16-25 odpovídá hladině středně silných úzkostných symptomů;
- skóre 26-63 odpovídá hladině silných úzkostných symptomů (Carney, Moss, Harris, Edinger, & Krystal, 2011).

Míru úzkosti jsme se rozhodli měřit jednak proto, abychom ověřili, že úzkostní klienti jsou do klinické skupiny zařazeni správně, tedy že lze u nich detekovat určitou míru úzkosti. A také proto, abychom vyloučili ze srovnávací skupiny jedince, u nichž lze detekovat úzkostnou symptomatologii, aniž by byli toho času léčeni pro tyto obtíže. Takové jedince jsme posléze ze srovnávací skupiny vyloučili, stejně jako byly vyloučeny osoby s diagnózou úzkostné poruchy, které ovšem při vyšetření Beckovou škálou úzkosti nevykazovaly úzkostnou symptomatiku.

## 7.2 Výzkumné soubory

Do výzkumu jsme zahrnuli dva výzkumné soubory, klinický a neklinický soubor. Klinický soubor je složen z klientů s úzkostnou poruchou. K těmto klientům jsme párově přiřadili zdravé jedince dle kritérií shody pohlaví, věku, vzdělání a stavu zaměstnanosti a tím jsme vytvořili srovnávací skupinu neboli neklinický výzkumný soubor.

Důvodem, proč pracujeme se srovnávací skupinou, je snaha ošetřit výzkum o nežádoucí proměnné, které také mohou mít vliv na úroveň sebehodnocení. Dalším důvodem je, že pracujeme s několika výzkumnými metodami, které nemají vytvořené normy pro českou populaci.

Nyní popíšeme blíže oba výzkumné soubory, zejména se zaměříme na způsob výběru osob a složení jednotlivých souborů a jejich další charakteristiky. Následuje podkapitola, obsahující deskriptivní popis výzkumných souborů.

### 7.2.1 Klinický soubor

Klinický soubor byl sestaven z klientů s diagnostikovanou úzkostnou poruchou, konkrétně z podskupiny tzv. Jiných úzkostných poruch (F41). Klienti byli vybíráni do vzorku prostřednictvím oslovených ošetřujících psychiatrů a psychologů, kteří byli obeznámeni se záměrem a specifikami připravovaného výzkumu. Celkově jsme navázali spolupráci se třemi psychiatry a třemi psychology. Vybraní odborníci byli požádáni o zprostředkování nabídky účasti na výzkumu pro jejich klienty. Ošetřující psychiatři u zařazených klientů potvrdili, že spadají diagnosticky do cílové skupiny.

Dalšími kritérii pro zařazení osob do klinické skupiny bylo kromě potvrzené diagnózy z okruhu F41 také to, že klienti nemají přidruženou další diagnózu, jelikož předpokládáme, že sekundární diagnóza představuje pro pacienta zpravidla větší zátěž a bylo zjištěno, že pacienti s komorbiditou více psychiatrických diagnóz vykazují nižší úroveň sebehodnocení (Bjørkvik et al., 2008). Splnění podmínky jedné diagnózy bylo pro nás zásadní také kvůli větší průkaznosti případně nalezených souvislostí mezi úrovní sebehodnocení a úzkostnými poruchami.

Dalšími podmínkami pro zařazení do klinické skupiny bylo, že klienti v současnosti procházejí ambulantní léčbou (individuální nebo skupinovou terapií), nikoliv lůžkovou nebo stacionární a že se jedná o dospělé osoby.

Klientům s diagnózou úzkostné poruchy byla za účast na výzkumu nabídnuta možnost zpětné vazby z vyšetření. Téměř všichni klienti o ni projeví zájem. Zpětná vazba byla prováděna s časovým odstupem po vyhodnocení testů a to formou rozhovoru s klienty v délce cca 30 minut. Rozhovor byl veden nanejvýš opatrně vzhledem k charakteru zařazených metod, spíše způsobem nenásilného ověřování, zda klient určité charakteristiky ze svého fungování a života zná, což mělo sloužit k nabídnutí možných podnětů a povzbuzení pro další terapeutickou léčbu u odborníků, ke kterým klienti docházejí.

### **7.2.2 Neklinický soubor**

Srovnávací neklinický soubor byl vytvořen na základě párování dle kritérií věku, pohlaví, stavu zaměstnanosti a vzdělání s klienty z klinického souboru. Tato kritéria byla stanovena podle předpokladu, že existují proměnné, které mohou mít vliv na úroveň sebehodnocení a nejsou jinak do výzkumu zahrnuty. Proto jsme se rozhodli takto výzkumný vzorek ošetřit od možných intervenujících proměnných. Uvědomujeme si, že by se proměnných ovlivňujících sebehodnocení dala najít celá řada, pro účely našeho výzkumu jsme se však spokojili s těmi, podle nás, nejdůležitějšími (viz teoretická část práce, kapitola 2.7).

U kritéria věku jsme vybírali do srovnávací skupiny osoby stejného věku v rozsahu plus/minus 2 roky. Dbali jsme na to, aby se osoby, zařazené do srovnávací skupiny shodovaly dále v kritériu pohlaví, stavu zaměstnanosti a nejvyššího dosaženého vzdělání. Stav zaměstnanosti jsme si pracovní rozdělení do následujících skupin: aktuálně zaměstnaný/nezaměstnaný/rodičovská dovolená/student. U kritéria vzdělání jsme sledovali nejvyšší dosažené vzdělání: ZŠ/SŠ/VŠ. Nerozlišovali jsme citlivěji jednotlivé stupně vzdělání (např. Bakalářský versus Magisterský titul), jelikož by se tím shánění vhodných osob do srovnávací skupiny ještě ztížil. Do srovnávací skupiny jsme vhodné jedince oslovovali z řad známých a širšího okolí autorky rigorózní práce.

Dalšími podmínkami pro zařazení jedinců do srovnávací skupiny bylo, že v minulosti ani v současnosti nejsou léčeni pro psychické obtíže a neužívají psychiatrickou medikaci. Další nutnou podmínkou bylo, že netrpí úzkostmi ve vyšší než běžné míře, což bylo kontrolováno Beckovou škálou úzkosti (BAI).

S osobami, které jsme zařazovali do srovnávací skupiny, jsme provedli stejné vyšetření jako s úzkostnými klienty.

Vyšetření osob z klinické i neklinické skupiny probíhalo v období mezi 1. 6. 2014 a 15. 12. 2014. Všichni jedinci participovali na výzkumu dobrovolně.

### ***7.2.3 Deskriptivní charakteristiky výzkumných souborů***

Souhrnně bylo vyšetřeno 83 osob, čítajících 44 klientů s úzkostnou poruchou a 41 zdravých jedinců, které jsme nabírali do srovnávací skupiny.

Z obou skupin, tedy z klinické i srovnávací, jsme museli vyřadit některé jedince.

V případě klinické skupiny se jednalo o 4 osoby. Důvodem u 2 z nich byla nevhodná diagnóza, neboť se během vyšetření ukázalo, že nesplňují kritéria pro úzkostnou poruchu kategorie F41. To bylo následně konzultováno s ošetřujícím psychiatrem, který je k výzkumu doporučil. Po konzultaci s ním proběhlo vyloučení osob z výzkumu. U dalších 2 osob vyšlo najevo, že již léčbu ukončily a aktuálně jsou bez úzkostné symptomatiky, pročez byly také z výzkumného vzorku vyňaty.

Ze srovnávací skupiny byly vyloučeny 3 osoby. Důvodem bylo naměření vysoké míry úzkostné symptomatiky. Dle stanovených kritérií pro párování jsme vyloučené osoby ze srovnávací skupiny nahradili posléze novými.

V rámci vyhodnocování testů jsme shledali, že všechny testy administrované v papírové podobě (Rosenbergova škála sebehodnocení, dotazník SLSC-R i Beckova škála úzkosti) byly řádně vyplněny. Co se týče Rorschachovy metody, lze všechny protokoly považovat za validní, jelikož každá vyšetřovaná osoba uvedla více jak 14 responsí. Proto jsme ve fázi vyhodnocování výsledků již nemuseli žádnou osobu z výzkumného souboru vyřadit.

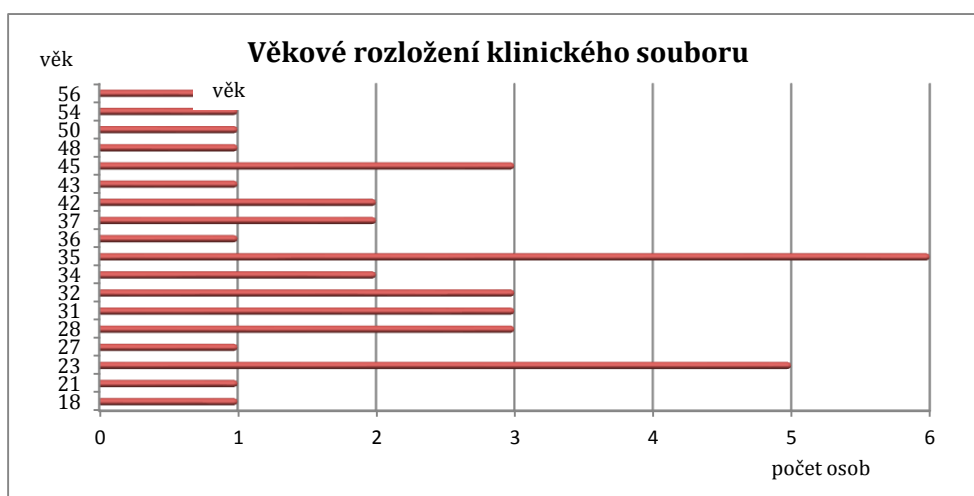
Celkově bylo do konečného výzkumného vzorku zařazeno 38 osob s úzkostnou poruchou a k nim bylo přiřazeno dalších 38 osob bez psychiatrické diagnózy a to párově dle výše uvedených kritérií. Výzkumný vzorek čítá 76 osob.

V následujících podkapitolách uvádíme deskriptivní charakteristiky výzkumných souborů z hlediska pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a stavu zaměstnanosti. Pro přehlednost předkládáme srovnání těchto proměnných u klinického a neklinického souboru. Chceme tím názorně demonstrovat, že ve vybraných kritériích jsou oba výzkumné soubory vyrovnané.

### *7.2.3.1 Rozložení pohlaví u výzkumných souborů*

Z hlediska pohlaví je výzkumný vzorek nevyvážený. V klinickém souboru bylo zastoupeno 32 (84 %) žen a 6 (16 %) mužů. Nicméně pro účely našeho výzkumu to není nutně překážkou, jelikož nepočítáme s rozložením pohlaví v hypotézách. Samozřejmě nás může tato skutečnost limitovat v možnosti generalizace závěrů na populaci. Pro nás je však zásadní, že klinický soubor porovnáваме se souborem neklinickým, který je při srovnání v kritériu pohlaví zcela totožný. Neklinický soubor čítá 32 (84 %) žen a 6 (16 %) mužů.

### 7.2.3.2 Rozložení věku u výzkumných souborů



Graf 1 Věkové rozložení klinického souboru

Průměrný věk u klinického souboru je 36 let a 6 měsíců. Věkové rozmezí klinického souboru se pohybuje mezi 18 a 56 lety.

Průměrný věk u neklinického souboru je 34 let a 5 měsíců. Věkové rozmezí se pohybuje v případě neklinického souboru od 18 do 55 let.

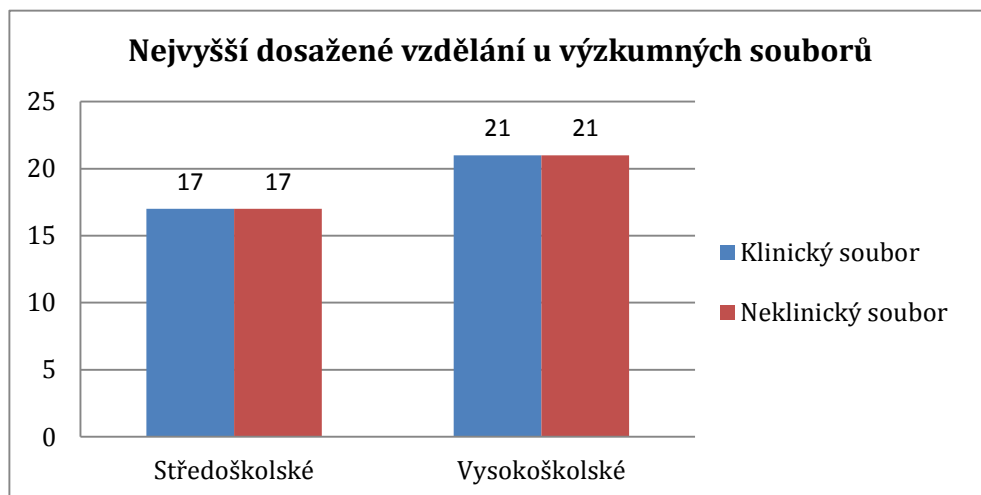
Tyto údaje opět líčují s naším kritériem párování klinického souboru s neklinickým, kdy podmínkou bylo, aby se párování jedinci z neklinického souboru shodovali ve věku, s dovolenou odchylkou maximálně 2 roky.



Graf 2 Věkové rozložení neklinického souboru

### 7.2.3.3 Rozložení vzdělání u výzkumných souborů

V následujícím grafu ukazujeme srovnání nejvyššího dosaženého vzdělání u klinického a neklinického souboru.



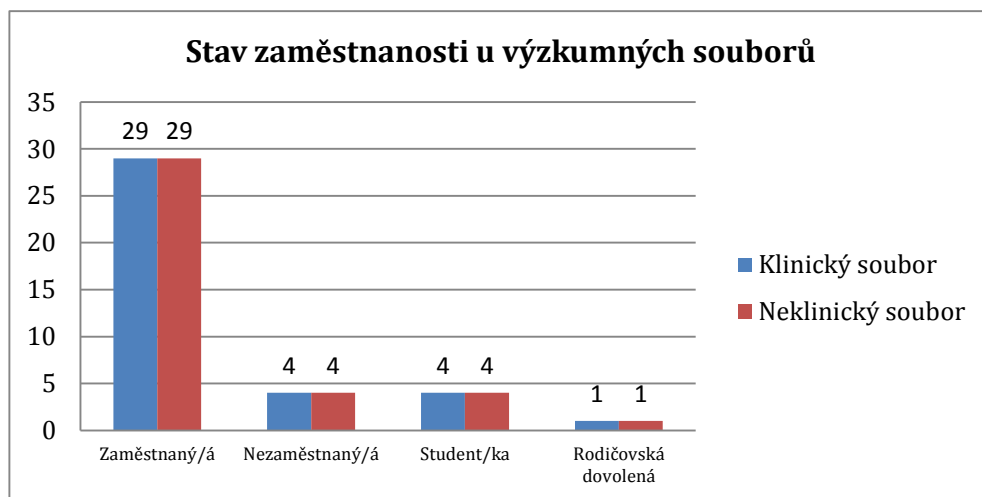
Graf 3 Srovnání rozložení klinického a neklinického souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Nejpočetněji je zastoupena kategorie vysokoškolského vzdělání. U klinické skupiny má vysokoškolské vzdělání 55 % osob a 45 % má středoškolské vzdělání. U neklinického souboru uvedlo vysokoškolské vzdělání rovněž 55 % osob a 45 % osob středoškolské vzdělání. Základní vzdělání neuvedl žádný jedinec z výzkumných souborů.



#### 7.2.3.4 Stav zaměstnanosti u výzkumných souborů

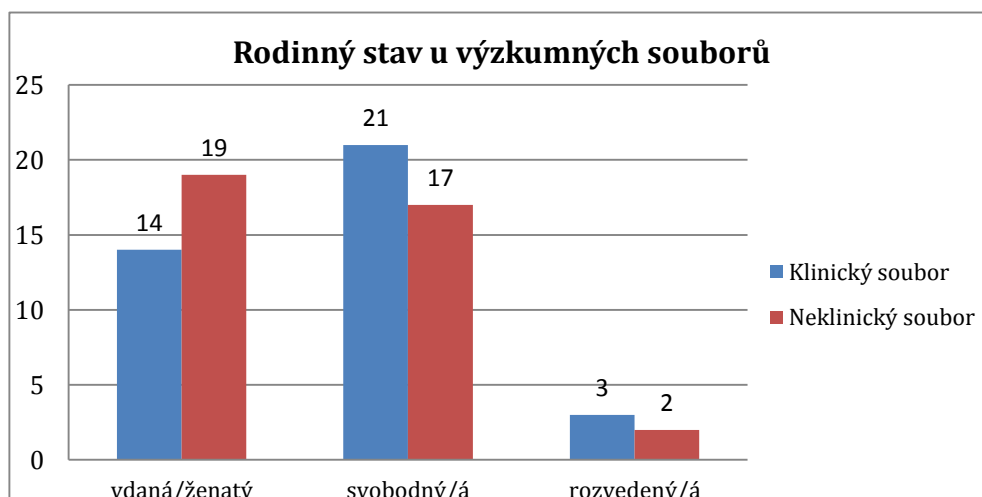
Následující graf popisuje výzkumné soubory z hlediska zaměstnanosti.



Graf 4 Stav zaměstnanosti u výzkumných souborů

Většina vyšetřovaných osob uvedla, že je aktuálně zaměstnaná. Pouze 4 jedinci z klinického a tudíž i neklinického souboru byli v době výzkumu nezaměstnaní. Pro nás je každopádně opět zásadní vyváženost mezi klinickým a neklinickým souborem.

#### 7.2.3.5 Rodinný stav u výzkumných souborů



Graf 5 Srovnání rodinného stavu u klinického a neklinického souboru

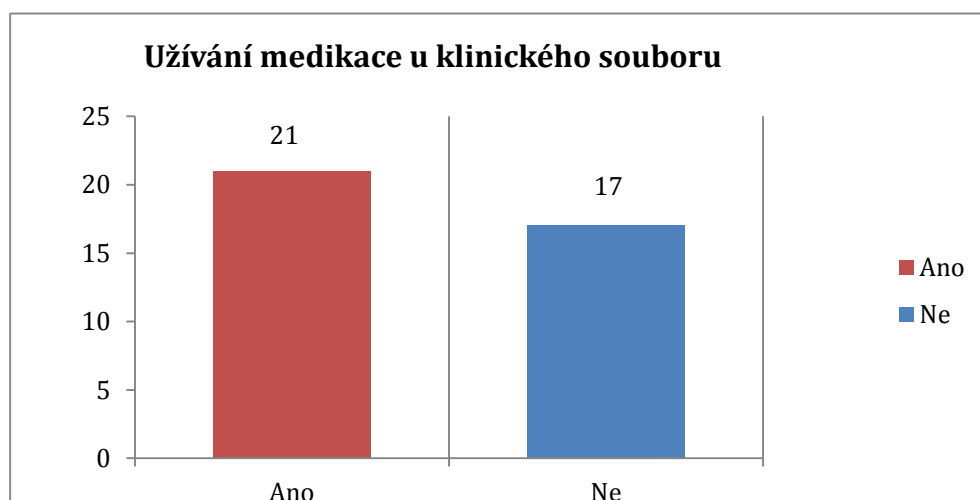
V uvedeném grafu sledujeme srovnání klinického a neklinického souboru z hlediska rodinného stavu. Rodinný stav sice nebyl jedním ze čtyř kritérií pro párování

výzkumných skupin, nicméně uvádíme zde tento graf z důvodu, že i rodinný stav by mohl mít vliv na úroveň sebehodnocení (např. Orth, Robins, & Widaman, 2012; Shackelford, 2001). Rozložení rodinného stavu u výzkumných souborů sice není totožné, ale také můžeme konstatovat, že se výrazně neodlišuje.

#### **7.2.4 Další charakteristiky klinického souboru**

Nyní uvedeme dílčí charakteristiky klinického souboru, které se týkají léčby klientů s úzkostnou poruchou. Konkrétně nás zajímalo, zda klienti zahrnutí do výzkumu užívají psychiatrickou medikaci, jak dlouho se léčí, jakou formou léčby aktuálně prochází a jakou léčbu doposud absolvovali.

Dovolíme si zde poznamenat, že všichni jedinci z neklinického souboru splňují podmínku, že nemají přidělenou psychiatrickou diagnózu, doposud se nikdy neléčili s psychickými obtížemi a neužívají tudíž ani psychiatrické léky.



*Graf 6 Užívání medikace u klinického souboru*

Z předloženého grafu vyplývá, že 55 % osob klinického souboru v době vyšetření užívalo psychiatrické léky. Osoby konkrétně uváděly, že užívají nejčastěji antidepresiva (např. cipralex, zoloft, tritico, prozac atd.), anxiolytika (např. neurol, xanax, lexaurin atd.) a případně léky na spaní (hypnogen aj.).

Ukázalo se, že osoby z klinického souboru se s psychickými potížemi léčí v průměru 5 let a 2 měsíce. Nejkratší uvedená doba léčby byla 1 měsíc a nejdelší dobu léčby jsme zaznamenali u osoby, která uvedla, že se léčí s úzkostnou poruchou již 25 let.

Do klinického souboru jsme vybírali klienty s úzkostnou poruchou, kteří se toho času léčí výhradně formou ambulantní, a to individuální či skupinovou formou psychoterapie. Konkrétně se ve vzorku aktuálně léčí formou individuální psychoterapie 63 % a 18 % formou skupinové psychoterapie, 18 % osob kombinuje obě tyto formy.

Co se týče dříve absolvované léčby, uvedeme zde pouze, že kromě individuální a skupinové terapie v minulosti zažilo 16 % klientů lůžkovou léčbu a 37 % absolvovalo denní stacionář. Údaje o formách léčby zde uvádíme proto, že jsme si vědomi, že samotný fakt, že se jedinec léčil nebo léčí s psychickými obtížemi, může mít vliv na jeho pohled na sebe a potažmo na úroveň sebehodnocení. Domníváme se, že zde může hrát roli právě i forma léčby.

### **7.3 Průběh vyšetření**

Vyšetření byla prováděna v Praze v prostorách kliniky ESET a polikliniky Vajgarská na základě dohody s příslušnou odpovědnou osobou. Osoby byly vyšetřovány individuálně. Vyšetření začínalo krátkým vysvětlením, za jakým účelem je prováděno, byly poskytnuty také informace o časové náročnosti vyšetření, informace o schraňování dat a anonymitě výzkumu. Klientům byla nabídnuta zpětná vazba z vyšetření. Zároveň tato úvodní fáze sloužila k naladění osoby na následné vyšetření a k odstranění případných obav z testování.

Vyšetření trvalo cca 1,5 hodiny, dle individuálního tempa daného jedince. Nejprve byly vyšetřované osoby požádány o zodpovědění krátkého dotazníku, ve kterém byly zjišťovány sociodemografické údaje o vyšetřované osobě a několik otázek směřovalo ke zjištění okolností léčby (např. zda jedinec užívá psychiatrickou medikaci, jak dlouho se léčí s psychickými potížemi či jaký typ léčby doposud podstoupil – úplné znění dotazníku lze nalézt v příloze). Po úvodní fázi jsme přešli k samotnému testování. Nejprve vyšetřovaná osoba podepsala souhlas s vyšetřením a využitím dat pro výzkumné účely, poté jsme přistoupili k samotnému testování. Byly zadány testy měřící sebehodnocení (Rosenbergova škála sebehodnocení a test SLSC-R) a test sledující míru úzkosti (Beckova škála úzkosti – BAI). Testy byly předkládány v tištěné verzi. Zadání bylo předem vyšetřovaným osobám vždy vysvětleno. Během vyplňování uvedených testů se mohly vyšetřované osoby navíc dotazovat na případné nejasnosti k formulaci otázek, někteří této možnosti využívali.

Následně byla administrována Rorschachova metoda. Administrace probíhala standardně dle Exnerova Komprehensivního systému (viz kapitola Použité metody, 7.1). Odpovědi byly zaznamenávány se souhlasem vyšetřovaných osob do počítače. Pouze minimální počet osob byl již někdy v minulosti touto metodou vyšetřován. V takovém případě byla však latence od poslední administrace dostatečně dlouhá (minimálně půl roku).

Na závěr byly osoby vyzvány, aby sdělily, zda pro ně byl průběh vyšetření bezproblémový a byl jim dán prostor pro případné dotazy a také s nimi byl domluven termín zpětné vazby.

## 8. Statistické zpracování

Statistickou analýzu dat jsme provedli pomocí programu Microsoft Office Excel 2007 a programu IBM SPSS verze 21. Použili jsme Shapiro-Wilkův test normality, při testování hypotéz jsme využili dvouvýběrový t-test, chí-kvadrát test, Fisherův exaktní test a Mann-Whitneyho test.

V této části se budeme věnovat statistickému zpracování výzkumných dat podle jednotlivých výzkumných hypotéz.

### 8.1 Test normality

Před samotným testováním hypotéz jsme museli provést test normality, abychom ověřili, zda námi sebraná data pro porovnání explicitního sebehodnocení u klinického a neklinického souboru odpovídají normální distribuci. K tomuto účelu jsme použili Shapiro-Wilkův test normality.

<i>Shapiro-Wilkův test normality pro klinický soubor</i>			
	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova škála	0,971	38	0,408
Škála sebezpřijetí (SL)	0,983	38	0,817
Škála vnímání vl.kompetence (SC)	0,986	38	0,914

*Tabulka 1 Shapiro-Wilkův test normality pro klinický soubor*

První tabulka zobrazuje výsledky testu normality pro klinický soubor u následujících testů: Rosenbergova škála sebehodnocení, škála sebezpřijetí (self-liking: SL) testu SLSC-R a škála vnímání vlastní kompetence (self-competence, SC) testu SLSC-R.

Signifikance naměřená u všech použitých testů svědčí pro normální rozdělení hodnot.

<i>Shapiro-Wilkův test normality pro neklinický soubor</i>			
	Statistic	df	Sig.
Rosenbergova škála	0,948	38	0,750
Škála sebezpřijetí (SL)	0,960	38	0,183
Škála vnímání vl.kompetence (SC)	0,968	38	0,335

*Tabulka 2 Shapiro-Wilkův test normality pro neklinický soubor*

Druhá tabulka zobrazuje výsledky testu normality pro neklinický soubor, opět všechny hodnoty ukazují na normální rozdělení.

Pro naše účely jsme sledovali výsledky Shapiro-Wilkova testu, protože je tento test vhodnější pro malé vzorky (Field, 2009). Jelikož jsou výsledky testu nesignifikantní u obou výzkumných souborů ( $p > 0,05$ ), můžeme o distribuci našich proměnných uvažovat tak, že se signifikantně neliší od normálního rozdělení. Tento výsledek se týká naměřených hodnot u všech testů měřících explicitní sebehodnocení (Rosenbergova škála sebehodnocení i obě škály testu SLSC-R).

Na základě tohoto výsledku budeme dále pracovat s našimi daty jako s normálně rozdělenými a budeme používat parametrické metody pro ověření hypotéz I-III.

## **8.2 Výzkumné hypotézy vázané k explicitnímu sebehodnocení**

Výzkumná hypotéza I: Úroveň globálního sebehodnocení, měřená Rosenbergovou škálou sebehodnocení, je při sebeuposuzování u klientů s úzkostnou poruchou (klinický soubor) signifikantně nižší ve srovnání s neklinickým souborem.

Výzkumná hypotéza II: Úroveň sebehodnocení na škále sebpřijetí (Self-Liking Scale), měřené dotazníkem SLSC-R, je při sebeuposuzování u klientů s úzkostnou poruchou (klinický soubor) signifikantně nižší v porovnání s výsledky neklinického souboru.

Výzkumná hypotéza III: Úroveň sebehodnocení na škále vnímání vlastní kompetence (Self-Competence Scale), měřené dotazníkem SLSC-R, je při sebeuposuzování u klientů s úzkostnou poruchou (klinický soubor) signifikantně nižší v porovnání s výsledky neklinického souboru.

První tři výzkumné hypotézy se týkají toho, zda je možné prokázat, že klinický soubor má signifikantně nižší explicitní sebehodnocení oproti neklinickému souboru při sebeuposuzování v námi vybraných testech. Pro ověření výzkumných hypotéz vztahujících se k explicitnímu sebehodnocení jsme použili dvouvýběrový t-test. Vzhledem k tomu, že výběrové soubory nejsou veliké (klinický soubor čítá 38 osob

a neklinický soubor čítá též 38 osob) jsme pro jistotu testovali nejprve normalitu distribuce (viz výše), která je nutnou podmínkou pro aplikaci t-testu v případě takto velkého souboru, který máme k dispozici.

<i>Dvouvýběrový t-test pro Rosenbergovu škálu sebehodnocení</i>							
	n	M	SD	t	df	Sig. (Levenův test)	Sig. (oboustr.)
Neklinický soubor	38	25,50	3,277	11,69	74	0,064	0,000*
Klinický soubor	38	15,13	4,375				

*Tabulka 3 Porovnání hodnot Rosenbergovy škály sebehodnocení u klinického a neklinického souboru*

Dvouvýběrový t-test ukazuje rozdíl v míře sebehodnocení měřené Rosenbergovou škálou sebehodnocení, která byla u klinického souboru ( $M = 15,13$ ;  $SD = 4,38$ ) signifikantně nižší než u srovnávacího neklinického souboru ( $M = 25,50$ ;  $SD = 3,28$ ),  $t(74) = 11,69$ ;  $p < 0,001$ . Dle p-hodnoty Levenovy statistiky jsou rozptyly obou souborů shodné.

<i>Dvouvýběrový t-test pro škálu sebezpřijetí</i>							
	n	M	SD	t	df	Sig. (Levenův test)	Sig. (oboustr.)
Neklinický soubor	38	32,32	4,50	12,83	74	0,937	0,000*
Klinický soubor	38	19,18	4,42				

*Tabulka 4 Porovnání hodnot škály sebezpřijetí u klinického a neklinického souboru*

Dvouvýběrový t-test ukazuje rozdíl v míře sebehodnocení na škále sebezpřijetí měřené testem SLSC-R. Úroveň sebezpřijetí byla u klinického souboru ( $M = 19,18$ ;  $SD = 4,42$ ) signifikantně nižší než u srovnávacího neklinického souboru ( $M = 32,32$ ;  $SD = 4,50$ ),  $t(74) = 12,83$ ;  $p < 0,001$ . Dle p-hodnoty Levenovy statistiky jsou rozptyly obou souborů shodné.

<i>Dvouvýběrový t-test pro škálu vnímání vlastní kompetence</i>							
	N	M	SD	t	df	Sig. (Levenův test)	Sig. (oboustr.)
Neklinický soubor	38	30,24	5,07	9,238	74	0,598	0,000*
Klinický soubor	38	19,74	4,84				

*Tabulka 5 Porovnání hodnot škály vnímání vlastní kompetence u klinického a neklinického souboru*

Dvouvýběrový t-test ukazuje rozdíl v míře sebehodnocení na škále vnímání vlastní kompetence měřené testem SLSC-R. Úroveň vnímání vlastní kompetence byla u klinického souboru ( $M = 19,74$ ;  $SD = 4,84$ ) signifikantně nižší než u srovnávacího neklinického souboru ( $M = 30,24$ ;  $SD = 5,07$ ),  $t(74) = 9,238$ ;  $p < 0,001$ . Dle p-hodnoty Levenovy statistiky jsou rozptyly obou souborů shodné.

Na základě porovnání celkových skóre, naměřených dotazníky SLSC-R a Rosenbergovou škálou, pomocí parametrického dvouvýběrového t-testu můžeme konstatovat statisticky významný meziskupinový rozdíl ( $p < 0,001$ ). **Můžeme přijmout hypotézy (výzkumné hypotézy I, II, III) o tom, že osoby s úzkostnou poruchou vykazují signifikantně nižší úroveň explicitního sebehodnocení ve srovnání s neklinickým souborem.**

### 8.3 Výzkumné hypotézy vázané k implicitnímu sebehodnocení

Výzkumná hypotéza IV.: Klienti s úzkostnou poruchou (klinický soubor) vykazují negativní implicitní sebehodnocení, měřené Rorschachovou metodou, oproti neklinickému srovnávacímu souboru.

K ověření IV. výzkumné hypotézy jsme použili chí-kvadrát test. Nejprve jsme si data rozdělili do následujících tří skupin podle toho, jaké hodnoty byly naměřeny a jak je lze interpretovat:

**1. skupina:** *Naměřené hodnoty indexu egocentricity rovny 0,32 a nižší, bez ohledu na počet r-odpovědí*

▪ Tato kombinace hodnot hovoří o tom, že sebehodnocení subjektu je negativní a jedinec sobě navíc nevěnuje zpravidla dostatečnou pozornost.

**2. skupina:** *Naměřené hodnoty indexu egocentricity rovny 0,33 – 0,45 (pásmo průměru), bez ohledu na počet r-odpovědí; a zároveň hodnoty indexu egocentricity rovné 0,46 a vyšší (nadprůměrné) s přítomností r-odpovědí*

▪ Takový výsledek naznačuje, že sebehodnocení subjektu je pozitivní. Mohli bychom sice v takovém případě dále pátrat po tom, zda je sebehodnocení subjektu v normě či je možné v osobnostní struktuře najít známky vysokého sebehodnocení až narcistických rysů. To však není pro naše bádání podstatné.



**3. skupina:** Naměřené hodnoty indexu egocentricity 0,46 a vyšší s absencí r-odpovědí

- Takový výsledek poukazuje na negativní sebehodnocení jedince, s tím, že je jedinec silně zaujat sám sebou.

<i>Chí-kvadrát test pro měření implicitního sebehodnocení</i>					
		První skupina	Druhá skupina	Třetí skupina	Celkem
Neklinický soubor	Počet	2	34	2	38
	%	5,26%	89,47%	5,26%	100%
Klinický soubor	Počet	34	2	2	38
	%	89,47%	5,26%	5,26%	100%
		Hodnota	df	<i>p</i>	
Pearson Chí-kvadrát test		56,889 <sup>a</sup>	2	0,000	

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

Tabulka 6 Chí-kvadrát test pro rozdělení do tří skupin

<i>Chí-kvadrát test pro měření implicitního sebehodnocení (sloučené skupiny)</i>					
		Pozitivní sebehodnocení	Negativní sebehodnocení	Celkem	
Neklinický soubor	Počet	4	34	38	
	%	10,53%	89,47%	100%	
Klinický soubor	Počet	36	2	38	
	%	94,74%	5,26%	100%	
		Hodnota	df	<i>p</i>	
Pearson Chí-kvadrát test		54,044 <sup>a</sup>	1	0,000	
Fisherův exaktní test				0,000	

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Tabulka 7 Chí-kvadrát test a Fisherův exaktní test pro sloučené skupiny

Námi naměřená data jsme otestovali pomocí chí-kvadrát testu. Nicméně se po otestování dat se ukázalo, že více jak 20 % buněk má očekávanou četnost menší než 5. Naše výběrová distribuce je tudíž natolik odchylná od chí-kvadrát distribuce, že

nemůžeme použít chí-kvadrát test (Field, 2009). V rámci analýzy jsme zjistili, že celkově do 3. skupiny spadají pouze dvě osoby z klinického a dvě osoby z neklinického souboru. Proto jsme se rozhodli sloučit 1. a 3. datovou skupinu. Tím jsme rezignovali na možnost odlišovat u negativního sebehodnocení, v jaké míře se jedinci sebou zaobírají. Nicméně můžeme stále zjišťovat to zásadní, zda je rozdíl mezi negativním a pozitivním sebehodnocením u úzkostných klientů oproti srovnávací skupině. V tabulce 7 budou tyto skupiny nazývány „Pozitivní sebehodnocení“ a „Negativní sebehodnocení“.

Po sloučení datových skupin jsme opět provedli statistickou analýzu dat pomocí chí-kvadrát testu. Na základě výsledků ( $\chi^2 = 54,04$ ;  $p < 0,001$ ) můžeme konstatovat nalezení signifikantního rozdílu mezi klinickým a neklinickým souborem.

Avšak výsledky nám ukazují, že se v tabulce vyskytují buňky s hodnotou menší než 5. Field (2009) uvádí, že je možné akceptovat tento výskyt u větších vzorků, když nepřesahuje 20 % z celkového počtu. Z důvodu našeho menšího výzkumného souboru ( $N = 76$ ) a s ohledem na sloučení dat do dvou skupin (výsledkem čtyřpolní tabulka) jsme přistoupili k ověření výsledku ještě pomocí Fisherova exaktního testu. Analýza Fisherova testu vyšla stejně jako chí-kvadrát test signifikantně ( $p < 0,001$ ), což **nám umožňuje přijmout hypotézu IV. o tom, že osoby s úzkostnou poruchou vykazují negativní implicitní sebehodnocení, měřené Rorschachovou metodou, oproti neklinickému srovnávacímu souboru.**

## **8.4 Výzkumné hypotézy vázané k dalším proměnným Sekce sebepercepce**

Následující hypotézy se vztahují k Sekci sebepercepce Rorschachovy metody. Sekce sebepercepce obsahuje kromě indexu egocentricity, se kterým jsme počítali v hypotéze VI., i jiné proměnné, které se váží k sebehodnocení a vůbec vnímání sama sebe.

Nyní budeme zjišťovat, zda je možné odhalit statisticky významný rozdíl v naměřeném počtu proměnných FD (tvarově dimenzionálních odpovědi), V (odstínově dimenzionálních odpovědi), An+Xy (odpovědi s obsahy anatomie a rentgenu) a MOR (odpovědi s morbidním obsahem) u klinického souboru oproti srovnávacímu neklinickému souboru.

Níže jsou uvedeny výzkumné hypotézy, které formulují předpoklad pro každou proměnnou ze Sekce sebepercepce zvlášť.

### Výzkumná hypotéza V.:

U klinického souboru bude naměřen signifikantně vyšší výskyt tvarově dimenzionálních odpovědí (FD) oproti neklinickému souboru.

### Výzkumná hypotéza VI.:

U klinického souboru bude naměřen signifikantně vyšší výskyt odstínově dimenzionálních odpovědí (V) oproti neklinickému souboru.

### Výzkumná hypotéza VII.:

U klinického souboru bude naměřen signifikantně vyšší výskyt odpovědí s obsahy anatomie a rentgenu (An+Xy) oproti neklinickému souboru.

### Výzkumná hypotéza VIII.:

U klinického souboru bude naměřen signifikantně vyšší výskyt odpovědí s morbidním obsahem (MOR) oproti neklinickému souboru.

<i>Mann-Whitney test pro implicitní sebehodnocení</i>					
		FD	V	AN	MOR
Klinický soubor	M	1,263	0,553	3,158	1,053
	Směr. odch.	1,131	0,795	1,620	1,335
Neklinický soubor	M	0,395	0,132	1,842	0,395
	Směr. odch.	0,595	0,414	1,175	0,638
Celkem	M	0,829	0,342	2,500	0,724
	Směr. odch.	0,999	0,664	1,553	1,091
Z		-3,710	-2,910	-3,587	-2,463
Asymp. Sig. (oboustr.)		<b>0,000</b>	<b>0,004</b>	<b>0,000</b>	<b>0,014</b>

*Tabulka 8 Mann-Whitney test pro implicitní sebehodnocení*

Za účelem ověření výzkumných hypotéz V. - VIII. jsme použili Mann-Whitneyho test, což je neparametrický test pro dva nezávislé výběry. **Na základě výsledků statistické analýzy můžeme konstatovat, že na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  přijímáme hypotézu V. ( $Z = 3,71$ ;  $p < 0,001$ ), hypotézu VI. ( $Z = 2,91$ ;  $p = 0,004$ ), hypotézu VII. ( $Z = 3,59$ ;  $p < 0,001$ ) a na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  přijímáme hypotézu VIII. ( $Z = 2,46$ ;  $p = 0,014$ ).**

**Přijímáme tudíž předpoklad, že u klinického souboru je signifikantně vyšší výskyt tvarově dimenzionálních odpovědí (FD), odstínově dimenzionálních odpovědí (V), odpovědí s obsahy anatomie a rentgenu (An+Xy) i odpovědí s morbidním obsahem (MOR) oproti neklinickému souboru.**

## 8.5 Výzkumná hypotéza vázaná k analýze vztahu mezi mírou úzkosti a úrovní sebehodnocení

Další z výzkumných oblastí, kterým jsme se rozhodli věnovat je zkoumání vztahu mezi mírou úzkosti a úrovní sebehodnocení u klientů s úzkostnou poruchou. V této části statistické analýzy budeme proto pracovat pouze s klinickým souborem.

Před přistoupením k samotnému testování hypotéz musíme nejprve ověřit, zda námi naměřená data odpovídají normálnímu rozdělení. V rámci podrobnější analýzy jsme využili pro testování normality tentokrát navíc i Kolmogorov-Smirnovův test, abychom si ověřili, zda se výsledky shodují s naměřeným Shapiro-Wilkovým testem uvedeným v kapitole 8.1. Tentokrát jsme navíc zjišťovali normalitu rozdělení u Beckovy škály úzkosti.

<i>Kolmogorov-Smirnovův a Shapiro-Wilkův test normality</i>						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Beckova škála úzkosti	0,083	38	0,200	0,966	38	0,292
Rosenbergova škála sebehodnocení	0,131	38	0,097	0,971	38	0,408
Škála sebezpřijetí	0,107	38	0,200	0,983	38	0,817
Škála vnímání vlastní kompetence	0,084	38	0,200	0,986	38	0,914

*Tabulka 9 Testy normality: škály úzkosti a sebehodnocení*

Kolmogorov – Smirnovův test normality nevyšel ani u jedné ze čtyř škál (Beckova škála úzkosti, Rosenbergova škála sebehodnocení, škála sebezpřijetí a škála vnímání vlastní kompetence) signifikantní, takže můžeme předpokládat u všech uvedených škál normální rozdělení, což nám v následujících statistických analýzách umožňuje použití parametrických statistických metod.

V rámci popisu deskriptivní statistiky u jednotlivých škál uvádíme všechny důležité statistiky v přehledné tabulce č. 10.

---

*Deskriptivní statistiky pro jednotlivé škály sebehodnocení a úzkosti*

---

	Beckova škála úzkosti	Rosenbergova škála sebehodnocení	Škála sebestpřijetí	Škála vnímání vlastní kompetence
N	38	38	38	38
Průměr (M)	23,11	15,13	19,18	19,74
Medián	21,50	16,00	19,50	20,00
Směrodatná odchylka (SD)	11,770	4,375	4,417	4,836
Rozptyl	138,529	19,144	19,506	23,388
Šikmost rozdělení	0,539	-0,486	-0,277	-0,068
Špičatost rozdělení	-0,127	-0,079	-0,272	-0,428

---

*Tabulka 10 Deskriptivní statistiky pro jednotlivé škály úzkosti a sebehodnocení*

Nyní chceme ověřit, zda existuje vztah mezi mírou úzkosti měřenou Beckovou škálou úzkosti a úrovní sebehodnocení měřenou Rosenbergovou škálou sebehodnocení, škálou sebestpřijetí (self-liking) a škálou vnímání vlastní kompetence (self-competence). Za tímto účelem jsme formulovali následující výzkumnou hypotézu č. IX.

Výzkumná hypotéza IX.: Čím vyšší bude míra úzkosti měřená Beckovou škálou úzkosti, tím nižší bude skóre explicitního sebehodnocení měřený jednotlivými sebehodnotícími škálami (tzn. Rosenbergovou škálou sebehodnocení, škálou sebestpřijetí a škálou vnímání vlastní kompetence testu SLSC-R).

K ověření výzkumné hypotézy jsme na základě potvrzení normality rozdělení využili Pearsonův koeficient korelace. Vzhledem k očekávané negativní korelaci mezi Beckovou škálou úzkosti a jednotlivými škálami sebehodnocení použijeme jednostranné testování.

*Pearsonův koeficient korelace: hypotéza o vztahu úzkosti a sebehodnocení*

		Beckova škála úzkosti	Rosenbergova škála sebehodnocení	Škála sebezpřijetí	Škála vnímání vlastní kompetence
Beckova škála úzkosti	Pearsonův koeficient korelace	1	-0,226	-0,216	-0,212
	Sig. (jednostr.)		0,086	0,096	0,101
Rosenbergova škála sebehodnocení	Pearsonův koeficient korelace	-0,226	1	0,799**	0,340*
	Sig. (jednostr.)	0,086		0,000	0,018
Škála sebezpřijetí	Pearsonův koeficient korelace	-0,216	0,799**	1	0,362*
	Sig. (jednostr.)	0,096	0,000		0,013
Škála vnímání vlastní kompetence	Pearsonův koeficient korelace	-0,212	0,340*	0,362*	1
	Sig. (jednostr.)	0,101	0,018	0,013	

\*\* Korelace je signifikatní na hladině významnosti 0,01 (jednostr.).

\* Korelace je signifikatní na hladině významnosti 0,05 (jednostr.).

*Tabulka 11 Vztah mezi používanými škálami úzkosti a sebehodnocení*

Beckova škála úzkosti nekoreluje signifikantně ani s jednou ze tří škál sebehodnocení. U Rosenbergovy škály sebehodnocení vychází Pearsonův koeficient korelace po zaokrouhlení  $r = -0,23$ ;  $p = 0,086$ ; u škály sebezpřijetí (self-liking) pak  $r = 0,22$ ;  $p = 0,096$  a u škály vnímání vlastní kompetence (self-competence)  $r = -0,21$ ;  $p = 0,101$ . Na základě námi naměřených dat proto **zamítáme hypotézu IX. o vztahu závislosti mezi mírou úzkosti a úrovní explicitního sebehodnocení.**

Rádi bychom zmínili, že dílčím výsledkem uvedené analýzy je ověření vztahu mezi škálami sebehodnocení navzájem, tedy mezi Rosenbergovou škálou a škálami sebezpřijetí a vnímání vlastní kompetence u testu SLSC-R. Ze zahraničních výzkumů vyplývá, že škála sebezpřijetí a vnímání vlastní kompetence spolu koreluje (Tafarodi, 1998). Jednotlivé složky sebehodnocení jsou zpravidla chápány jako komponenty globálního sebehodnocení, proto i zde by měl být nalezen vztah (Tafarodi & Swann, 1995). Na základě výše uvedeného statistického zpracování dat se i u našeho souboru potvrzuje, že Rosenbergova škála sebehodnocení signifikantně koreluje se škálami sebezpřijetí ( $r = 0,80$ ;  $p < 0,001$ ) a vnímání vlastní kompetence ( $r = 0,34$ ;  $p = 0,018$ ) a tyto škály signifikantně korelují i mezi sebou navzájem ( $r = 0,36$ ;  $p = 0,013$ ). Takový výsledek nám dovoluje tvrdit, že tyto škály měří podobný jev.

## 8.6 Výzkumné hypotézy vázané k podrobnější analýze klinického souboru

Výzkumné hypotézy této kapitoly se zaměřují na ověření možného vlivu proměnných věku, pohlaví, vzdělání a stavu zaměstnanosti na úroveň sebehodnocení, což byl předpoklad, podle kterého jsme klinický a neklinický soubor párovali. Vzhledem k tomu, že v souboru nemáme vyvážený počet mužů žen a v rozložení dat u stavu zaměstnanosti nebyly dostatečně početně zastoupeny jednotlivé kategorie, museli jsme se upustit od analýzy vztahu pohlaví respondentů i stavu zaměstnanosti a úrovně sebehodnocení. Dále jsme se rozhodli zjistit, jestli na úroveň sebehodnocení našeho klinického souboru má vliv užívání medikace či doba léčby. Následně budeme postupovat dle jednotlivých výzkumných hypotéz.

Výzkumná hypotéza X.: Existuje vztah závislosti mezi věkem u klinického souboru a úrovní sebehodnocení měřenou Rosenbergovou škálou sebehodnocení a škálami sebezpřijetí a vnímání vlastní kompetence testu SLSC-R.

V rámci statistické analýzy dat jsme nejprve u proměnné věku vypočítali deskriptivní statistiky a otestovali normalitu rozdělení. Nesignifikantní výsledek Kolmogorov-Smirnovova testu normality nám umožňuje použít parametrické statistické metody.

<i>Deskriptivní statistiky pro proměnnou věku</i>	
N	38
Průměr (M)	34,53
Medián	34,50
Směrodatná odchylka (SD)	9,229
Rozptyl	85,175
Šikmost rozdělení	0,446
Špičatost rozdělení	-0,193

*Tabulka 12 Deskriptivní statistiky pro proměnnou věku*

Kolmogorov – Smirnovův test normality nevyšel u proměnné věku signifikantně,  $D(38) = 0,137$ ,  $p = 0,068$ , můžeme proto předpokládat normální rozdělení dat. V dalším kroku testujeme hypotézu X. pomocí parametrické statistické metody Pearsonova koeficientu korelace.



<i>Pearsonův koeficient korelace: hypotéza o věku</i>		
Rosenbergova škála sebehodnocení	Pearsonův koeficient korelace	-0,171
	Sig. (Oboustr.)	0,304
	N	38
Škála sebedpřijetí	Pearsonův koeficient korelace	-0,362*
	Sig. (Oboustr.)	0,026
	N	38
Škála vnímání vlastní kompetence	Pearsonův koeficient korelace	-0,491**
	Sig. (Oboustr.)	0,002
	N	38

\*\* Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01 (oboustr.).

\* Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,05 (oboustr.).

*Tabulka 13 Vztah mezi proměnnou věku a škálami sebehodnocení*

Na základě analýzy dat můžeme konstatovat, že výsledek na Rosenbergově škále sebehodnocení nekoreluje signifikantně s věkem ( $r = -0,17$ ;  $p = 0,304$ ), zatímco mezi věkem a škálou sebedpřijetí ( $r = -0,36$ ;  $p = 0,026$ ) a škálou vnímání vlastní kompetence ( $r = -0,49$ ;  $p = 0,002$ ) existuje signifikantní vztah. Se stoupajícím věkem se snižuje naměřený skóre v testu na škále sebedpřijetí a vnímání vlastní kompetence.

**Hypotézu X. o vztahu mezi věkem a úrovní explicitního sebehodnocení pro Rosenbergovu škálu zamítáme. Pro škálu sebedpřijetí a vnímání vlastní kompetence naopak hypotézu X. přijímáme.**

Výzkumná hypotéza XI.: Úroveň explicitního sebehodnocení na škálách sebehodnocení (Rosenbergově škále sebehodnocení a škálách sebedpřijetí a vnímání vlastní kompetence testu SLSC-R) je při sebezpozování u osob se středoškolským vzděláním signifikantně rozdílná v porovnání s výsledky osob se vzděláním vysokoškolským.

*Deskriptivní statistika pro proměnnou vzdělání u jednotlivých škál sebehodnocení*

	Vzdělání	N	Průměr	Směrodatná odch.	Standardní chyba průměru
Rosenbergova škála sebehodnocení	SŠ	17	15,94	4,736	1,149
	VŠ	21	14,48	4,057	0,885
Škála sebezpřijetí	SŠ	17	20,06	4,351	1,055
	VŠ	21	18,48	4,445	0,970
Škála vnímání vlastní kompetence	SŠ	17	20,00	3,921	0,951
	VŠ	21	19,52	5,555	1,212

*Tabulka 14 Deskriptivní statistika pro proměnnou vzdělání u jednotlivých škál sebehodnocení*

*T-test pro dva nezávislé výběry: hypotéza o vzdělání*

		Levenův test shodnosti rozptylů		t-test pro shodnost průměrů		
		F	Sig.	T	df	Sig. (oboustr.)
Rosenbergova škála sebehodnocení	Předpoklad shodnosti rozptylů	1,067	0,308	1,027	36	0,311
Škála self-liking	Předpoklad shodnosti rozptylů	0,007	0,933	1,102	36	0,278
Škála self-competence	Předpoklad shodnosti rozptylů	1,204	0,280	0,298	36	0,767

*Tabulka 15 Vztah mezi proměnnou vzdělání a škálami sebehodnocení*

Levenův test shodnosti rozptylů nevyšel ani u jedné škály sebehodnocení signifikantně a proto můžeme předpokládat, že rozptyly obou měřených souborů jsou shodné. Hypotézu XI. jsme proto testovali pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry. T-test pro dva nezávislé výběry u našeho výzkumného vzorku neukázal, že by existoval rozdíl mezi mírou sebehodnocení v Rosenbergově škále ( $t(36) = 1,03$ ;  $p = 0,311$ ), škále sebezpřijetí ( $t(36) = 1,10$ ;  $p = 0,278$ ) a škále vnímání vlastní kompetence ( $t(36) = 0,30$ ;  $p = 0,767$ ) mezi lidmi se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. **Na základě vypočtených dat zamítáme výzkumnou hypotézu XI., jelikož jsme nenalezli rozdíl mezi průměrnými výsledky škál sebehodnocení u středoškoláků a vysokoškoláků.**

Výzkumná hypotéza XII.: Existuje vztah závislosti mezi délkou léčby v měsících u klinického souboru a úrovní sebehodnocení měřenou Rosenbergovou škálou sebehodnocení, škálami sebezpřijetí a vnímání vlastní kompetence testu SLSC-R.

<i>Deskriptivní statistika pro proměnnou délka léčby</i>	
N	38
Průměr (M)	62,37
Medián	36,00
Směrodatná odchylka (SD)	68,984
Rozptyl	4758,780
Šikmost rozdělení	2,030
Špičatost rozdělení	3,966

*Tabulka 16 Deskriptivní statistika pro proměnnou délka léčby*

Data ohledně délky léčby jsme opět otestovali pomocí Kolmogorov-Smirnovova testu normality rozdělení, který tentokrát vyšel signifikantní ( $D(38) = 0,28$ ;  $p < 0,001$ ), proto v následující analýze využijeme neparametrických metod, konkrétně Spearmanův koeficient korelace. Vzhledem k hypotéze o možném vztahu mezi proměnnými použijeme oboustranné testování.

<i>Spearmanův koeficient korelace: hypotéza o délce léčby v měsících</i>			Doba léčby v měsících
Spearmanův koeficient korelace	Rosenbergova škála sebehodnocení	Koeficient korelace	,054
		Sig. (Oboustr.)	0,749
		N	38
	Škála sebedřívjetí	Koeficient korelace	0,162
		Sig. (Oboustr.)	0,332
		N	38
	Škála vnímání vlastní kompetence	Koeficient korelace	-0,030
		Sig. (Oboustr.)	0,858
		N	38

*Tabulka 17 Vztah mezi proměnnou délky léčby v měsících a škálami sebehodnocení*

Na základě námi zkoumaných dat jsme nenalezli signifikantní vztah mezi délkou léčby v měsících a úrovní explicitního sebehodnocení měřenou Rosenbergovou škálou ( $r = 0,05$ ;  $p = 0,749$ ), škálou sebedřívjetí ( $r = 0,16$ ;  $p = 0,332$ ) ani škálou vnímání vlastní kompetence ( $r = -0,03$ ;  $p = 0,858$ ). **Hypotézu XII. o vztahu mezi délkou léčby a úrovní sebehodnocení proto zamítáme.**

Výzkumná hypotéza XIII.: Úroveň explicitního sebehodnocení měřená Rosenbergovou škálou sebehodnocení a škálami sebepřijetí a vnímání vlastní kompetence testu SLSC-R je při sebeposuzování u osob klinického souboru užívajících medikaci signifikantně rozdílná v porovnání s výsledky osob, které medikaci neužívají.

<i>Deskriptivní statistika pro proměnnou medikace</i>					
	Aktuálně užívaná psychiatrická medikace?	N	Průměr	Směrodatná odch.	Standardní chyba průměru
Rosenbergova škála sebehodnocení	Ano	21	13,90	4,657	1,016
	Ne	17	16,65	3,570	0,866
Škála sebepřijetí	Ano	21	18,19	4,864	1,061
	Ne	17	20,41	3,554	0,862
Škála vnímání vlastní kompetence	Ano	21	19,52	5,662	1,236
	Ne	17	20,00	3,725	0,903

*Tabulka 18 Deskriptivní statistika pro proměnnou medikace*

<i>T-test pro dva nezávislé výběry; hypotéza o medikaci</i>						
		Levenův test shodnosti rozptylů		t-test pro shodnost průměrů		
		F	Sig.	T	df	Sig. (Oboustr.)
Rosenbergova škála sebehodnocení	Předpoklad shodnosti rozptylů	2,549	0,119	-1,997	36	0,053
Škála sebepřijetí	Předpoklad shodnosti rozptylů	3,340	0,076	-1,572	36	0,125
Škála vnímání vlastní kompetence	Předpoklad shodnosti rozptylů	3,693	0,063	-0,298	36	0,767

*Tabulka 19 Vztah mezi proměnnou medikace a škálami sebehodnocení*

Levenův test shodnosti rozptylů nevyšel ani u jedné škály sebehodnocení signifikantně a proto můžeme předpokládat, že rozptyly obou měřených souborů jsou shodné. Výsledky t-testu u Rosenbergovy škály sebehodnocení ( $t(36) = -2,0$ ;  $p = 0,053$ ), škály sebepřijetí ( $t(36) = -1,57$ ;  $p = 0,125$ ), ani škály vnímání vlastní kompetence ( $t(36) = -0,30$ ;  $p = 0,767$ ) nevyšly signifikantně. **Testovanou hypotézu XIII. o rozdílnosti výsledků v jednotlivých škálách sebehodnocení na základě užívání medikace tudíž zamítáme.**

## 9. Shrnutí výsledků

Na tomto místě se budeme věnovat shrnutí výsledků výzkumu. Teprve v následující kapitole Diskuze se zaměříme na samotnou interpretaci dosažených výsledků, jejich porovnání a konfrontaci s teoretickými přístupy a relevantními, převážně zahraničními, výzkumy.

Ve výzkumném projektu jsme zjišťovali úroveň explicitního a implicitního sebehodnocení u osob s úzkostnou poruchou (F41), jejichž výsledky jsme porovnávali s naměřenými hodnotami srovnávacího neklinického souboru. Neklinický výzkumný soubor byl složen z jedinců, které jsme párovali k osobám klinického souboru dle kritérií pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a stavu zaměstnanosti. Celkově vzorek čítal 76 osob.

V rámci statistického zpracování dat jsme nejprve provedli testování normality pomocí Shapiro-Wilkova testu, na jehož základě jsme dospěli k tomu, že námi sebraná data u obou výzkumných souborů odpovídají normální distribuci. Následně jsme přikročili k samotnému testování hypotéz, k čemuž jsme využili dvouvýběrový t-test, chí-kvadrát test, Fisherův exaktní test a Mann-Whitneyho test.

Na základě statistické analýzy může konstatovat, že u souboru osob s úzkostnou poruchou bylo detekováno statisticky významně nižší explicitní sebehodnocení, měřené Rosenbergovou škálou sebehodnocení a testem SLSC-R oproti srovnávacímu neklinickému souboru. Stejně tak byl zjištěn signifikantní meziskupinový rozdíl v oblasti implicitního sebehodnocení měřeného Rorschachovou metodou. U klinického souboru (klienti s úzkostnou poruchou) bylo zjištěno negativní implicitní sebehodnocení a u srovnávacího neklinického souboru pozitivní implicitní sebehodnocení. Zároveň nám výzkum přinesl dílčí výsledky ohledně dalších proměnných Sekce sebepercepce Rorschachovy metody. U klinického souboru byl naměřen signifikantně vyšší výskyt tvarově dimenzionálních odpovědí (FD), odstínově dimenzionálních odpovědí (V), odpovědí s obsahy anatomie a rentgenu (An+Xy) i odpovědí s morbidním obsahem (MOR) oproti neklinickému souboru. Můžeme konstatovat, že uvedené výsledky výzkumu odpovídají stanoveným výzkumným hypotézám.

V další části výzkumného šetření jsme ověřovali, zda platí u klinického souboru, že čím vyšší je míra úzkosti, tím nižší je naměřený skóre na škálách sebehodnocení. Na základě statistické analýzy jsme shledali, že mezi úrovní explicitního sebehodnocení

měřenou sebesuzovacími škálami a mírou úzkosti měřenou Beckovou škálou úzkosti nebyl u námi zkoumaného souboru prokázán signifikantní vztah.

Poslední oblast výzkumného zkoumání naší práce tvoří ověřování možného vlivu vybraných nežádoucích proměnných na úroveň explicitního sebehodnocení u klinického souboru. Vzhledem k rozložení naměřených dat jsme se soustředili pouze na proměnnou věku, dosaženého vzdělání respondentů, užívání medikace a délky léčby klientů. Na základě provedené statistické analýzy těchto vztahů můžeme konstatovat, že nebyl nalezen signifikantní vztah mezi úrovní explicitního sebehodnocení a nejvyšším dosaženým vzděláním, délkou léčby ani užíváním medikace u klientů našeho klinického souboru. Signifikantní vztah byl nalezen pouze mezi věkem a škálami sebedůvěry a vnímání vlastní kompetence, ovšem u Rosenbergovy škály tento vztah potvrzen nebyl.

## 10. Diskuze

Cílem předkládaného výzkumu bylo analyzovat úroveň implicitního a explicitního sebehodnocení u klientů se specifickou diagnózou (F41) z okruhu úzkostných poruch. V této kapitole se budeme věnovat interpretaci dosažených výsledků výzkumu a jejich porovnání s teoretickými východisky a relevantními výzkumnými poznatky.

### 10.1 Interpretace výsledků

Podařilo se nám potvrdit, že klinický soubor, složený z klientů z okruhu tzv. Jiných úzkostných poruch (F41), má signifikantně nižší explicitní sebehodnocení a vykazuje negativní implicitní sebehodnocení oproti srovnávacímu neklinickému souboru. Dílčí výsledky výzkumu poukazují na to, že u klinického souboru byl naměřen významně vyšší počet dalších proměnných V, An+Xy, FD a MOR, vztahujících se ke klastru Sebepercepce v Rorschachově metodě.

Nejprve se pozastavíme nad tím, nakolik nám výzkum může odpovědět na otázku, zda lze u úzkostných klientů konstatovat, že vykazují negativní sebehodnocení.

Explicitní sebehodnocení jsme měřili Rosenbergovou škálou sebehodnocení a testem SLSC-R.

**Rosenbergova škála sebehodnocení** měří úroveň globálního sebehodnocení.

Tato škála však nemá originálně stanovené žádné normy, resp. cut-off skóry. Je doporučováno řídit se relevantními výzkumnými studiemi na téma obdobné našemu zkoumání. Platí však, že čím vyšší je dosažené hrubé skóre, tím vyšší je sebehodnocení subjektu a naopak (Richardson, Ratner, & Zumbo, 2009).

Úzus pro určení hranice pozitivního nebo negativního sebehodnocení je dán teoretickým středem, resp. střední hodnotou. Vzhledem k užitému typu skórování hodnotící škály představuje v našem výzkumu tento teoretický střed hrubé skóre 15. Nižší dosažené hrubé skóre (HS) značí negativní sebehodnocení a vyšší skóre pozitivní sebehodnocení (Bagley, Bolitho, & Bertrand, 2007; Schmitt & Allik, 2005). Podle dalších autorů lze navíc rozlišit, že hrubý skór vyšší než 20 poukazuje na extrémně vysoké sebehodnocení a skóre nižší než 5 na extrémně nízké sebehodnocení (Gottesman & Lewis, 1982). Schmitt a Allik (2005) uvádějí, že zdravé osoby celosvětově skórují nad teoretickou střední hranicí (15 HS), což indikuje pozitivní sebehodnocení, přičemž

předpokládají, že je škála kulturně univerzální. Tento závěr odpovídá předpokladu, že by sebehodnocení zdravých lidí mělo být spíše pozitivní (Mruk, 2006).

Schmitt a Allik (2005) provedli rozsáhlou studii, kde porovnávali sebehodnocení u 53 světových národností s výzkumným vzorkem čítajícím 16,998 respondentů, včetně České republiky s výzkumným vzorkem tvořeným 234 osobami. Autoři využili k měření Rosenbergovu škálu sebehodnocení. Díky tomuto výzkumu máme k dispozici střední hodnotu a směrodatnou odchylku Rosenbergovy škály pro jiný český výběrový vzorek zdravých osob ( $M = 28,47$ ;  $SD = 4,14$ ; pozn.: autoři užívají stejný typ čtyřbodové hodnotící škály, ale oproti nám ji skórují odlišně, 1-4bodů). Blatný a Osecká (Blatný & Osecká, 1998), kteří Rosenbergovu škálu sebehodnocení výzkumně používali v českých podmínkách, uvádějí v článku také rozložení výsledků Rosenbergovy škály u českých vysokoškolských studentů ( $M = 19,40$ ;  $SD = 4,98$ ).

V našem výzkumu byl průměrný hrubý skór klinického souboru 15,13 bodů a u neklinického souboru 25,5 bodů. Z čehož vyvozujeme, že se klienti s úzkostnou poruchou v našem vzorku pohybují přesně na hranici nízkého sebehodnocení vzhledem k teoretickému středu. Při porovnání s průměrnými hodnotami uvedených studií (Blatný & Osecká, 1998; Schmitt & Allik, 2005) a při převodu dat na stejný typ skórování hodnotících škál můžeme konstatovat, že námi zkoumaný klinický soubor vykazuje nižší průměrné hodnoty v Rosenbergově škále sebehodnocení než výběrové soubory zdravých osob předložených studií.

**Dotazník Self-Liking/Self-Comptence Scale (SLSC)** také není v České republice zavedeným testem s oficiálně stanovenými normami pro českou populaci. Zatím u nás nebylo provedeno mnoho výzkumů s využitím metody SLSC-R. Jeden z nich byl například výzkum Machanové v rámci diplomové práce (Machanová, 2009), která se zabývala psychometrickou analýzou dotazníku SLSC. My však nemůžeme platně porovnat její výsledky s naším souborem, jelikož autorka sbírala data u studentů středních a vysokých škol, což neodpovídá našemu výzkumnému zaměření na dospělou populaci. Navíc plně nesouhlasíme s její verzí překladu testu SLSC-R. Studie, se kterou bychom mohli tedy výsledky našeho výzkumu v českém prostředí porovnávat, nám není k dispozici žádná.

Můžeme však pro zajímavost uvést srovnání se zahraničními studií od samotných autorů testové metody Tafarodiho a Swanna (2001), kteří výzkum provedli na vzorku 1325 dospělých osob. Autoři uvádějí následující zjištěné hodnoty: na škále sebebřijetí



ženy vykazovaly průměrné hodnoty nižší ( $M = 28,34$ ;  $SD = 6,99$ ) než muži ( $M = 30,14$ ;  $SD = 6,77$ ) a stejně tak i u druhé škály vnímání vlastní kompetence udávaly ženy nižší sebehodnocení ( $M = 25,61$ ;  $SD = 5,62$ ), než tomu bylo u mužů ( $M = 27,23$ ;  $SD = 5,59$ ). Uvedené hodnoty jsme využili k porovnání s našimi výsledky. Shledali jsme, že naše klinická skupina má nižší naměřené průměrné hodnoty na škále sebezpřijetí ( $M = 19,18$ ;  $SD = 4,42$ ) i na škále vnímání vlastní kompetence ( $M = 19,74$ ;  $SD = 4,84$ ), než vzorek zdravých osob v zahraničním výzkumu.

V předcházející části jsme se snažili najít odpověď na otázku, zda na základě provedeného výzkumu můžeme pouze konstatovat, že námi sledovaná skupina úzkostných klientů vykazuje nižší sebehodnocení než skupina srovnávací, či lze podložit, že mají úzkostní klienti sebehodnocení negativní na základě uznávaných norem nebo ve srovnání s jinými výběrovými soubory. K této otázce nás vedlo to, že náš vzorek není příliš veliký a navíc nelze na základě výsledků výzkumu s použitím metod, které nemají sestaveny normy pro českou populaci, s jistotou určit, že klinická skupina, která sice vykazuje signifikantně nižší sebehodnocení, má sebehodnocení negativní. Uvědomujeme si však limity porovnávání výsledků se zahraničními a vůbec cizími výzkumnými vzorky, proto se zdráháme naplno přičíst našemu klinickému souboru punc nízkého sebehodnocení. Je však pro nás podstatné vidět, že výsledky naší studie tím směrem minimálně inklinují.

Dále se budeme zabývat tím, co jednotlivé výsledky vypovídají vzhledem k teoretickému pozadí metod. Začneme u metod k měření explicitního a poté přejdeme k metodám implicitního sebehodnocení.

Nízké skóry u **Rosenbergovy škály sebehodnocení** naznačují nízké sebehodnocení, nespokojenost se sebou samým, v extrémních případech až opovrhování vlastní osobou a sebeodmítání (Rosenberg, 1965). **Dotazník Self-Liking/Self-Competence Scale (SLSC)** je dvoudimenzionální a měří sebehodnocení z hlediska sebezpřijetí a vnímání vlastní kompetence. Dimenze kompetentnosti odráží, nakolik se jedinec cítí jako kompetentní, efektivní, zda se považuje za schopného dosahovat vytyčených cílů. Dimenze sebezpřijetí se zaměřuje na to, jak jedinec vnímá svou vnitřní hodnotu, zda se považuje za dobrého či špatného člověka z hlediska charakteru, vzhledu, morálky a dalších vlastností (Tafarodi, 1998; Tafarodi & Milne, 2002). Nízké hodnoty na obou škálách naznačují, že se jedinec v těchto dimenzích hodnotí negativně.

Dosažené výsledky výzkumu vypovídají o tom, že se úzkostní klienti hodnotí jak v globálním sebehodnocení, tak na škálách sebezpřijetí i z hlediska vnímání vlastní kompetence nízko v porovnání se srovnávací skupinou. Pro více informací odkazujeme na teoretickou část práce, zejména kapitolu Způsoby měření sebehodnocení (2.8).

V **Rorschachově metodě** bylo u klientů s úzkostnou poruchou naměřeno signifikantně negativní implicitní sebehodnocení oproti srovnávací neklinické skupině. Rorschachova metoda má v sobě již zabudované normy (Exner, 2009; Polák & Obuch, 2011), můžeme proto sebehodnocení námi zkoumané skupiny označit za negativní, jelikož dosahuje průměrně hodnot 0,32 a nižších v indexu egocentricity v kombinaci s absencí r-dopovědí v protokolu. Podle těchto výsledků se klienti s úzkostnou poruchou sami sebou v podstatě nechtějí zaobírat, nevěnují sami sobě dostatečnou pozornost, což odvozujeme od získaných hodnot indexu egocentricity. Negativní sebehodnocení v Rorschachovském systému znamená, že jedinec hodnotí vlastní charakteristiky negativně a to i v porovnání s druhými. Jelikož se index egocentricity považuje za poměrně v čase stabilní, poukazuje jeho nízká hodnota spíše na chronicky nízké sebehodnocení. Dokonce můžeme předpokládat, že jeho základ byl vytvořen již v dětství (Polák & Obuch, 2011). To by odpovídalo předloženým teoriím, že se základní kritéria k hodnocení vlastní osoby ustanovují již v dětství a to převážně na základě vlivu významných druhých (viz kapitola Vývoj sebehodnotících kritérií, 2.4).

Pouze dvě vyšetřované osoby z klinického souboru vykazují negativní sebehodnocení s tím, že se přitom sebou zaobírají ve zvýšené míře (tzn., že tyto osoby dosáhly nadprůměrných hodnot indexu egocentricity a přitom v jejich protokolu není žádná r-odpověď). Dle Komprehensivního systému (Polák & Obuch, 2011) jsou takové osoby sebou zaujaty, ale neprožívají přitom libé pocity. Naopak nespokojenost se svým sebeobrazem je nutí se k němu neustále obracet.

Ukázalo se tedy, že osoby v klinickém souboru nemají tendenci se nutkavě svým sebeobrazem zabývat, naopak se spíše vyhýbají tomu, aby na sebe upírali pozornost.

To je podle nás zajímavý výsledek mimo jiné proto, že všechny vyšetřené osoby s úzkostnou poruchou prodělávaly toho času terapeutickou léčbu individuálního nebo skupinového typu. Tudíž bychom předpokládali, že budou vlivem terapie spíše ochotni se sobě věnovat a pracovat na sobě. Tento výsledek je však v souladu i se závěrem Zeigler-Hill (2011), že úzkostní pacienti sobě nevěnují dostatečnou pozornost.

Nyní se budeme věnovat **díličím výsledkům**, které vypovídají o nalezení signifikantně vyššího počtu proměnných v protokolech úzkostných klientů, vázaných k **Sekci sebepercepce Rorschachova testu**. Jedná se o odpovědi tvarově dimenzionální (FD), odstínově dimenzionální (V), odpovědi s obsahy anatomie a rentgenu (An+Xy) a odpovědi s morbidním obsahem (MOR). Postupně se vyjádříme ke každé z proměnných.

Začneme proměnnou odrážející **odpovědi s obsahem anatomie a rentgenu (AN+Xy)**. Dle Komprehensivního systému nejsou odpovědi An+Xy příliš časté. Měli bychom očekávat žádnou nebo maximálně jednu odpověď tohoto druhu v protokolu. V případě klinického souboru klienti udávali v průměru 1,82 odpovědí s obsahem An+Xy. A u neklinického souboru byl výskyt tohoto druhu odpovědi v průměru 0,53. To znamená, že hodnoty neklinického souboru odpovídají teorii a normám, zatímco průměrný počet těchto odpovědí u klientů s úzkostnou poruchou jej překračuje.

Zvýšené hodnoty proměnné An+Xy hovoří primárně o zaujetí tělem. Pokud lze vyloučit u jedinců s výskytem vyšším než tři An+Xy odpovědi v protokolu somatické zdravotní obtíže, může zvýšený výskyt těchto odpovědí hovořit o ruminaci ohledně sebeobrazu a naznačovat pocit vulnerability (Polák & Obuch, 2011).

Zvýšený výskyt An+Xy odpovědí u úzkostných klientů může být interpretačně komplikovaný. A to zejména v souvislosti s tím, že úzkostné stavy bývají zpravidla doprovázeny silnou somatickou reakcí, tudíž může být zvýšený výskyt odrazem toho, že tyto somatické reakce úzkostné jedince obtěžují a mohou se na ně zaměřovat.

Ovšem v našem výzkumu bylo potvrzeno, že u úzkostných klientů lze identifikovat negativní sebehodnocení a v tomto světle lze s větší pravděpodobností tvrdit, že se zmíněné obsahové odpovědi An+Xy skutečně pojí s negativním sebehodnocením. Dalšímu případnému zkreslení u této proměnné dochází tím, že byly do vzorku zařazeny osoby, které se tělem zabývají profesně. Například lékaři a jiní zdravotní pracovníci byli ve vzorku zastoupeni v pěti případech, ve čtyřech z nich šlo o osoby ze srovnávací skupiny. Pro srovnání uvedeme, že vyšší výskyt odpovědí An+Xy byl prokázán například u zdravotních sester a autoři jej dávají do souvislosti mimo jiné právě s náplní jejich povolání (Englebert, Thiltges, Wertz, & Blavier, 2013).

Exnerův Komprehensivní systém udává, že výskyt **odpovědi s morbidním obsahem (MOR)** není mimořádný. Nicméně více jak jedna odpověď v protokolu

naznačuje, že „*sebeobraz obsahuje negativní nebo poškozující představy o sobě*“ (Polák & Obuch, 2011, p. 113).

Klienti s úzkostnou poruchou dávali statisticky významně vyšší počet odpovědí s morbidním obsahem než srovnávací skupina. Nicméně v průměru se jednalo o 1,05 odpovědí u klinické skupiny, což není vysoká hodnota vzhledem ke kritériím Komprehensivního systému. Tato proměnná může být navíc do určité míry ovlivněná situačně - vlivem nahromadění nepříznivých životních událostí, avšak v důsledku u jedince může přetrvávat ve formě pesimistického vidění sebe sama (Polák & Obuch, 2011). Je však doporučováno, aby byly MOR odpovědi podrobeny z výše uvedených důvodů kvalitativní analýze a to ideálně i v kombinaci s analýzou anamnestických údajů o daném jedinci. Neboť, jak autoři doplňují, i jediná MOR odpověď v protokolu může obsahovat implikace pro negativní postoj ke své osobě (Polák & Obuch, 2011).

**Dimenzionální proměnné FD (tvarově dimenzionální) a V (odstínově dimenzionální)** poukazují na určitý druh introspektivního chování. Výskyt FD odpovědi v protokolu může být pozitivním jevem, jelikož naznačuje schopnost introspekce a úsilí o zlepšení některých stránek vlastní osoby. Pokud se však nevyskytuje pohromadě s alespoň průměrnou úrovní indexu egocentricity, tak odkazuje k ruminaci nad sebeobrazem a znamená, že se ono introspektivní chování vlastně obrací proti dané osobě, jelikož ulpívá na řešení negativních aspektů vlastní osoby.

Vista (V) je obecně méně pozitivní znak v protokolu. Odkazuje, zejména v kombinaci s nízkým indexem egocentricity a absencí r-odpovědí, na zaměření se na negativní stránky vlastní osoby, chronickou sebekritičnost, nízkou sebeúctu a sebehodnocení. Bývá spojena s negativními a bolestnými pocity, často se vyskytuje v souvislosti s úzkostmi a depresivními stavy.

Klinická skupina průměrně udala 1,26 tvarově dimenzionálních odpovědí (FD) oproti neklinické skupině s průměrnou hodnotou 0,39 těchto odpovědí. Odstínově dimenzionálních odpovědí (V) podala klinická skupina průměrně 0,55 oproti průměrné hodnotě výskytu 0,13 u neklinické skupiny.

Diskutovat lze také o tom, zda probíhající psychoterapeutická léčba může mít vliv na zvýšený výskyt těchto proměnných u klinické skupiny. Terapeutická léčba zpravidla vede k zaobírání se sebou samým a mimo jiné rozvíjení schopnosti introspekce a náhledu na sebe z různých perspektiv.

## 10.2 Konfrontace nálezů s relevantními výzkumnými poznatky

V poslední části této podkapitoly učiníme závěrečnou konfrontaci našich celkových výzkumných nálezů. V českém prostředí ani v zahraničí však nenacházíme výzkumné studie, které by se přímo zaměřovaly na stejnou cílovou skupinu tzv. Jiných úzkostných poruch (dle MKN-10) v souvislosti s problematikou sebehodnocení. Nemáme proto možnost naše výsledky v tomto ohledu porovnat. Zájem odborníků v zahraničí se soustředil z okruhu úzkostných poruch v drtivé většině případů na diagnózu sociální fobie (např. Acarturk et al., 2009; Tanner et al., 2006). Pouze několik výzkumů se věnovalo ještě jiné úzkostné poruše (Ehnholt et al., 1999; Glashouwer et al., 2013). Přehled relevantních výzkumů jsme předložili v teoretické části v kapitole 4.

Shrneme-li naše výsledky, korespondují s výzkumy v oblasti sebehodnocení u pacientů s úzkostnou poruchou. V našem výzkumném projektu jsme srovnávali úroveň explicitního a implicitního sebehodnocení u skupiny úzkostných klientů oproti srovnávací neklinické skupině.

Podobný výzkumný design jsme našli u několika studií. Množství zahraničních výzkumů shledalo nízké **explicitní sebehodnocení**, měřené **Rosenbergovou škálou sebehodnocení** u úzkostných pacientů (např. de Jong et al., 2012). Některé studie pracovaly s kontrolní skupinou a jejich výsledky odkazují k nižší úrovni explicitního sebehodnocení úzkostných pacientů, měřeného opět Rosenbergovou škálou sebehodnocení, oproti zdravé kontrole (Ehnholt et al., 1999; Ritter et al., 2013; Silverstone & Salsali, 2003). V našem výzkumu se nám také podařilo prokázat významný meziskupinový rozdíl v naměřených hodnotách explicitního sebehodnocení. Ale vzhledem k již diskutované neexistenci normativních dat Rosenbergovy škály, můžeme pouze konstatovat, že se klinická skupina nachází na samé hranici negativního a pozitivního sebehodnocení vzhledem k teoretickému středu.

Co se týče výsledků dotazníku **SLSC-R**, opět musíme bohužel podotknout, že jsme nenalezli relevantní výzkum s použitím této metody na úzkostných pacientech. Je třeba připomenout, že dvoudimenzionální škála SLSC-R tvoří dohromady dvě složky globálního sebehodnocení, tedy pouze vyděluje u globálního sebehodnocení dva faktory, které jsou na sobě závislé (Tafarodi, 1998). Výsledky proto zpravidla korespondují s naměřenými hodnotami u Rosenbergovy škály sebehodnocení (např. Vandromme, Hermans, Spruyt, & Eelen, 2007). Můžeme říci, že tomu tak v podstatě je i v případě našeho výzkumu, prokázali jsme totiž, že se úzkostná skupina hodnotí signifikantně

negativněji v obou škálách testu SLSC-R oproti srovnávací skupině. A opět můžeme s notnou dávkou opatrnosti tvrdit, že klinická skupina inklinuje k sebehodnocení negativnímu na obou škálách stejně, jak tomu bylo zjištěno u Rosenbergovy škály sebehodnocení.

Další část kvantitativního výzkumu se zabývala ověřováním vztahu mezi úrovní explicitního sebehodnocení a aktuální mírou úzkosti u klinického souboru. Můžeme konstatovat, že se u našeho výzkumného souboru nepodařilo prokázat, že by se v závislosti na zvyšující se míře úzkosti klientů snižovala naměřená úroveň explicitního sebehodnocení. Při interpretaci tohoto výsledku se nám nabízí vysvětlení zejména takové, že negativní sebehodnocení není odvislé od aktuální míry úzkosti, ale je součástí obrazu komplexního neurotického onemocnění. Tanner et al. (2006) ve svém výzkumu srovnávala úroveň sebehodnocení u vysoce a málo úzkostných pacientů a v rámci této studie prokázala, že u vysoce úzkostných pacientů byla naměřena nižší úroveň explicitního i implicitního sebehodnocení. Nenalezli jsme však žádné další studie zkoumající tento vztah u úzkostných pacientů. Skutečnost, že se naše výzkumné výsledky rozcházejí se závěry uvedené zahraniční studie, může být způsobena mimo jiné specifikami našeho výzkumného vzorku. Ukazuje se, že by tato oblast zasloužila obecně větší výzkumné pozornosti.

Závěry zahraničních výzkumů zkoumajících **implicitní sebehodnocení** u úzkostných poruch se rozcházejí. Nicméně převažují studie dokládající, že bylo zjištěno negativní implicitní sebehodnocení u úzkostných pacientů (např. Glashouwer et al., 2013; Ritter et al., 2013; de Jong et al., 2012). Což odpovídá i výsledkům u námi sledované skupiny úzkostných jedinců. Uvedené výzkumy zkoumaly úroveň implicitního sebehodnocení převážně pomocí Implicitního asociačního testu (IAT) a Name-Letter Testu. Pro nás je shoda výsledků našeho šetření s uvedenými studiemi o to zajímavější, jelikož jsme implicitní sebehodnocení zkoumali jinou metodou, Rorschachovým testem.

Pro srovnání lze uvést studie nepotvrzující nález negativního implicitního sebehodnocení u úzkostných pacientů (Schreiber et al., 2012; Tanner et al., 2006). Nutno dodat, že oba tyto výzkumy byly provedeny na adolescentech.

Bohužel se nám nepodařilo zcela ověřit, zda u jedinců s úzkostnou poruchou dochází k diskrepanci v úrovni sebehodnocení (viz kapitola 2.9.2). Výsledky sice naznačují, že obě roviny, tedy explicitní i implicitní sebehodnocení směřuje spíše k nižším hodnotám, s jistotou to však, jak již bylo uvedeno, tvrdit nemůžeme. Pokud by

tomu tak bylo, vedlo by nás to k závěru, že osoby s úzkostnou poruchou mají tzv. jisté nízké sebehodnocení (Zeigler-Hill, 2011). Nutno dodat, že téma diskrepancí v úrovni sebehodnocení by jistě stálo za hlubší analýzu, což nám však neumožňuje zejména výběr výzkumných metod.

### 10.3 Limity výzkumu

**Výzkumný vzorek** v našem výzkumu se může jevit částečně problematický, jelikož je nevyvážený z hlediska zastoupení žen a mužů (viz kapitola Rozložení pohlaví u výzkumných souborů, 7.2.3.1). V našem výzkumu jednoznačně převažují ženy, což bylo způsobeno jejich větší dostupností mezi klienty s úzkostnou poruchou v oslovených zařízeních. Obecně se dá říci, že ve zdravotnických zařízeních nalezneme větší počet žen s úzkostnými poruchami než mužů. Statistika uvádí, že pacienty s úzkostnou poruchou tvoří ze 70 % ženy (ÚZIS, 2012).

Stejně tak nelze považovat za reprezentativní rozložení výzkumného vzorku, co se týče věku (viz graf č. 2 a č. 3, kapitola 7.2.3.2), ani dosaženého vzdělání, jelikož v našem vzorku žádná osoba neuvedla, že by měla základní vzdělání (viz graf č. 3, kapitola 7.2.3.3).

V našem výzkumu jsme do určité míry ošetřili nevyrovnanost vzorku tím, že jsme srovnávací skupinu párovali dle kritéria věku, pohlaví, dosaženého vzdělání a stavu zaměstnanosti. Tudíž máme v klinické a srovnávací neklinické skupině vyrovnaný počet jedinců dle daných kritérií.

Nicméně i tak nám tato skutečnost komplikuje generalizaci našich výsledků na populaci úzkostných pacientů. Kupříkladu, jak jsme uvedli v teoretické části (viz kapitola 2.7.1), ženy vykazují v průměru o něco nižší úroveň sebehodnocení než muži.

V rámci dílčích statistických analýz jsme se rozhodli zkoumat možný vliv vybraných nežádoucích proměnných na úroveň sebehodnocení u našeho klinického souboru. Můžeme shrnout, že nebyl nalezen signifikantní vztah mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů, užíváním medikace ani délkou léčby u klientů v našem výzkumném vzorku. Nutno podotknout, že námi zkoumaný soubor není příliš početný a je v jistých ohledech nevyvážený. Co se týče vzdělání, nemáme například ve vzorku žádné osoby se základním vzděláním. Domníváme se proto, že není vhodné z uvedených výsledků činit ukvapené závěry. V rámci analýz byl nalezen signifikantní

vztah mezi věkem a úrovní sebehodnocení na škálách sebpřijetí a vnímání vlastní kompetence v testu SLSC-R, u Rosenbergovy škály tento vztah nevyšel signifikantně. Můžeme uzavřít, že prokázání vlivu věku na úroveň sebehodnocení u našeho souboru je v souladu s teoretickými poznatky i výsledky některých zahraničních výzkumů (viz kapitola 2.7.1). Tento výsledek nás přivádí k tomu, že i do budoucna by bylo vhodné ve výzkumech problematiky sebehodnocení s možnou nežádoucí proměnnou věku počítat.

Dále musíme kriticky zhodnotit, že výzkumný vzorek nebyl sestaven na základě čistě náhodného výběru, jelikož například srovnávací skupinu tvořily osoby z okolí autorky rigorózní práce. Náš výzkumný vzorek proto pozbývá čistou reprezentativitu. Vzhledem k podmínce párování klientů (klinická skupina) s osobami zdravými (srovnávací skupina) však nebylo v našich možnostech tento nedostatek eliminovat.

Velikost našeho vzorku byla dostatečná pro potřeby statistického zpracování dat. Rozsáhlejší vzorek by však znamenal větší reprezentativnost vzhledem k populaci. Zároveň by nám umožnil podrobnější statistické zpracování dat. My jsme se s tímto limitem potýkali při analýze výsledků Rorschachova testu, kdy jsme se museli spokojit se zjišťováním pozitivity a negativity implicitního sebehodnocení. Původním záměrem bylo však rozlišovat navíc, nakolik se jedinci s naměřeným negativním sebehodnocením sami sebou zaobírají (index egocentricity v kombinaci s r-odpověďmi), čemuž jsme z uvedených důvodů nemohli dostat.

Dále se můžeme zamýšlet nad vhodností **výběru cílové diagnostické skupiny** pro účely našeho výzkumu. Ve výzkumu jsme se zaměřili na úzkostné osoby s přidělenou diagnózou tzv. jiných úzkostných poruch (F41). Důvod pro náš výběr byl především ten, že je daný soubor diagnóz poměrně rozšířený (viz teoretická část, kapitola 3.3) a zároveň se jím odborníci výzkumně nezabývají příliš často. Pro čistotu výsledků výzkumu by bylo jistě přímočařejší zaměřit se výhradně na jednu diagnózu, např. panickou poruchu. To však nebylo naším výzkumným záměrem a navíc by to značně zkomplikovalo sběr dat. Diagnostická podskupina je navíc přece jen sdružena dle Mezinárodní klasifikace nemocí (Světová zdravotnická organizace, 1994) na základě společných hlavních znaků, což nám umožňuje s ní pracovat jako s ucelenou diagnostickou jednotkou.



Co však spíše činí výběr skupiny F41 problematickým je skutečnost, že je mezi ně zařazena smíšená úzkostně-depresivní porucha, která ve své podstatě již nese znaky další diagnózy a to depresivní poruchy.

Velké množství studií se zabývalo vztahem mezi depresemi a sebehodnocením. Ukazuje se, že depresivní stavy silně negativně korelují se sebehodnocením (např. Roberts et al., 1996; Sowislo & Orth, 2013; Valiente et al., 2011). Samotné prokázání vztahu mezi explicitním sebehodnocením a depresemi nás nemusí překvapovat i z toho důvodu, že dotazníky zjišťující úroveň sebehodnocení a depresí postihují podobné projevy. Například v Beckově Inventáři (BAI) (Beck et al., 1988) jsou otázky typu: Cítím se v porovnání s druhými lidmi méněcenný, mám sklony se obviňovat/kritizovat, ztratil jsem sebedůvěru apod., které se překrývají s položkami v dotaznících na sebehodnocení.

Přidružení depresivních příznaků u námi zvolené cílové skupiny tudíž může zapříčinit jisté zkreslení výsledků. Na druhou stranu, sekundární depresivní symptomatika se může objevit napříč různými diagnostickými skupinami, obzvláště u úzkostného spektra. Honzák (2005) uvádí, že u cca 40 % pacientů s úzkostnou poruchou se vyskytuje zároveň depresivní symptomatika. Ošetřit tuto skutečnost výzkumně by však bylo velice náročné. Navíc naším výzkumným cílem bylo zkoumat sebehodnocení u konkrétních diagnóz a nikoliv čistě vztah úzkostí a sebehodnocení.

Další, co můžeme vzhledem k výzkumnému vzorku zmínit, je, že předpokládáme, že u úzkostných klientů se objevuje vliv medikace (viz kapitola 7.2.4., graf č. 6), jenž může uměle pozměňovat aktuálně naměřenou úroveň sebehodnocení, jelikož potlačuje příznaky úzkosti a deprese atd. Na tuto skutečnost jsme však upozorňovali již při popisu výzkumných souborů (kapitola 7.2).

V další části diskuze limitů výzkumu se zaměříme na **výběr výzkumných metod**.

Oba dotazníky použité k měření **explicitního sebehodnocení** jsou zahraniční testy, které se v českém prostředí zatím příliš neužívají. Nevýhodou Rosenbergovy škály sebehodnocení i dotazníku Self-Liking/Self-Competence Scale (SLSC) je, že pro ně neexistují česká normativní data. Vhodnější pro náš výzkum by tedy bylo využít metody, které české normy mají, abychom mohli bez váhání určit, jakou má námi zkoumaný soubor úroveň sebehodnocení vzhledem k distribuci ve společnosti. Nicméně taková metoda nám v českém prostředí není k dispozici. K měření sebehodnocení se u nás využívá kupříkladu Tennessee Self Concept Scale, pro kterou sice existují české

překlady, ale nebyla doposud psychometricky zpracována (Svoboda, 2010). Takových metod by bylo možné vyjmenovat více. Existují sice určité metody měřící sebehodnocení u dětí, např. Škála sebehodnocení dítěte od Rohnera (PAQ), ale v oblasti dospělé diagnostiky jako by na našem území zela mezera v metodách měřících sebehodnocení (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2009). Z těchto důvodů jsme se rozhodli pro užití metod zahraničních, v českém prostředí málo frekventovaných.

Na druhou stranu jsme viděli v jejich použití příležitost k možnému srovnání výsledků se zahraničními studii, které užívali zejména Rosenbergovu škálu sebehodnocení. Zároveň nám využití zahraničních dotazníků umožnilo zvolit metodu měřící globální sebehodnocení a další metodu, která vychází z konceptu sebehodnocení jako multidimensionálního konstrukt, což považujeme za prospěšné. Z našich statistických analýz navíc vyplývá vysoká korelace mezi škálami sebepřijetí a vnímání vlastní kompetence testu SLSC-R a také Rosenbergovou škálou sebehodnocení. Tento výsledek nám dovoluje tvrdit, že tyto škály měří podobný jev (Tafarodi, 1998; Tafarodi & Swann, 1995).

**Implicitní sebehodnocení** jsme zkoumali pomocí Rorschachovy metody. Uvědomujeme si, že její použití pro měření implicitního sebehodnocení může být v jistých směrech diskutabilní. Rorschachova metoda se přece jen více hodí pro kvalitativní zpracovávání a individuální práci s protokolem. Rozhodně tak může přinést informace a údaje, o které jsme při čistě kvantitativním zpracování ochuzeni. Nelze však přehlédnout, že se celosvětově realizují kvantitativní výzkumy s užitím Rorschachovy metody (např. Englebert et al., 2013; a mnoho dalších), což má bezesporu své opodstatnění.

My jsme se rozhodli doplnit kvantitativní výzkum o dvě případové studie, které přináší hlubší analýzu negativního sebehodnocení u klientů s úzkostnou poruchou. V těchto kazuistikách se zaměřujeme zejména na detailní rozbor proměnných protokolu Rorschachovy metody, který kombinujeme při interpretaci s údaji z anamnézy, pozorování a výsledků sebehodnotících škál. Domníváme se, že tímto přinášíme ukázkou toho, jak prospěšná může být Rorschachova metoda při zkoumání problematiky sebehodnocení u klientů s úzkostnou poruchou.

Jistou nevýhodou Rorschachovy metody je její časová náročnost a to z hlediska její administrace i vyhodnocení. Samotné skórování a interpretace protokolu navíc vyžaduje trénink a značnou klinickou zkušenost (Šípek, 2000).

Na obhajobu Rorschachovy metody necht' však zazní, že její přínos vidíme ve standardních způsobech administrace i vyhodnocení a v tom, že má vytvořené celosvětově užívané normy (Lečbych, 2013). I přesto, že se jedná o projektivní metodu, domníváme se, že nám může přinášet exaktní data. Navíc Rorschachova metoda neměří pouze jednorozměrně postoj k sobě samému, jak tomu je u většiny v zahraničí užívaných metod k měření implicitního sebehodnocení (IAT a Name-Letter Test), nýbrž nám přináší informace o tom, do jaké míry se jedinec sám sebou zaobírá, umožňuje nám odhad sebehodnocení a dalších specifik pohledu na sebe, např. detekci pocitů viny, zaujetí sebeobrazem apod.

Mohli bychom samozřejmě diskutovat o tom, že ne všechny proměnné jsou v Exnerově Komprehensivním systému podloženy relevantními výzkumy ve stejné míře. Proto jsme se také rozhodli využít srovnávací skupiny i při analýze výsledků Rorschachova testu a naměřené hodnoty s tím porovnat.

V rámci diskuze nad užitými výzkumnými metodami ještě dodáme, že jsme zachovali při vyšetřování všech osob standardní podmínky. Testy jsme administrovali vždy ve stejném pořadí. Tím jsme však rezignovali na ošetření možného vlivu pořadí testů na jeho výsledek. Nepředpokládali jsme, že by mělo hrát roli, zda jedinec vyplní nejprve test SLSC-R či Rosenbergovu škálu. Což nám nakonec napovídá i skutečnost, že se výsledky těchto testů u zkoumaných osob zásadně neliší. Navíc jsme vnímali jako důležité administrovat Rorschachovu metodu až po vyplnění dotazníků, aby měl jedinec možnost dostatečně uvyknout testové situaci a zároveň byl navázán alespoň základní pracovní vztah s vyšetřovanou osobou.

Považujeme za vhodné na tomto místě ještě v krátkosti zmínit užití **Beckovy škály úzkosti**. Tuto metodu jsme do výzkumu zařadili jednak pro ověření, zda jedinci s diagnostikovanou úzkostnou poruchou skutečně vykazují úzkostnou symptomatologii a naopak, abychom detekovali osoby ze srovnávací skupiny, které vykazují neobvyklou míru úzkostí. Ty jsme pak případně ze vzorku vyloučili. Otázkou k diskusi je, kde stanovit hranici mezi vysokou mírou úzkosti, která již naznačuje, že by osoby ze srovnávací skupiny měly být vyřazeny. Přece určitá míra úzkosti, jak jsme rozebírali v teoretické části (viz kapitola 3), je v životě normálním a přirozeným jevem. A naopak je otázka, kde stanovit hranici pro určení, že osoby s diagnózou úzkostné poruchy vykazují příliš nízkou míru úzkosti.

Rozhodli jsme se nakonec řídit doporučenou hranicí pro klinickou praxi, která určuje, že skóre 0-7 odpovídá minimální úzkostné symptomatologii. Nakonec však žádný jedinec zařazený do srovnávacího neklinického souboru nepřesahuje úroveň 4 HS.

Za zásadní limit našeho výzkumu považujeme **omezení výkladu podstaty úzkostných poruch v souvislosti se sebehodnocením**. Prokázaný vztah mezi úzkostí a nízkým sebehodnocením nám totiž neodpovídá na otázku, zda nízké sebehodnocení může být jednou z příčin vzniku úzkostných stavů nebo je naopak sebehodnocení snižené až vlivem duševního onemocnění (Fennell, 2007). Obvykle se v této souvislosti hovoří o modelu vulnerability a scar modelu. Model vulnerability chápe nízké sebehodnocení jako rizikový faktor pro vznik duševního onemocnění, neboli předpokládá, že je možným zdrojem rozvoje psychické poruchy. Scar model interpretuje výskyt nízkého sebehodnocení jako důsledek přítomnosti duševního onemocnění, jelikož vlivem nemoci se sebehodnocení poškodí či se sníží jeho úroveň (viz kapitola 4).

Podobná situace vzniká také při snaze vysvětlit vztah mezi depresi a nízkým sebehodnocením. Tomuto vztahu se v posledních dekáдах věnovala výrazně větší pozornost a stal se předmět většího množství výzkumných studií. Patrně je to dáno i tím, že se v minulosti podařilo prokázat silnější vztah právě mezi depresi a nízkým sebehodnocením, než je tomu u úzkostných poruch.

Nicméně i zde si klademe otázku na podstatu tohoto vztahu. Byly provedeny longitudinální výzkumy, které prokázaly, že nízké sebehodnocení v adolescenci s větší pravděpodobností vede k rozvinutí depresivních obtíží v dospělosti (Sowislo, Orth, & Meier, 2014; Steiger, Allemand, Robins, & Fend, 2014).

V oblasti úzkostných poruch však zatím nebylo provedeno dostatečné množství longitudinálních studií, které by snad mohly přispět k pochopení původu vztahu mezi sebehodnocením a úzkostnými poruchami. Sowislo a Orth (2013), kteří se pokusili v rámci metaanalýzy rozsoudit, zda se přiklonit ke scar modelu nebo modelu vulnerability, výzkum uzavřeli s tím, že nízké sebehodnocení může predikovat úzkosti a zároveň úzkostné stavy mohou mít dopad na sebehodnocení jedince.

Pokud uvažujeme nad tím, co dalšího by mohlo výsledky naší studie zkreslit, měli bychom se vrátit k již zmíněné otázce, zda samotný fakt, že jedinec má psychické potíže, léčí se, navštěvuje odborníka, byla mu přidělena určitá diagnóza a případně musí užívat psychiatrickou medikaci, nemůže mít dopad na to, jak se jedinec k sobě vztahuje, co si o sobě myslí, jak svou situaci prožívá a zda se to vše nemůže negativně odrážet na

úrovni sebehodnocení dané osoby. Jednodušeji řečeno si klademe otázku, zda samotný výskyt zdravotních potíží, obzvláště pokud je samotným pacientem vnímán negativně, může mít dopad na vlastní sebepojímání a sebehodnocení (např. pokud na sebe pohlíží jako na nemocného člověka, jako na někoho, kdo musí vyhledat odbornou pomoc, protože není v pořádku, nebo ještě hůře – považuje se „za blázna“). Nalezneme však i výzkumy, které tento předpoklad vyvracejí (např. Bjørkvik et al., 2008). Důležitým zdrojem informací jsou proto pro nás studie, ve kterých se srovnává skupina vybraných klientů s úzkostnou poruchou s další klinickou skupinou s odlišnou diagnózou a se skupinou kontrolní, tedy neklinickou (Ehnholt et al., 1999; Silverstone & Salsali, 2003). Bohužel tento typ výzkumu je značně časově náročný a zároveň v sobě skýtá problematickou otázku, s jakou další klinickou skupinou či skupinami výsledky námi sledované klinické skupiny srovnávat.

#### **10.4 Návrhy na zlepšení a budoucí oblasti výzkumu**

Jako vyústění diskuze předkládaného výzkumného projektu navrhujeme případná zlepšení a poukazujeme na možnosti budoucího směřování výzkumných snah. Některé z těchto návrhů nacházejí svá opodstatnění v předchozích odstavcích diskuze, nebudeme je proto na tomto místě znovu do hloubky rozebírat, jde nám spíše o jejich shrnutí.

Konkrétní zlepšení námi provedeného výzkumu vidíme především v zařazení metod, které mají normativní data pro českou populaci, tento bod se týká metod na měření explicitního sebehodnocení. Možnou variantou by bylo užít stejné metody, ale vytvořit si vlastní normy. To by však znamenalo počítat s větší časovou investicí do výzkumu, jelikož by bylo potřeba sebrat poměrně velký a reprezentativní vzorek s několika sty zdravými jedinci.

Celkově hodnotíme jako velmi potřebné rozšiřování množství výzkumných studií v oblasti vztahu sebehodnocení a úzkostných poruch. Na základě rozboru teoretických poznatků na toto téma se totiž ukazuje, že takové zaměření rozhodně má své opodstatnění a zároveň, že výzkumů v této oblasti bylo provedeno zatím jen omezené množství.

Velkým přínosem by bylo provést longitudinální výzkum, který by mohl vnést více světla do otázky podstaty vztahu mezi sebehodnocením a úzkostnými poruchami.

Zároveň i studie pracující s porovnáváním vícero klinických skupin s kontrolní skupinou by mohly umožnit lepší ošetření vlivu samotného duševního onemocnění na úroveň sebehodnocení. Musíme také konstatovat, že zájem odborníků se soustředil doteď hlavně na diagnózu sociální fobie z úzkostného spektra. Domníváme se proto, že výzkumné projekty zaměřené na ostatní diagnózy v rámci úzkostných poruch by přinesly rozšíření zorného pole zkoumání v této oblasti.

Zajímavý výzkumný projekt by byl takový, jenž by se zaměřil na zjišťování možných nesouladů v sebepojetí úzkostných pacientů, tak jak jsme o nich hovořili v souvislosti s teoriemi Higginse, Rogerse, Sullivana a dalších (viz kapitola 2.9). Tito autoři upozorňovali na to, že diskrepance mezi Skutečným Já a jeho možnými podobami se může odrážet na sebehodnocení jedince a může být doprovázena úzkostmi.

## 11. Závěr

Cílem předkládané rigorózní práce bylo přispět k pochopení podstaty úzkostných poruch a ověřit, jakou roli v nich hraje právě sebehodnocení. Na základě provedeného výzkumu se podařilo prokázat, že námi zkoumaná skupina klientů s diagnózou tzv. Jiných úzkostných poruch vykazuje signifikantně nižší explicitní a negativní implicitní sebehodnocení oproti srovnávací skupině zdravých osob.

Dalším podstatným zjištěním je nalezení statisticky významně vyššího výskytu tvarově dimenzionálních odpovědí (FD), odstínově dimenzionálních odpovědí (V), odpovědí s obsahy anatomie a rentgenu (An+Xy) i odpovědí s morbidním obsahem (MOR) v Rorschachově metodě u klinického souboru oproti neklinickému.

Celkově lze shrnout, že naše nálezy se shodují s představou, že nízká úroveň sebehodnocení se může vyskytovat jako následek úzkostné poruchy, případně jako specifický aspekt toho druhu onemocnění, nebo naopak, že nízké sebehodnocení je samotnou příčinou vzniku úzkostné poruchy. Námi prokázaný výskyt nízkého sebehodnocení u osob s úzkostnou poruchou nám ovšem neumožňuje porozumět více podstatě tohoto vztahu. Můžeme se však odkazovat na získané teoretické poznatky, které vnášejí do celé věci více světla. V rámci provedeného výzkumu se u našeho klinického souboru nepodařilo prokázat, že by se v závislosti na zvyšující se míře úzkosti klientů snižovala naměřená úroveň explicitního sebehodnocení. Vysvětlení vidíme zejména v tom, že negativní sebehodnocení není odvislé od aktuální míry úzkostné symptomatiky, ale je spíše součástí komplexního obrazu samotného neurotického onemocnění.

Kvantitativní výzkum jsme doplnili o dvě kazuistiky, které přinášejí hlubší analýzu negativního sebehodnocení a narušeného sebeobrazu u klientů s úzkostnou poruchou.

V rámci teoretické práce jsme načrtli, že při snaze vysvětlit charakter úzkostných potíží se téma sebehodnocení objevuje v základních psychologických teoriích. Tyto teorie v zásadě chápou úzkost jako reakci na ohrožení, nikoliv však fyzické stránky organismu, nýbrž ohrožení vlastního Já, vlastního sebeobrazu či sebeúcty.

Náš výzkum chápeme jako první krok vstupu do problematiky vztahu úzkostných poruch a sebehodnocení, kterému nebyla doposud na našem území věnována dostatečná výzkumná pozornost. I přes limity provedeného výzkumu, které byly diskutovány, vidíme přínosy naší studie v tom, že přináší prokázání nižšího explicitního

a implicitního sebehodnocení u klientů se specifickou diagnózou tzv. Jiných úzkostných poruch (F41) oproti srovnávací skupině zdravých osob. Touto diagnostickou podskupinou se zatím v souvislosti se sebehodnocením systematicky výzkumně nikdo nezabýval. Výzkumné studie na obdobné téma vztahu sebehodnocení a úzkostných poruch se ve světě objevují, nicméně jsou povětšinou zaměřeny na diagnózu sociální fobie. Tyto studie přinášejí převážně obdobné výsledky nalezení nízké úrovně sebehodnocení u pacientů trpících úzkostnými obtížemi. Námi zvolená diagnostická podskupina (F41) se vyskytuje poměrně často a zasloužila by si nejen proto rozhodně větší pozornost.

Naším výzkumem jsme zároveň upozornili na skutečnost, že v zahraničí se výzkumně pracuje s oddělenými kategoriemi explicitního a implicitního sebehodnocení již posledních třicet let, což má své nesporné opodstatnění. Se studiemi s rozlišením těchto úrovní sebehodnocení se na našem území téměř nesetkáváme.

Dalším podstatným specifikem naší studie je výběr výzkumných metod, zejména zařazení Rorschachovy metody, která se ukázala jako velmi platná při zkoumání implicitního sebehodnocení.

Celkově bychom byli rádi, kdyby se nám skrze provedenou výzkumnou studii podařilo upozornit na potřebu studovat povahu úzkostných potíží i v dnešní době. V České republice existuje bezpočet zdravotnických zařízení, která pracují s klienty z úzkostného spektra, jedná se totiž o jednu z nejčastějších poruch v oblasti duševního zdraví. Domníváme se, že přínos bádání na poli vztahu sebehodnocení a úzkostí je něco, co by mohlo být nesporně nápomocné i v oblasti terapeutické léčby těchto klientů. Mohlo by to vést k jejímu zefektivnění a konkrétním krokům k vytváření komplexních programů zaměřených na tento druh klientů.

Jako vhodný směr budoucího bádání považujeme zejména ověření platnosti modelu vulnerability a scar modelu, které představují odlišná vysvětlení výskytu nízkého sebehodnocení u specifických diagnostických skupin úzkostných poruch. Tyto modely se zabývají otázkou, zda chápat nízké sebehodnocení jako příčinu vzniku úzkostných poruch či naopak jako přidružený efekt způsobený vlivem tohoto onemocnění.



## 12. Literatura

- Acarturk, C., Smit, F., de Graaf, R., Van Straten, A., Ten Have, M., & Cuijpers, P. (2009). Incidence of social phobia and identification of its risk indicators: A model for prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *119*(1), 62-70.
- Adler, A. (1995). *Smysl života*. Praha: Práh.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... & Vollebergh W. A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 21-27.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bagley, C., Bolitho, F., & Bertrand, L. (2007). Norms and construct validity of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Canadian high school populations: Implications for counselling. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, *31*(1), 82-92.
- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: Nakladatelství MACH.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological science in the public interest*, *4*(1), 1-44.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. USA: BasicBooks.

- 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.
- Bernichon, T., Cook, K. E., & Brown, J. D. (2003). Seeking self-evaluative feedback: The interactive role of global self-esteem and specific self-views. *Journal of personality and social psychology, 84*(1), 194-204.
- Bjørkvik, J., Biringer, E., Eikeland, O. J., & Nielsen, G. H. (2008). Predicting self-esteem in psychiatric outpatients. *Nordic Psychology, 60*(1), 43-57.
- Blanton, H., & Jaccard, J. (2006). Arbitrary metrics in psychology. *American Psychologist, 61*(1), 27-41.
- Blatný, M. (2001). *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.
- Blatný, M. (2003). Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. In M. Blatný & A. Plháková, *Temperament, inteligence, sebepojetí* (pp. 87-130). Brno: Sdružení SCAN.
- Blatný, M. (2010). Sebepojetí z pohledu sociálně-kognitivní psychologie. In M. Blatný (Ed.), *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
- Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: Struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie, 38* (6), 481 – 488.
- Blatný, M., & Osecká, L. (1997). Vztah sebehodnocení a struktury významu já. *Československá psychologie, 41*(4), 314-322.
- Blatný, M., & Osecká, L. (1998). Zdroje Sebehodnocení a životní spokojenosti: Osobnost a strategie zvládání. *Československá psychologie, 62*(5), 385-394.

- Broucek, F. J. (1991). *Shame and the self*. New York: The Guilford Press.
- Brown, J. D., & Dutton, K. A. (1995). The thrill of victory, the complexity of defeat: Self-esteem and people's emotional reactions to success and failure. *Journal of personality and social psychology*, 68(4), 712-722.
- Buchtová, B. (Ed.). (2002). *Nezaměstnanost: Psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada Publishing.
- Buchtová, B., & Snopek, M. (2012). Psychické, zdravotní a sociálně-ekonomické důsledky ztráty práce. *Československá psychologie*, 56(4), 325-342.
- Byrne, B. M. (1984). The general/academic self-concept nomological network: A review of construct validation research. *Review of educational research*, 54(3), 427-456.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Carney, C. E., Moss, T. G., Harris, A. L., Edinger, J. D., & Krystal A. D. (2011). Should We Be Anxious When Assessing Anxiety Using the Beck Anxiety Inventory in Clinical Insomnia Patients? *Journal of Psychiatric Research*, 45(9), 1243-1249.
- Conte, C. (2009). *Advanced techniques for counseling and psychotherapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Corning, A. F. (2002). Self-esteem as a moderator between perceived discrimination and psychological distress among women. *Journal of Counseling Psychology*, 49(1), 117-126.
- Cross, S. E., & Markus, H. R. (1994). Self-schemas, possible selves, and competent performance. *Journal of Educational Psychology*, 86(3), 423-438.

- De Jong, P. J. (2002). Implicit self-esteem and social anxiety: Differential self-favouring effects in high and low anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 40(5), 501-508.
- De Jong, P. J., Sportel, B. E., de Hullu, E., & Nauta, M. H. (2012). Co-occurrence of social anxiety and depression symptoms in adolescence: Differential links with implicit and explicit self-esteem? *Psychological medicine*, 42(03), 475-484.
- Dijksterhuis, A. (2004). I like myself but I don't know why: Enhancing implicit self-esteem by subliminal evaluative conditioning. *Journal of personality and social psychology*, 86(2), 345-355.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2011). Self-esteem: Enduring issues and controversies. In T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, & A. Furnham (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences* (pp. 718 -746). Chichester, England: Wiley-Blackwell.
- Durecová, K. (2007). Behaviorální přístupy. In J. Vymětal (Ed.), *Speciální psychoterapie* (2nd ed, pp. 85-115). Praha: Grada Publishing.
- Ehnholt, K. A., Salkovskis, P. M., & Rimes, K. A. (1999). Obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and self-esteem: An exploratory study. *Behaviour research and therapy*, 37(8), 771-781.
- Ellis, A. (2001). *Člověče, neboj se: Jak ovládnout úzkost dřív, než ovládne nás*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Ellis, A., & MacLaren, C. (2005). *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál.
- Englebert, J., Thiltges, E., Wertz, C., & Blavier, A. (2013). Anatomical contents in the Rorschach test: Comparison between a population of nurses and a control group. *L'Encephale*, 39(2), 94-100.

- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: A Comprehensive System Volume 1: Basic Foundations and Principles of Interpretation* (4th ed). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Exner, J. E. (2009). *A Rorschach Workbook for the Comprehensive System* (5th ed.) /*Rorschach: Praktická příručka*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Fennell, M. J. (1997). Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(01), 1-26.
- Fennell, M. J. (2007). Low self-esteem. In N. Kazantzis & L. L'Abate. *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy* (pp. 297-314). New York: Springer.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7(2), 117-140.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage publications.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: Perspektivy z pohledu vývojové patologie*. Praha: Portál.
- Franks, D. D., & Marolla, J. (1976). Efficacious action and social approval as interacting dimensions of self-esteem: A tentative formulation through construct validation. *Sociometry*, 39(4), 324-341.
- Freud, S. (1999). *Mimo princip slasti a jiné práce z let 1920-1924*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Freud, S. (2000). *Spisy z let 1892-1899*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Gentile, B., Grabe, S., Dolan-Pascoe, B., Twenge, J. M., Wells, B. E., & Maitino, A. (2009). Gender differences in domain-specific self-esteem: A meta-analysis. *Review of General Psychology*, 13(1), 34.

- Glashouwer, K. A., Vroling, M. S., de Jong, P. J., Lange, W. G., & de Keijser, J. (2013). Low implicit self-esteem and dysfunctional automatic associations in social anxiety disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 44(2), 262-270.
- Goldsmith, A. H., Veum, J. R., & Darity Jr, W. (1997). Unemployment, joblessness, psychological well-being and self-esteem: Theory and evidence. *The Journal of Socio-Economics*, 26(2), 133-158.
- Gottesman, D., & Lewis, M. S. (1982). Differences in crisis reactions among cancer and surgery patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3), 381-388.
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., ... & Pinel, E. (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of personality and social psychology*, 63(6), 913-922.
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102(1), 4-27.
- Greenwald, A. G., & Farnham, S. D. (2000). Using the implicit association test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of personality and social psychology*, 79(6), 1022-1038.
- Hallsten, L., Rudman, A., & Gustavsson, P. (2012). Does Contingent Self-Esteem Increase During Higher Education? *Self and Identity*, 11(2), 223-236.
- Hartley, J. F. (1980). The impact of unemployment upon the self-esteem of managers. *Journal of occupational psychology*, 53(2), 147-155.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological review*, 94(3), 319.

- Higgins, E. T., Klein, R., & Strauman, T. (1985). Self-concept discrepancy theory: A psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Social cognition*, 3(1), 51-76.
- Honzák, R. (Ed.). (2005). *Úzkostný pacient*. Praha: Galén.
- Horney, K. (2000). *Neuróza a lidský růst*. Praha: Pragma.
- Huang, C., & Dong, N. (2012). Factor structures of the Rosenberg Self-Esteem Scale: A meta-analysis of pattern matrices. *European journal of psychological assessment*, 28(2), 132-138.
- Hulme, N., Hirsch, C., & Stopa, L. (2012). Images of the self and self-esteem: Do positive self-images improve self-esteem in social anxiety? *Cognitive behaviour therapy*, 41(2), 163-173.
- Cheng, C. M., Govorun, O., & Chartrand, T. L. (2012). Effect of self-awareness on negative affect among individuals with discrepant low self-esteem. *Self and Identity*, 11(3), 304-316.
- Jacoby, M. (1996). *Shame and the origins of self-esteem: A Jungian approach*. London: Routledge.
- Jones, J. T., Pelham, B. W., Mirenberg, M. C., & Hetts, J. J. (2002). Name letter preferences are not merely mere exposure: Implicit egotism as self-regulation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38(2), 170-177.
- Josephs, R. A., Larrick, R. P., Steele, C. M., & Nisbett, R. E. (1992). Protecting the self from the negative consequences of risky decisions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(1), 26-37.

- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, *62*(6), 617-627.
- Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J., & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, *125*(4), 470.
- Kocourková, J. (2007). Úzkostné poruchy v klinické praxi. In J. Vymětal (Ed.), *Speciální psychoterapie* (2nd ed., pp. 85-115). Praha: Grada Publishing.
- Koole, S. L., Dijksterhuis, A., & van Knippenberg, A. (2001). What's in a name: Implicit self-esteem and the automatic self. *Journal of personality and social psychology*, *80*(4), 669-685.
- Krizan, Z. (2008). What is implicit about implicit self-esteem? *Journal of Research in Personality*, *42*(6), 1635-1640.
- Leary, M. R. (2007). Motivational and emotional aspects of the self. *Annual Review of Psychology*, *58*, 317-344. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085658
- Leary, M. R., & Downs, D. L. (1995). Interpersonal functions of the self-esteem motive. In M. H. Kernis (Ed.) *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 123-144). New York: Springer US.
- Lečbych, M. (2013). *Rorschachova metoda: Integrativní přístup k interpretaci*. Praha: Grada.
- Lewis, M. (2008). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd ed., pp. 742-756). New York: Guilford.



- Leyfer, O. T., Ruberg, J. L., & Woodruff-Borde, J. (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Anxiety Disorders, 20*, 444–458.
- Lickel, B., Kushlev, K., Savalei, V., Matta, S., & Schmader, T. (2014). Shame and the motivation to change the self. *Emotion, 14*(6), 1049-1061.
- Lukavský, J., Šolcová, I., & Preiss, M. (2011). Proaktivní zvládání u osob staršího věku: Vztah k vybraným kognitivním proměnným. *Československá psychologie, 55*(3), 193-203.
- Macek, P. (2008). Sebesystém, vztah k vlastnímu já. In J. Výrost & I. Slaměník (Eds.), *Sociální psychologie* (pp. 89-107). Praha: Grada.
- Machanová, M. (2009). *Fenomén sebehodnocení: Psychometrická analýza dotazníku SLCS-R* (Diplomová práce, Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Brno, Česká republika). Retrived from: [http://is.muni.cz/th/124096/ff\\_m/](http://is.muni.cz/th/124096/ff_m/)
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American psychologist, 41*(9), 954-969.
- Marsh, H. W. (1986). Global self-esteem: Its relation to specific facets of self-concept and their importance. *Journal of personality and social psychology, 51*(6), 1224-1236.
- Mruk, C. J. (2006). *Self-esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem*. Springer Publishing Company.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological science, 6*(1), 10-19.
- Najbrtová, K. (2015). *Problematika sebehodnocení u klientů s úzkostnou poruchou* (Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Praha, Česká republika).

- Nuttin, J. M. (1985). Narcissism beyond Gestalt and awareness: The name letter effect. *European Journal of Social Psychology, 15*(3), 353-361.
- Orth, U., Maes, J., & Schmitt, M. (2014, December). Self-Esteem Development Across the Life Span: A Longitudinal Study With a Large Sample From Germany. *Developmental Psychology*. Retrived from: <http://dx.doi.org/10.1037/a0038481>
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of personality and social psychology, 102*(6), 1271-1288.
- Osecká, L., & Blatný, M. (1997). Struktura globálního vztahu k sobě: Analýza Rosenbergovy škály sebehodnocení – replikace. *Československá psychologie, 61*(6), 481-486.
- Papežová, H. (2008). Úzkostné poruchy. In J. Raboch & P. Pavlovský (Eds.), *Klinická psychiatrie v denní praxi* (pp. 105-112). Praha: Galén.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Pelham, B. W., & Swann, W. B. (1989). From self-conceptions to self-worth: On the sources and structure of global self-esteem. *Journal of personality and social psychology, 57*(4), 672-680.
- Petrosky, E. M., (2004). The Relationship Between the Morbid Response of the Rorschach Inkblot Test and Self-Reported Depressive Symptomatology. *Journal of Projective Psychology & Mental Health, 12*, 87-98.
- Polák, A., & Obuch, I. (2011). *Komprehensivní systém J. E. Exnera, Jr.: Standardizovaný přístup k vyhodnocování Rorschachovy metody*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Poněšický, J. (2004). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.

- Porcelli, P. (2010). Rorschach Comprehensive System predictors of biopsychological distress in patients with chronic disease. *Rorschachiana*, 31(2), 143-171.
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2008). *Úzkost a obavy: Jak je překonat*. Praha: Portál.
- Prašková, H., & Praško, J. (2000). *Úzkostné a fobické poruchy: Malá psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: Galén.
- Richardson, C. G., Ratner, P. A., & Zumbo, B. D. (2009). Further support for multidimensionality within the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Current psychology*, 28(2), 98-114.
- Ritter, V., Ertel, C., Beil, K., Steffens, M. C., & Stangier, U. (2013). In the presence of social threat: Implicit and explicit self-esteem in social anxiety disorder. *Cognitive therapy and research*, 37(6), 1101-1109.
- Roberts, J. E., Gotlib, I. H., & Kassel, J. D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 70(2), 310-318.
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 158-162.
- Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and aging*, 17(3), 423-434.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology, A Study of a Science. Vol. III: Formulations of the Person and the Social Context* (pp. 185-252). New York: McGraw-Hill.

- Rogers, C. R. (1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 827-832.
- Rogers, C. (2012). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. New York: Houghton Mifflin Harcourt.
- Rokeach, M. (1979). *Understanding human values*. New York: Simon and Schuster.
- Rorschach, H. (1948). *Psychodiagnostik: Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments (deutenlassen von Zufallsformen)* (6th ed.). Bern: Hans Huber.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review, 60*(1), 141-156.
- Říčan, P. (1975). *Psychologie osobnosti*. Praha: Nakladatelství Orbis.
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. Praha: Grada Publishing.
- Safran, J. D. (1984). Assessing the cognitive-interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research, 8*(4), 333-347.
- Shackelford, T. K. (2001). Self-esteem in marriage. *Personality and Individual Differences, 30*(3), 371-390.
- Shamir, B. (1986). Self-esteem and the psychological impact of unemployment. *Social Psychology Quarterly, 49*(1), 61-72.
- Shatin, L. (1952). Psychoneurosis and psychosomatic reaction: A Rorschach study. *Journal of Consulting Psychology, 16*(3), 220-223.

- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of educational research*, 46(3), 407-441.
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 89(4), 623-642.
- Schraggeová, M. (2007). Osobnostné a situačné prediktory vnímania príčin nezamestnanosti. *Československá psychologie*, 51(4), 347-359.
- Schreiber, F., Bohn, C., Aderka, I. M., Stangier, U., & Steil, R. (2012). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem among adolescents with social anxiety disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(4), 1074-1081.
- Silberg, J. L, & Armstrong, J. G. (1992). The Rorschach test for predicting suicide among depressed adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 59(2), 290-303.
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I-The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Psychiatry*, 2(1), 2. doi: 10.1186/1475-2832-2-2
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240.
- Sowislo, J. F., Orth, U., & Meier, L. L. (2014). What constitutes vulnerable self-esteem? Comparing the prospective effects of low, unstable, and contingent self-esteem on depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(4), 737-753.

- Steer, R. A., Clark, D. A., Kumar, G., & Beck, A. T. (2008). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression in adolescent outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(3), 163-170.
- Steiger, A. E., Allemand, M., Robins, R. W., & Fend, H. A. (2014a). Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *Journal of personality and social psychology*, 106(2), 325.
- Steiger, A. E., Fend, H. A., & Allemand, M. (2014b, December). Testing the Vulnerability and Scar Models of Self-Esteem and Depressive Symptoms From Adolescence to Middle Adulthood and Across Generations. *Developmental Psychology*. Retrived from: <http://dx.doi.org/10.1037/a0038478>
- Suls, J., & Krizan, Z. (2005). On the relationships between explicit and implicit global self-esteem and personality. *New Frontiers of Self Research*, 2, 79-94.
- Sullivan, H. S. (Ed.). (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Routledge.
- Supple, A. J., Su, J., Plunkett, S. W., Peterson, G. W., & Bush, K. R. (2013). Factor Structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(5), 748-764.
- Světová zdravotnická organizace. (1994). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2009). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.

- Šípek, J. (2000). *Projektivní metody*. Praha: ISV nakladatelství.
- Tafarodi, R. W. (1998). Paradoxical self-esteem and selectivity in the processing of social information. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(5), 1181 – 1196.
- Tafarodi, R. W., & Milne, A. B. (2002). Decomposing Global Self-Esteem. *Journal of Personality*, *70*(4), 443 – 483.
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. (1995). Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, *65*(2), 322 – 342.
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. (2001). Two-dimensional self-esteem: Theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, *31*(5), 653–673.
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of personality and social psychology*, *70*(6), 1256-1269.
- Tanner, R. J., Stopa, L., & De Houwer, J. (2006). Implicit views of the self in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(10), 1397-1409.
- Tarlow, E. M., & Haaga, D. A. (1996). Negative self-concept: Specificity to depressive symptoms and relation to positive and negative affectivity. *Journal of Research in Personality*, *30*(1), 120-127.
- Tice, D. M. (1991). Esteem protection or enhancement? Self-handicapping motives and attributions differ by trait self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(5), 711-725.
- Tiggemann, M., & Winefield, A. H. (1984). The effects of unemployment on the mood, self-esteem, locus of control, and depressive affect of school-leavers. *Journal of occupational Psychology*, *57*(1), 33-42.

- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). Putting the Self Into Self-Conscious Emotions: A Theoretical Model. *Psychological Inquiry, 15*(2), 103-125.
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2001). Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review, 5*(4), 321-344.
- Ulč, I. (1999). *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha: Grada Publishing.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2012). *Psychiatrická péče 2011: Zdravotnická statistika*. Praha: ÚZIS.
- Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Valiente, C., Cantero, D., Vázquez, C., Sanchez, A., Provencio, M., & Espinosa, R. (2011). Implicit and explicit self-esteem discrepancies in paranoia and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(3), 691-699.
- Van Tuijl, L. A., de Jong, P. J., Sportel, B. E., de Hullu, E., & Nauta, M. H. (2014). Implicit and explicit self-esteem and their reciprocal relationship with symptoms of depression and social anxiety: A longitudinal study in adolescents. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 45*(1), 113-121.
- Vandromme, H., Hermans, D., Spruyt, A., & Eelen, P. (2007). Dutch translation of the Self-Liking/Self-Competence Scale–Revised: A confirmatory factor analysis of the two-factor structure. *Personality and Individual Differences, 42*(1), 157-167.
- Vater, A., Ritter, K., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Lammers, C. H., Bosson, J. K., & Roepke, S. (2013). When grandiosity and vulnerability collide: Implicit and explicit self-esteem in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 44*(1), 37-47.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.



- Vymětal, J. (Ed.). (2007). *Speciální psychoterapie* (2nd ed.). Praha: Grada Publishing.
- Waters, L. E., & Moore, K. A. (2002). Predicting self-esteem during unemployment: The effect of gender, financial deprivation, alternate roles, and social support. *Journal of Employment Counseling*, 39(4), 171-189.
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164.
- Zeigler-Hill, V., & Terry, C. (2007). Perfectionism and explicit self-esteem: The moderating role of implicit self-esteem. *Self and Identity*, 6(2-3), 137-153.
- Ženatý, J. (2009). Percepční a projektivní vlastnosti Rorschachových tabulí. In J. Ženatý, & R. Máthé (Eds.), *Projektivní významy Rorschachových tabulí*, (pp. 11-85). Monografická série České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody. Praha: ČSRaP & Psychoprof.

## 13. Seznam grafů a tabulek

### Seznam grafů

<i>Graf 1 Věkové rozložení klinického souboru</i> .....	88
<i>Graf 2 Věkové rozložení neklinického souboru</i> .....	88
<i>Graf 3 Srovnání rozložení klinického a neklinického souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání</i> .....	89
<i>Graf 4 Stav zaměstnanosti u výzkumných souborů</i> .....	90
<i>Graf 5 Srovnání rodinného stavu u klinického a neklinického souboru</i> .....	90
<i>Graf 6 Užívání medikace u klinického souboru</i> .....	91

### Seznam tabulek

<i>Tabulka 1 Shapiro-Wilkův test normality pro klinický soubor</i> .....	94
<i>Tabulka 2 Shapiro-Wilkův test normality pro neklinický soubor</i> .....	94
<i>Tabulka 3 Porovnání hodnot Rosenbergovy škály sebehodnocení u klinického a neklinického souboru</i> .....	96
<i>Tabulka 4 Porovnání hodnot škály sebezpřijetí u klinického a neklinického souboru</i> .....	96
<i>Tabulka 5 Porovnání hodnot škály vnímání vlastní kompetence u klinického a neklinického souboru</i> .....	96
<i>Tabulka 6 Chí-kvadrát test pro rozdělení do tří skupin</i> .....	98
<i>Tabulka 7 Chí-kvadrát test a Fisherův exaktní test pro sloučené skupiny</i> .....	98
<i>Tabulka 8 Mann-Whitney test pro implicitní sebehodnocení</i> .....	101
<i>Tabulka 9 Testy normality: škály úzkosti a sebehodnocení</i> .....	102
<i>Tabulka 10 Deskriptivní statistiky pro jednotlivé škály úzkosti a sebehodnocení</i> .....	103
<i>Tabulka 11 Vztah mezi používanými škálami úzkosti a sebehodnocení</i> .....	104
<i>Tabulka 12 Deskriptivní statistiky pro proměnnou věku</i> .....	105
<i>Tabulka 13 Vztah mezi proměnnou věku a škálami sebehodnocení</i> .....	106
<i>Tabulka 14 Deskriptivní statistika pro proměnnou vzdělání u jednotlivých škál sebehodnocení</i> .....	107
<i>Tabulka 15 Vztah mezi proměnnou vzdělání a škálami sebehodnocení</i> .....	107
<i>Tabulka 16 Deskriptivní statistika pro proměnnou délku léčby</i> .....	108
<i>Tabulka 17 Vztah mezi proměnnou délkou léčby v měsících a škálami sebehodnocení</i> .....	108
<i>Tabulka 18 Deskriptivní statistika pro proměnnou medikace</i> .....	109
<i>Tabulka 19 Vztah mezi proměnnou medikace a škálami sebehodnocení</i> .....	109