

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Bc. Marika Dvořáková

Soucit k sobě a stud u pacientů s úzkostnou poruchou

Self-compassion and shame in patients with anxiety disorder

Praha, 2019

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

Odborný konzultant práce: PhDr. Jan Benda

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

V Praze dne 23. 7. 2019

.....

Bc. Marika Dvořáková

Poděkování

Tato práce vznikla s podporou několika lidí.

Ze srdce děkuji PhDr. Katarině Lonekové Ph.D., že se stala lidskou a podporující vedoucí mé práce a že mi byla k dispozici, když jsem ji potřebovala.

Chtěla bych poděkovat PhDr. Janu Bendovi za to, že mě přizval a inspiroval k výzkumu, čímž mi ukázal, že je možné překonávat své hranice. Tato práce pro mě není jen nutnou podmínkou k dokončení studia psychologie, ale také hlubším ponořením se do tématu, které postupně mění můj život.

Dále děkuji Mgr. Lucii Kafkové, B.Sc. za pomoc ve výzkumné části práce a svému výzkumnému kolegovi Mgr. Pavlu Kadlečikovi.

A na závěr děkuji svému manželovi, který je mojí milovanou oporou ve všem, do čeho se v životě s vervou pouštím.

Sluší se také poděkovat všem níže zmiňným pracovištím, která byla vstřícná ke sběru dat do výzkumu a June Tangney za možnost použití dotazníku TOSCA-3.

„Téma soucitu nijak nesouvisí s náboženstvím. Je to věc celého lidstva, sjednocující podmínka přežití lidské rasy.“

Dalajláma

Abstrakt:

Mnohé výzkumy se zabývají širokou škálou možností příčin vzniku úzkostných poruch, kterými mohou být různá nezpracovaná traumata, fyziologické příčiny, kognitivní zkreslení nebo naučené reakce. Úzkostné poruchy mívají tendenci vytvořit tzv. bludný kruh stresu a úzkosti, který pacienty uzavírá, vede k sociální izolaci a pozvolné ztrátě životních jistot. Úzkostné poruchy patří mezi nejrozšířenější duševní onemocnění. Hlavní typy poruch jsou v práci představeny a propojeny s koncepty soucitu k sobě, studu a viny, které jsou v posledních letech zkoumány v zahraničí.

Výzkumná část pak přináší výsledky zkoumání role soucitu k sobě, studu a viny v prožívání klinické úzkosti, které potvrzují předpoklad, že pacienti trpící úzkostí vykazují statisticky významně nižší míru soucitu k sobě, vyšší tendenci k prožívání studu a internalizovaného studu. Tendence k prožívání viny nevykazuje vztah se soucitem k sobě. Podrobnosti jsou diskutovány.

Klíčová slova:

úzkost

soucit k sobě

stud

internalizovaný stud

vina

Abstract:

Many researches deal with a wide range of cause of anxiety disorders, which may include various untreated traumas, physiological causes, cognitive distortion or learned reactions. Anxiety disorders tend to create so-called the vicious circle of stress and anxiety that closes the patients, leads them to social isolation and gradual loss of life certainty. Anxiety disorders are among the most common mental illness. Major types are introduced in the thesis and they are connected with the concepts of self-compassion, shame-proneness and guilt-proneness, which have been studied abroad in recent years.

The research part then brings the results of the role of self-compassion, shame-proneness and guilt-proneness in experiencing clinical anxiety, confirming the assumption that patients suffering from anxiety show a significantly lower level of self-compassion, a higher shame-proneness and internalized shame. Guilt-proneness does not show a relation with self-compassion. Details are discussed.

Key words:

anxiety

self-compassion

shame

internalized shame

guilt

Obsah

Obsah	6
Seznam použitých zkratk	9
Úvod.....	12
I. LITERÁRNĚ-PŘEHLEDOVÁ ČÁST.....	13
1 Úzkost.....	13
1.1 Charakteristika úzkostných poruch.....	14
1.1.1 F40.0 – Agorafobie	17
1.1.2 F40.1 – Sociální fobie	17
1.1.3 F40.2 – Specifické fobie	18
1.1.4 F41.0 – Panická porucha.....	18
1.1.5 F41.1 – Generalizovaná úzkostná porucha	19
1.1.6 F41.2 – Smíšená úzkostně-depresivní porucha.....	20
1.2 Etiologie úzkostných poruch	20
1.3 Úzkost z pohledu neurofyzologie	21
1.4 Terapie úzkosti.....	24
2 Stud.....	26
2.1 Stud a vina	27
2.2 Stud v souvislosti s úzkostí.....	30
2.3 Stud a vina v souvislosti s úzkostí	31
3 Soucit.....	32
3.1 Soucit k sobě.....	34
3.2 Soucit k sobě z neurovědního hlediska.....	37
3.3 Soucit k sobě a sebezpřijetí	40

3.4	Soucit k sobě a stud v terapii úzkosti.....	42
3.4.1	Kognitivní terapie založená na všímavosti – MBCT.....	44
3.4.2	Terapie přijetí a odevzdání – ACT	44
3.4.3	Terapie zaměřená na soucit – CFT	44
3.5	Výzkum soucitu k sobě a studu v ČR.....	46
4	Shrnutí literárně-přehledové části.....	47
II. VÝZKUMNÁ ČÁST		48
5	Východiska a cíle projektu	48
6	Výzkumné otázky	48
7	Výzkumné hypotézy	49
8	Výzkumné metody.....	49
8.1	SCS-CZ.....	50
8.2	TOSCA-3	51
8.3	ISS.....	52
8.4	GAD-7	53
9	Průběh sběru dat	54
10	Charakteristiky výzkumného souboru.....	55
10.1	Pohlaví	55
10.2	Věk.....	56
10.3	Bydliště	58
10.4	Nejvyšší dosažené vzdělání	58
10.5	Zastoupení zdravých a úzkostných respondentů	59
11	Testování výzkumných hypotéz	60
12	Shrnutí výsledků analýzy	72
13	Diskuse	74
III. ZÁVĚR.....		79

Použitá literatura	80
Přílohy.....	99
Příloha č. 1: Úvodní dotazník testové baterie	100
Příloha č. 2: SCS-CZ	101
Příloha č. 3: TOSCA-3.....	103
Příloha č. 4: GAD-7	106
Příloha č. 5: Demografické grafy a tabulky	107
Příloha č. 6: Grafy ověření normálního rozložení dat dle hypotéz č. 1 – 4	109

Seznam použitých zkratk

ACT	Terapie přijetí a odevzdání (<i>Acceptance and Commitment Therapy</i>)
CCT	Výcvik soucitu (<i>Compassion Cultivation Training</i>)
CFT	Terapie zaměřená na soucit (<i>Compassion Focused Therapy</i>)
CMT	Soucitný trénink mysli (<i>Compassionate Mind Training</i>)
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Výpočetní tomografie (<i>Computed Tomography</i>)
DBT	Dialektická terapie chování (<i>Dialectical Behavior Therapy</i>)
DMS-IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
EEG	Elektroencefalografie
GAD-7	Škála generalizované úzkostné poruchy (<i>Generalized Anxiety Disorder Scale</i>)
ICHS	Ischemická choroba srdeční
ISS	Škála internalizovaného studu (<i>Internalized Shame Scale</i>)
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MBCT	Kognitivní terapie založená na všímavosti (<i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i>)
MBSR	Na všímavosti založená redukce stresu (<i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i>)
MR	Magnetická rezonance
PET	Pozitronová emisní tomografie

PTSP	Posttraumatická stresová porucha
RFT	Teorie vztahového rámce (<i>Relational Frame Theory</i>)
rTMS	Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (<i>Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation</i>)
SCS-CZ	Škála soucitu se sebou (<i>Self-Compassion Scale</i>)
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (<i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitors</i>)
TOSCA-3	Test sebevztahovaných emocí (<i>Test of Self-Conscious Affect</i>)

Úvod

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychická onemocnění vůbec a jejich rostoucí výskyt v populaci je jedním z klíčových důvodů k hledání nových, inovativních a efektivnějších terapeutických intervencí. V této práci jsou představeny úzkostné poruchy v souvislosti s relativně mladým konceptem soucitu k sobě (*self-compassion*), který má blízko východnímu učení buddhismu, ale i západnímu trendu všímavosti (*mindfulness*). Práce reaguje na aktuální vlnu zkoumání soucitu k sobě a internalizovaného studu v terapeutické změně u pacientů, kterou v České republice aktuálně rozšířil převážně PhDr. Jan Benda.

Hlavním cílem práce je představit koncept soucitu k sobě a internalizovaného studu v souvislosti s úzkostí a statisticky ověřit předpoklad, že klinický soubor pacientů trpících úzkostnou poruchou bude vykazovat nižší míru soucitu k sobě a související vyšší míru internalizovaného studu a pocitů viny v porovnání s kontrolním souborem. Tyto předpoklady se opírají o níže uvedná zjištění zahraničních studií, které zkoumají tendenci k prožívání studu, viny a soucitu k sobě a jejich působení na lidskou psychiku. Rozvoj soucitu k sobě se podle nich jeví jako vhodný prostředek pro zmírňování intenzity internalizovaného studu a zároveň symptomů úzkosti. Práce se pokouší doplnit dosavadní poznání o soucitu k sobě u nás.

Literárně-přehledová část shrnuje základní typy úzkostných poruch z hlediska psychologického, etiologického, neurovědeckého i terapeutického a vymezuje pojetí studu, viny a soucitu k sobě pro výzkumnou část práce. Koncepty jsou představeny s ohledem na dostupnou literaturu a aktuální výzkumy v souvislosti s úzkostí.

Výzkumná část práce statisticky porovnává soubor úzkostných pacientů se souborem zdravých osob ve čtyřech proměnných: soucit k sobě, internalizovaný stud, tendence k prožívání viny a tendence k prožívání studu. Výsledná zjištění jsou diskutována ve 13. kapitole.

Téma se pojí převážně s klinickým prostředím a pojetím pacientů jakožto osob trpících nemocí nebo zraněním, kteří vyžadují zdravotnickou pomoc. Proto je v práci záměrně využíván termín „pacienti“, nikoliv klienti.

I. LITERÁRNĚ-PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1 Úzkost

Úzkost je subjektivně nepříjemný emoční stav, který však nemá objektivní příčinu. Často bývá laicky zaměňován se strachem, který se liší právě tím, že je reakcí na konkrétní ohrožení s typickým fyziologickým doprovodem. Úzkost je pocit vnitřního napětí spojený s očekáváním nebezpečí. Prožitek úzkosti může mít různou míru a může se měnit v čase. Může protkat kontinuálně každodenní život pacienta a různě fluktuovat, nebo jej může přepadat formou spontánních záchvatů paniky (Praško, 2005).

Současná globální prevalence úzkostných poruch se pohybuje mezi 0,9 – 28,3 % napříč mnohými zeměmi (Baxter, Scott, Vos & Whiteford, 2013). V Evropě jsou čísla odhadována na 13,6 % populace (Alonso & Lépine, 2007) a ve Spojených státech se pohybují okolo 18,1 % (Kessler & Wang, 2008). Bandelow & Michaelis (2015) dokonce nazývají 21. století stoletím úzkosti! To upozorňuje na markantnost problému a na důležitost efektivního léčení. Pokud pacienti léčbu nepodstoupí, zpravidla se jejich stav postupně zhoršuje, snižuje se celková kvalita života a dochází k invalidizaci srovnatelné s jinými somatickými chorobami, jako je např. diabetes (Sokół-Szawłowska & Poleszczyk, 2018).

Nejčastěji se úzkostné poruchy vyskytují u mladých lidí ve věkovém rozmezí 25 – 44 let. Pokud se stav pacientů vlivem špatného nebo žádného léčení chronifikuje, mívají dokonce chroničtější průběh než závislosti nebo afektivní poruchy. Samy úzkostné poruchy se často kombinují mezi sebou, ovšem až v 70 % případů se vyskytují společně s depresí. Vlivem mnoha přidružených obtíží jsou pak úzkostní pacienti často zvýšeně suicidální. Např. u generalizované úzkostné poruchy existuje až šestinásobně vyšší riziko sebevraždy než u běžné populace a u panické poruchy je toto riziko dokonce dvacetinásobné (Libigerová, 2003). Přibližně u 52 % úzkostných pacientů se objevuje minimálně jedna další psychiatrická diagnóza (Durnham et al., 2005).

Při diferenciální diagnostice se tedy musí lékař zaměřit nejen na somatické příčiny, ale i na vyloučení dalších onemocnění, protože přítomnost fobie nebo úzkosti sama o sobě neznamená přítomnost úzkostné poruchy. Mezi další onemocnění, u kterých se může vyskytovat zvýšená úzkost, patří např. organická onemocnění mozku, afektivní poruchy, zejména depresivní epizoda, schizofrenie, reakce na závažný stres, poruchy přizpůsobení, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy, somatoformní poruchy či poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek (Pražský, 2014).

1.1 Charakteristika úzkostných poruch

Úzkostné poruchy se podle MKN-10 řadí do skupiny neurotických, stresových a somatoformních poruch (F40 – F48) (WHO, 2018). Kromě úzkostí patří do této skupiny mnoho jiných skupin onemocnění, které nemají úzkostné stavy jako primární symptom. Určujícím faktorem při výběru typů poruch pro tuto práci je tedy dominantní prožitek úzkostného stavu (F40 – F42). Po vzoru Praška (2005) se i tato práce zaměřuje na panickou poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu, smíšenou úzkostně-depresivní poruchu, agorafobii, sociální fobii a specifické fobie. Níže uvedená zjištění by se však dala zkoumat také u obsedantně kompulzivní poruchy (Wetterneck, Singh & Hart, 2014) či jiných duševních poruch. Následující tabulka poskytuje ucelený přehled vybraných úzkostných poruch.

TYP	TYPICKÉ PŘÍZNAKY A HL. OBAVY	EPIDEMIOLOGIE	PRŮBĚH	PSYCHOTERAPIE
Agorafobie	Strach z cestování, opuštění domova, davu nebo veřejných prostranství. Při expozici vegetativní příznaky. Systematické vyhýbání se těmto situacím. Obavy: <i>Zkolabuji tam. Nikdo mi nepomůže. Nevydržím tělesné příznaky. Pomoc bude daleko.</i>	Celoživotní prevalence 4-6 %. Roční prevalence 1,5-3 %.	Bez léčby zpravidla chronický, méně často vlnovitý s remisemi.	Edukace, změna katastrofické interpretace, expozice in vivo, řešení problémů.
Sociální fobie	Strach z pátravých pohledů druhých, ze ztrapnění a zesměšnění. Vegetativní příznaky při expozici. Vyhýbání se sociálním situacím. Obavy: <i>Bude to trapné, budou se mi třást ruce, budu se červenat apod. Znemožním se. Nevydržím příznaky.</i>	Celoživotní prevalence 10-16 %. Roční prevalence 1,5-3 %.	Bez léčby chronický s mírným kolísáním. Sekundárně deprese a častá závislost na alkoholu.	Edukace, změna katastrofické interpretace, nácvik komunikace, expozice in vivo.
Specifická fobie	Jde o iracionální strach např. z pavouků, psů, výšky, bouřky, tmy, pohledu na krev. Vyhýbání se těmto situacím. Obavy: <i>To nedokážu vydržet. To bych zemřela strachy.</i>	Celoživotní prevalence 12 %. Roční prevalence 4-7 %.	Bez léčby chronický, některé, jež začaly v dětství, spontánně odezní v dospělosti.	Edukace, expozice in vivo.
Panická porucha	Náhlé nečekané záchvaty paniky s intenzivními vegetativními příznaky. Obavy: <i>Zemřu. Zkolabuji. Mám infarkt. Zešlím. Ztratím kontrolu.</i>	Celoživotní prevalence 1,5-3,5 %. Roční prevalence 0,5-2,3 %.	Vlnovitý, bez léčby zpravidla chronický. Sekundárně agorafobie, deprese.	Edukace, kontrola dechu, interoceptivní expozice, změna katastrofické interpretace, relaxace, řešení problémů.

Generalizovaná úzkostná porucha	Alespoň 6 měsíců trvá výrazné napětí, fluktuující úzkost, strach a obavy z každodenních událostí a problémů. Příznaky vegetativního podráždění. Obavy: <i>Starosti o zdraví svoje i rodiny, o práci, finance, zvládnání každodenních záležitostí.</i>	Celoživotní prevalence 5-15 %. Roční prevalence 2-4 %.	Vlnovitý a bez léčby zpravidla chronický.	Edukace, relaxace, změna katastrofických interpretací, řešení problémů, asertivita, plánování času.
Smišená úzkostně-depresivní porucha	Jsou přítomny příznaky úzkosti a deprese, ale žádný typ příznaků není vyjádřen do té míry, aby opravňoval ke stanovení samostatné diagnózy kterékoliv z obou poruch. Obavy: <i>Nic nezvládnou. Nikdo o mě nestojí. Věci dopadnou špatně.</i>	Aktuální prevalence v primární péči 4,1 %.	Chronický nebo periodický, častá invalidizace.	Edukace, plánování aktivit, změna katastrofických scénářů, nácvik komunikace.

Tabulka č. 1: Přehled vybraných typů úzkostných poruch dle MKN-10 (Praško 2005, s. 12 podle Praška & Praškové 1999).

Vysvětlení vybraných pojmů v tabulce:

- Expozice in vivo – jedna z nejčastějších metod KBT při léčbě úzkostí, která spočívá v přímém vystavení se podnětu vyvolávajícím strach. Postupnou habituací a zvyšováním intenzity podnětu strach opadává (Vymětal, 2006).
- Interoceptivní expozice – terapeutická práce s fyziologickými projevy panického strachu (závratě, bušení srdce, pocity na omdlení, tlak na hrudi, hyperventilace...) (Bělohávková, 2019b).
- Celoživotní prevalence – procentuální vyjádření celkového podílu populace trpícího danou poruchou bez ohledu na věk sledovaných subjektů, v tomto případě vztaženo k roku 1999 (Preiss & Přikrylová Kučerová, 2006, s. 243).

- Roční prevalence – procentuální vyjádření podílu osob v populaci, u kterých se v rozmezí jednoho roku objevila nebo objevuje daná porucha (Preiss & Příkrylová Kučerová, 2006, s. 243).

1.1.1 F40.0 – Agorafobie

Dobře známý soubor fobií týkající se vstupu na veřejná prostranství nebo do prostředků veřejné dopravy. Epizody se u pacientů objevují v různé míře, často se vztahují k obavám z nemožnosti uniknout před nepříjemnou situací. Pacienti se bojí ztráty kontroly, omdlení, kolapsu, infarktu nebo trapnosti své reakce. Agorafobie se často váže k panickým atakám a ve své podstatě je jedním z nejvíce handicapujících typů fobie, protože omezuje lidský život ve všech oblastech, tedy v práci, financích, rodině, partnerství, sexuálním životě, cestování a obecně je pro trpící obtížné naplňovat vlastní psychické potřeby. Strach nelze ovlivnit volní kontrolou nebo jej potlačit a tudíž pacienty vede k vyhýbavému chování, případně úplnému nevycházení z domova. Sekundárně se může rozvinout klaustrofobie, depresivní porucha, obsedantní symptomy, závislost na návykových látkách nebo tělesné onemocnění. Kombinace depresivity a závislosti pak zvyšuje riziko suicidálního chování (Praško, Diveky, Grambal, Kamarádová, Sigmundová & Šilhán, 2012).

1.1.2 F40.1 – Sociální fobie

Tento typ fobie je častý a většinou dobře rozpoznatelný. Zpravidla se začíná objevovat v pubertě a v procesu dospívání, ale může se začít rozvíjet i později. Projevuje se strachem z kontaktu s jinými lidmi, z jejich zvědavých pohledů nebo hodnocení. Strach je vázán buď na konkrétní sociální situace, ve kterých pacient není schopen normálně fungovat (mluvit, soustředit se, zpívat, jíst...), nebo má strach difúzní charakter a vztahuje se na všechny sociální situace mimo rodinu. Samotné očekávání takových situací může vyvolávat obavy z panického záchvatu a ze ztráty kontroly, což často vyústí ve vyhýbavé chování. Ve svém jádru bývá choroba spojena se strachem z autorit, kritiky, s nízkým sebehodnocením nebo častým přesvědčením, že okolí hodnotí některé

výrazné tělesné rysy pacientů (akné, velký nos apod.). Důsledkem sociální fobie bývá samota a izolace, problémy v zaměstnání, v partnerství, při studiu, což často přechází v depresi nebo závislostní chování (alkohol nebo drogy snižující úzkost). Příznaky mohou progredovat do panických atak (Praško, Vyskočilová & Prašková, 2008).

1.1.3 F40.2 – Specifické fobie

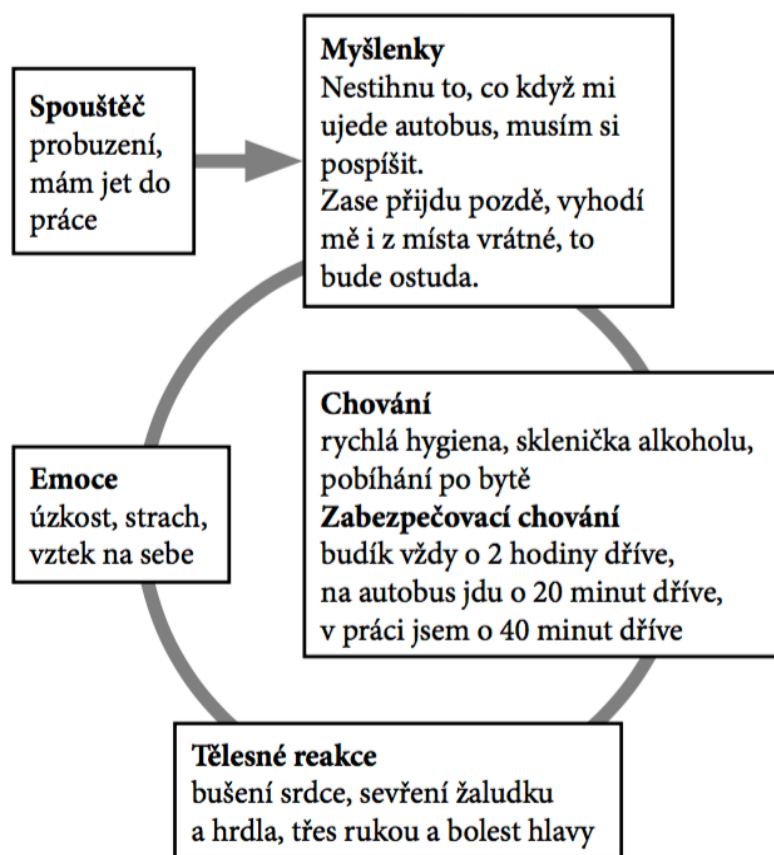
Úzkosti tohoto typu jsou vázány na specifický podnět, který vyvolává paniku a při jeho expozici člověk není schopen racionálního uvažování. To může nastat až po odeznění pocitů ohrožení. Fobie je buď naučenou reakcí, nebo vrozenou predispozicí k úzkostnosti. V zásadě nejsou známy příčiny vzniku těchto poruch a v mírné podobě jsou v populaci běžné. Součástí obtíží je opět vyhubavý způsob chování. Postupnou konfrontací s podnětem v rámci psychoterapie se daří fobii úspěšně léčit (Bělohlávková, 2019a).

1.1.4 F41.0 – Panická porucha

Je nutné rozlišovat panickou ataku a panickou poruchu. Panická ataka trvá zpravidla 5-30 minut a v průběhu života ji zažije velké množství zdravých lidí (Kamarádová, Látalová & Praško, 2016). Hovoří se o každoročním ojedinělém výskytu u 12 % populace (Praško & Vyskočilová, 2012, s. 11) a často také dochází k záměně symptomů paniky s infarktem myokardu nebo jiným tělesným onemocněním. Panická porucha nastává při recidivujících panických atakách, které nejsou omezeny na konkrétní podněty a jsou nepředvídatelné. Typicky se objevují ve chvílích klidu a odpočinku (Praško & Vyskočilová, 2012). U žen se vyskytuje panická porucha 2x častěji než u mužů. Pacienti zpravidla nejdříve navštíví velké množství somatických lékařů s negativními výsledky (např. vyšetření srdce na EEG) než se jim dostane správné léčby. Porucha se mnohdy pojí s agorafobií a obavami z panického záchvatu v situacích, kdy bude obtížné najít pomoc nebo únik. Na vzniku panické poruchy se podílí např. rysy osobnosti, léky, drogy nebo alkohol. Typický je bludný kruh, který je schematicky znázorněn na obrázku č. 1 (Praško & Vyskočilová, 2012).

1.1.5 F41.1 – Generalizovaná úzkostná porucha

Pro tento typ poruchy je typická přetrvávající tzv. volně těkající úzkost a vzniká u citlivých osob převážně z dlouhodobého stresu, nebo se volně rozvine po traumatické životní události. Negativními faktory jsou každodenní stresory (kritika, potlačování vzteku, podceňování okolí, absence uznání, chybování, absence projevů lásky apod.), a dále životní události, které způsobí změnu nebo ztrátu určité sociální role, izolaci a ztrátu autonomie, což bývá samotným důsledkem onemocnění. Typickým příznakem jsou katastrofické scénáře a s nimi spojené obavy ze selhání v každodenním životě, je obtížné je zastavit a nutkavě se vracejí. Pacienti trpí podrážděností, strachem, obtížemi s koncentrací pozornosti, nadměrnou bdělostí, ostražitostí, ztrátou prožitků radosti a potěšení. Na tělesné úrovni pak značnou únavou způsobenou dlouhodobým napětím a aktivací vegetativních funkcí. Bývá i narušený spánek, protože starosti se rozvíjejí ve chvílích nečinnosti a promítají se do snů (Praško, 2009). Pacienti trpí typickým bludným kruhem obav a úzkostí, které ovlivňují další schování.



Obrázek č. 1: Bludný kruh úzkostí (Praško, 2009, s. 28).

1.1.6 F41.2 – Smíšená úzkostně-depresivní porucha

Typické jsou proměnlivé nebo trvalé stavy dysforie, pocity „prázdnoty v hlavě“, obtíže s koncentrací pozornosti, se spánkem, únavou, nadměrnou podrážděností, ostražitostí, plačtivostí, anticipační úzkostí a s pocity méněcennosti. Porucha má chronický charakter a bývá okolím podceňována právě pro nevyhraněný charakter jak úzkostné, tak depresivní složky. U pacientů jsou časté suicidální tendence a parasuicidia (Praško, Herman, Pašková & Prašková, 2003).

1.2 Etiologie úzkostných poruch

Existuje mnoho potencionálních biopsychosociálních příčin vzniku úzkostných poruch od skrytých bolestí, frustrací, obav, pocitů viny až po somatická onemocnění (Janíček, 2008). Mezi ně patří např. hypertyreóza nebo hypotyreóza, hypoglykémie, kardiální insuficience, arytmie, infarkt, ICHS, demence, Huntingtonova choera a další (Pražský, 2014). K úzkosti pak neodmyslitelně patří další přidružené stavy jako stres, deprese nebo nespavost (Záplatová, 2015). Úzkost je schopná ovlivňovat emoce, kognitivní a exekutivní funkce a percepce (Robinson, Vytal, Cornwell & Grillon, 2003). Vliv genetické zátěže je diskutabilní a v mnohých studiích byl prokázán pouze nekonzistentní nebo mírný vliv na vznik úzkostné poruchy (Doğan, 2012).

Psychodynamické teorie vysvětlují úzkost jako důsledek intrapsychických traumat, vnitřních konfliktů ega a ego-obranných mechanismů. Libigerová (2003) popisuje teorii vzniku úzkostných a depresivních poruch na základě traumatických zážitků z dětství, které nehledě na přesné okolnosti, znamenaly pro dítě významnou subjektivní ztrátu pocitu bezpečí a jistoty v rodině. Příkladem je ztráta blízké osoby, fyzické nebo psychické zneužívání, zanedbávání, necitlivost či perfekcionismus rodičů.

Rané traumatické události vlivem stresových hormonů trvale mění neuronální spoje některých mozkových oblastí a zvyšují aktivitu tzv. hypothalamo-hypofyzo-adrenálního systému. Rovněž byla prokázána kauzální role stresových hormonů v rozvoji depresivních a úzkostných poruch (Libigerová, 2003).

Kromě předpokladů biologických teorií o dysregulaci hypotalamo-hypofyzo-adrenálního systému ovlivňujícího stresové reakce a pravděpodobně i panickou poruchu, existuje další předpoklad o roli laktátu sodného, vyvolávajícího panické ataky pouze u pacientů s panickou poruchou, nikoliv u zdravých jedinců (Hollander & Simeon, 2008; Liebowitz et al., 1985). Stejně tak může přecitlivělost na oxid uhličitý v ovzduší vyvolávat hypertenzi mozku a záchvaty paniky u pacientů s panickou poruchou (Klein, 1993).

Časté je kognitivní zkreslení ve vnímání svého sociálního „Já“, čímž dochází např. k negativnímu zaměření pozornosti, zkresleným interpretacím společenských událostí, nízkému pocitu kontroly nad událostmi a nad vlastní úzkostí. Doğan (2012) tvrdí, že u pacientů trpících obsedantně kompulzivní poruchou se objevuje paměťové zkreslení, selektivní deficity pozornosti, nadměrná emoční hodnota traumatu a poruchy paměti při rozvinuté posttraumatické poruše.

Dále jsou významné sociální faktory a teorie učení, které předpokládají, že relativně neutrální podněty vyvolávají v pacientech strach a vyhýbavé tendence, čímž se snižuje úzkost pouze dočasně a dochází k posilování a udržování naučeného vzorce skrze operantní podmiňování. Jednoduše řečeno, stavy úzkosti jsou považovány za podmíněné reakce na děsivé podněty a pacient s panickou poruchou pak reaguje na některou z traumatických vzpomínek, kterou tento podnět vyvolal a spároval se s ní. Také výchova úzkostnými rodiči může mít za následek vyšší sociální izolaci a vyhýbání se potencionálním ohrožením, čímž se dítě úzkosti učí (Hollander & Simeon, 2008; Chartier, Walker & Stein, 2001). Rozvoj úzkosti může dále zapříčinit sociální izolace, nedostatek psychické podpory v okolí, nezaměstnanost, chudoba, finanční obtíže, případně závažné nepříznivé životní události (Doğan, 2012).

1.3 Úzkost z pohledu neurofyziologie

Na celkovém procesu prožívání úzkosti se v **aferentních drahách** podílí periferní senzorický systém (míšňní a hlavové nervy vedoucí podněty ze svalů, kůže, proprioceptorů a smyslových orgánů), dorzální thalamus (předzpracovává informace před vstupem do kůry a odesílá je do správné oblasti), primární senzorické oblasti

mozkové kůry (zraková, sluchová, chuťová a čichová kůra přijímající podněty z příslušných smyslových orgánů), viscerální aferentní dráhy (vedoucí podněty z orgánů dostředivě do CNS), locus coeruleus (malé jádro, největší a nejvýznamnější noradrenergní jádro uložené pod spodinou IV. mozkové komory) a amygdala (mandlovitý útvar v limbickém systému spojený s emocemi, zejména se strachem, agresivitou a s regulací autonomních pochodů) (CNSonline, 2019; Lékařské slovníky, 2019).

Asociační spoje využívají primární senzorické a asociační oblasti mozkové kůry (integrující informace z různých oblastí a vykonávající vyšší funkce jako je myšlení, paměť, emoce, rozhodování, přičemž zásadní je prefrontální kůra), amygdalu, hipokampus (podílející se na ukládání informací do paměti a prostorové orientaci), gyrus cinguli (límcovitý závit podél kalózního tělesa v limbickém systému), entorhinální kůru (součást spánkového laloku přivádějící informace z neokortexu do hipokampu) a orbitofrontální kůru (čelní lalok přímo nad očima podílející se na vědomí, motivaci, zpracování emocí, morálním úsudku, empatii, sebeovládání apod.) (CNSonline, 2019; Malenínská, 2014).

Eferentní spoje pak opět aktivují amygdalu, locus coeruleus, hypotalamus (centrum autonomního nervového systému ovlivňující termoregulaci, kardiovaskulární regulaci, příjem potravy a tekutin, biologické rytmy, spánkový cyklus, hypofýzu a endokrinní systém), periaqueduktální šed' (prastará část středního mozku ovlivňující reakci na nečekaně silné podněty, př. zmrznutí), striatum (součást bazálních ganglií podílející se na plánování a řízení pohybu), sympatický a parasympatický nervový systém (protikladné modality autonomního nervového systému zajišťující například funkce „*flight or fight*” nebo „*rest or digest*”) (CNSonline, 2019; Roman, Světlák, Damborská & Kukleta, 2014).

Mezi významné **neurotransmitterové systémy** patří noradrenergní systém (selektivně zvyšuje obrat noradrenalinu v neuronálním okruhu úzkosti), serotonergní systém (ovlivňuje serotoninový obrat v různých mozkových částech), benzodiazepinový systém (mění funkci benzodiazepinových receptorů nebo mění hladinu endogenních benzodiazepinů, což vede k narušení přenosu systému kyseliny gaba-aminomáselné a úzkosti – vztah k panické a generalizované úzkostné poruše), dopaminergní systém

(zvysuje obrat dopaminu při stresu v mnoha mozkových oblastech) a cholecystokinin (anxiogenní neurotransmitter s fyzickým vztahem k panické poruše – receptory jsou buď hypersenzitivní, nebo se zvýšeným obratem či produkcí) (Kryl, 2003).

Biologické teorie také například zkoumají funkci neurotransmiterových systémů. Pro příklad je uvedena tzv. serotoninová hypotéza spadající do teorií serotoninového spektra. Pomocí PET, CT, MR a dalších metod byla zkoumána zvýšená metabolická aktivita v některých oblastech frontálního laloku, v oblasti gyrus cinguli a v bazálních gangliích. Dále bylo sledováno zmenšení a asymetrie gyrus cinguli, což má pravděpodobně za následek narušení serotoninové neurotransmise a celkovou serotoninovou nerovnováhu. Zvýšení postsynaptické neurotransmise umí vyvolat např. antidepresivum ze skupiny SSRI (Millet et al., 2013). Dalším zajímavým zjištěním je možnost modulace zvýšené aktivity amgdaly použitím rTMS v blízkosti prefrontální oblasti a vyvolat tím účinky snižující úzkost (Zwanzger, Fallgatter, Zavrotny & Padberg, 2009).

Při prožívání úzkosti tedy v organismu probíhá řada tělesných reakcí. Hlavním centrem je amygdala, v níž jsou uloženy emočně podbarvené zážitky. Nové smyslové vjemy jsou pak v amygdale srovnávány se sítí dřívějších zkušeností, která vyhodnocuje potencionální ohrožení pro organismus. Dalším zásadním centrem je hipokampus, důležitý pro ukládání paměťových stop, který zároveň spouští kaskádu stresových reakcí organismu včetně vyplavení zmíněných neurotransmisterů. Nové emoční události se tak vtiskávají jako jasné vzpomínky. V důsledku toho i situace, která obávaný podnět připomíná, je schopna spustit falešný poplach a úzkost. Vzniká tak riziko abnormálních reakcí na relativně bezpečný svět (Praško & Vyskočilová, 2012; Kryl, 2003). Důležitou úlohu v problematice úzkostných poruch pravděpodobně sehrává dysregulace mezi prefrontálním kortexem a amygdalou (Makovac et al., 2016).

1.4 Terapie úzkosti

S ohledem na významný fyziologický doprovod při prožívání úzkosti, končí zpravidla až 87 % pacientů primárně v rukou praktických lékařů se stížnostmi na somatické obtíže jako je nespavost, různé bolesti či únava (Wittchen, Kessler, Beesdo, Krause, Höfler & Hoyer, 2002). Více než polovina z nich pak dalšího odborníka nevyhledá, resp. zůstává pouze v péči praktického lékaře. Pouze 8 % pacientů s úzkostnou poruchou navštěvuje psychiatra, 5 % psychologa a 3 % sociálního pracovníka. Pokud bychom vzali v úvahu všechny pacienty v ambulancích praktických lékařů, přibližně 33 % z nich vykazuje jasné úzkostné symptomy a 15 % všech pacientů splňuje kritéria pro diagnózu některé úzkostné poruchy (Libigerová, 2003).

Farmakologická léčba probíhá hlavně pomocí anxiolytik nebo antidepresiv. Anxiolytika obsahující benzodiazepiny (alprazolam, clonazepam, lorazepam...) způsobují závislost a postupně snižují toleranci organismu na podanou látku, což vede k navyšování dávek pro stejný subjektivní účinek. Proto jsou určeny k užívání po dobu maximálně 4 měsíců. Preferována jsou nebenzodiazepinová anxiolytika (buspiron, hydroxyzin) nebo antidepresiva (clomipramin, sertralin, venlafaxin...). Dále jsou zmiňovány beta-blokátory (k potlačení somatických projevů úzkosti), bazální antipsychotika (s anxiolytickým efektem v malých dávkách) a zřídka gabapentin. Ať už je zvolený jakýkoliv typ farmak, zpravidla po třech až šesti týdnech užívání se začínají objevovat první subjektivní známky zlepšení. Pacientům bývá doporučováno pokračovat alespoň 1–1,5 roku do odeznění příznaků, přičemž vysazování musí být postupné a monitorované (Kryl, 2003; Praško & Prašková, 2005).

Psychoterapeutická léčba je považována za hůře dostupnou a časově náročnější. Je také hojně využívaná, protože psychosociální události hrají při úzkosti významnou roli. Zpočátku vyžaduje 6–12 týdnů intenzivní práce (individuální či skupinové). Postupně posiluje kompetenci pacientů, pomáhá jim hlouběji porozumět svým obtížím a identifikovat situace, které brání uzdravení. V praxi jsou nejběžnější přístupy: psychoanalýza a dynamické psychoterapeutické přístupy, skupinová psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie (KBT) (Praško & Prašková, 2005). Léčba pomocí KBT je nejvíce ověřená empirickými studiemi (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006).

Až 50 % pacientů trpících generalizovanou úzkostnou poruchou nereaguje na běžné formy léčení (Roy–Byrne, 2015) a přes 20–30 % přechází do chronického onemocnění (Barlow, 2004). Také proto jsou hledány další možnosti terapie. Vedle relativně známých metod jako je hypnóza (Chapman, 2014), relaxační techniky (Snider & Oetting, 1966), aerobní cvičení (Taylor, 2003; Kosová, 2010), nebo trénink všímavosti (*mindfulness*) (Stephen et al., 2018), jsou zkoumány moderní technologie. Přibližně před deseti lety se vyskytly první pokusy aplikovat kognitivně-behaviorální přístup on-line (*internet-based CBT*) a osobní kontakt mezi psychoterapeutem a pacientem se postupně nahrazoval virtuálním kontaktem, případně návody a softwarovými programy bez terapeuta jako aktivního účastníka. To se ovšem podle dostupného bádání jeví jako ne příliš účinné a psychoterapeut je stále považován za velmi důležitýho spoluúčastníka terapie (Andersson, 2009; 2014). Dále je zkoumán přístup využívající virtuální realitu, léčbu změnou pozornosti (*Attention Bias Modification Treatment – ABMT*) nebo transkraniální magnetickou stimulaci (*Transcranial Magnetic Stimulation – TMS*) (Sokół–Szawłowska & Poleszczyk, 2018).

2 Stud

V psychologii je obecně stud chápán jako vnitřní rozpor člověka ve vnímání ideálního a reálného stavu, který vlivem vnitřního negativního hodnocení sebe sama vyvolává nepříjemné pocity. Nakonečný (1997) rozlišuje stud a hanbu, přičemž hanbu podle něj zažívají lidé při osobním neúspěchu, nebo pokud jsou přistiženi při něčem nemorálním a v sociálním světě nepřipustném. Na rozdíl od toho, stud zažívají lidé v trapných situacích, které jsou osobní, intimní nebo při kterých jsou odhaleny jejich nedostatky. Příbuzným pojmem jsou rozpaky, které nastávají v situacích, kdy jsou přistiženi při neadekvátních sociálních reakcích. Pokud by v dané situaci nebyl moment přistižení, pravděpodobně by u člověka pocity hanby a následné rozpaky nenastaly.

Stud je úzce spojen se sebevědomím a se subjektivním vnímáním vlastních charakteristik jako neatraktivních, nežádoucích nebo zavrženíhodných (Boersma, Håkanson, Salomonsson & Johansson, 2015). Může se projevovat sebestředností, narušením empatie, externalizací pocitů viny, impulzivním vztekem a nepřátelstvím. Lidé se silnější tendencí zažívat stud častěji bezdůvodně obviňují druhé, aby sami sebe ochránili před bolestivými pocity, které internalizovaný stud vyvolává (Scheff, 1987; Schoenleber & Berenbaum, 2012).

Gilbert a Irons (2009) na základě vlastních zjištění rozdělují stud na externalizovaný typ (zaměřený na vnější kritiku okolí a na to, co si ostatní myslí) a internalizovaný typ (mířící na vlastní sebepojetí, pocity a přesvědčení o sobě sama). Internalizovaný typ je však stále ovlivňovaný sociálním kontextem do té míry, do jaké se zaměření studu týká sociálního pojetí např. atraktivnosti či sociální žádoucnosti. V důsledku toho například takové agresivní chování může být v některé sociální skupině respektováno, v jiné hluboce odsuzováno. Matos, Pinto-Gouveia a Gilbert (2013) dodávají, že externalizovaný stud je specificky propojený s paranoidním typem úzkosti a vnitřní stud je spojen se sociální úzkostí. Také vzpomínky na situace plné studu, které mohou působit jako traumata, nebo jiné nepříjemné ústřední body životního příběhu člověka, bývají významně spojeny s paranoidní úzkostí, nehledě na externí nebo interní typ studu.

Dále je nutné rozlišovat mezi studem jako emočním stavem a osobnostní charakteristikou projevující se jako tendence k prožívání studu. Situační pocity studu mohou sloužit k regulaci chování a dosahování určitých společenských cílů, zatímco internalizovaná tendence k prožívání studu má hlubší rozsah a častěji souvisí s vyšším rizikem duševní patologie jako např. deprese (Andrews, Qian & Valentine, 2002; Kim, Thibodeau & Jorgensen, 2011), úzkost (Fergus, Valentiner, McGrath & Jencius, 2010), poruchy příjmu potravy (Grabhorn, Stenner, Stangier, & Kaufhold, 2006; Troop, Allan, Serpell & Treasure, 2008), bipolární porucha (Highfield, Markham, Skinner & Neal, 2010) nebo poruchy osobnosti (Brown, Linehan, Comtois, Murray & Chapman, 2009; Rüscher et al., 2007b) (Cândeia & Szentágotai-Táatar, 2013; 2018). Tendence k zažívání studu pozitivně koreluje se závažnými formami posttraumatické stresové poruchy (Leskela, Dieperink & Thuras, 2002) a u pacientů s hraniční poruchou osobnosti zvyšuje riziko opakovaného sebepoškozování (Brown et al., 2009). Stud je v posledních letech zkoumán pro svůj transdiagnostický charakter a slibný potenciál v procesu psychoterapeutické změny. Regulace studu může pomáhat ovlivňovat vývoj duševních onemocnění (Cândeia & Szentágotai-Táatar, 2013; Schoenleber & Berenbaum, 2012).

2.1 Stud a vina

Tato práce se zaměřuje na chápání studu (*shame*) jako tzv. sebevztažené emoce (*self-conscious emotion*), která spolu s rozpaky (*embarrassment*), pýchou (*pride*) a vinou (*guilt*), vyžaduje ke své aktivaci zapojení určitých kognitivních procesů, narozdíl od základních emocí, jako je např. strach, radost nebo smutek (Tangney & Fischer, 1995). Sebevztažené emoce jsou ovlivněné tím, jak člověk vidí sám sebe a své chování v kontextu sociálních vztahů. Bývají označovány za sociální nebo morální emoce (Makogona & Enikolopov, 2013), protože poskytují jakési vodítko pro chování jedince ve vztahu k morálním normám.

Podle Izarda (1999) jsou sebevztažené emoce do jisté míry odpovědné za konformní chování a společenskou zodpovědnost, omezují egocentrické chování, sobectví a podporují komunikaci. Jsou důležité pro lidské fungování ve společnosti, ovlivňují seberegulaci a celkově souvisejí se sebedůvěrou. Budí v lidech touhu po společenském

uznání nebo dosažení dobré sociální pozice, aby na sebe mohli být hrdí. V opačném případě takoví jedinci čelí pocitům studu a viny, protože nesplňují společenské ideály, které si zvnitřnili.

Benda (2019) píše, že sebevztažené emoce se pojí k lidskému prožívání „Já“ jakožto objektu, které je vnitřně pozorováno, srovnáváno a hodnoceno. Jemu jsou pak přisuzovány veškeré prožitky, osobní historie a identita. Pokud sebevztažené emoce nabydou maladaptivní formy, mohou se stát zdrojem utrpení.

Vina i stud by se tedy daly zařadit do negativních morálních typů emocí, které regulují lidské chování. Mezi těmito pojmy však existují významové odlišnosti. Zatímco stud se zaměřuje na celé „Já“ a zahrnuje vnitřní, globální a stabilní atributy osobnosti, vina míří na konkrétní chování a zahrnuje vnitřní, specifické a pravděpodobně nestabilní atributy (Tangney & Wagner, 1992). Stručně řečeno stud se týká stabilního negativního hodnocení sebe sama a vina zahrnuje negativní hodnocení konkrétního nežádoucího chování (Lewis, 1971).

Vina vykazuje daleko menší genetický základ a nižší závislost na sociálním prostředí oproti emocím jako je stud, hněv nebo strach. Některé složky temperamentu (např. impulzivita, hyperaktivita, nízká bázlivost) v kombinaci s nesouladem rodičovského přístupu mohou přispět k nízké míře svědomí v dospělosti (Zahn–Waxler & Kochanska, 1990). Vina vzniká v důsledku hněvu rodičů při přestupcích dítěte a hrdosti na jeho pozitivní výsledky. Avšak stud není přímo spojen s přítomností negativních reakcí, ale absencí pozitivního oceňování dítěte (Ferguson & Stegge, 1998; Gilbert & Irons, 2009). Dalším faktorem pro vznik studu a viny je např. kvalita citové vazby (*attachementu*) v dětství (Muris et al., 2014).

Tangney (1993) tvrdí, že stud a vina souvisejí s různým poznáním, motivací, chováním a hodnocením pocitů. Zatímco při pocitech viny má člověk tendenci chovat se prosociálně, napravit důsledky vlastního jednání, omluvit se nebo dosáhnout odpuštění, při prožívání studu se lidé zodpovědnosti spíše vyhýbají a mají tendenci ze situace uniknout, protože se pojí s maladaptivními, vyhubými a skrytými reakcemi. Benda (2019) tvrdí, že pokud chyby chtějí napravit, motivuje je touha napravit spíše vlastní obraz v očích okolí. A právě na stud často nasedají patologické obranné mechanismy.

Vina zpravidla přímo nezasahuje identitu člověka a nesnižuje jeho sebehodnotu, ale spíše funguje jako signalizace svědomí a poukazuje na chování, které je v rozporu s vlastním žebříčkem hodnot (Vašina, 2002). Někteří autoři pak vydělují jistý druh maladaptivní viny, známý pod pojmem tzv. omnipotentní vina (*omnipotent guilt*). Ta se objevuje u lidí, kteří nejsou schopni říkat ne a vztahují na sebe neadekvátní zodpovědnost za pocity druhých lidí. Tato vina nesouvisí se specifickými kontexty a je generalizovaná (např. Benda, 2019; Kim et al., 2011; O'Connor, Berry & Weiss 1999; O'Connor, Berry, Weiss, Bush & Sampson, 1997). Maladaptivní vzorce generalizovaných a všudypřítomných pocitů viny se mohou rozvinout prostřednictvím dysfunkčních socializačních zkušeností (Zahn-Waxler & Kochanska, 1990).

V této práci je zkoumána tendence k prožívání studu (*shame proneness*), která je podle autorů Tangney, Youmana a Stuewiga (2009) relativně stabilní osobnostní dispozicí určující míru požitků studu u konkrétního jedince v relevantních situacích. Dále je zkoumán koncept tzv. internalizovaného studu (*internalized shame*), který je typem bolestivé emoce vyvolané sebehodnocením celého lidského „Já“ chronicky vnímaného jako méněcenné, nevhodné, problematické a bezmocné (Del Rosario & White, 2006). K internalizaci studu dochází v okamžiku, kdy se pocity studu často opakují v raných vývojových obdobích (Claesson & Sohlberg, 2002; Cook, 1987; Kaufman, 2004). Jako třetí je zkoumán koncept tendence k prožívání viny (*guilt proneness*), který je definován jako tendence k odsuzování vlastního chování (Tangney & Dearing, 2003).

Tendence k prožívání studu je prokazatelně spojená se zvýšeným rizikem užívání alkoholu, zatímco před jeho problematickým užíváním tendence k prožívání viny jedince chrání. Lidé s vyšší tendencí prožívat stud prokazatelně pijí, aby se vyrovnali s úzkostnými nebo depresivními negativními emocemi. Na rozdíl od toho lidé s tendencí k prožívání viny pijí spíše proto, aby se nepřímo vyrovnali s depresemi (Treeby & Bruno, 2012).

Systematický průzkum analyzoval sdílené i odlišné oblasti mozku, které se aktivují při prožívání morálních emocí – stud, rozpaky a vina. Stud je spojen s aktivitou dorsolaterální prefrontální, zadní cingulární a sensorimotorické kůry. Rozpaky se pojí s aktivitou ve ventrální prefrontální kůře a amygdale, vina je spojena s aktivitou ve ventrální přední cingulární kůře, zadní temporální oblasti a precuneu (Bastin, Harrison,

Davey, Moll & Whittle, 2016). Data také naznačují, že sebevztažené emoce mohou souviset se změnami v imunologických korelátech, přičemž jedinci s vyšší tendencí k prožitkům studu mají statisticky významně vyšší nárůst cytokinu (prozánětlivé látky) (Dickerson, Kemeny, Aziz, Kim & Fahey, 2004).

Lze předpokládat, že stud a vina se od sebe značně liší, ačkoliv je mnozí autoři uvádějí společně (Tangney, 1996). Vina pravděpodobně nemá takový přímý zásah do celkového „Já“ narozdíl od studu, který je daleko bolestivější a zároveň škodlivější emoce.

2.2 Stud v souvislosti s úzkostí

Gilbert (2000) poukazuje na silnou vazbu mezi sociální úzkostí a studem. Kromě toho existuje důkaz, že lidé se sociální úzkostí mají obtíže se soucitem k sobě. Všechny tři proměnné – tedy úzkost, stud a soucit k sobě (kromě viny) jsou pravděpodobně jakousi příbuznou submisivní strategií ve chvíli, kdy se člověk ocitá v nižším sociálním postavení. Podobně další autoři prokázali pozitivní vztahy mezi internalizovaným studem, vyhýbáním se zkušenostem a sociální úzkostí u adolescentů (Lee, Kim & Park, 2014). Cho (1999) tvrdí, že negativní pohled na sebe sama, nadměrná touha po souhlasu okolí, negativní přesvědčení o ostatních a nadměrné obavy z vlastních chyb vyvolávají v lidech úzkost. Tito jedinci mívají v hlavě negativní scénáře o vlastním selhání a trapnosti, což právě sociální úzkost zvyšuje.

Mnohá pozorování upozornila na to, že lidé s vysokou mírou studu a sebekritiky mívají velké obtíže s laskavostí, vřelým přístupem a soucitem vůči sobě samým. Obtíže mají kořeny v životní historii, kde se vyskytlo zneužívání, šikany, silně emočního rodinného prostředí, zanedbávání nebo nedostatku náklonosti. Tyto osoby se mohou jednoduše stát citlivé na odmítnutí či kritiku okolí, a tím pádem být emočně labilní, případně zvýšeně útočné. Případná terapie tedy vyžaduje práci s těmito negativními vzpomínkami a rannými traumaty (Gilbert, 2009; Kaufman, 1989; Shahar, Doron & Szepeswol, 2015; Schore, 1998).

Stud, který zároveň může silně přispívat k rozvoji a udržování posttraumatické stresové poruchy (dále PTSP), reaguje dobře na terapii rozvíjející soucit. Intervence zároveň

pomáhá snížit projevy PTSP a snižuje tendenci k sebeobviňování a studu (Au, Sauer–Zavala, King, Petrocchi, Barlow & Litz, 2017). Existují důkazy, že tendence k prožívání studu hraje významnou roli v přítomnosti úzkostných poruch a sociální úzkosti, a to i po kontrole přidružených symptomů úzkosti, tendence k vině a depresivních symptomů (Câdea & Szentágotai–Tătar, 2018; Fergus et al., 2010).

2.3 Stud a vina v souvislosti s úzkostí

Další studie zkoumající tendenci k prožívání studu a viny v souvislosti s úzkostnými poruchami potvrdila, že symptomy sociální fobie a generalizované úzkostné poruchy souvisejí s náchylností k prožitkům studu, avšak tendence k prožívání viny v tomto případě není významná. Součástí bylo také zjištění, že změny v prožívání studu během léčby významně ovlivnily symptomy obsedantně-kompulzivní poruchy, sociální fobie a generalizované úzkostné poruchy. V zásadě z výsledků vyplývá, že stud hraje u úzkostných poruch významnější roli než vina (Fergus et al., 2010).

Také Tangney a Wagner (1992) zvažují, že vztah studu a viny u úzkostných poruch není stejný a pravděpodobně se odvíjí od konkrétního typu úzkostné poruchy. Vina a stud mají podle autorů mnoho společných rysů a pravděpodobně působí v jakémsi tandemu. Zatímco tendence k prožívání studu je prokazatelně spojena s výskytem řady patologických symptomů v psychice, vina má pouze pár negativních důsledků na psychickou přizpůsobivost. Câdea a Szentágotai–Tătar (2013) na základě výzkumu uvádějí, že stud má daleko silnější dopady na duševní zdraví než vina. Podle Fergus et al. (2010) hraje důležitější roli v příznacích úzkostných poruch.

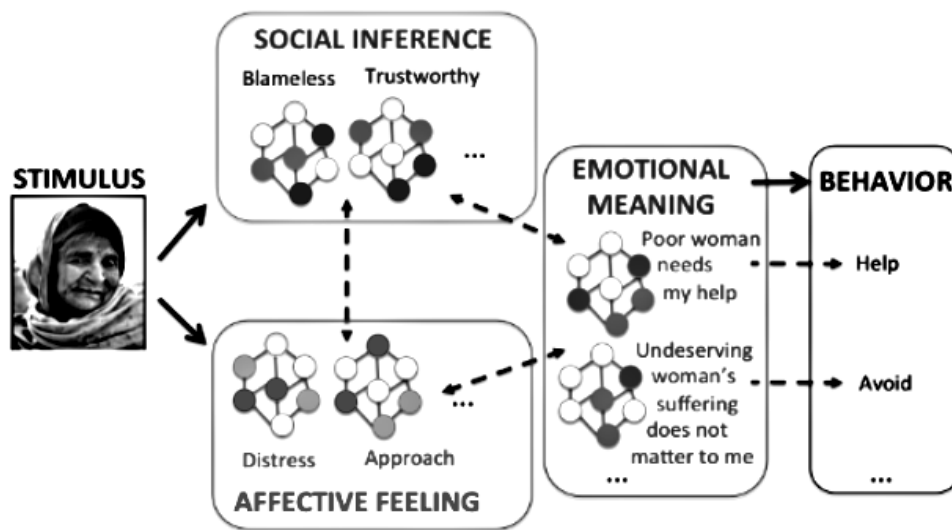
3 Soucit

V posledních letech se zvýšeně zkoumá soucit ve vztahu ke kvalitě lidského života a harmonie. Soucit (*compassion*) nesoucí význam „spolu cítění“ nebo „spolu utrpení“ (Capper, 2008) je poměrně složitý fenomén, o čemž svědčí například práce Bouverlové (2018). Tento koncept obsahuje jak buddhistické, tak křesťansko-židovské pojetí a dále s tím související termíny jako *empatie*, *sympatie*, *soustrast*, *lítost*, *láska*, *altruismus* či *všímavost*.

Soucit je evolučně vyvinutý specificky reaktivní emocionální stav objevující se při střetu s trpícím člověkem, který pak přihlížejícího jedince pudí k redukci společného utrpení (Goetz, Kelner & Simon-Thomas, 2010). V současné době je tento pohled rozšířený o komplexnější hledisko, které bere v úvahu kognitivní a motivační složky. Podle některých vědeckých závěrů pouze 20 % vědců definuje soucit jako samostatnou emoci (Ekman, 2016). Stevens, Gauthier-Braham a Bush (2018b) soucit vymezují v podstatě jako citlivost člověka k vlastnímu utrpení, které pomocí trpícímu zmírní.

Ashar, Andrews-Hanna, Dimidjian a Wager (2016) uvádějí, že soucit a soucitné jednání ovlivňují tři základní kognitivní procesy. Za prvé schopnost sociálního vyvozování a porozumění duševním stavům druhých lidí, což mimo jiné souvisí i s tzv. teorií mysli (*theory of mind*). Za druhé je soucit ovlivňován emočními pocity (*affective feeling*), na kterých se mimo jiné podílí neuronální síť hypoteticky považovaná za tzv. zrcadlové neurony (*mirror neuron network*) ovlivňující schopnost *empatie*. Za třetí soucit ovlivňují subjektivní emoční významy (*emotional meaning*), které se podílejí na individuálním hodnocení utrpení druhých lidí a v interakci s předchozími dvěma procesy pak ovlivňují výsledné chování.

Autoři dále nashromáždili důkazy o tom, že velmi složitou a komplexní neuronální síť, kterou podrobně popisují ve své studii, je možné trénovat a kultivovat v soucitu.



Obrázek č. 2: Interakce mentálních sítí podílejících se na schopnosti soucitu při pohledu na trpícího (Ashar et al., 2016, s. 20).

Soucit je jedním z klíčových principů zdůrazňovaných v mnoha školách buddhismu, rozvíjejících motivaci ke smysluplné změně. Je to způsob tréninku vlastní mysli, který může obecně zlepšit kvalitu života. Tento buddhistický přístup postupně učí soucitému postoji vůči okolí i vůči sobě a pomáhá se vztahovat k náročným emocím s pochopením, porozuměním, sebedečností a podporou. Umožňuje tak nejhlubší a zároveň nejnáročnější změny (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007b). Podle Gilberta (2005) je soucit součástí milující laskavosti (*loving-kindness*) a vede k otevřenosti vůči utrpení druhých bez vlastních obran a posuzování.

Jinpa (2016), autor tréninku kultivace soucitu (*Stanford Compassion Cultivation Training*), definuje soucit jako soubor:

1. vědomého utrpení (kognitivní a empatické uvědomění),
2. empatického zájmu vůči utrpení (afektivní složka),
3. přání zmírnit utrpení (záměr)
4. připravenosti pomoci zmírnit utrpení (motivační složka).

Gilbert (2017) úzce propojuje soucit s všímavostí (*mindfulness*), protože k tomu, aby mohl být člověk otevřený vůči utrpení a vnímání distresu, je důležité nepodléhat

obranným mechanismům jako je např. popření. Všímavost se zpravidla vymezuje jako stav mysli, který je nehodnotící, nekritický a přijímající přítomný okamžik, ve kterém je možné pozorovat všechny procesy mysli (pocity, myšlenky, vnímání vnitřních i vnějších podnětů) (Neff, 2003a). Kang, Gruger a Gray (2013) tvrdí, že by rozvinutá všímavost mohla pomoci uvědomovat si automatické neuvědomované reakce, jako je např. hodnocení druhých, které umí blokovat soucitné reakce.

Pojem je podrobován systematickému vědeckému bádání, které prokázalo, že kultivováním všímavosti lze dosáhnout zlepšení fyzického zdraví (Kok et al., 2013), snížení imunologické stresové reakce (Davidson et al., 2003; Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone & Davidson, 2008; Pace et al., 2010) a celkovému zvýšení pozitivních emočních prožitků v lidském životě (Dunn, Aknin & Norton, 2008).

Dále vyplývá, že zdánlivě jasný vztah mezi soucitem k druhým a soucitem k sobě není tak jednoznačný, jak by se na první pohled mohlo zdát. Důležitými faktory jsou např. věk, meditační praxe (Neff & Pommier, 2013), pohlaví nebo úroveň dosaženého vzdělání (Shiota, Keltner & John, 2006). Podle Neffové (2003a) mohou mít také lidé s nižší mírou soucitu k sobě tendenci zvyšovat pohodu druhých, přičemž příčinou může být egocentrický motiv, nebo nízké sebehodnocení.

3.1 Soucit k sobě

Soucitu k sobě se v historii psychologie objevuje v různých podobách, ale až v roce 2003 v americkém časopise představila Kristin Neffová komplexní pojetí soucitu k sobě spojené s buddhistickou psychologií, čímž o něj mezi mnohými vědci vyvolala silnou vlnu zájmu. Soucit k sobě vyžaduje schopnost přiznat si, že utrpení, selhání a nedostatky jsou v lidském životě běžnou součástí bytí a že všichni lidé lidé jsou hodni soucitu (Akin, Kayış & Satıcı, 2011). Na základě její práce vznikla Škála soucitu se sebou SCS (*Self-Compassion Scale*) a rozsáhlý výzkum konstruktů (Muris & Petrocchi, 2017; Neff, 2003a).

Neffová (2003a) pojímá soucit k sobě jako souhrn tří hlavních složek:

1. **Laskavost k sobě** versus sebekritika (*self-kindness or self-judgement*), která člověku umožňuje pochopení sebe sama a rozšiřování laskavosti ve chvílích bolesti, utrpení nebo selhání namísto toho, aby k sobě byl krutý a sebekritický.
2. **Lidská sounáležitost** versus izolace (*common-humanity versus isolation*) se vztahuje k člověku jako společenské bytosti a vede jej k neosobnímu přístupu vůči šťastným nebo naopak bolestivým zážitkům. Rozšiřuje úhel pohledu o vědomí, že podobnými životními situacemi prochází všechny bytosti na zemi a že člověk je přirozeně bytostí nedokonalou a chybující (Akin et al., 2011; Neff, 2003a).
3. **Všímavost** versus nadměrná identifikace (*mindfulness of over-identification*) vede člověka v životě k vyváženému uvědomění a přijetí stresujících či bolestivých emocí bez přehnané identifikace nebo lpění (Akin et al., 2011; Neff, 2003a).

Všechny tři složky soucitu k sobě jsou koncepčně i fenomenologicky odlišné, vzájemně se ovlivňují a posilují ve chvílích, které jsou pro člověka bolestivé a konfrontující s vlastními nedostatky. K tomu, aby se bylo možné dostatečně odosobnit od negativních zkušeností, je potřebná určitá míra všímavosti, která snižuje sebekritiku, zvyšuje míru sebepoznání a tím i posiluje schopnost regulace emocí (Neff, 2003a). Protikladem soucitného přístupu k sobě je pak přístup sebekritický, poddávající se pocitům méněcennosti, nedostačivosti, internalizovaného studu a viny (Benda, 2016). Röhr (2013) je nazývá tajnými vnitřními programy, které jsou škodlivé, opakovaně člověka zavádějí do slepých uliček a způsobují mu trvalé neštěstí a nespokojenost.

Výzkumy týkající se soucitu k sobě potvrzují, že tato schopnost je pravděpodobně důležitým předpokladem duševního zdraví a osobní pohody (Hamrová, 2016; Neff, 2011) a že hraje důležitou roli v etiopatogenezi mnoha duševních poruch, mimo jiné právě i těch úzkostných (Benda, 2019; Hoge et al., 2013). Na rozdíl od konceptů týkajících se sebevědomí, sebedůvěry nebo sebehodnocení, které jsou zpravidla závislé na sociálním uznání, dobrých výsledcích a vzájemném srovnávání, není soucit k sobě závislý na uznání druhých. Naopak je to schopnost mít k sobě konstantně kladný vztah neohledě na sociální srovnávání (Benda, 2019).

Neffová (2003a) upozornila na pozitivní souvislost soucitu k sobě s emoční inteligencí a schopností navazovat uspokojivé sociální vztahy. A ačkoliv se zdá být soucit k sobě významově příbuzný pojmu sebevědomí, nebyla prokázána žádná spojitost s narcismem. Spolu s Beretvasovou (2013) uvádějí, že partneři s vyšší mírou soucitu k sobě hodnotí sami sebe ve vztazích jako partnery autentické, otevřené intimně a schopné vyjadřovat vlastní názory. Zároveň jsou svými protějšky častěji označováni za partnery pečující, akceptující a neagresivní. Nehledě na riziko sociální desirability lze předpokládat, že rozvojem soucitu k sobě se dá pravděpodobně předejít patologickým vztahům.

V dalších studiích byla prokázána pozitivní souvislost soucitu k sobě se sociální podporou (emoční podpora přátel, rodiny, partnera), se schopností přistupovat k sobě s laskavostí, ryzím lidským přístupem a všímavostí. V případě negativních životních zkušeností k sobě člověk umí přistupovat uvědoměle, vřele a jemně, což zároveň posiluje pocit autonomie a kompetence. Naopak sebehodnocení, izolace a nadměrná identifikace korelují negativně se soucitem k sobě, jsou maladaptivní a zesilují pocity bolesti, vlastního neúspěchu a selhání. Autoři propojují toto poznání s výzkumy nalézajícími pozitivní korelace s interpersonálním kognitivním zkreslením a osamělostí (Akin et al., 2011).

Zjištění Bendy, Faltové a Dvorské (2017) potvrzují důležitost emočně vřelého přístupu rodičů, který působí blahodárně na schopnost soucitu k sobě v dospělosti, zvyšuje odolnost vůči psychickým obtížím, zlepšuje schopnost regulace emocí a snižuje míru internalizovaného studu. Potter, Yar, Francis a Schuster (2014) potvrdili pozitivní korelaci mezi vysokou mírou rodičovské kritiky, nízkou schopností soucitu k sobě a sociální úzkostí. A Leary, Tate, Adams, Batts Allen a Hancock (2007) prokázali, že lidé s vysokou mírou soucitu k sobě prožívají při konfrontaci s negativními událostmi méně negativních emocí (ať už jsou události reálné, představované nebo minulé). MacBeth a Gumley (2012) provedli rozsáhlou metaanalýzu výzkumů zkoumajících asociace mezi soucitem k sobě a různými duševními poruchami. I oni identifikovali nižší míru psychických obtíží u vzorků vykazujících vyšší míru soucitu k sobě, zejména u deprese, úzkosti a patologického stresu.

„Potřebujeme hluboko zakořeněný soucit se sebou samými, abychom si připustili svou omylnost a zranitelnost na cestě. Nemá smysl pokoušet se stavět svůj život na nereálných ideálech, které nás pouze mrzačí (Preece, s. 12, 2009).“

3.2 Soucit k sobě z neurovědního hlediska

Při pociťování soucitu k sobě se v mozku aktivují mnohé mozkové oblasti. Ačkoliv bývá definován jako integrace tří složek, kterými jsou laskavost k sobě, všímavost a lidská sounáležitost, neexistuje dostupný neurovědní výzkum soucitu k sobě jako jednotného faktoru. Analýza jednotlivých podsložek tedy tvoří hypotézu předpovídající neurologický doprovod soucitu k sobě jako celku (Stevens et al., 2018). Se snahou o zjednodušení je ve stručnosti uvedena v následujícím textu.

1. Laskavost k sobě versus sebekritika (*self-kindness or self-judgement*) zapojuje oblasti mozku zodpovědných za sebereflexi. Přední mozková kůra přijímá podněty z vnějšího prostředí k emocionálnímu posouzení a podle toho, jestli jsou vztaženy pouze k vlastnímu „Self“, se dále aktivuje zadní mozková kůra (zapojující autobiografickou paměť), nebo pokud jsou vztaženy k „Self“ ve vztahu s dalšími lidmi, tak do ventromediální prefrontální kůry (přiřazující vlastní emocionální významy). Tyto dvě části jsou navzájem propustně propojené. Dále se informace posílají z obou oblastí prekuneálními cestami do hipokampu a do insuly (hodnotící somatické afektivní stavy) a dále do dorsomediální prefrontální kůry (hodnotící sociální významy a rozhodující o následující reakci organismu). Insula hraje významnou roli v případných emočních poruchách typu deprese, autismus, hraniční porucha osobnosti nebo schizofrenie (Stevens et al., 2018).
2. Všímavost versus nadměrná identifikace (*mindfulness or over-identification*) byla bohatě zkoumána mnohými autory (např. Allen et al., 2012; Hölzel, Lazar, Gard, Schuman-Olivier, Vago & Ott, 2011; Tang, Hölzel & Posner, 2015). Vyplývá, že v důsledku mentální regulace skrze všímavost se objevují progresivní neurologické změny. Začínají zvýšenými aktivacemi ve frontálních částech mozku jako je dorsolaterální, dorsomediální a ventrolaterální prefrontální kůra a přední mozková kůra. V důsledku zvýšeného úsilí o zaměření pozornosti od výrazných myšlenek

a emocí směrem ke kognitivní vyrovnanosti, se postupným tréninkem zmírňuje aktivace mediální prefrontální kůry a střední korové linie. Skrze trénink všímavosti dochází ke zvýšení celkové konektivity a synchronizaci zadních struktur střední korové linie, zejména v prekuneu a dorsolaterální prefrontální kůře. Dochází ke snižování tendence k vlastnímu referenčnímu zpracování, rozmazávání vlastních hranic a pronikání nedotknutelných zážitků (Stevens et al., 2018).

3. Lidská sounáležitost versus izolace (*common-humanity versus isolation*) je pro svou šířku a nesourodost neurologicky neprobádaný konstrukt. Pravděpodobně dochází k aktivacím v rozšířené korové oblasti zahrnující přední mozkovou kůru a dorsomediální prefrontální kůru (Stevens et al., 2018).

Při soucitu k sobě se tedy spouští kaskáda neurologických aktivací a deaktivací paralelně u všech souvisejících složek soucitu k sobě. Aktivují se centra empatie, emoční vřelosti, péče a připravenosti jednat ve prospěch druhých. Prosociální chování je také ovlivněno vyplavováním neurotransmiterů a hormonů jako je např. oxytocin nebo vazopresin (Birkett & Sasaki, 2018).

Gilbert (2009) rozlišuje tři typy evolučně daných systémů regulace emocí, které se na soucitu podílejí:

1. Systém pro ochranu v případě hrozby má za úkol rychle si všimnout ohrožení a vyvolat pocity jako je úzkost, hněv nebo odpor. Rychle se šíří tělem, vyvolávají poplach a provokují organismus k ochranné reakci způsobem útěk, útok nebo podrobení se (*flight, fight or submission*). Systém je snadno podmíněn a bývá častým zdrojem psychopatologie. V terapii zaměřené na soucit se zkoumá, jak mohou rané události v životě člověka ovlivňovat tento systém ochrany a rozvíjet bezpečnostní strategie, které jsou automatické, podmíněné a někdy protichůdné (např. submisivní člověk dobře pozná, kdy proti němu stojí někdo mocnější, což v něm vyvolá sociální úzkost, nejistotu a sekundárně touhu vyvolat přitažlivost a vyhnout se konfliktu). Takové strategie zároveň zvyšují tendenci k úzkosti, depresi a snižují sebeúctu.
2. Systém řízení (*drive*), hledání zdrojů a vzrušení, směřuje organismus k důležitým odměnám a zdrojům (potrava, rozmnožování, komunita apod.) a vede člověka k životním cílům, které v něm vyvolávají vzrušení, napětí a potěšení. Stejný systém

je stimulován např. při užíváním kokainu nebo amfetaminu. Je to systém odměn závislý na úspěchu, ale není to stabilní pocit štěstí.

3. Systém spojený s klidem a bezpečím se aktivuje, když má organismus zdrojů dost. Souvisí s mírem, pohodou a vývojově s připojením k pečujícím rodičům, fyzickou blízkostí a současně s vyplavováním oxytocinu. Ten vyvolává pocity důvěry, klidu a bezpečí ve vztazích. Čím je vyšší pocit společenské příslušnosti, tím se snižuje citlivost k ohrožujícím podnětům v obvodech strachu spojených s amygdalou.

První a druhý systém spolu úzce interagují. V důsledku toho se lidé snaží vyhýbat negativním pocitům (odmítnutí, méněcenosti, podřízenosti apod.) a vznikají různé „musy“ a nutnosti, které člověka puďí k aktivitě. Například touha „být milý“ může v sobě skrývat přehnanou touhu získávat náklonnost, vyhýbat se odmítnutí a konfliktům (Gilbert, 2009). Benda (2019) tvrdí, že soucit k sobě netlumí negativní pocity, ale spíše zvyšuje odolnost jedince vůči nim a dodává mu energii, aby na ně mohl reagovat s žádoucí vřelostí a přijetím.

Zajímavé poznání přináší také neurovědecká studie zkoumající efekt terapeutických mechanismů založených na akceptaci emocí u pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou. V důsledku intervencí zaměřených na přijetí emocí dochází k významnému snížení aktivity v limbickém systému (amygdale a hipokampu) a ventrolaterální prefrontální kůře, dále ke zvýšení aktivace v přední dorzální mozkové kůře a zvýšení funkční konektivity mezi ventrolaterální prefrontální kůrou a amygdalou. Naopak typické obavy spojené s generalizovanou úzkostnou poruchou zvyšují aktivitu v prekuneu, ventrolaterální prefrontální kůře a limbickém systému. Zároveň potlačování emocí nevyvolává výrazné změny v aktivitách mozku a naopak zvyšuje pocity izolace, aktivaci ventrolaterální prefrontální kůry a snižuje funkční konektivitu mezi ventrolaterální prefrontální kůrou a amygdalou (Ellard, Barlow, Whitfield-Gabrieli, Gabrieli & Deckersbach, 2017; Hölzel et al., 2013).

3.3 Soucit k sobě a sebezpřijetí

Hamrová (2016) se ve své práci věnovala vymezení soucitu k sobě a sebezpřijetí. Koncept sebezpřijetí je příbuzným pojmem a bývá uváděn jako jeden z hlavních činitelů osobní pohody. Opírá se o humanistickou a pozitivní psychologii C. R. Rogerse (a jeho bezpodmínečného přijetí jako ústředního bodu v psychoterapeutickém procesu), dále např. o A. Maslowa (který upozornil na potřebu sebeaktualizace a tím také sebezpřijetí), nebo A. Ellise (sjednocujícího kognitivní, emoční a behaviorální složky lidské mysli v kontextu sebezpřijetí). Autoři se více méně shodují, že kvalitní schopnost sebezpřijetí vzniká v útlém dětství na základě bezpodmínečného přijetí a umožňuje člověku pozitivně se vztahovat k sobě i ke svému okolí v dospělosti – navazovat kvalitní přátelské i partnerské vztahy.

Ellis (2001) tvrdí, že pokud člověk uvízne v cyklu podmíněného sebehodnocení, bude pravděpodobně tlačít na svůj vysoký výkon, aby byl okolím, ale i sám sebou, přijímán a pozitivně oceňován. Hodnocení vyžaduje velké množství energie, času a jeho závěry jsou většinou nepřesné a nekonzistentní. Bývá zaměřeno na chyby a tíhne k perfekcionismu. Například ruští autoři Garaňjan, Cholmogorov a Judějev (2001) ve své souhrnné studii prokázali také souvislost perfekcionismu s úzkostí a depresí. Primárním činitelem perfekcionismu v dětství je hodnotící výchova zdůrazňující úspěch a podmíněná láska. Vzniká tak vysoce rozvinuté hodnotící super-ego, internalizovaný pocit studu, pravděpodobně i vyšší míra tendence k narcismu a celková neurotizace osobnosti.

Autorka vymezuje rozdíly v pojmech sebezpřijetí a soucitu k sobě na základě Bendy (2016), Drydenové (2013), Neffové (2003a), Wispého (1986) a výsledkem je 6 následujících aspektů, které se vzájemně více či méně odlišují. Ve stručnosti jsou uvedeny v následující tabulce. Oba koncepty ve svém pojetí zohledňují aspekty omylnost a přijetí, soucitu a změny. Naopak všímavost, laskavost a připravenost k akci se zdají být unikátními komponentami pro soucit k sobě.

	Sebepřijetí	Soucit k sobě
Sebehodnocení	Vyžaduje oprostění se od jakéhokoliv hodnocení – pozitivního i negativního, které vede ke generalizaci a obecnému posuzování.	Je v přímém rozporu s negativním sebehodnocením. Pozitivní sebehodnocení člověka odpojuje od pocitu lidské sounáležitosti.
Omylnost	Zahrnuje schopnost vidět lidského jedince jako dynamický komplex, který se mění i chybuje. Schopnost náhledu, že i „Já“ jsem součástí celku, který chybuje”.	Je přímou součástí komponenty lidská sounáležitost – každá bytost je ve své podstatě chybuující a omylná.
Laskavost	Není součástí konceptu. Důsledkem sebepřijetí je to, že jedinečnost, komplexnost, omylnost a proměnlivost je přirozenou součástí vlastního života i života ostatních.	Laskavý přístup k sobě je jedna z hlavních komponent soucitu k sobě.
Přijetí, soucit a změna	Nese riziko, že člověk po bezpodmínečném přijetí sebe sama upadne do pasivity. Spíše však tyto složky podporují a připravují prostor ke změně.	Nese riziko, že člověk při absolutním projevování soucitu k sobě upadne do pasivity.
Všímavost	Spíše důsledek racionálního přesvědčení, že ačkoliv je důležité usilovat o úspěch, pokud tomu tak není, nemá takové rigidní přesvědčení absolutní pravdu.	Jeden z hlavních pilířů soucitu k sobě.
Připravenost k akci	Vybízí k aktivitě, ke konkrétní akci, např. tím, že si řekneme o pomoc nebo si dopřejeme odpočinku.	Méně náročná mentální operace, např. odmítnutí neustálého sebehodnocení, nebo přijetí sebe ve své podstatě jako hodnotné bytosti.

Tabulka č. 2: Rozdíly mezi konceptem bezpodmínečného sebepřijetí a soucitu k sobě (Hamrová, 2016, s. 41 – 43).

Hamrová (2016, s. 38) ve své práci prokládá mnohé argumentace autorů o důležitosti sebezpřijetí a soucitu k sobě v psychoterapeutické změně. Uzavírá je návrhem pojmout osobnost člověka dynamicky a situačně:

„Zdá se, že jsme blízko pojetí sebezpřijímání takzvaně „ted' a tady“. Navrhujeme opustit představu, že existuje „Já“, které je neměnné, statické, že stačí jej jednou přijmout a tím se řada věcí vyřeší. Nabízíme úvahu, že jde o postoj sám k sobě, který vybízí spíše k situačnímu jednání. „Ted“ je možné přijmout mé jednání a mé pocity, „ted“ je možné se postavit sebezničujícím pocitům, „ted“ k sobě nebudu tak přísný a nebudu se zbytečně obviňovat.“

3.4 Soucit k sobě a stud v terapii úzkosti

Neffová odkryla velký potenciál soucitu k sobě pro využití v psychoterapii, když definovala povahu celého konstruktu (Neff, 2003a) a spolu s dalšími autory (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007a; Neff et al., 2007b) upozornila na negativní korelace soucitu k sobě s depresí, úzkostí, sebekritikou, ruminací, negativní náladou či neuroticismem. A zároveň vztah s psychologickými koncepty jako je štěstí, optimismus, pozitivní nálada, zvědavost, přívětivost, extraverté či svědomitost.

Pauley a McPherson (2010) zjistili, že pacienti s úzkostí považují za důležitý soucit k sobě zejména z hlediska projevené laskavosti. Mnohé dosavadní studie však byly převážně korelační, a proto je s nimi třeba zacházet spíše opatrně. S ohledem na veškerá teoretická zjištění, se rozvinula snaha zkoumat soucit k sobě v klinickém prostředí u úzkostných pacientů, z nichž jsou mnohé výsledky uvedeny v následujícím textu.

Sociální fobie je typická výraznou sebekritičností a trvalým strachem z hodnocení či odmítnutí. Čím více má člověk obtíže se soucitem k sobě, tím více má strach z hodnocení, které může být jak negativní, tak i pozitivní. Pacienti trpící sociální fobií vykazovali významnou nižší míru soucitu k sobě v porovnání s kontrolní skupinou (Werner, Jazaieri, Goldin, Ziv, Heimberg & Gross, 2012). Také Căndea a Szentágotai–Tătar (2018) přinášejí zjištění, že soucit k sobě se jeví jako užitečná strategie k regulaci

a zmírnění internalizovaného studu a zároveň s sebou nese snížení symptomů sociální fobie.

Do vývoje terapeutických intervencí u úzkostných poruch začaly pronikat buddhistické psychologické přístupy, které dosáhly řady pozitivních výsledků. Terapie skrze soucit se zaměřuje na trénink mysli ve specifických činnostech rozvíjejících soucitné dovednosti, zejména ovlivňující seberegulaci (Gilbert, 2009). Trénink soucitu k sobě významně snižuje tendenci ke studu a iracionálním přesvědčením o sobě (Câdea & Szentágotai-Táatar, 2018).

Mnozí nejen úzkostní pacienti říkají, že ačkoliv racionálně rozumějí příčinám svých obtíží a reakcí, nepřichází úleva. Stále totiž čelí pocitům studu a viny. Klíčovým prvkem je tedy záměr na soucitné pozorování mysli a postupné vřelé přijetí vztahů k sobě i ke svému okolí takové, jaké opravdu jsou. Důležité v terapii je pochopení symptomů úzkostného chování (Gilbertův systém 1 a 2 viz kap. 3.2), které mají zpravidla spojitost s pacientovou nevědomou touhou po sociálním bezpečí a bezpodmínečném přijetí. Tyto strategie, které se postupně vyvíjely v pacientově životě pro posílení pocitů bezpečí, je nutné přijmout jako něco, co v určitém životním období pomáhalo pacientovi přežít nebo ulevit od utrpení. Jakmile se jedinci přestanou kritizovat a obviňovat za své myšlenky a pocity, pak mohou lépe přijímat zodpovědnost a naučit se vyrovnávat se symptomy své nemoci (Gilbert, 2009). Zároveň je dobré integrovat poznatky o konceptu připojování a bezpečném kontaktu v léčebném procesu terapie zaměřené na soucit (Bowlby, 1969; Mikulincer & Shaver, 2007). V důsledku pečujícího a starostlivého postoje člověka k sobě se pak zvyšuje individuální osobní pohoda (*well-being*) (Zessin, Dickhäuser & Garbade, 2015). Van Dam (2011) na základě výzkumu dokonce tvrdí, že soucit k sobě může mít širší a důležitější úlohu v psychickém zdraví, než tomu je v programech založených na rozvoj všímavosti MBI (*Mindfulness-Based Interventions*).

Mezi terapeutické intervence rozvíjející soucit k sobě patří např. kognitivní terapie založená na všímavosti (MBCT), terapie přijetí a odevzdání (ACT), nebo terapie zaměřená na soucit (CFT) (Baer, 2003; Gilbert, 2005; Kenny & Williams, 2007). Metaanalýza 209 studií provedená kolektivem vědců potvrdila účinnost léčby založené na všímavosti u snižování úzkosti, deprese a stresu a dodala, že její účinky jsou

srovnatelné s dosavadními léčebnými přístupy jako je KBT nebo farmakologická léčba (Khoury et al., 2013). Ke stejnému závěru dochází např. autoři Cândia a Szentágotai-Táatar (2018).

3.4.1 Kognitivní terapie založená na všímavosti – MBCT

Terapeutický přístup *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* je odvozený od tréninku všímavosti pro redukci stresu MBSR a je skupinovou léčbou, jejímž jádrem je meditace všímavosti. MBCT integruje prvky kognitivní terapie (Evans, Ferrando, Findler, Stowell, Smart & Haglin, 2008) a byl prokázán její pozitivní vliv při léčbě deprese (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000), snižování depresivních i úzkostných symptomů (Evans et al., 2008; Kim et al., 2009) a to i např. u pacientů s bipolární poruchou trpících sebevražednými myšlenkami (Williams et al., 2008).

3.4.2 Terapie přijetí a odevzdání – ACT

Acceptance and Commitment Therapy, nebo také léčba přijetím a angažovaností, propojuje analýzu chování, teorii vztahového rámce – RFT (*Relational Frame Theory*) a poznatky získané výzkumem řeči a kognice. Hlavním cílem je posílit v mysli vlastního vnitřního pozorovatele, který je odosobněný a nenechává se strhnout různými emocemi (Hayes, Strosahl & Wilson, 2009). Pozitivní efekt léčby byl potvrzen u depresivních a úzkostných pacientů (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2007), dále např. u sociální fobie (Dalrymple & Herbert, 2007) nebo při léčbě psychóz (Bach, Hayes & Gallop, 2012).

3.4.3 Terapie zaměřená na soucit – CFT

Compassion Focused Therapy je terapie, která se zaměřuje na rozvoj vřelého, přijímajícího, soucitného postoje vůči ostatním, vůči sobě a zároveň vůči soucitu přicházejícímu od druhých. Učí pacienty čelit chronickému studu, sebekritice a pocitům izolace. Z původního zaměření na chronicky depresivní pacienty (Gilbert & Procter 2006) se terapie rozšířila např. pro léčbu poruch příjmu potravy (Gale, Gilbert, Read & Goss, 2014), psychóz (Gumley, Braehler, Laithwaite, MacBeth & Gilbert, 2010) nebo sociální fobie (Werner et al., 2012). Přístup kombinuje prvky KBT, afektivní neurovědy a buddhismu s ohledem na teorie připojení (*attachment theory*) a evoluční teorie.

Edukuje pacienty v tom, jak funguje psychika a trénuje je ve všímavosti a soucitu. Cílem je zvýšit vnímavost k vlastnímu utrpení, odbourat stud a vinu a nahradit ji soucitnou pozorností (Boersma et al., 2015). Většina účastníků pilotní studie reflektovala spokojenost s léčbou pomocí CFT, zvýšenou míru subjektivního zlepšení stavu a schopnosti soucitu k sobě. V důsledku léčby byli schopnější vyrovnat se se sociální fobií a mírnit sebekritické nazírání na sebe sama (Boersma et al., 2015).

Mezi další intervenční programy zaměřené na rozvoj psychosociálních dovedností skrze trénink všímavosti patří například výcvik soucitu – CCT (*Compassion Cultivation Training*) (Jazaieri et al., 2013), CMT (*Compassionate mind training*) (Gilbert & Procter, 2006) na všímavosti založená redukce stresu – MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*), nebo dialektická terapie chování – DBT (*Dialectical Behavior Therapy*) (Goldin & Gross, 2010). Aktuálně se uplatňují po celém světě pro blahodárné účinky při regulaci emocí, redukcí stresu, zmírňování deprese, ruminace a úzkosti (Roemer, Lee, Salters–Pedneault, Erisman, Orsillo & Mennin, 2009; Takahashi et al., 2019). Posilují selektivní pozornost, soustředění, paměť, empatii, mají relaxační efekt, snižují úroveň dráždivosti systému bloudivého nervu (klíčový pro stresovou reakci a zotavení se z ní) a snižují symptomy fyziologických poruch jako je nervozita, vysoký krevní tlak nebo chronická bolest (De Vibe, Bjørndal, Fattah, Dyrdal, Halland & Tanner–Smith, 2017).

Pomocí CMT se podařilo snížit míru deprese, úzkosti, sebekritiky, studu, pocitů méněcennosti a submisivního chování. Zlepšila se schopnost zklidnění a zaměření se na vřelý uklidňující přístup sám k sobě, což se u chronických pacientů jeví jako velmi pozitivní výsledek (Gilbert & Procter, 2006). Vyjimečný longitudinální výzkum dvojice Bergen–Cico a Cheon (2014) přinesl zjištění, že trénink všímavosti zvyšuje soucit k sobě, seběvědomí spojené se studem a snižuje úzkost. Respektive kultivuje mysl k všímavému přístupu a soucitu k nastupující úzkosti, čímž se její vliv významně snižuje. Nedostatek všímavosti se také ukazuje jako významný faktor vzniku nejčastější generalizované úzkostné poruchy a posilováním při tréninku působí protektivně (Hoge et al., 2013; Roemer et al., 2009).

3.5 Výzkum soucitu k sobě a studu v ČR

Ráda bych v této části zmínila výsledky výzkumu, jehož součástí se tato práce stala, a který se zaměřil na analýzu zkoumaných faktorů rovněž u pacientů trpících depresemi. Celé výsledky výzkumu nesoucího název *Differences in self-compassion and shame in patients with anxiety disorders, patients with depressive disorders and healthy controls* (Rozdíly v soucitu se sebou a ve studu u pacientů s úzkostnými poruchami, pacientů s depresivními poruchami a u zdravých kontrol), lze najít v časopise *Československá psychologie* č. 6/2018.

Součástí výzkumu bylo 58 respondentů trpících úzkostnou poruchou, 57 respondentů trpících depresivní poruchou a 180 duševně zdravých respondentů tvořících kontrolní soubor. U obou skupin byla prokázána signifikantně nižší míra soucitu k sobě, vyšší tendence k prožívání studu a vyšší míra internalizovaného studu v porovnání s kontrolním souborem. Mezi oběma klinickými soubory zároveň nebyly nalezeny signifikantní rozdíly ve zkoumaných proměnných (Benda, Kadlecík & Loskotová, 2018).

Na tato zjištění dále navázal Benda (2018) na Mezinárodní konferenci o všímavosti v Amsterdamu, kde prezentoval tyto výsledky v porovnání s dalšími klinickými skupinami – hraniční porucha osobnosti, poruchy příjmu potravy a závislost na alkoholu. Všechny klinické soubory vykazovaly signifikantně nižší míru soucitu k sobě a vyšší tendenci k prožívání studu v porovnání s kontrolním souborem. Zjištění tvoří základ předpokladu, že tyto proměnné mohou být transdiagnostickými faktory, o kterých dále pojednává Benda (2019) v knize *Všímavost a soucit se sebou: Proměna emocí v psychoterapii*.

4 Shrnutí literárně-přehledové části

Literárně-přehledová část práce představila základní typy úzkostných poruch v klinické praxi z hlediska hlavních symptomů, etiologie a soudobých způsobů léčení. Byly propojeny s tématy internalizovaného studu, viny a soucitu k sobě. Stud a vina jsou jakousi dvojicí, která je v mnohých výzkumech uváděna společně. Aktuálně se však ukazuje, že navzdory společné příslušnosti k tzv. sebevztaženým emocím mají jiné důsledky na psychické zdraví člověka a jiné důsledky v kontextu psychických onemocnění.

Internalizovaný stud je emoce, která v sobě zahrnuje časově stabilní negativní hodnocení sebe sama. Jedním z důležitých faktorů, který umožňuje jeho rozvoj, je například zvýšená kritičnost a emoční chlad rodičů, což způsobuje neschopnost vlastního soucitého přístupu k sobě v dospělosti a zvyšuje riziko rozvoje úzkosti (Potter et al., 2014). Ukazuje se, že vyšší tendence k prožívání studu hraje významnou roli při vzniku a udržování psychických onemocnění, zejména těch úzkostných, a že pozitivně reaguje na intervence zaměřené na rozvoj soucitu k sobě. Díky tomu existuje předpoklad, že posílení schopnosti projevovat sám sobě soucit i ve chvílích, kdy se člověku nedaří, může pomoci snížit tendenci k prožívání studu a symptomy nejen úzkostných poruch.

Mnozí zahraniční autoři se zabývají vztahy mezi internalizovaným studem a soucitem k sobě u úzkostných pacientů. Căndea & Szentágotai-Tătar (2013; 2018) například tvrdí, že tendence k prožívání studu má jedinečnou a přímou spojitost se sociální fobií a hraje také významnou roli u dalších úzkostných poruch. Fergus et al. (2010) zkoumali souvislost studu a viny se symptomy úzkostných pacientů a Boersma et al. (2015) prokázali pozitivní účinky CFT na míru prožívaného studu u sociální fobie. Bergen-Cico a Cheon (2014) pak odkrývají skrytý potenciál na všímavost zaměřených intervencí při léčbě úzkostí. Pauley a McPherson (2010) dokládají takový pozitivní efekt při tréninku zaměřeného na rozvoj na soucitu k sobě u úzkostí a také u depresí. Na základě těchto a dalších výše uvedených zjištění byl vytvořen koncept výzkumné části práce, která zkoumá právě internalizovaný stud (ISS), tendenci k prožívání studu a viny (TOSCA-3) a soucit k sobě (SCS) u české populace.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Východiska a cíle projektu

Popsané úzkostné poruchy jsou velmi podstatnou skupinou duševních poruch a jsou dlouhodobě a systematicky podrobovány psychologickému zkoumání z různých hledisek. Výzkumná část práce shrnuje hlavní východiska výzkumu, představuje výzkumné otázky a hypotézy, popisuje charakteristiky použitých metod, průběh sběru dat a jejich statistickou analýzu. Hlavním záměrem je porovnat míru soucitu k sobě, internalizovaného studu a tendenci k prožívání viny a studu mezi osobami s úzkostnou poruchou a zdravými osobami. Ačkoliv byl nedostatek soucitu k sobě spolu s vysokou mírou internalizovaného studu potvrzen u úzkostných osob v několika zahraničních studiích, z nichž jsou mnohé zmíněny v teoretické části práce, v českém prostředí zatím takový záměr zrealizován nebyl.

Výzkum této diplomové práce byl podpořen Grantovou agenturou Univerzity Karlovy, byl schválen Etickou komisí FF UK a bylo mu uděleno referenční číslo: 2016UKFF08913. Sběr dat probíhal od dubna do září 2017.

S ohledem na již publikované výsledky výzkumu se práce zaměřuje také na proměnnou tendence k prožívání viny, která byla součástí použitého nástroje TOSCA-3, a která může poskytnout zajímavý dílek do celkového konceptu.

6 Výzkumné otázky

Existuje významný rozdíl v míře soucitu k sobě, internalizovaným studem a tendencí k prožívání viny a studu mezi úzkostnými a zdravými osobami?

Jaké jsou vzájemné asociační vztahy mezi mírou soucitu k sobě, internalizovaným studem a tendencí k prožívání viny a studu mezi úzkostnými a zdravými osobami?

7 Výzkumné hypotézy

Na základě výše uvedeného byly zformulovány následující hypotézy:

H1: Mezi osobami s klinicky diagnostikovanou úzkostí a zdravými osobami bude významný rozdíl v míře soucitu k sobě.

H2: Mezi osobami s klinicky diagnostikovanou úzkostí a zdravými osobami bude významný rozdíl v míře internalizovaného studu.

H3: Mezi osobami s klinicky diagnostikovanou úzkostí a zdravými osobami bude významný rozdíl v míře tendence ke studu.

H4: Mezi osobami s klinicky diagnostikovanou úzkostí a zdravými osobami bude významný rozdíl v míře tendence k prožívání viny.

H5: Mezi mírou soucitu k sobě, tendencí k prožívání studu a viny a internalizovaným studem bude významný asociační vztah bez ohledu na příslušnost k úzkostné nebo zdravé skupině.

H6: Síla vztahu mezi mírou soucitu k sobě, tendencí k prožívání studu a viny a internalizovaným studem bude silnější u úzkostných osob než u osob zdravých.

8 Výzkumné metody

K ověření výše formulovaných hypotéz byly použity celkem 4 kvantitativní dotazníky v testové baterii spolu s úvodem a dotazníkem zjišťujícím demografická data respondentů pro účely pozdějšího statistického zpracování. Komplexní testová baterie v papírové formě byla použita pro sběr dat v klinickém prostředí, vyplňování dotazníku probíhalo s informovaným souhlasem a anonymně. V papírové podobě bylo využito iniciálů pacientů pouze za účelem přiřazení příslušné diagnózy, se kterou se daný pacient léčil. S použitím dotazníku GAD-7, který je popsán níže, tak došlo ke dvojí kontrole přítomnosti úzkosti. Paralelně s tím probíhal sběr dat kontrolního souboru elektronickou formou na internetu.

Testová baterie sestávala z dotazníků SCS-CZ (*Self-Compassion Scale*) (Benda & Reichová, 2016), TOSCA-3 (*Test of Self-Conscious Affect*) (Tangney, Wagner & Gramzow, 1989), ISS (*Internalized Shame Scale*) (Cook, 1994), GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder Scale*) (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006) a úvodu zjišťujícího demografické údaje: věk, pohlaví, rodinný stav, děti, dosažené vzdělání a bydliště. Použité testy jsou k nalezení v přílohách práce, avšak bez dotazníku ISS, na který se vztahují autorská práva *Multi-Health Systems Inc.*

8.1 SCS-CZ

SCS-CZ (Benda & Reichová, 2016) je českou adaptací Škály soucitu se sebou (*Self-Compassion Scale*) Neffové (2003b) a je jediným českým nástrojem k měření soucitu k sobě. Jedná se o původní dotazník SCS-26-CZ s dvaceti šesti položkami a pětistupňovou Likertovou škálou, v níž respondenti odhadují, jak často mají tendenci k danému chování nebo myšlení. Výsledkem je míra schopnosti vyrovnávat se s vlastními chybami, nedokonalostmi nebo tendence být k sobě tvrdý až krutý. Lidé dosahující vysokých hodnot k sobě dokáží být chápaví a soucitní, umějí o sebe pečovat a projevovat zájem o svůj vnitřní klid i ve chvílích, kdy se jim nedaří. Jejich sebehodnota není závislá na nutných dobrých výkonech a chyby berou spíše jako příležitost k učení. Pro vyplnění tohoto dotazníku je tedy nutná určitá dávka sebenáhledu. Celkový součet skóre v jednotlivých položkách pak vyjadřuje respondentovu celkovou míru soucitu se sebou (Benda & Reichová, 2016).

Dotazník v původním znění (Neff, 2003b) obsahuje 6 subškál (laskavost k sobě, sebeodsuzování, lidská sounáležitost, izolace, všímavost, přílišné ztotožnění). V práci českých autorů Benda a Reichové (2016), na základě konfirmační faktorové analýzy a metody postupného vynechávání položek (*jackknifing*), byl dotazník zkrácen na 20 položkovou verzi, čímž vznikl dotazník SCS-CZ. Test re-testová reliabilita vychází v hodnotě 0,9, vnitřní konzistence Cronbachovy $\alpha = 0,89$ a byla ověřená konvergentní, diskriminační i kriteriální validita s tematicky příbuznými dotazníky (Benda & Reichová, 2016).

Příklad:

„Odmítám a odsuzuji své chyby a nedostatky.“

„Když je mi na nic, mívám pocit, že ostatní lidé jsou šťastnější než já.“

8.2 TOSCA-3

Test of Self-Conscious Affect (Tangney et al., 1989) je jedním z nejčastěji používaných dotazníků. Obsahuje subškály měřící osobnostní rysy jako tendenci k externalizaci, odstupu, lhostejnosti, pýchy a právě viny a studu (*shame proneness, guilt proneness*) (Robins, Nofle & Tracy, 2007). Přináší popis 16 hypotetických situací, které mohou v respondentovi vyvolávat pocity viny nebo vnitřního studu (5 pozitivně a 11 negativně formulovaných situací). Na základě subjektivního posouzení opět respondent vyplní nejvíce přiléhavý způsob své reakce na předloženou situaci, přičemž ke každé variantě reakce vyplní svou míru pravděpodobnosti v 5 stupňové škále (1 – zcela nepravděpodobné až 5 – velmi pravděpodobné). Předlohou pro tvorbu položek bylo několik set výpovědí studentů (Tangney & Dearing, 2003).

Pro účely tohoto výzkumu byla použita česká 11 položková verze, z níž byly vyloučeny pozitivně formulované scénáře související se subškálou měřící pýchu. S ohledem na zjištění v teoretické části a závěry Dvořákové (2013), která poukazuje na neuspokojivě oddělené konstrukty externalizace a odstupu, zahrnujeme v analýze výsledky jen dvou subškál měřících tendenci k prožívání viny a tendenci k prožívání studu.

Vnitřní konzistence obou subškál (tendence k prožitkům studu a tendence k prožívání viny) jsou podle autorů velmi dobré, protože ve třech různých měřeních Cronbachovy α vycházejí – stud 0,88; 0,76; 0,77 a vina 0,83; 0,70; 0,78 (Tangney & Dearing, 2003), což potvrzuje i Dvořáková (2013), stud $\alpha = 0,76$ a vina $\alpha = 0,8$. Obě subškály spolu pozitivně korelují ($r = 0,51$, $p < 0,001$) a kromě subškály měřící odstup, i ostatní subškály vycházejí nad hodnotou $\alpha = 0,7$ (Rüsch, Corrigan, Bohus, Jacob, Brueck & Lieb, 2007a).

Příklad:

Rozbil/a jste něco v práci a pak jste to zatajil/a.

- a) *Pomyšlíte si: „To je nepříjemné. Musím to opravit nebo zařídit, aby to udělal někdo jiný.“*
- b) *Budete přemýšlet o odchodu ze zaměstnání.*
- c) *Pomyšlíte si: „Hodně věcí v dnešní době není vyrobeno příliš kvalitně.“*
- d) *Pomyšlíte si: „Byla to jen nehoda.“*

8.3 ISS

Internalized Shame Scale je dotazník k měření internalizovaného studu (Cook, 1987) adaptovaný pro české výzkumné účely Hamrovou (2016). Byl zároveň schválen majitelem autorských práv jako oficiální česká verze.¹ Obsahuje celkem 30 položek popisujících bolestné nebo jinak negativní pocity a zkušenosti. Respondenti zaškrtaávají na 5 stupňové Likertově škále frekvenci zažívaných pocitů nebo zkušeností, přičemž 0 – nikdy až 4 – téměř vždy. Většina položek je negativně formulovaná, proto Cook pro odlehčení z původní Rosenbergerovy škály sebehodnocení přidal dalších 6 pozitivně formulovaných položek (4, 9, 14, 18, 21, 28). Tvoří tak oproti hlavní subškále internalizovaného studu samostatnou subškálu sebehodnocení (*self-esteem*) ISS-SE.

Tento výzkum se zaměřuje pouze na 24-položkovou subškálu internalizovaného studu ISS-S, ačkoliv byl zadán kompletní 30-ti položkový dotazník. Vnitřní konzistence subškál ISS-S $\alpha = 0,95$ a ISS-SE $\alpha = 0,90$. Test-retestová korelace ISS-S $r = 0,84$, ISS-SE $r = 0,69$ (Cook, 1994). Na základě analýz mnohých autorů (Cook, 1987; Del Rosario & White, 2006; Vikan, Hassel, Rugset, Johansen & Moen, 2010) byly identifikovány tři faktory, které spolu úzce korelují a předjímají přítomnost nadřazeného faktoru, internalizovaného studu. Jedná se o pocity neadekvátnosti a

¹ *Povolení k použití české verze Škály internalizovaného studu (ISS) udělila společnost Multi-Health Systems Inc., North Tonawanda, USA (Invoice No.: I920504; Date: June 05, 2017; Customer ID: 194963; Order No.: 926568; Shipper ID: S738281).*

méněcennosti (*inadequacy and inferiority*), pocity prázdnoty a osamělosti (*emptiness and lonely*) a pocity zranitelnosti a křehkosti (*vulnerability, fragile and exposed*) (Hamrová, 2016). Test je vhodným nástrojem pro použití v klinickém i neklinickém prostředí (Rybak & Brown, 1996).

Příklad:

„*Myslím, že na mě lidé koukají spatra.*”

„*Děsím se toho, že mé chyby budou před ostatními odhaleny.*“

8.4 GAD-7

Generalized Anxiety Disorder Scale je dotazník určený ke zjišťování přítomnosti symptomů úzkosti. Dotazník bývá používán v klinické praxi pro stanovení diagnózy generalizované úzkostné poruchy, zjišťuje příznaky úzkosti v posledních dvou týdnech a odhaduje míru jejich závažnosti (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006). Sebeuposuzovací dotazník obsahuje 7 položek vycházejících z kritérií DSM-IV a respondent vyjadřuje na třibodové škále frekvenci výskytu svých obtíží za poslední týden (příčemž 0 – vůbec ne až 3 – téměř každý den). Celkové skóre v dotazníku určuje míru potenciální úzkosti, příčemž tzv. cut-off hodnotami pro mírnou, střední a vysokou míru úzkosti jsou hodnoty 5, 10, 15 (Matějíková, 2016). Dle autorů (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan & Löwe, 2007) dotazník vykazuje vůči úzkostné symptomatologii 89% senzitivitu (s 89% přesností si můžeme být jisti, že test odhalí pacienty vykazující úzkostnou symptomatiku) a 82% specifitu (s 82% přesností budou odhalené případy skutečně pozitivní). Autoři rovněž zjišťovali tyto parametry u dalších úzkostných poruch a zjistili, že dotazník může sloužit ke screeningu také sociální úzkostné poruchy (senzitivita 72%, specifita 81%), panické poruchy (senzitivita 74%, specifita 81%) i posttraumatické stresové poruchy (senzitivita 66%, specifita 81%). Metoda nebyla dosud standardizovaná pro českou populaci. V práci Půčkové (2017) dosahuje dotazník vysoké míry vnitřní konzistence – Conbachovo $\alpha = 0,91$.

Příklad:

„*Pocit nervozity, úzkosti nebo napětí (pocit jako na jehlách).*“

9 Průběh sběru dat

Testová baterie byla fyzicky předložena pacientům několika klinických pracovišť po celé České republice: Denní Sanatorium Horní Palata, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Kosmonosy a Opava, Ústřední vojenská nemocnice Olomouc, Fokus Praha, Oblastní nemocnice Jičín.

Ve spolupráci s psychiatry a psychology byly zadávány dotazníky skupinově, nebo individuálně formou tužka-papír. Všichni účastníci byli informováni o cílech výzkumu, důvěrnosti a dobrovolnosti, přičemž některé dotazníky nebyly dokončeny a musely být vyřazeny z výzkumu (přibližně 15 dotazníků). Ve většině případů však pacienti projevovali zájem o dokončení testové baterie a někteří také toužili dát zpětnou vazbu k testování. Pro ilustraci uvádím některé pozitivní příklady hodnocení testování:

„Uvědomila jsem si, že s tím mám opravdu problém.“

„Je to silné, protože se to ptá přesně na to, v čem jsou moje potíže.“

„Pomohlo mi to si uvědomit mnoho věcí z naší skupinové terapie a témata, která teď řeším.“

„Je to pro mě velmi rozrušující, ale zároveň hodnotné. Děkuji.“

Negativní zpětná vazba se většinou týkala problémů s vyplněním dotazníku TOSCA-3, který byl obtížnější na pochopení, o čemž svědčí i množství vyřazených dotazníků. Některí respondenti hodnotili položky jako velmi znepokojující, těžké nebo „moc na tělo“. U kontrolního souboru nebyla získána zpětná vazba s ohledem na on-line administraci testů.

Kontrolní soubor zdravých osob byl vytvořen na základě skóru v GAD-7. Byli vyloučeni respondenti s hodnotou nad 9 bodů a zároveň byli vyloučeni ti, kteří uvedli v minulosti nějaké psychické onemocnění. Tento soubor zdravých dospělých byl vytvořen pomocí on-line sběru na platformě <https://freeonlinesurveys.com/>, převážně přes inzerci na Facebooku. Ke zvýšení motivace byla výzva zformulována: „*Jak jste na tom se vztahem k sobě?*“ a po dokončení odpovědí jim byla bezprostředně zobrazena zpětná vazba.

10 Charakteristiky výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 238 dospělých respondentů, z toho 58 z nich mělo diagnózu F40 – F42, zahrnuti byli také 4 respondenti s poruchou přizpůsobení (F3.2). Celkově do klinického souboru byli zahrnuti respondenti starší 18 let, kteří měli na škále GAD–7 vyšší skóre než 9 a zároveň jim nebyla diagnostikována komorbidní diagnóza jako např. psychotická porucha, porucha osobnosti, organické poškození mozku nebo mentální retardace. Vyřazeni pak byli respondenti, kteří nevyplnili některé položky v dotazníku, nebo se nepodařilo v součinnosti s personálem daného zdravotnického zařízení přiřadit správnou diagnózu.

Následuje deskriptivní analýza výzkumného souboru podle zjišťovaných parametrů.

10.1 Pohlaví

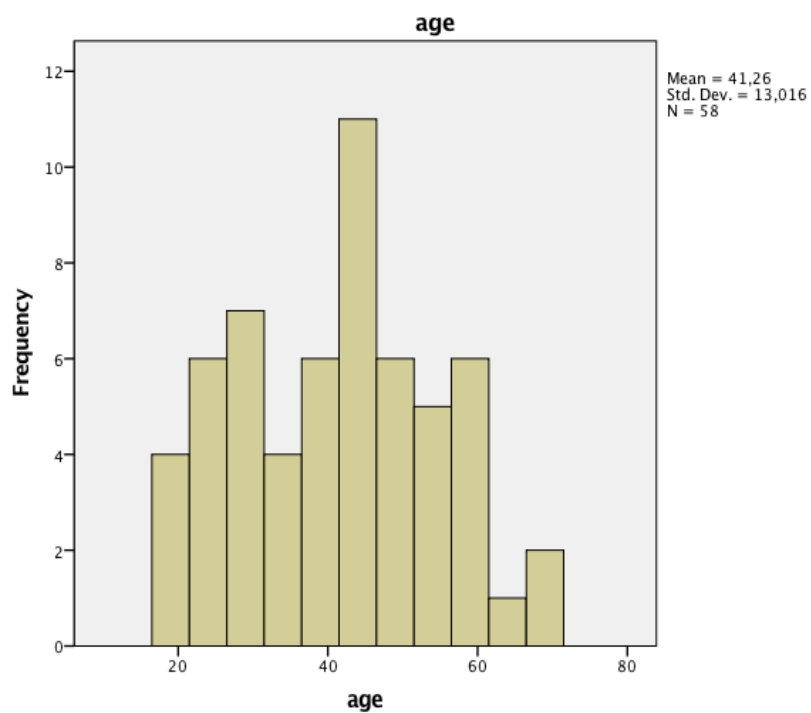
Výzkumný soubor tvořilo 158 žen a 80 mužů. Četnosti a procentuální zastoupení jednotlivých pohlaví v souborech jsou znázorněny v tabulce č. 3:

		Četnost	Procenta	Kum. procenta
Zdraví	Muži	62	26,1	26,1
	Ženy	118	49,6	75,7
Úzkostní	Muži	18	7,6	83,3
	Ženy	40	16,8	100
Celkem		238	100	

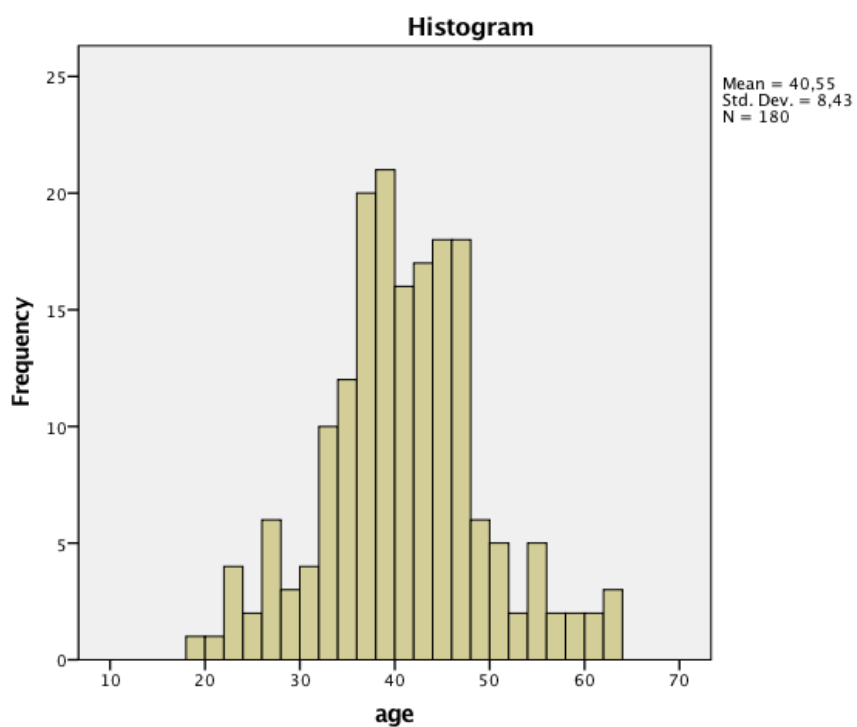
Tabulka č. 3: Četnosti a procentuální zastoupení jednotlivých pohlaví ve skupinách.

10.2 Věk

Věkové rozmezí všech respondentů se pohybovalo od 19 do 70 let. Věkový průměr celého výzkumného souboru byl téměř 40,7 let, přičemž průměr klinického souboru s úzkostí byl 41,3 let a kontrolního souboru 40,6 let. Věkový průměr obou skupin byl tedy srovnatelný navzdory nevyváženosti celkového počtu respondentů. Podrobné rozložení histogramů je uvedeno v grafech č. 1, 2 a v příloze č. 5 graf č. 7.



Graf č. 1: Věkové rozložení klinického souboru s úzkostí.



Graf č. 2: Věkové rozložení kontrolního souboru.

10.3 Bydliště

Další zkoumanou charakteristikou byla velikost města, ze kterého respondenti pocházeli. I zde bylo dosaženo relativního vyvážení v jednotlivých kategoriích. Přehled zastoupení viz tabulka č. 4 a v příloze č. 5 graf č. 8.

	Četnost	Procenta	Kum. procenta
do 5 tis.	53	22,3	22,3
do 10 tis.	29	12,2	34,5
do 50 tis.	45	18,9	53,4
do 100 tis.	23	9,7	63,0
nad 100 tis.	88	37,0	100,0
Celkem	238	100,0	

Tabulka č. 4: Četnosti a procentuální zastoupení velikosti bydliště respondentů.

10.4 Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejčastějším typem nejvyššího dosaženého vzdělání bylo středoškolské s maturitou (94 osob, 39,5 %). Přehled zastoupení jednotlivých typů vzdělání je uveden v tabulce č. 5 a v příloze č. 5 graf č. 9.

	Četnost	Procenta
Základní	9	3,8
Vyučen (bez maturity)	46	19,3
SŠ s maturitou	94	39,5
VŠ / VOŠ	89	37,4
Celkem	238	100,0

Tabulka č. 5: Četnosti a procentuální zastoupení typů dosaženého vzdělání.

10.5 Zastoupení zdravých a úzkostných respondentů

Výzkumný soubor obsahoval 58 úzkostných a 180 zdravých osob. Úzkostné osoby tak tvořily 24,4 % a osoby zdravé 75,6 % výzkumného souboru, viz graf č. 10 v příloze č. 5. Přehled zastoupení jednotlivých typů poruch je zde uveden v tabulce č. 6.

<i>Byla Vám někdy diagnostikovaná nějaká duševní porucha?</i>		
	Četnost	Procenta
Ne	180	75,6
Agorafobie	8	3,4
Sociální fobie	1	0,4
Specifické fobie	8	3,4
Panická porucha	5	2,1
Generalizovaná- úzkostná porucha	30	12,6
Jiné anxiózně-fobické poruchy	1	0,4
Anxiózně fobická porucha NS	1	0,4
Porucha přizpůsobení	4	1,7
Celkem	238	100,0

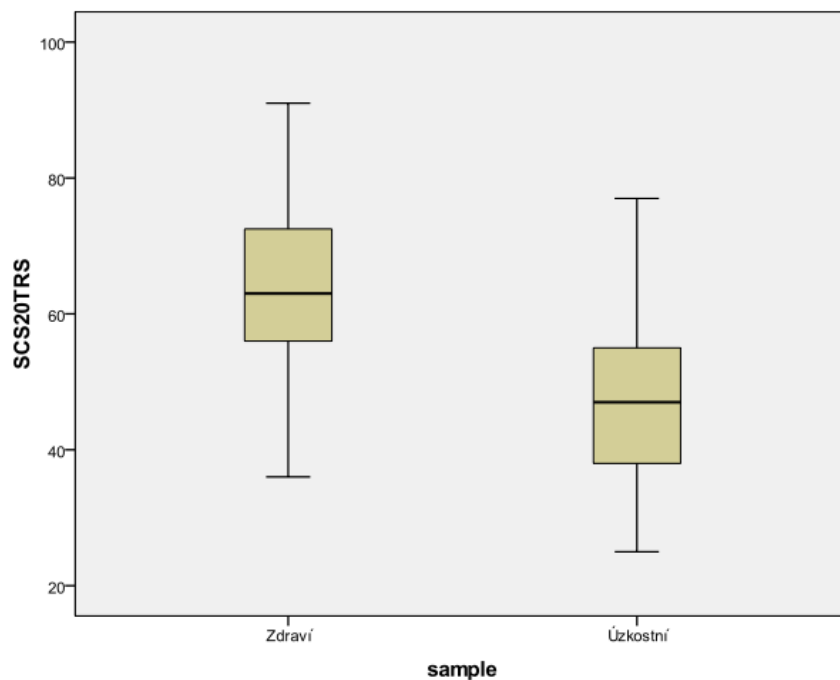
Tabulka č. 6: Podrobné četnosti a procentuální zastoupení jednotlivých typů úzkostných poruch.

11 Testování výzkumných hypotéz

Ke statistickému zpracování dat bylo použito programu IBM SPSS Statistics–17. U všech proměnných byla ověřována normalita rozložení dat, podle které byl následně volen konkrétní způsob testování hypotézy.

H1: Mezi osobami s klinicky diagnostikovanou úzkostí a zdravými osobami bude významný rozdíl v míře soucitu k sobě.

Deskriptivní statistika míry soucitu k sobě u obou skupin neukázala odchylky od normálního rozdělení dat, což je patrné z Q–Q plotů v příloze č. 6 (grafy č. 11 a č. 12) i box plotů (graf č. 3).



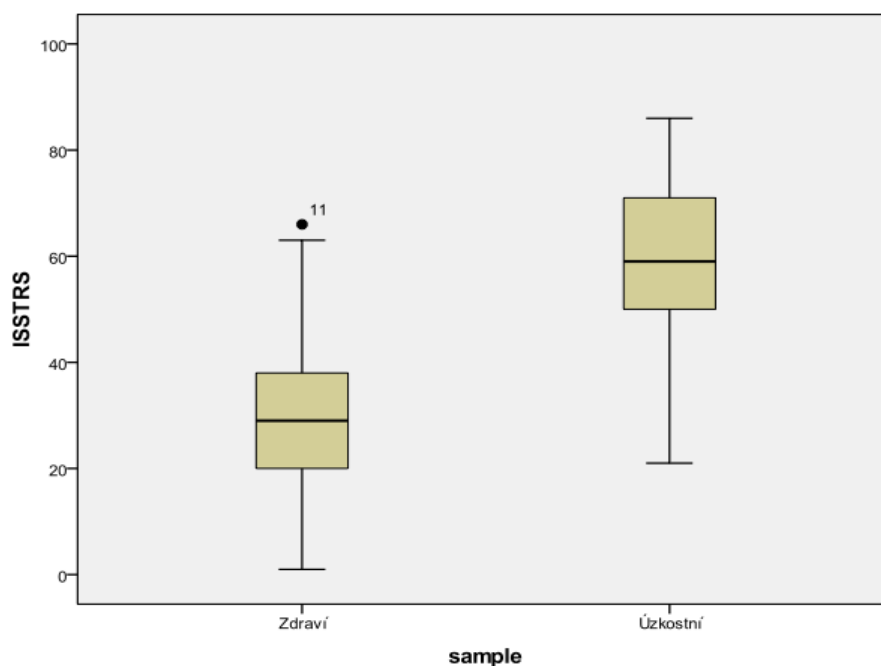
Graf č. 3: Box plot pro soucit k sobě u úzkostných a zdravých osob.

Shapiro-Wilkův test normálního rozdělení pro soucit k sobě nebyl signifikantní u úzkostných osob ($W(58) = 0,980$; $p < 0,434$), ani u osob zdravých ($W(180) = 0,986$; $p = 0,073$). Data pro soucit k sobě byla tedy normálně rozdělena v obou skupinách.

Levenův test homogenity rozptylů nebyl statisticky signifikantní ($F(236) = 0,42$; $p = 0,837$). Nepárový t-test pro zjištění významnosti rozdílu v míře soucitu k sobě mezi zdravými ($M = 64,31$; $SD = 11,11$) a úzkostnými ($M = 47,52$; $SD = 11,5$) osobami byl statisticky signifikantní ($t(236) = 9,924$; $p < 0,001$). Míra soucitu k sobě je významně nižší u úzkostných osob. Byl nalezen dostatek evidence k zamítnutí nulové hypotézy.

H2: Mezi osobami s klinicky diagnostikovanou úzkostí a zdravými osobami bude významný rozdíl v míře internalizovaného studu.

Deskriptivní statistika internalizovaného studu neukázala významné odchylky od normálního rozdělení dat ani u jedné ze skupin, což je patrné z Q-Q plotů v příloze č. 6 (grafy č. 13 a č. 14) i box plotů (graf č. 4).



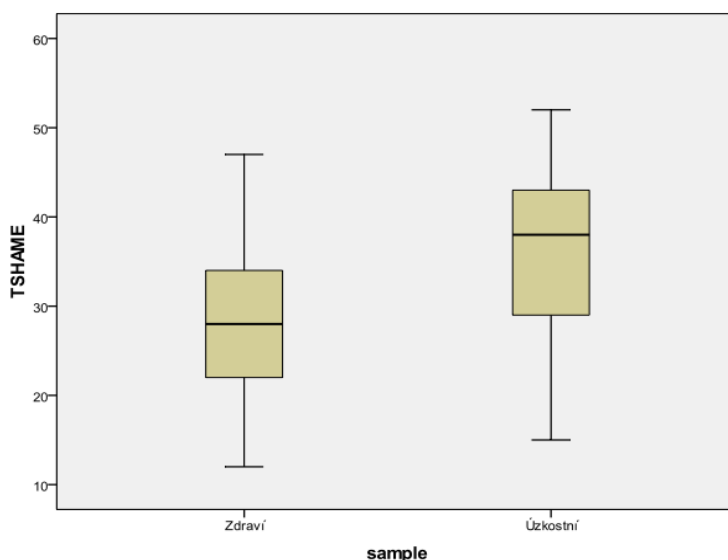
Graf č. 4: Box plot pro internalizovaný stud u úzkostných a zdravých osob.

Shapiro-Wilkův test normálního rozdělení pro internalizovaný stud nebyl signifikantní u úzkostných osob ($W(58) = 0,970$; $p < 0,167$), ani u osob zdravých ($W(180) = 0,987$; $p < 0,093$).

Levenův test homogenity rozptylů byl statisticky signifikantní ($F(236) = 3,973$; $p = 0,047$). Nepárový t-test pro zjištění významnosti rozdílu v míře internalizovaného studu mezi zdravými ($M = 29,73$; $SD = 13,3$) a úzkostnými ($M = 58,5$; $SD = 16,4$) osobami byl statisticky signifikantní ($t(82,3) = 12,127$; $p < 0,001$). Vzhledem k signifikanci Levenova testu byly použity výsledné hodnoty t-testu pro „*equal variances not assumed*“ s Welchovou korekcí. Míra internalizovaného studu je tedy významně vyšší u úzkostných osob. Byl nalezen dostatek evidence k zamítnutí nulové hypotézy.

H3: Mezi osobami s klinicky diagnostikovanou úzkostí a zdravými osobami bude významný rozdíl v míře tendence k prožívání studu.

Deskriptivní statistika tendence k prožívání studu neukázala významné odchylky od normálního rozdělení dat ani u jedné ze skupin, což je patrné z Q-Q plotů v příloze č. 6 (grafy č. 15 a č. 16) i box plotu (graf č. 5).



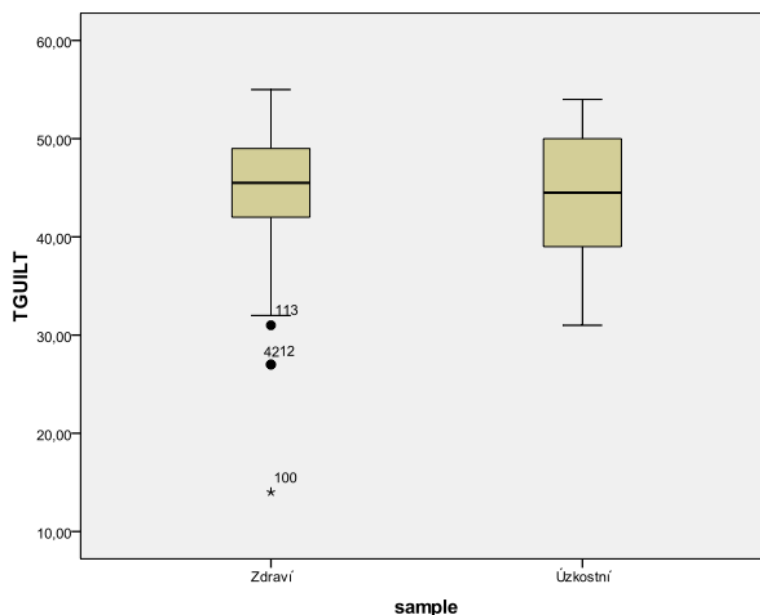
Graf č. 5: Box plot pro míru tendence k prožívání studu u zdravých a úzkostných osob.

Shapiro-Wilkův test normálního rozdělení pro míru tendence k prožívání studu nebyl signifikantní u úzkostných osob ($W(58) = 0,971$; $p < 0,184$), ani u osob zdravých ($W(180) = 0,986$; $p < 0,063$). Data pro míru tendence k prožívání studu byla tedy normálně rozdělena v obou skupinách.

Levenův test homogenity rozptylů nebyl statisticky signifikantní ($F(236) = 1,425$; $p = 0,234$). Nepárový t-test pro zjištění významnosti rozdílu v míře tendence k prožívání studu mezi zdravými ($M = 28,26$; $SD = 8,02$) a úzkostnými ($M = 36,52$; $SD = 8,89$) osobami byl statisticky signifikantní ($t(236) = 6,637$; $p < 0,001$). Míra tendence k prožívání studu je významně vyšší u úzkostných osob. Byl nalezen dostatek evidence k zamítnutí nulové hypotézy.

H4: Mezi osobami s klinicky diagnostikovanou úzkostí a zdravými osobami bude významný rozdíl v míře tendence k prožívání viny.

Deskriptivní statistika tendence k prožívání viny poukázala na odchylky od normálního rozdělení dat u obou skupin, což je patrné z Q-Q plotů v příloze č. 6 (grafy č. 17 a č. 18) i box plotů (graf č. 6).



Graf č. 6: Box plot pro míru tendence k prožívání viny u zdravých a úzkostných osob.

Na abnormální rozdělení dat poukázal i Shapiro-Wilkův test normálního rozdělení pro tendenci k prožívání viny, byl signifikantní u úzkostných osob ($W(58) = 0,953$; $p = 0,025$), i u osob zdravých ($W(180) = 0,928$; $p < 0,001$). Pro další ověření hypotézy č. 4 byl tedy vybrán Mann–Whitneyův pořadový test pro dva nezávislé výběry.

Výsledky Mann–Whitneyova testu ukázaly, že rozdíl mezi zdravými osobami ($M = 44,99$; $SD = 5,93$; $n = 180$; *průměrné pořadí* = 121,26) a úzkostnými osobami ($M = 44,36$; $SD = 6,57$; $n = 58$; *průměrné pořadí* = 114,03) není statisticky signifikantní ($U = 4903$; $W = 6614$; $Z = -0,696$; $p = 0,486$). Zdravé a úzkostné osoby se neliší v tendenci k prožívání viny. Nebyl nalezen dostatek důkazů k zamítnutí nulové hypotézy.

H5: Mezi mírou soucitu k sobě, tendencí k prožívání studu a viny a internalizovaným studem bude významný asociační vztah bez ohledu na příslušnost k úzkostné nebo zdravé skupině.

Průměry a standardní odchylky pro jednotlivé proměnné jsou uvedeny v tabulce č. 7. Pro další ověření hypotézy č. 5 byl vybrán Pearsonův korelační koeficient.

	Průměr	Směrodatná odchylka	N
ISS	36,75	18,75	238
TOSCA–SHAME	30,27	8,95	238
TOSCA–GUILT	44,84	6,09	238
SCS	60,22	13,31	238

Tabulka č. 7: Deskriptivní statistika pro jednotlivé proměnné.

Pearsonovy korelační koeficienty ukázaly následující vztahy:

- Mezi internalizovaným studem a tendencí k prožívání studu byl nalezen pozitivní asociační vztah ($r = 0,646$; $n = 238$; $p < 0,001$). Čím vyšší je míra internalizovaného studu tím vyšší je tendence k prožívání studu.
- Mezi internalizovaným studem a soucitem k sobě byl nalezen negativní asociační vztah ($r = -0,786$; $n = 238$; $p < 0,001$). Čím nižší je míra internalizovaného studu, tím vyšší je míra soucitu k sobě.
- Mezi internalizovaným studem a tendencí k prožívání viny nebyl nalezen signifikantní asociační vztah ($r = -0,017$; $n = 238$; $p = 0,788$).
- Mezi tendencí k prožívání viny a tendencí k prožívání studu byl nalezen pozitivní asociační vztah ($r = 0,230$; $n = 238$; $p < 0,001$). Čím vyšší je tendence k prožívání viny, tím vyšší je tendence k prožívání studu.
- Mezi soucitem k sobě a tendencí k prožívání studu byl nalezen negativní asociační vztah ($r = -0,569$; $n = 238$; $p < 0,001$). Čím nižší je míra soucitu k sobě, tím vyšší je tendence k prožívání studu.
- Mezi soucitem k sobě a tendencí k prožívání viny nebyl nalezen významný asociační vztah ($r = 0,020$; $n = 238$; $p = 0,758$).

Přehled všech Pearsonových korelačních koeficientů je uveden v tabulce č. 8. Nalezené vztahy budou diskutovány. Nebyl nalezen dostatek důkazů k zamítnutí nulové hypotézy.

		ISS	T-SHAME	T-GUILT	SCS
ISS	Pearson Correlation	1	,646	-,017	-,786
	Sig. (2-tailed)		,000	,788	,000
	N	238	238	238	238
TOSCA-SHAME	Pearson Correlation	,646	1	,230	-,569
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	238	238	238	238
TOSCA-GUILT	Pearson Correlation	-,017	,230	1	,020
	Sig. (2-tailed)	,788	,000		,758
	N	238	238	238	238
SCS	Pearson Correlation	-,786	-,569	,020	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,758	
	N	238	238	238	238

Tabulka č. 8: Pearsonovy korelační koeficienty pro vztah mezi internalizovaným studem, soucitem k sobě, tendencí k prožívání studu a tendencí k prožívání viny.

H6: Síla vztahu mezi soucitem k sobě, tendencí k prožívání studu a viny a internalizovaným studem bude silnější u úzkostných osob než u osob zdravých.

Přehled deskriptivní statistiky je uveden v tabulce č. 9. Pro testování hypotézy byl použit Pearsonův korelační koeficient pro zjištění asociačních vztahů v každé skupině. Pro zjištění významnosti rozdílů v těsnosti těchto vztahů u úzkostných a zdravých osob pak byla užita Fisherova z-transformace, která dovoluje použít z-test za účelem srovnání korelačních koeficientů.

		Průměr	Směrodatná odchylka	N
Zdraví	ISS	29,73	13,27	180
	TOSCA-SHAME	28,26	8,01	180
	TOSCA-GUILT	44,99	5,93	180
	SCS	64,31	11,11	180
Úzkostní	ISS	58,53	16,44	58
	TOSCA-SHAME	36,52	8,89	58
	TOSCA-GUILT	44,36	6,57	58
	SCS	47,52	11,50	58

Tabulka č. 9. Deskriptivní statistika pro jednotlivé proměnné u zdravé a úzkostné skupiny.

Pearsonovy korelační koeficienty pro skupinu úzkostných osob.

V této skupině byly nalezeny následující signifikantní asociační vztahy:

- **Mezi internalizovaným studem a tendencí k prožívání studu** byl nalezen pozitivní asociační vztah ($r = 0,578$; $n = 58$; $p < 0,001$). Čím vyšší je míra internalizovaného studu tím vyšší je tendence k prožívání studu.
- **Mezi internalizovaným studem a soucitem k sobě** byl nalezen negativní asociační vztah ($r = -0,731$; $n = 58$; $p < 0,001$). Čím nižší je míra internalizovaného studu, tím vyšší je míra soucitu k sobě.

- Mezi internalizovaným studem a tendencí k prožívání viny byl nalezen pozitivní asociační vztah ($r = 0,453$; $n = 58$; $p < 0,001$). Čím vyšší je míra internalizovaného studu, tím vyšší je tendence k prožívání viny.
- Mezi tendencí k prožívání viny a tendencí k prožívání studu byl nalezen pozitivní asociační vztah ($r = 0,440$; $n = 58$; $p = 0,001$). Čím vyšší je tendence k prožívání viny, tím vyšší je tendence k prožívání studu.
- Mezi soucitem k sobě a tendencí k prožívání studu byl nalezen negativní asociační vztah ($r = -0,532$; $n = 58$; $p < 0,001$). Čím nižší je míra soucitu k sobě, tím vyšší je tendence k prožívání studu.
- Mezi soucitem k sobě a tendencí k prožívání viny byl nalezen negativní asociační vztah ($r = -0,431$; $n = 58$; $p = 0,001$). Čím nižší je míra soucitu k sobě, tím vyšší je tendence k prožívání viny.

Pearsonovy korelační koeficienty pro skupinu zdravých osob.

V této skupině byly nalezeny následující signifikantní asociační vztahy:

- Mezi internalizovaným studem a tendencí k prožívání studu byl nalezen pozitivní asociační vztah ($r = 0,550$; $n = 180$; $p < 0,001$). Čím vyšší je míra internalizovaného studu tím vyšší je tendence k prožívání studu.
- Mezi internalizovaným studem a soucitem k sobě byl nalezen negativní asociační vztah ($r = -0,660$; $n = 180$; $p < 0,001$). Čím nižší je míra internalizovaného studu, tím vyšší je míra soucitu k sobě.
- Mezi internalizovaným studem a tendencí k prožívání viny byl nalezen negativní asociační vztah ($r = -0,175$; $n = 180$; $p = 0,019$). Čím nižší je míra internalizovaného studu, tím vyšší je tendence k prožívání viny.
- Mezi tendencí k prožívání viny a tendencí k prožívání studu byl nalezen pozitivní asociační vztah ($r = 0,204$; $n = 180$; $p = 0,006$). Čím vyšší je tendence k prožívání viny, tím vyšší je tendence k prožívání studu.

- Mezi soucitem k sobě a tendencí k prožívání studu byl nalezen negativní asociační vztah ($r = -0,433$; $n = 180$; $p < 0,001$). Čím nižší je míra soucitu k sobě, tím vyšší je tendence k prožívání studu.
- Mezi soucitem k sobě a tendencí k prožívání viny byl nalezen pozitivní asociační vztah ($r = 0,151$; $n = 180$; $p = 0,044$). Čím nižší je míra soucitu k sobě, tím vyšší je tendence k prožívání viny.

Přehled Pearsonových korelačních koeficientů je uveden níže v tabulce č. 9.

			ISS	T-SHAME	T-GUILT	SCS
Zdraví	ISS	Pearson Correlation	1	,550	-,175*	-,660
		Sig. (2-tailed)		,000	,019	,000
		N	180	180	180	180
	TOSCA-SHAME	Pearson Correlation	,550	1	,204	-,433
		Sig. (2-tailed)	,000		,006	,000
		N	180	180	180	180
	TOSCA-GUILT	Pearson Correlation	-,175	,204	1	,151
		Sig. (2-tailed)	,019	,006		,044
		N	180	180	180	180
	SCS	Pearson Correlation	-,660	-,433	,151	1
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,044	
		N	180	180	180	180
Úzkostní	ISS	Pearson Correlation	1	,578	,453	-,731
		Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
		N	58	58	58	58
	TOSCA-SHAME	Pearson Correlation	,578	1	,440	-,532
		Sig. (2-tailed)	,000		,001	,000
		N	58	58	58	58
	TOSCA-GUILT	Pearson Correlation	,453	,440	1	-,431
		Sig. (2-tailed)	,000	,001		,001
		N	58	58	58	58
	SCS	Pearson Correlation	-,731	-,532	-,431	1
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	
		N	58	58	58	58

Tabulka č. 10: Pearsonovy korelační koeficienty pro vztahy mezi internalizovaným studem, soucitem se sebou, tendencí k prožívání studu a tendencí k prožívání viny u úzkostných a zdravých osob.

Fisherova z–transformace

Při Fisherově z–transformaci byly nalezeny signifikantní rozdíly mezi Pearsonovými korelačními koeficienty pouze pro dva vztahy:

- Vztah mezi mírou internalizovaného studu a tendencí k prožívání viny ($z = 4,31$; $p < 0,001$);
- Vztah mezi mírou soucitu k sobě a tendencí k prožívání viny ($z = -2,0$; $p = 0,045$).

Oba nalezené výsledky budou diskutovány.

	Srovnávané Pearsonovy koef. pořad. korelace		Z–skór	Sig. (2–tailed)
	Úzkostní	Zdraví		
ISSTRS x TSHAME	0,578	0,550	0,27	0,787
ISSTRS x TGUILT	0,453	-0,175	4,31	0,001
ISSTRS x SCS20TRS	-0,731	-0,660	-0,89	0,373
TSHAME x TGUILT	0,440	0,204	1,72	0,085
SCS20TRS x TSHAME	-0,532	-0,433	-0,84	0,401
SCS20TRS x TGUILT	-0,431	0,151	-2,00	0,045

Tabulka č. 11: Výsledky z–testů rozdílů mezi korelačními koeficienty.

Pro ostatní vztahy nebyly rozdíly mezi skupinou úzkostných a zdravých osob v Pearsonových korelačních koeficientech signifikantní. Nebyl tak nalezen dostatek důkazů pro zamítnutí nulové hypotézy.

12 Shrnutí výsledků analýzy

Pro přehlednost jsou uvedena výsledná zjištění u jednotlivých hypotéz, která budou dále diskutována.

H1–H4:

Osoby trpící úzkostí vykazují statisticky významně nižší míru soucitu k sobě, vyšší míru internalizovaného studu a vyšší míru tendence k prožívání studu než osoby zdravé.

Osoby trpící úzkostí se statisticky významně neodlišují v míře pocíťované viny od zdravých osob.

H5:

Čím vyšší je míra internalizovaného studu, tím vyšší je tendence k prožívání studu v celém výzkumném souboru

Čím vyšší je tendence k prožívání viny, tím vyšší je tendence k prožívání studu v celém výzkumném souboru.

Čím nižší je míra internalizovaného studu, tím vyšší je míra soucitu k sobě v celém výzkumném souboru.

Čím nižší je míra soucitu k sobě, tím vyšší je tendence k prožívání studu v celém výzkumném souboru.

Nebyl nalezen významný asociační vztah mezi mírou internalizovaného studu a tendencí k prožívání viny a mezi mírou soucitu k sobě a tendencí k prožívání viny.

H6:

Čím vyšší je míra internalizovaného studu, tím vyšší je tendence k prožívání studu zvláště v souboru úzkostných a zdravých osob.

Čím nižší je míra internalizovaného studu, tím vyšší je míra soucitu k sobě zvláště v souboru úzkostných a zdravých osob.

Čím vyšší je míra internalizovaného studu, tím vyšší je tendence k prožívání viny zvláště v souboru úzkostných a zdravých osob.

Čím vyšší je tendence k prožívání viny, tím vyšší je tendence k prožívání studu v souboru úzkostných a zdravých osob zvláště.

Čím nižší je míra soucitu k sobě, tím vyšší je tendence k prožívání studu v souboru úzkostných a zdravých osob zvláště.

Čím nižší je míra soucitu k sobě, tím vyšší je tendence k prožívání viny v souboru úzkostných a zdravých osob zvláště.

Signifikantní rozdíly korelačních koeficientů mezi oběma skupinami byly nalezeny mezi:

- a) mírou internalizovaného studu a tendencí k prožívání viny,
- b) mírou soucitu k sobě a tendencí k prožívání viny.

13 Diskuse

V literárně–přehledové části práce byla představena dosavadní zjištění o soucitu k sobě, internalizovaném studu a tendencí k prožívání studu a viny ve vztahu k úzkostným poruchám. Pro úzkostné poruchy je typický subjektivně nepříjemný pocit napětí a stresu doprovázený přidruženými vegetativními projevy. Zahrnují záchvaty paniky, strach ze specifických objektů nebo situací, osedantně kompulzivní reakce, přidružené depresivní symptomy nebo se úzkost může generalizovat. Mimo jiné v zahraničních výzkumech vykazují osoby trpící úzkostí statisticky významně nízkou míru soucitu k sobě a vysokou míru internalizovaného studu v porovnání se zdravou populací. Tendence k prožívání viny bývá často uváděna společně s tendencí k prožívání studu, avšak vina v porovnání se studem nevykazuje tak silný vztah k soucitu se sebou, ani k duševním poruchám. Ve výzkumné části byly testovány hypotézy porovnávající tyto 4 proměnné: soucit k sobě (SCS–CZ), internalizovaný stud (ISS), tendence k prožívání studu a tendence k prožívání viny (TOSCA–3). Výsledky jsou diskutovány ve vztahu k teoretickým východiskům a interpretovány v kontextu limitů výzkumu. Pro přehlednost je odkazováno na shrnutí závěrů testovaných hypotéz v předchozí kapitole.

Hypotézy č. 1, 2, 3 byly formulovány na základě dosavadních zjištění o konceptech soucitu k sobě a studu s předpokladem, že u české populace budou výsledky obdobné. Podařilo se zamítnout nulové hypotézy a prokázat, že úzkostní pacienti vykazují statisticky vyšší míru internalizovaného studu, související vyšší tendenci k prožívání studu a zároveň statisticky nižší míru soucitu k sobě. Tato zjištění korespondují např. se závěry autorů Neff et al. (2007a;b) a Werner et al. (2012).

Hypotéza č. 4 byla formulována stejným způsobem jako předchozí hypotézy, avšak s jistým podezřením, že nebude možné nulovou hypotézu zamítnout. Literárně–přehledová část pojednávající o tendenci k prožívání viny uvádí, že tendence k prožívání viny nevykazuje významný vztah s duševními poruchami, ačkoliv se jedná spolu s tendencí k prožívání studu o subškálu dotazníku TOSCA–3. Podle Tangney, Youman & Stuewig (2009) tendence k prožívání viny spolu s tendencí k prožívání studu jsou spíše dvě samostatné unipolární dimenze, které se vyskytují společně, ale implikovat duševní patologii budou pravděpodobně až ve významně vysokých skórech.

V souladu s tímto zjištěním se tedy nepodařilo zamítnout nulovou hypotézu, což je zároveň v souladu se závěry Ferguse et al. (2010) či Candea & Szentagotai (2013). K podobným zjištěním došel také např. Vyhnánek (2018) u hraniční poruchy osobnosti.

Navzdory tomu, že se dále nepodařilo zamítnout nulové hypotézy č. 5 a č. 6, přinesla analýza dat další zajímavá zjištění.

Hypotéza č. 5 zkoumala vzájemné asociační vztahy všech zkoumaných proměnných vůči sobě navzájem v celém výzkumném souboru. Signifikantní vztahy se opět nepotvrdily mezi tendencí k prožívání viny a soucitu k sobě, a také tendencí k prožívání viny a internalizovaným studem. To je patrné jak z tabulky č. 8, tak do jisté míry také z tabulky č. 7 zobrazující průměry a směrodatné odchylky u všech čtyř proměnných. Mezi ostatními proměnnými existují statisticky významné hodnoty korelačních koeficientů, které jsou zároveň z hlediska psychologie středně závislé ($0,4 < r < 0,7$). Mezi tendencí k prožívání viny a tendencí k prožívání studu je pak sice statisticky signifikantní vztah, ale korelace $r = 0,23$ by se dala v psychologii považovat spíše za nízkou závislost. V obecné rovině lze tedy říci, že čím nižší je míra soucitu k sobě, tím vyšší je tendence k prožívání studu a míra internalizovaného studu. A zároveň čím vyšší je míra internalizovaného studu, tím je vyšší tendence k prožívání studu. Z teoretického hlediska spolu stud a soucit k sobě významně koncepčně souvisejí. Pravděpodobně se koncepčně překrývají také proměnné internalizovaný stud a tendence k prožívání studu ($r = 0,646$), přičemž by se dala očekávat korelace ještě vyšší. Vztah ostatních proměnných k tendenci prožívat vinu je téměř nulový.

Hypotéza č. 6 dále zkoumala sílu vztahů mezi všemi proměnnými navzájem s ohledem na příslušnost k souboru úzkostných nebo zdravých osob. Mezi všemi proměnnými u obou skupin byly objeveny statisticky signifikantní vztahy. Při bližším zkoumání tabulky č. 10 však můžeme vidět, že mezi všemi proměnnými, kromě tendence k prožívání viny, vycházejí středně silné vztahy (hodnoty r mezi $\pm 0,433$ až $\pm 0,731$). Koeficienty vztahující se k tendenci k prožívání viny jsou nízké (hodnoty r mezi $\pm 0,151$ až $\pm 0,453$), přičemž ve skupině úzkostných osob jsou o porovnání vyšší.

Podrobnější výsledky v hypotéze č. 6 přináší Fisherova z -transformace, která odhalila signifikantní rozdíly korelačních koeficientů obou skupin mezi internalizovaným

studem a tendencí k prožívání viny, a zároveň mezi soucitem k sobě a tendencí k prožívání viny. Obě skupiny se tedy signifikantně liší v těchto parametrech. Tendence k prožívání viny je s ohledem na daná zjištění jiným jevem a v porovnání se studem má jiný vliv na psychiku. Pravděpodobně ji bude nutné koncepčně oddělovat, jak navrhuje např. Makogona a Enikolopov (2013).

S ohledem na propojení této práce s výzkumem avizovaným v literárně–přehledové části (kap. 3.5) nebyl zkoumán soucit k sobě a stud ve vztahu příslušnosti k pohlaví, ani nebyl tvořen predikční model ze získaných dat. Byla však zohledněna data získaná ze subškály TOSCA–3 tendence k prožívání viny přinášející výše uvedená zjištění.

Jak již bylo naznačeno, nástroj TOSCA–3 má některé nevýhody, ačkoliv je nejčastěji používaným dotazníkem k měření tzv. sebevztazených emocí. Mezi ně patří například to, že se dotazník opírá o rozdíly v chování mezi vinou a studem, tedy to, jak se obě proměnné manifestují navenek. Většina aktuálních zjištění však dokládá, že vina a stud jsou jevy složené nejen z rozdílného behaviorálního, ale i kognitivního a emocionálního hlediska. Naopak mezi výhody testu TOSCA–3 patří například vsazení do situačního kontextu, čímž respondent nemusí rozlišovat mezi abstrakty jako je stud a vina a čelit tím obranným reakcím při testování (Kugler & Jones, 1992; Tangney, 1996). Proto byla testová baterie doplněna dotazníkem k měření internalizovaného studu (ISS).

Mezi další limity u všech použitých dotazníků patří absence lžiskórů. Existuje tak zvýšené riziko desirability nebo nedostatečného sebenáhledu, což mohlo získaná data zkreslit. Dalo by se předpokládat, že osoby s vysokou mírou internalizovaného studu se budou snažit navenek působit co nejlepším dojmem. V důsledku úvodních informací o cílech výzkumu mohly být respondentům vtisknuty nevědomé tendence k určitým odpovědím. Také psychotherapeutické procesy v probíhající léčbě pacientů mohly ovlivnit emoční nastavení při testování.

Celá testová baterie byla pro některé respondenty příliš dlouhá (8 stran), a proto ji někteří nestihli vyplnit ve vymezeném čase daného oddělení. Zároveň se TOSCA–3 pro některé pacienty ukázal jako obtížný pro porozumění, zejména u pacientů, kteří byli silně medikováni a unavení. Důsledkem je relativně nízký počet respondentů léčících se

pro úzkostnou poruchu, který by bylo dobré pro účely dalšího hlubšího zkoumání zvýšit.

S ohledem na možnou dobrovolnickou předpojatost k testování může být dalším limitem výzkumu online sběr dat pro kontrolní soubor zdravých osob. Také chybí zpětná vazba srovnatelná se tou, která byla získaná od úzkostných pacientů. V případě sběru dat tužka papír v PL Bohnice měli někteří úzkostní pacienti na 3. oddělení tzv. přechodné diagnózy a ačkoliv docházelo k diagnostické selekci personálem, u některých respondentů nemusí být plně vyloučena komorbidita s jinými poruchami. Také proto byl zařazen do testové baterie dotazník k měření přítomnosti úzkostných symptomů GAD-7.

Pro účely budoucího výzkumu by bylo vhodné zaměřit se na získání vyššího počtu respondentů s úzkostnou poruchou a jejich vyvážené zastoupení v jednotlivých diagnostických skupinách, čímž by bylo dosaženo lepší reprezentativnosti celkového klinického souboru. Zahrnutí by měli být také např. pacienti trpící obsedantně kompulzivní poruchou, pro které je typický masivní prožitek úzkosti. Dále by ke zvýšení množství úzkostných respondentů mohla pomoci redukce testové baterie např. na ISS, SCS-CZ a GAD-7, aby ji pacienti byli schopni vyplnit s ohledem na zvýšenou unavitelnost, nebo omezený čas pro testování. V úvaze by také mohlo být použití jiného všeobecnějšího dotazníku k měření přítomnosti symptomů úzkosti jako např. dostupné metody Hamiltonova škála hodnocení úzkosti (HAM-A) nebo Beckova škála hodnocení úzkosti (BAI). Oba tyto dotazníky jsou však delší, než použitý GAD-7, čímž by se opět testová baterie rozšířila.

V důsledku případného celkového zkrácení testové baterie by se pravděpodobně zvýšilo množství použitelných dotazníků. Místo dotazníků TOSCA-3 a ISS by mohl být v budoucnu použit dotazník GASP (*Guilt and Shame Proneness Scale*) (Cohen, Wolf, Panter & Insko, 2011), který se aktuálně jeví jako kvalitnější nástroj pro měření tendence k prožívání studu a viny (Makogona & Enikolopov, 2013). Popisuje například různé situace každodenního života a nabízí respondentovi možné reakce na ně. Ti se pak rozhodují, s jakou pravděpodobností by jednali předloženým způsobem. Test obsahuje pouze dvě subškály měřící vinu a stud (na rozdíl od TOSCA-3) a lépe zohledňuje, zda respondent vyhodnocuje nevhodnost chování nebo vnitřní negativní

sebehodnocení. Dotazník však dosud nebyl přeložen a standardizován pro českou populaci.

Dále by bylo možné, s ohledem na teoretická zjištění, výzkum rozšířit o nějaký typ výše uvedené terapeutické intervence zaměřené na rozvoj soucitu k sobě. Čili testovat dané proměnné před a po intervenci u českých pacientů a podrobněji tak prozkoumat, jak spolu soucit k sobě a internalizovaný stud vzájemně interagují. V současné době také proběhl u některých klinických skupin podobný výzkum zaměřený rovněž na aspekt regulace emocí (např. Kadlečík, 2018; Vyhnánek, 2018). Ten by mohl přinést zajímavá zjištění i v tomto tématu týkajícím se úzkostných poruch.

III. ZÁVĚR

Tato práce má za cíl zmapovat téma soucitu k sobě a internalizovaného studu ve vztahu k úzkosti. V úvodu jsou prezentovány základní typy úzkostných poruch s ohledem na aktuální způsoby léčení a propojeny jsou s koncepty internalizovaného studu, tendence k prožívání viny a soucitu k sobě. Terapie zaměřená na rozvoj soucitu k sobě zároveň vystupuje jako nový alternativní způsob léčení úzkostných pacientů. Dále jsou popsány použité výzkumné metody.

Výzkumná část ověřila předpoklad, že úzkostní pacienti vykazují statisticky významně nižší míru soucitu k sobě, vyšší míru internalizovaného studu a vyšší tendenci k prožívání studu. U tendence k prožívání viny, která spolu se studem spadá do skupiny tzv. sebevztažených emocí, se vztah nepotvrdil. To koresponduje i se zahraničními předpoklady. Dále bylo potvrzeno, že existují statisticky významné asociační vztahy mezi soucitem k sobě, internalizovaným studem, tendencí k prožívání studu a viny, a to jak u skupiny úzkostných osob, tak u skupiny osob zdravých. Při testování celého velkého výzkumného souboru zahrnujícího všechny respondenty, se opět tendence k prožívání viny ukázala jako nezávislá proměnná na soucitu k sobě a internalizovaném studu. Podrobné výsledky jsou uvedeny ve 13. kapitole.

Výsledná zjištění jsou v souladu s výsledky přidruženého výzkumu, dokládajícího, že úzkostní pacienti vykazují statisticky významně nižší míru soucitu k sobě a také signifikantně vyšší míru internalizovaného studu než zdravé osoby. Dále jsou navrhovány budoucí modifikace výzkumu s ohledem na diskutované limity.

Použitá literatura

- Akin, A., Kayış, A. R., & Satici, S. A. (2011). Self-compassion and social support: 2nd International conference on New trends in Education and Their Implications. Antalya-Turkey. [vid. 2019-02-12]. Dostupné z: www.iconte.org/FileUpload/ks59689/File/237.pdf.
- Allen, M., Dietz, M., Blair, K. S., van Beek, M., Rees, G., Vestergaard-Poulsen, P., ... & Roepstorff, A. (2012). Cognitive-affective neural plasticity following active-controlled mindfulness intervention. *Journal of Neuroscience*, 32(44), 15601-15610.
- Alonso, J., & Lépine, J. P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Andersson, G. (2009). Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research & Therapy*, 47(3), 175–180.
- Andersson, G. (2014). *The Internet and CBT: A clinical guide*. CRC Press.
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The experience of shame scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29-42.
- Ashar, Y. K., Andrews-Hanna, J. R., Dimidjian, S., & Wager, T. D. (2016). Towards a neuroscience of compassion: A brain systems-based model and research agenda. *Positive Neuroscience*, 1-27.
- Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior Therapy*, 48(2), 207-221.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.

- Bach, P., Hayes, S. C., & Gallop, R. (2012). Long-term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Modification*, 36(2), 165-181.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Bastin, C., Harrison, B. J., Davey, C. G., Moll, J., & Whittle, S. (2016). Feelings of shame, embarrassment and guilt and their neural correlates: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 455-471.
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological medicine*, 43(5), 897-910.
- Benda, J. (2016). *Laskavost k sobě a soucit se sebou v psychoterapii*. Láska ve 21. století – 13. celostátní konference ČASP – Olomouc. [vid. 2019-02-12]. Dostupné z: <http://www.slideshare.net/janbenda1/laskavost-k-sob-a-soucit-se-sebou-v-psychoterapii>.
- Benda, J. (2018). *Nedostatek soucitu k sobě jako transdiagnostický faktor u pěti různých duševních poruch – výsledky výzkumu*. Mezinárodní konference o všímavosti – Amsterdam. [vid. 2019-06-29]. Dostupné z: https://www.slideshare.net/janbenda1/nedostatek-soucitu-k-sob-jako-transdiagnostick-faktor-u-pti-rznch-duevnch-poruch-vsledky-vzkumu?next_slideshow=1.
- Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou: Proměna emocí v psychoterapii*. Praha: Portál.
- Benda, J., & Reichová, A. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze Self-compassion scale (SCS-CZ). *Československá psychologie*, 60(2), 120.
- Benda, J., Faltová, Š. & Dvorská, E. (2017). *Emoční vřelost rodičů, soucit se sebou a některé typické transdiagnostické symptomy*. 24. konference Sekce psychologie zdraví ČMPS – Vernířovice. [vid. 2019-06-15]. Dostupné z:

<https://www.slideshare.net/janbenda1/emon-velost-rodí-soucit-se-sebou-a-nkter-typick-transdiagnostick-symptom>

- Benda, J., Kadlečík, P., & Loskotová, M. (2018). Differences in self-compassion and shame in patients with anxiety disorders, patients with depressive disorders and healthy controls. *Československá psychologie*, 62(6), 529.
- Bělohávková, L. (2019a). *Specifické fobie*. [vid. 2019-02-13]. Dostupné z: <https://www.kbt-belohlavkova.cz/resources/Specifické%20fobie.pdf>
- Bělohávková, L. (2019b). „A je to tady!“ aneb terapie panické poruchy s agorafobií: Ukázka kognitivně-behaviorální terapie (KBT). [vid. 2019-02-12]. Dostupné z: <http://www.psycholog-praha.cz/pribehy-psychoterapie/panicka-porucha-agorafobie>
- Bergen-Cico, D., & Cheon, S. (2014). The mediating effects of mindfulness and self-compassion on trait anxiety. *Mindfulness*, 5(5), 505-519.
- Birkett, M., & Sasaki, J. (2018). Why does it feel so good to care for others and for myself?: Neuroendocrinology and Prosocial Behavior. In *The Neuroscience of Empathy, Compassion, and Self-Compassion* (189-211). Academic Press.
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 89-98.
- Boublerlová, S. (2018). *Psychologické aspekty soucitu*. Diplomová práce. Praha, FF UK.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Hogarth Press.
- Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., & Chapman, A. L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 47(10), 815-822.

- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17–31.
- Candea, D., & Szentagotai, A. (2013). Shame and psychopathology: From research to clinical practice. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 13*(1), 101-113.
- Căndea, D. M., & Szentágotai-Tătar, A. (2018). The Impact of self-compassion on shame-proneness in social anxiety. *Mindfulness, 9*(6), 1816-1824.
- Capper, C. (2008). Compassion. In Mason-Whitehead, E., McIntosh-Scott, A., Bryan, A., & Mason, T. (Ed.). *Key Concepts in Nursing* (69-73). London: Sage.
- Claesson, K., & Sohlberg, S. (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment and rejection: Replicated findings. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 9*(4), 277-284.
- Cho, Y. (1999). Tests of mediating effect of maladaptive automatic thoughts in the relationship between dysfunctional beliefs and socially phobic symptoms: Using structural equation modeling. *Korean Journal of Clinical Psychology, 18*, 17-36.
- Cohen, T. R., Wolf, S. T., Panter, A. T., & Insko, C. A. (2011). Introducing the GASP scale: A new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*(5), 947.
- Cook, D. R. (1987). Measuring shame: The internalized shame scale. *Alcoholism Treatment Quarterly, 4*(2), 197-215.
- Cook, D. R. (1994). *Internalized shame scale: Professional manual menonomie*, Channel Press.
- CNSonline. (2019). *Úvod do centrální nervové soustavy*. [vid. 2019-05-08]. Dostupné z: <http://www.psycholog-praha.cz/pribehy-psychotherapie/panicka-porucha-agorafobie>.

- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543-568.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- De Vibe, M. F., Bjørndal, A., Fattah, S., Dyrdal, G. M., Halland, E., & Tanner-Smith, E. E. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 11.
- Del Rosario, P. M., & White, R. M. (2006). The Internalized Shame Scale: Temporal stability, internal consistency, and principal components analysis. *Personality and Individual Differences*, 41(1), 95-103.
- Dickerson, S. S., Kemeny, M. E., Aziz, N., Kim, K. H., & Fahey, J. L. (2004). Immunological effects of induced shame and guilt. *Psychosomatic Medicine*, 66(1), 124-131.
- Doğan, O. (2012). The etiology of anxiety disorders. *Anatolian Journal of Psychiatry/ Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 224-231.
- Dryden, W. (2013). Unconditional self-acceptance and self-compassion. In M. E. Bernard (Ed.). *The strength of self-acceptance: Theory, practice and research* (107-120). New York: Springer.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., Power, K. G., Sharp, D. M., Macdonald, R. R., Major, K. A., ... & Gumley, A. I. (2005). *Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland*. NCCHTA.
- Dunn, E. W., Aknin, L. B., & Norton, M. I. (2008). Spending money on others promotes happiness. *Science*, 319(5870), 1687-1688.
- Dvořáková, P. (2013). *Tendence k prožívání studu a tendence k prožívání viny jako moderátory vztahu mezi interpersonální závislostí a vyhledáváním sociální opory*. Diplomová práce. Brno, FSS.

- Ekman, P. (2016). What scientists who study emotion agree about. *Perspectives on Psychological Science*, 11(1), 31-34.
- Ellard, K. K., Barlow, D. H., Whitfield-Gabrieli, S., Gabrieli, J. D., & Deckersbach, T. (2017). Neural correlates of emotion acceptance vs worry or suppression in generalized anxiety disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(6), 1009-1021.
- Ellis, A. (2001). *Člověče, neboj se: Jak ovládnout úzkost dřív, než ovládne nás*. Praha: Lidové noviny.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721.
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., & Jencius, S. (2010). Shame- and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 811-815.
- Ferguson, T. J., & Stegge, H. (1998). Measuring guilt in children: A rose by any other name still has thorns. In *Guilt and Children* (19-74). Academic Press.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 1-12.
- Гаранян, Н. Г., Холмогорова, А. Б., & Юдеева, Т. Ю. (2001). Перфекционизм, депрессия и тревога. *Московский психотерапевтический журнал*, 4, 18-48.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 7(3), 174-189.

- Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (Ed.). (2017). *Compassion: Concepts, research and applications*. Taylor & Francis.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders*, 1, 195-214.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.
- Goetz, J. L., Keltner, D. & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-374.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U., & Kaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(1), 12-19.
- Gumley, A., Braehler, C., Laithwaite, H., MacBeth, A., & Gilbert, P. (2010). A compassion focused model of recovery after psychosis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 186-201.
- Hamrová, K. (2016). *Sebepřijetí jako jeden z hlavních činitelů osobní pohody*. Diplomová práce. Praha, FF UK.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association.

- Highfield, J., Markham, D., Skinner, M., & Neal, A. (2010). An investigation into the experience of self-conscious emotions in individuals with bipolar disorder, unipolar depression and non-psychiatric controls. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(5), 395-405.
- Hoge, E. A., Hölzel, B. K., Marques, L., Metcalf, C. A., Brach, N., Lazar, S. W., & Simon, N. M. (2013). Mindfulness and self-compassion in generalized anxiety disorder: Examining predictors of disability. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013.
- Hollander, E., & Simeon, D. (2008). *Concise guide to anxiety disorders*. American Psychiatric Pub.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559.
- Hölzel, B. K., Hoge, E. A., Greve, D. N., Gard, T., Creswell, J. D., Brown, K. W., ... & Lazar, S. W. (2013). Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training. *NeuroImage: Clinical*, 2, 448-458.
- Chapman, R. A. (2014). *Integrating clinical hypnosis and CBT: Treating depression, anxiety, and fears*. New York: Springer Publishing Company.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2001). Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine*, 31(2), 307-315.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. Springer Science & Business Media.
- Janíček, J. (2008). *Když úzkost bolí*. Praha: Portál.
- Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., ... & Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1113-1126.

- Jinpa, T. (2016). *A fearless heart: How the courage to be compassionate can transform our lives*. Avery.
- Kadlečík, P. (2018). *Vztah sebesoucitu a studu v regulaci emocí a etiologii depresivních poruch*. Diplomová práce. Brno, FF MU.
- Kamarádová, D., Látalová, K., & Praško, J. (2016). *Panická porucha*. Praha: Grada Publishing.
- Kang, Y., Gruber, J. & Gray, J. R. (2013). Mindfulness and de-automatization. *Emotion Review*, 5(2), 192-201.
- Kaufman, G. (1989). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. New York: Springer Pub. Co.
- Kaufman, G. (2004). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. Springer Publishing Company.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617-625.
- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu. Rev. Public Health*, 29, 115-129.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771.
- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., ... & Song, S. K. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26(7), 601-606.
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68.

- Klein, D. F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics and related conditions: An integrative hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 50(4), 306-317.
- Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., ... & Fredrickson, B. L. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, 24(7), 1123-1132.
- Kosová, J. (2010). Co opravdu funguje u úzkostných poruch: K terapeutickým kombinacím přidáme cvičení. *Psychiatrie pro praxi. Solen*, 11(1), 11-14.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317-325.
- Kryl, M. M. (2003). Farmakoterapie úzkostných stavů. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 224-225.
- Kugler, K., & Jones, W. H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(2), 318.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887.
- Lee, J., Kim, M., & Park, M. (2014). The impact of internalized shame on social anxiety in adolescence: The mediating role of experiential avoidance. *Journal of Asia Pacific Counseling*, 4(1).
- Leskela, J., Dieperink, M., & Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(3), 223-226.
- Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic Review*, 58(3), 419-438.

- Lékařské slovníky. (2019). *Velký lékařský slovník online*. [vid. 2019-05-08]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz>.
- Libigerová, E. (2003). Úzkost, stres a úzkostné poruchy na počátku 21. století. *Časopis Remedia*, 13(6), 442-454.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Levitt, M., Dillon, D., Levy, G., ... & Klein, D. F. (1985). Lactate provocation of panic attacks: II. Biochemical and physiological findings. *Archives of General Psychiatry*, 42(7), 709-719.
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *PloS one*, 3(3), e1897.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552.
- Макогона, И. К., & Ениколопов, С. Н. (2013). Проблемы оценки стыда и вины. *Психология в России: современное состояние*, 6(4), 168.
- Makovac, E., Meeten, F., Watson, D. R., Herman, A., Garfinkel, S. N., Critchley, H. D., & Ottaviani, C. (2016). Alterations in amygdala-prefrontal functional connectivity account for excessive worry and autonomic dysregulation in generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 80(10), 786-795.
- Malenínská, K. (2014). *Mediální oblasti neokortexu a chování*. Bakalářská práce. Praha, PřF UK.
- Matějíková, K. (2016). *Deprese a úzkost u dospělých pacientů s epilepsií*. Diplomová práce. Praha, PVŠPS.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(4), 334-349.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. Guilford Press.

- Millet, B., Dondaine, T., Reymann, J. M., Bourguignon, A., Naudet, F., Jaafari, N., ... & Le Jeune, F. (2013). Obsessive compulsive disorder networks: positron emission tomography and neuropsychology provide new insights. *PLoS One*, 8(1), e53241.
- Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 373-383.
- Muris, P., Meesters, C., Cima, M., Verhagen, M., Brochard, N., Sanders, A., ... & Meesters, V. (2014). Bound to feel bad about oneself: Relations between attachment and the self-conscious emotions of guilt and shame in children and adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1278-1288.
- Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3).
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
- Neff, K. D. & Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78-98.
- Neff, K. D. & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160–76.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007a). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154.

- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007b). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Bush, M., & Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt: The development of a new measure. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 73-89.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., & Weiss, J. (1999). Interpersonal guilt, shame and psychological problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(2), 181-203.
- Pace, T. W., Negi, L. T., Sivilli, T. I., Issa, M. J., Cole, S. P., Adame, D. D., & Raison, C. L. (2010). Innate immune, neuroendocrine and behavioral responses to psychosocial stress do not predict subsequent compassion meditation practice time. *Psychoneuroendocrinology*, 35(2), 310-315.
- Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 129-143.
- Potter, R. F., Yar, K., Francis, A. J., & Schuster, S. (2014). Self-compassion mediates the relationship between parental criticism and social anxiety. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1).
- Pražský, B. (2014). *Nové trendy v léčbě úzkostných poruch*. [vid. 2019-05-09]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/nove-trendy-v-lecbe-uzkostnych-poruch-475776>.
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba* (2. vyd). Praha: Portál.
- Praško, J. (2009c). *Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu*. Praha: Galén.
- Praško, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamarádová, D., Sigmundová, Z., Šilhán, P. (2012). Agorafobie a její léčba. *Medicína pro praxi*, 9(3), 113-118.

- Praško, J., Herman, C. M. E., Pašková, M. B., & Prašková, M. H. (2003). *Smíšená úzkostně depresivní porucha*. Praha: Galén.
- Praško, J., & Prašková, H. (2005). *Psychoterapie úzkostných poruch*. [vid. 2019-09-07]. Dostupné z: <http://uhsl.wz.cz/elearning/pstuzkostpor.pdf>.
- Praško, J., & Vyskočilová, J. (2012). *Panická porucha a jak ji zvládat*. Medical Tribune CZ.
- Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2008c). *Sociální fobie a její léčba: příručka pro lidi se sociální fobií*. Praha: Galén.
- Preece, R. (2009). *Moudrost nedokonalosti: Proces individuace v životě buddhisty*. Praha: DharmaGaia.
- Preiss, M., & Přikrylová Kučerová, H. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada.
- Robins, R. W., Nofle, E. E., & Tracy, J. L. (2007). Assessing self-conscious emotions. *The Self Conscious Emotions*, 443-467.
- Robinson, O., Vytal, K., Cornwell, B., & Grillon, C. (2013). The impact of anxiety upon cognition: Perspectives from human threat of shock studies. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 21.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40(2), 142-154.
- Roman, R., Světlák, M., Damborská, A., & Kukleta, M. (2014). Neurofyziologie obranného chování. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(2), 96-104.
- Roy-Byrne, P. (2015). Treatment-refractory anxiety; definition, risk factors and treatment challenges. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(2), 191.
- Röhr, H. P. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: Sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání*. Praha, Portál.

- Rüsçh, N., Corrigan, P. W., Bohus, M., Jacob, G. A., Brueck, R., & Lieb, K. (2007). Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: A validation study. *Psychiatry Research*, *150*(3), 313-325.
- Rüsçh, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., ... & Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *164*(3), 500-508.
- Rybak, C. J., & Brown, B. (1996). Assessment of internalized shame: Validity and reliability of the internalized shame scale. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *14*(1), 71-83.
- Shahr, B., Doron, G., & Szepsenwol, O. (2015). Childhood maltreatment, shame-proneness and self-criticism in social anxiety disorder: A sequential mediational model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *22*(6), 570-579.
- Shiota, M. N., Keltner, D. & John, O. P. (2006). Positive emotion dispositions differentially associated with Big Five personality and attachment style. *The Journal of Positive Psychology*, *1*(2), 61-71.
- Scheff, T. J. (1987). The shame-rage spiral: A case study of an interminable quarrel. In H. B. Lewis (Ed.). *The role of shame in symptom formation* (109-149). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2012). Shame regulation in personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(2), 433.
- Schore, A. N. (1998). Early shame experiences and infant brain development. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.). *Series in affective science. Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (57-77). New York: Oxford University Press.
- Snider, J. G., & Oettin, E. R. (1966). Autogenic Training and the Treatment of Examination Anxiety in Students. *Journal of Clinical Psychology*, *22*(1), 111-114.
- Sokół-Szawłowska, M., & Poleszczyk, A. (2018). Generalised anxiety disorder – modern treatment options. Will technological advances replace classic

psychotherapy? *Postepy Psychiatrii i Neurologii / Advances in Psychiatry & Neurology*, 27(2), 160–171.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10).
- Stephen, S., Tobler, I., Koren, N., Gasteiger, U., Huber, C., Pierschkalla, M., ... Moreno, M. (2018). Chronic anxiety and embodied mindfulness meditation: A multicenter study. *Journal of Alternative Medicine Research*, 10(3), 269–276
- Stevens, L., Gauthier-Braham, M., & Bush, B. (2018). The brain that longs to care for itself: The current neuroscience of self-compassion. In *The Neuroscience of Empathy, Compassion and Self-Compassion* (91-120). Academic Press.
- Takahashi, T., Sugiyama, F., Kikai, T., Kawashima, I., Guan, S., Oguchi, M., ... & Kumano, H. (2019). Changes in depression and anxiety through mindfulness group therapy in Japan: The role of mindfulness and self-compassion as possible mediators. *BioPsychoSocial Medicine*, 13(1), 4.
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213.
- Tangney, J. P. (1993). Symptoms of depression. *Wiley Series on Personality Processes*, 161-180.
- Tangney, J. P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour research and therapy*, 34(9), 741-754.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2003). *Shame and Guilt*. Guilford Press.
- Tangney, J. P. E., & Fischer, K. W. (Eds.). (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P., & Wagner, P. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 469.

- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1989). *The Test of Self-Conscious Affect*. George Mason University, Fairfax.
- Tangney, J. P., Youman, K., & Stuewig, J. (2009). Proneness to shame and proneness to guilt. *Handbook of Individual Differences in Social Behavior*, 192-209.
- Taylor, A. H. (2003). Physical activity, anxiety and stress. In *Physical Activity and Psychological Well-being*. Routledge.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/ recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615.
- Treeby, M., & Bruno, R. (2012). Shame and guilt-proneness: Divergent implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomatology. *Personality and Individual Differences*, 53(5), 613-617.
- Troop, N. A., Allan, S., Serpell, L., & Treasure, J. L. (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(6), 480-488.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130.
- Vašina, L. (2002). *Klinická psychologie a somatická psychoterapie*. Brno: Neptun.
- Vikan, A., Hassel, A. M., Rugset, A., Johansen, H. E., & Moen, T. (2010). A test of shame in outpatients with emotional disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(3), 196-202.
- Vyhnánek, A. (2018). *Hraniční porucha osobnosti: Citová vazba v dospělosti, stud a soucit se sebou*. Bakalářská diplomová práce. Olomouc, FF UP.

- Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie* (2. vyd.). Praha: Grada.
- WHO. (2018). *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10* (2. vyd.). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D. S., ... & Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 275-279.
- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 314-321.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition and management. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(8), 24-34.
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(5), 543-558.
- Wetterneck, C. T., Singh, S., & Hart, J. (2014). Shame proneness in symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(2), 177-190.
- Zahn-Waxler, C., & Kochanska, G. (1990). The origins of guilt. In R. Thompson (Ed.). *Socioemotional development* (183-258). Lincoln: Nebraska Symposium on Motivation, University of Nebraska Press.
- Záplatová, K. (2015). *Úzkostné poruchy z biologického a psychologického pohledu*. Bakalářská práce. Praha, FF UK.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364.

- Zwanzger, P., Fallgatter, A. J., Zavorotnyy, M., & Padberg, F. (2009). Anxiolytic effects of transcranial magnetic stimulation – an alternative treatment option in anxiety disorders?. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 767-775.

Přílohy

Příloha č. 1: Úvodní dotazník testové baterie

Příloha č. 2: SCS-CZ

Příloha č. 3: TOSCA-3

Příloha č. 4: GAD-7

Příloha č. 5: Demografické grafy a tabulky

Příloha č. 6: Grafy ověření normálního rozložení dat dle hypotéz č. 1 – 4

Příloha č. 1: Úvodní dotazník testové baterie



UNIVERZITA
KARLOVA
V PRAZE

Význam soucitu se sebou v udržování duševního zdraví a v etiologii úzkostných poruch

Vážená paní, vážený pane,

dovolujeme si Vás pozvat k účasti na výzkumném šetření, které se zabývá rolí soucitu se sebou v udržování duševního zdraví a v etiologii úzkostných poruch. Výzkum je prováděn studenty psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze PhDr. Janem Bendou a Bc. Marií Loskotovou pod supervizí prof. PhDr. Jiřího Šípka CSc., Ph.D. Cílem tohoto výzkumu je porovnat míru prožívaného studu a míru soucítění se sebou u vzorku pacientů s úzkostnými poruchami a u kontrolního vzorku „zdravých dospělých“ osob.

V průběhu výzkumného šetření budete vyplňovat několik dotazníků zaměřených na vaše chování a prožívání a dále budete dotázáni na některé základní demografické údaje o vaší osobě (věk, pohlaví apod.). Vyplnění všech dotazníků Vám zabere přibližně 15 - 20 minut. Výsledky a údaje získané z dotazníků budou uchovávány a zpracovávány tak, aby se vyloučila možnost identifikace jednotlivých účastníků. Výzkumní pracovníci zajistí anonymitu ve všech publikačních výstupech.

Kód respondenta:

.....

Nejprve, prosím, vyplňte tyto údaje:

Iniciály:.....

Váš věk:

Pohlaví:

- žena
 muž

Rodinný stav:

- svobodný/svobodná
 ženatý/vdaná (i registr. partnerství)
 rozvedený/rozvedená
 vdovec/vdova

Vlastní děti:

- mám
 nemám

Dosažené vzdělání:

- základní
 vyučen (bez maturity)
 úplné střední s maturitou
 vyšší odborné
 vysokoškolské

Bydliště:

- obec do 5.000 obyvatel
 obec 5.000 - 10.000 obyvatel
 obec 10.000 - 50.000 obyvatel
 obec 50.000 - 100.000 obyvatel
 obec nad 100.000 obyvatel

Příloha č. 2: SCS-CZ

SCS-26-CZ


Nyní si, prosím, přečtete následující tvrzení a označte zakroužkováním příslušné číslice, jak často se chováte daným způsobem.	téměř nikdy	málokdy	někdy	často	velmi často, téměř vždy
1. Odmítám a odsuzuji své chyby a nedostatky.	5	4	3	2	1
2. Když jsem na dně, mám sklon se nutkavě zaměřovat na vše špatné.	5	4	3	2	1
3. Když se mi nedaří, vnímám potíže jako běžnou součást života, s níž se potýká každý.	1	2	3	4	5
4. Když přemýšlím o svých nedostatcích, mívám pocit, že jsem oddělený/á a odříznutý/á od zbytku světa.	5	4	3	2	1
5. Když prožívám emoční bolest, snažím se být k sobě laskavý/á.	1	2	3	4	5
6. Když selžu v něčem, co je pro mě důležité, zahlí mě pocity vlastní nedostatečnosti.	5	4	3	2	1
7. Když jsem na dně a „mimo hru“, připomínám si, že na světě je spousta lidí, kteří se cítí stejně jako já.	1	2	3	4	5
8. Když přijdu opravdu těžké časy, mám tendenci být na sebe tvrdý/á.	5	4	3	2	1
9. Když mne něco rozruší, snažím se udržet své emoce v rovnováze.	1	2	3	4	5
10. Když se cítím nějakým způsobem nedostatečný/á, snažím se připomínat si, že pocity nedostatečnosti zažívá většina lidí.	1	2	3	4	5
11. Jsem netolerantní a netrpělivý/á vůči těm stránkám své osobnosti, které nemám rád/a.	5	4	3	2	1
12. Když procházím nějakým velmi těžkým obdobím, poskytuji si takovou péči a láskyplnost, jakou potřebuji.	1	2	3	4	5
13. Když je mi na nic, mívám pocit, že ostatní lidé jsou jistě šťastnější než já.	5	4	3	2	1
14. Když mě něco zraní, snažím se na situaci dívat nezaujatým pohledem.	1	2	3	4	5
15. Snažím se vnímat svá selhání jako součást lidské přirozenosti.	1	2	3	4	5
16. Když si uvědomím některé své vlastnosti, které se mi nelíbí, sklíčuje mě to.	5	4	3	2	1
17. Když selžu v něčem, co je pro mne důležité, snažím se celou záležitost vnímat realisticky.	1	2	3	4	5
18. Když se s něčím opravdu potýkám, mívám pocit, že druzí lidé to určitě zvládají lépe.	5	4	3	2	1

	téměř nikdy	málokdy	někdy	často	velmi často, téměř vždy
19. Když prožívám nějaké trápení, jsem k sobě laskavý/á.	1	2	3	4	5
20. Když mě něco naštvě, nechávám se unést vlastními pocity.	5	4	3	2	1
21. Dokážu být k sobě citově docela chladný/á, když mě něco trápí.	5	4	3	2	1
22. Když se cítím deprimovaný/á, snažím se ke svým pocitům přistupovat se zájmem a otevřeností.	1	2	3	4	5
23. Jsem tolerantní vůči svým chybám a nedostatkům.	1	2	3	4	5
24. Když se stane něco bolestného, mám sklon danou situaci zveličovat.	5	4	3	2	1
25. Když selžu v něčem, co je pro mě důležité, mívám pocit, že jsem v tom zcela sám/sama.	5	4	3	2	1
26. Snažím se přistupovat s porozuměním a trpělivostí vůči těm stránkám své osobnosti, které nemám rád/a.	1	2	3	4	5

Příloha č. 3: TOSCA-3

TOSCA-3

<p>Níže jsou uvedeny situace, se kterými se lidé setkávají ve svém každodenním životě. Pro každou situaci je navrženo několik způsobů, jimiž na ni lze reagovat.</p> <p>Pokuste se představit sebe sama v dané situaci a u každé reakce uveďte, jak je pro Vás osobně pravděpodobná. Používejte škálu od 1 do 5, kde 1=nepravděpodobné až 5=velmi pravděpodobné.</p>					
	nepravděpodobné				velmi pravděpodobné
<p>1. Domluvil/a jste se s kamarádem na společném obědě, ale v pět hodin si uvědomíte, že jste na schůzku zapomněl/a přijít.</p> <p>a. Pomyslíte si: „Jsem bezohledný/á.“</p> <p>b. Pomyslíte si: „Kamarád to pochopí.“</p> <p>c. Pomyslíte si, že byste to měl/a kamarádovi co nejdříve nějak vynahradit.</p> <p>d. Pomyslíte si: „Může za to šéf, vyrušil mě zrovna před obědem.“</p>	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Prosím, nepřeskakujte žádnou položku – ohodnoťte všechny odpovědi.	nepravděpodobné				velmi pravděpodobné
					
2. Rozbil/a jste něco v práci a pak jste to zatajil/a.					
a. Pomyslíte si: „To je nepříjemné. Musím to opravit nebo zařídit, aby to udělal někdo jiný.“	1	2	3	4	5
b. Budete přemýšlet o odchodu ze zaměstnání.	1	2	3	4	5
c. Pomyslíte si: „Hodně věcí v dnešní době není vyrobeno příliš kvalitně.“	1	2	3	4	5
d. Pomyslíte si: „Byla to jen nehoda.“	1	2	3	4	5
3. V zaměstnání jste nechal/a plánování projektu na poslední chvíli a projekt dopadl špatně.					
a. Budete si připadat neschopný/á.	1	2	3	4	5
b. Pomyslíte si: „Času není nikdy dost.“	1	2	3	4	5
c. Pomyslíte si: „Zasloužím si být pokárán/a za špatné vedení projektu.“	1	2	3	4	5
d. Pomyslíte si: „Co se stalo, stalo se.“	1	2	3	4	5
4. V práci uděláte chybu, ze které je obviněn váš kolega.					
a. Pomyslíte si, že ve vedení firmy nemají kolegu rádi.	1	2	3	4	5
b. Pomyslíte si: „Život není fér.“	1	2	3	4	5
c. Zůstanete zticha a budete se vyhýbat kolegovi.	1	2	3	4	5
d. Budete z toho nešťastný/á a budete usilovat o nápravu situace.	1	2	3	4	5
5. Při hraní volejbalu s přáteli hodíte míčem tak, že zasáhne vašeho kamaráda do tváře.					
a. Budete si připadat neschopný/á, protože neumíte ani hodit míč.	1	2	3	4	5
b. Pomyslíte si, že váš kamarád možná potřebuje více trénovat chytání.	1	2	3	4	5
c. Pomyslíte si: „Byla to jen nehoda.“	1	2	3	4	5
d. Omluvíte se a ujistíte se, že je váš kamarád v pořádku.	1	2	3	4	5
6. Při jízdě autem jste srazil/a kočku.					
a. Pomyslíte si, že kočka neměla na silnici být.	1	2	3	4	5
b. Pomyslíte si: „Jsem hrozný/á.“	1	2	3	4	5
c. Pomyslíte si: „Byla to nehoda.“	1	2	3	4	5
d. Budete se cítit špatně, protože jste při řízení nebyl/a pozornější.	1	2	3	4	5
7. Po skončení zkoušky máte pocit, že jste podal/a velmi dobrý výkon. Později zjistíte, že jste v testu dopadl/a velmi špatně.					
a. Pomyslíte si: „Je to jen test.“	1	2	3	4	5
b. Pomyslíte si: „Učitel mě nemá rád.“	1	2	3	4	5
c. Pomyslíte si: „Měl/a jsem se více učit.“	1	2	3	4	5
d. Budete si připadat hloupý/á.	1	2	3	4	5

Prosím, nepřeskakujte žádnou položku – ohodnoťte všechny odpovědi.	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> nepravděpodobné velmi pravděpodobné </div>				
8. Vyrazíte si se skupinou přátel a děláte si legraci z kamaráda, který tam s vámi není.					
a. Pomyslíte si: „Byla to jen legrace, to je neškodné.“	1	2	3	4	5
b. Budete se stydět a budete se cítit jako zrádce.	1	2	3	4	5
c. Pomyslíte si, že tam měl kamarád být, aby se mohl bránit.	1	2	3	4	5
d. Omluvíte se a budete hovořit o dobrých stránkách tohoto člověka.	1	2	3	4	5
9. Udělal/a jste velkou chybu v důležitém pracovním projektu. Lidé na vás spoléhali a šéf vám teď vytýká chybu.					
a. Pomyslíte si, že šéf měl jasněji vysvětlit, co se od vás očekává.	1	2	3	4	5
b. Budete cítit potřebu někam se schovat.	1	2	3	4	5
c. Pomyslíte si: „Měl/a jsem poznat problém a odvést lepší práci.“	1	2	3	4	5
d. Pomyslíte si: „Nikdo není dokonalý.“	1	2	3	4	5
10. Staráte se o psa vašeho kamaráda, který je na dovolené, a pes uteče.					
a. Pomyslíte si: „Jsem nezodpovědný/á a neschopný/á.“	1	2	3	4	5
b. Pomyslíte si, že se váš kamarád svého psa příliš dobře nevychoval, jinak by přece pes neutekl.	1	2	3	4	5
c. Slíbíte si, že příště budete opatrnější.	1	2	3	4	5
d. Pomyslíte si, že si váš kamarád přece může pořídit nového psa.	1	2	3	4	5
11. Zúčastníte se kolaudačního večírku, který pořádá váš kolega, a rozlijete červené víno na nový světlý koberec, ale myslíte si, že si toho nikdo nevšiml.					
a. Pomyslíte si, že by kolega měl očekávat nějaké nehody na tak velké akci.	1	2	3	4	5
b. Zůstanete po večírku déle a pomůžete skvrnu vyčistit.	1	2	3	4	5
c. Pomyslíte si: „Raději bych teď byl/a kdekoliv jinde.“	1	2	3	4	5
d. Podíváte se, že se kolega rozhodl servírovat červené víno, když má nový světlý koberec.	1	2	3	4	5

Příloha č. 4: GAD-7

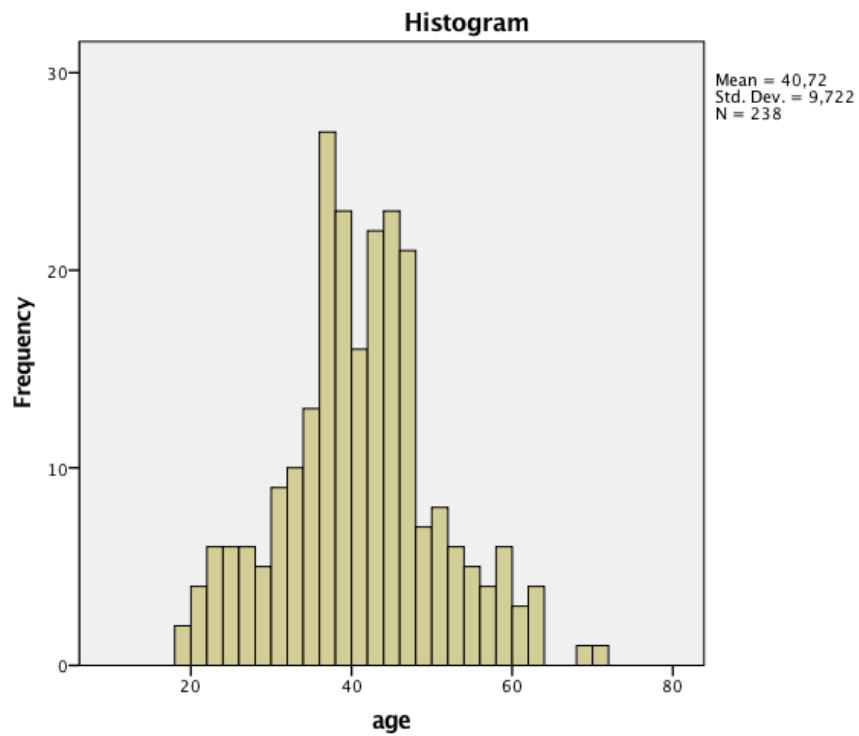
GAD-7

Zamyslete se prosím nad posledními dvěma týdny a na škále označte, jak často Vás během posledních dvou týdnů obtěžovaly následující problémy.				
	vůbec ne	několik dní	více než polovinu dní	téměř každý den
1. Pocit nervozity, úzkosti nebo napětí (pocit jako na jehlách).	0	1	2	3
2. Nespavost nebo neschopnost ovládnout obavy.	0	1	2	3
3. Přílišné dělán si starostí s různými věcmi.	0	1	2	3
4. Problém se uvolnit.	0	1	2	3
5. Takový neklid, že je těžké v klidu sedět.	0	1	2	3
6. Snadná rozčílitelnost nebo podrážděnost.	0	1	2	3
7. Pocit strachu, jakoby se mělo stát něco hrozného.	0	1	2	3

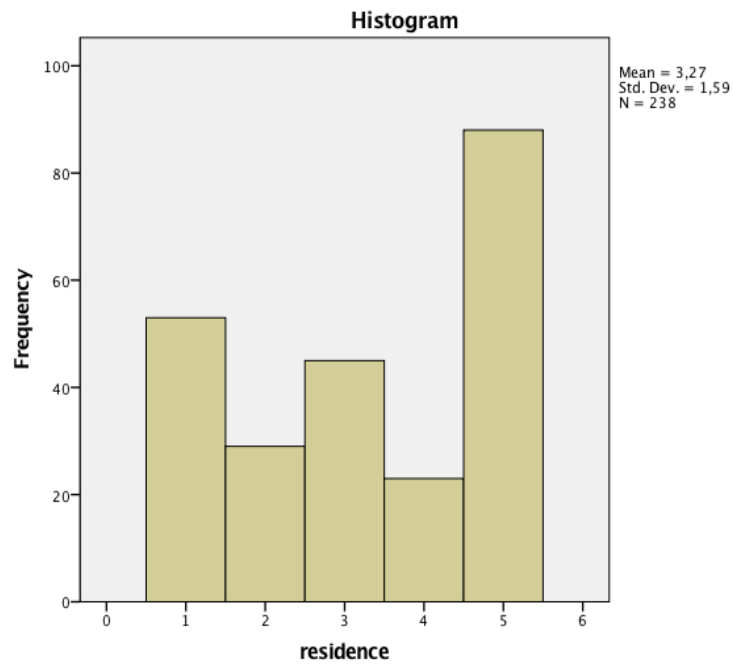
Pokud jste v předchozí tabulce označil/a nějaké problémy, jak moc Vám bránily dělat svou práci, starat se o domácnost, nebo vycházet s jinými lidmi?

vůbec mi nebránily trochu mi bránily hodně mi bránily extrémně mi bránily

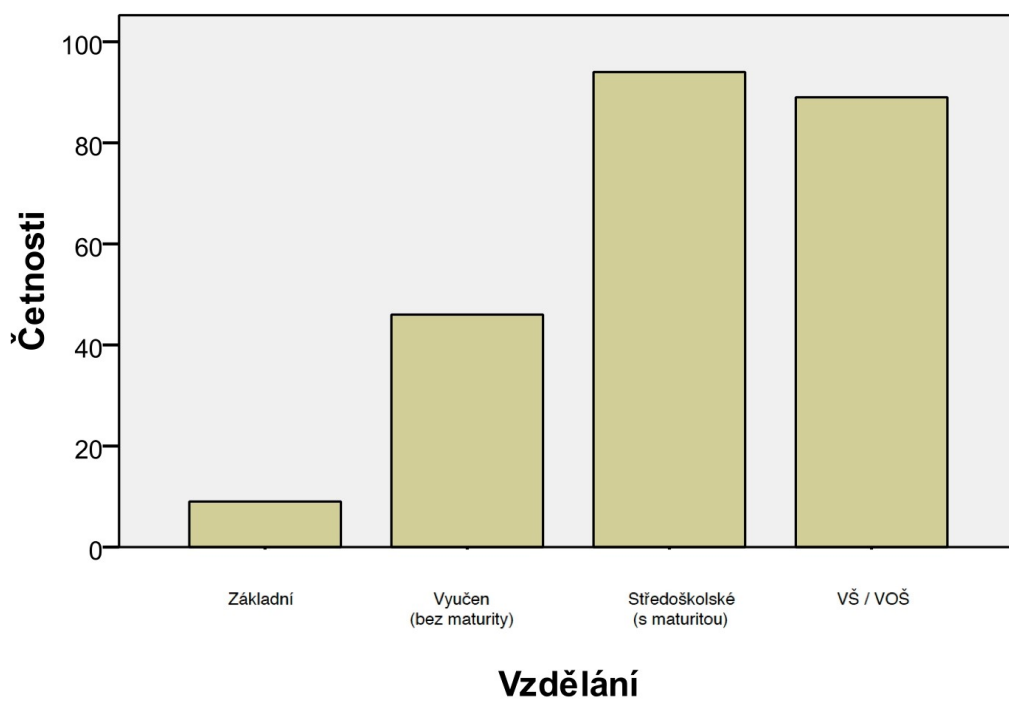
Příloha č. 5: Demografické grafy a tabulky



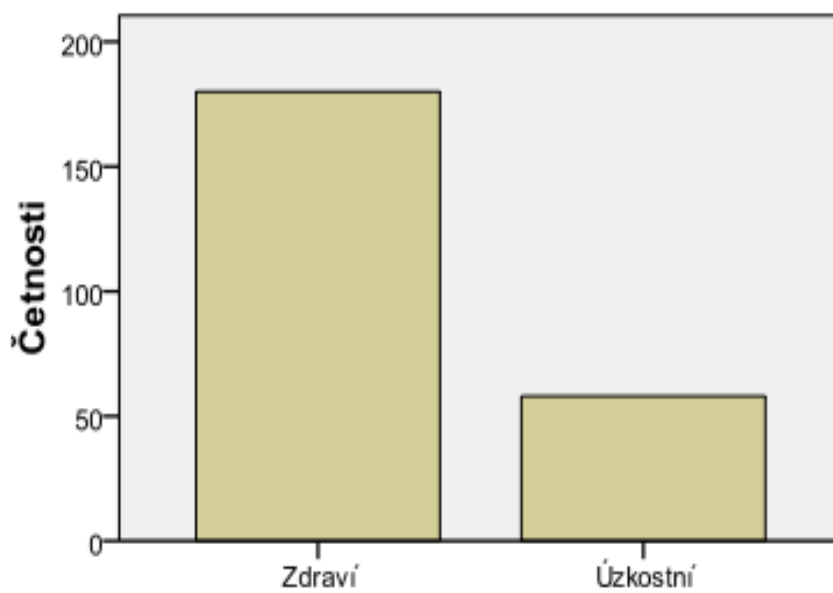
Graf č. 7: Věkové rozložení výzkumného souboru.



Graf č. 8: Četnosti velikosti bydliště respondentů.

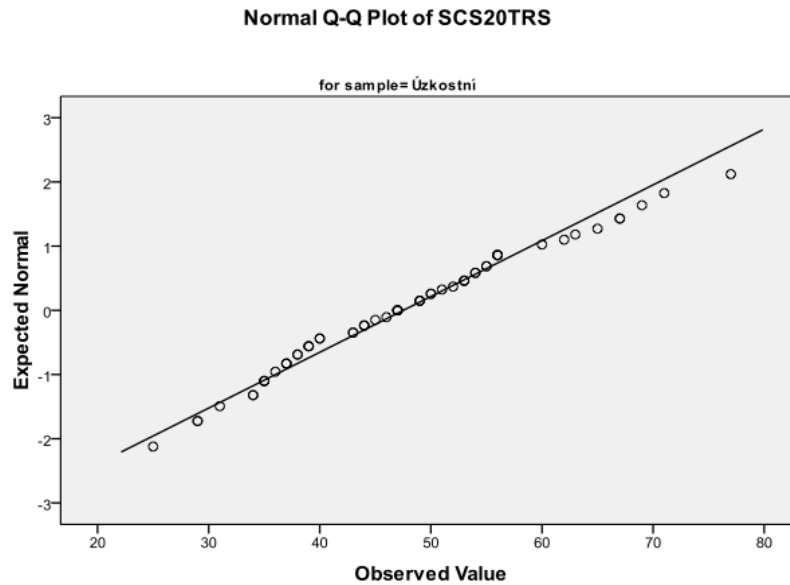


Graf č. 9: Četnosti jednotlivých typů vzdělání.

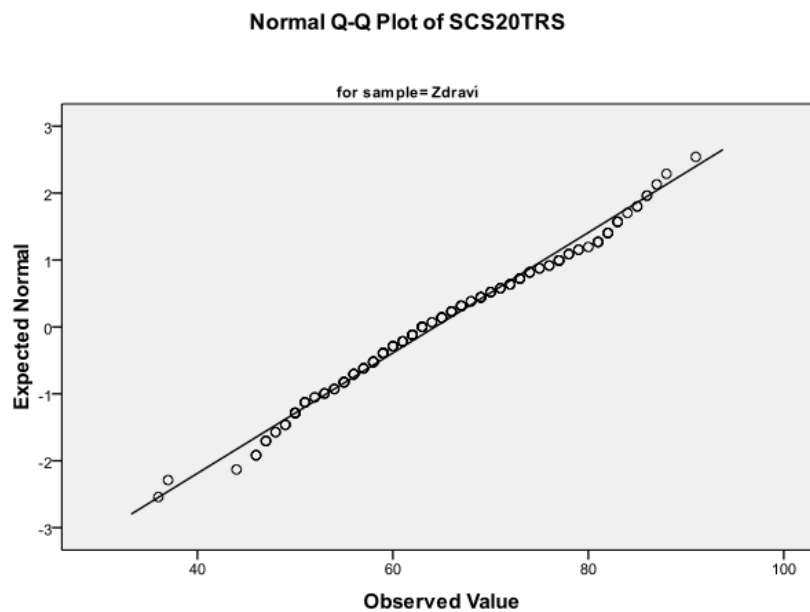


Graf č. 10: Zastoupení zdravých a úzkostných respondentů.

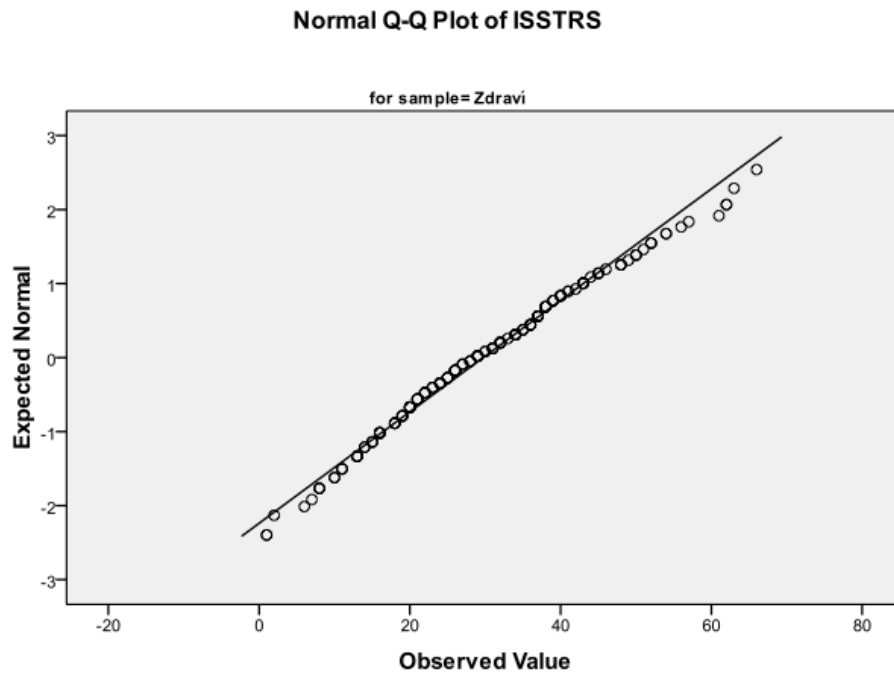
Příloha č. 6: Grafy ověření normálního rozložení dat dle hypotéz č. 1 – 4



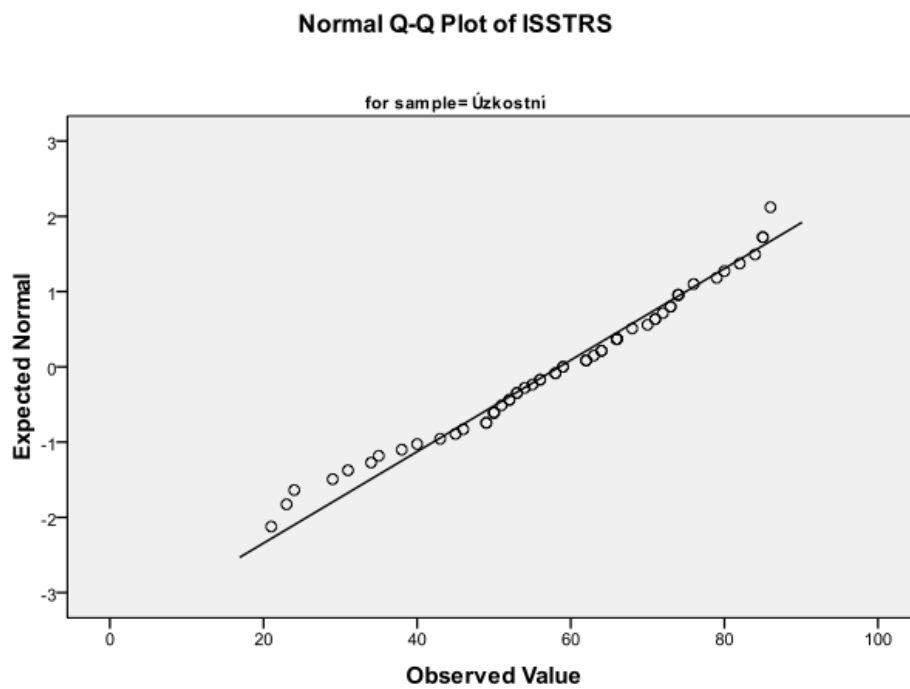
Graf č. 11: Q-Q plot pro součet se sebou u úzkostných osob.



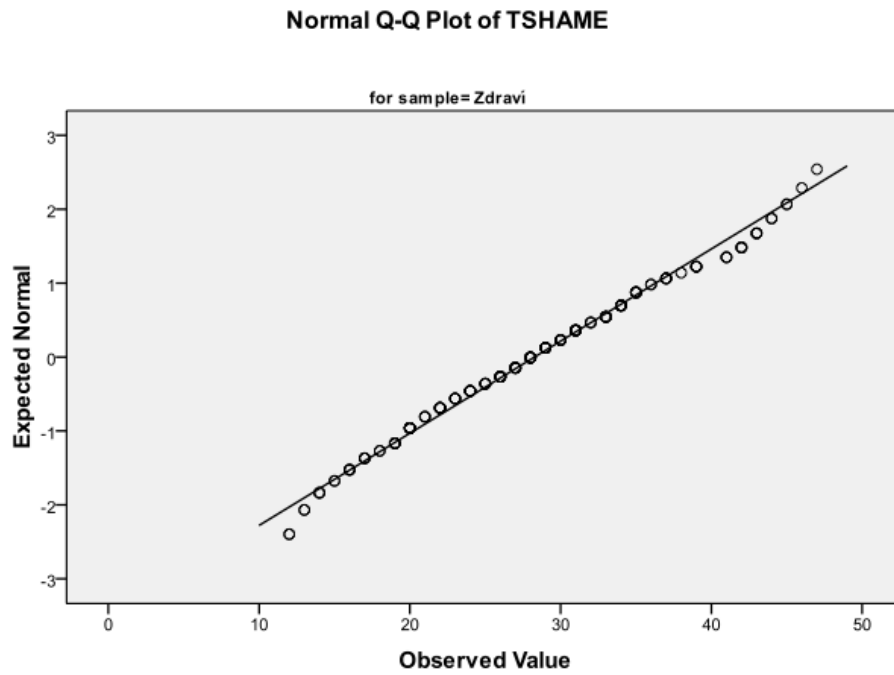
Graf č. 12: Q-Q plot pro součet se sebou u zdravých osob.



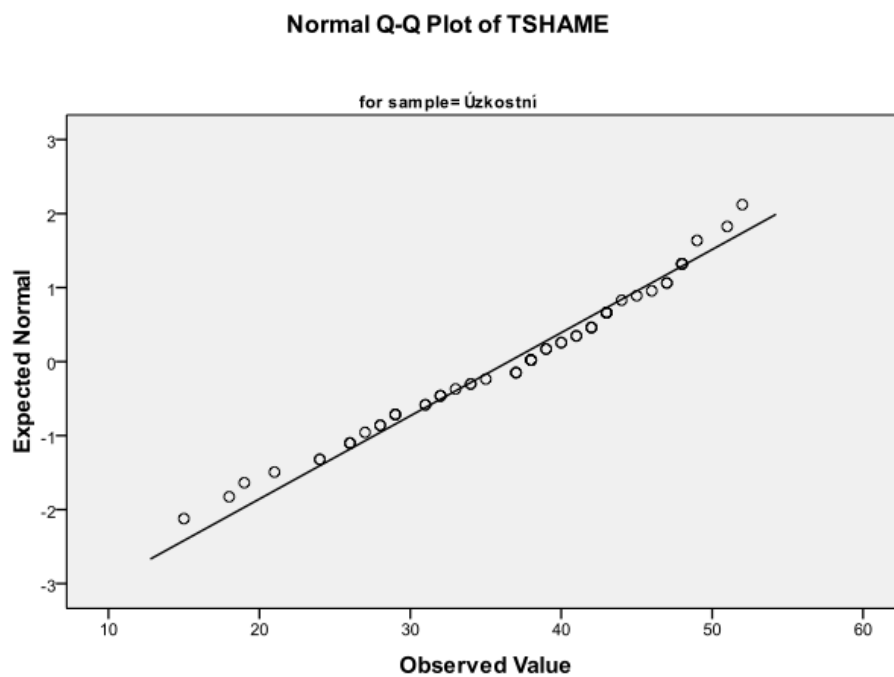
Graf č. 13: Q-Q plot pro internalizovaný stud u úzkostných osob.



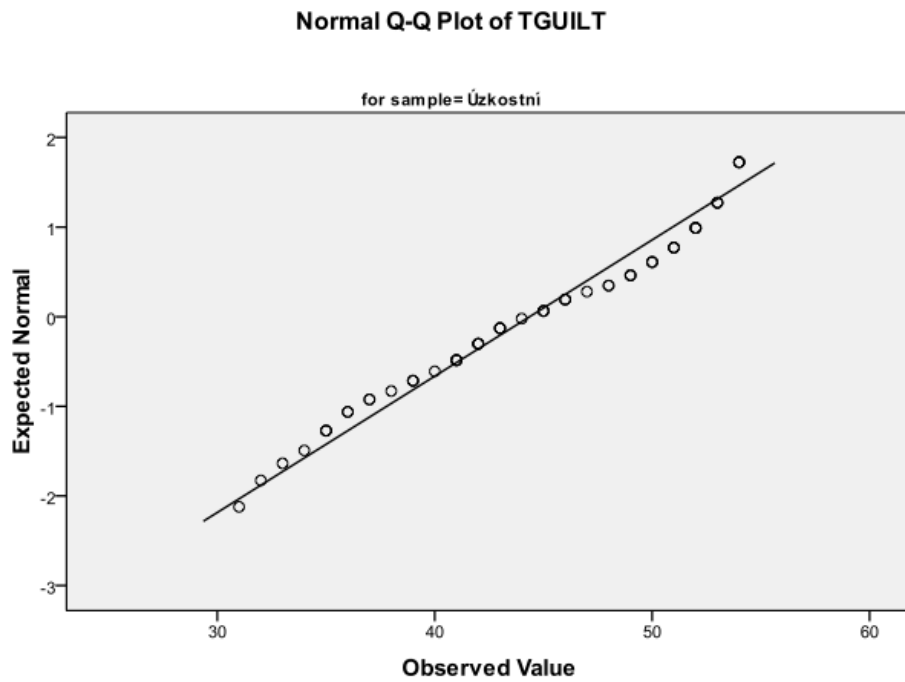
Graf č. 14: Q-Q plot pro internalizovaný stud u zdravých osob.



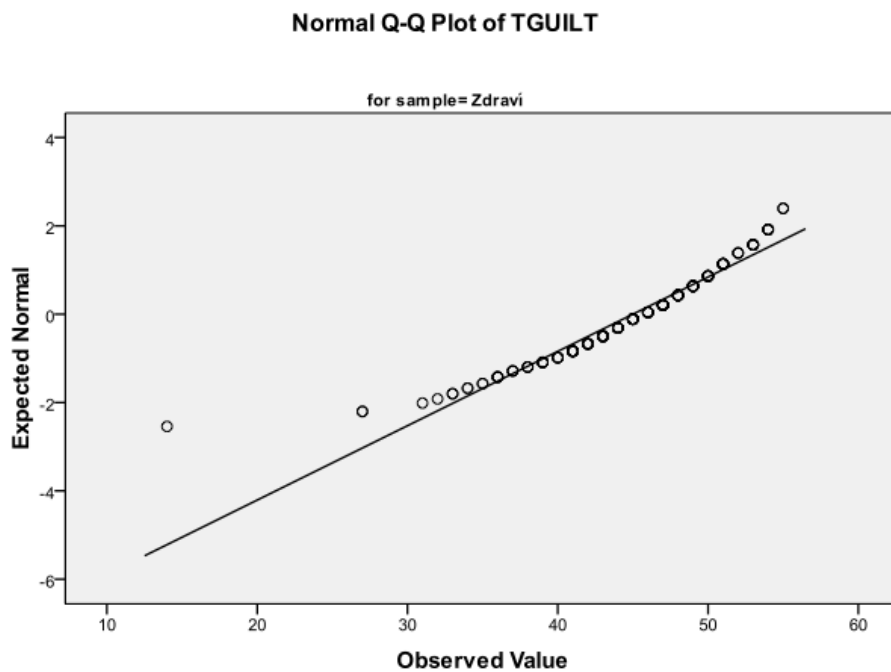
Graf č. 15: Q-Q plot pro míru tendence ke studu u zdravých osob.



Graf č. 16: Q-Q plot pro míru tendence ke studu u úzkostných osob.



Graf č. 17: Q-Q plot pro míru tendence k prožívání viny u úzkostných osob.



Graf č. 18: Q-Q plot pro míru tendence k prožívání viny u zdravých osob.