

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**VYBAVOVÁNÍ SNŮ VE VZTAHU KE KVALITĚ  
SPÁNKU A VNITŘNÍM HRANICÍM**

Dream recall in relationship to sleep quality and inner boundaries



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Mgr. Vladimíra Šídlová

Vedoucí práce: prof. PhDr. Alena Plháková, CSc.

Olomouc

2014

Místopřísežně prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou diplomovou práci na téma „Vybavování snů ve vztahu ke kvalitě spánku a vnitřním hranicím“ vypracovala samostatně pod dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Bílovicích nad Svitavou dne .....

Podpis .....

Děkuji paní prof. PhDr. Aleně Plhákové, CSc. za odborné vedení této bakalářské diplomové práce, za její rady, připomínky a za povzbuzování v práci.

Děkuji také všem účastníkům výzkumu za jejich ochotu a čas, který strávili nad dotazníky. Bez nich by tato práce nebyla realizovatelná.

# Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
<b>1 SPÁNEK A BDĚNÍ.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Bdění.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Spánek a jeho průběh.....</b>	<b>9</b>
1.2.1 NREM spánek.....	10
1.2.2 REM spánek.....	10
1.2.3 Průběh spánku.....	10
<b>1.3 Biologické rytmy spánku a bdění.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4 Délka spánku a jeho kvalita.....</b>	<b>12</b>
<b>1.5 Poruchy spánku.....</b>	<b>12</b>
1.5.1 Chronobiologické poruchy spánku.....	13
1.5.2 Nespavost (insomnie).....	14
1.5.3 Nadměrná spavost (hypersomnie).....	14
1.5.4 Parasomnie.....	15
1.5.4.1 Parasomnie vázané na NREM spánek.....	15
1.5.4.2 Parasomnie vázané na REM spánek.....	16
1.5.5 Jiné poruchy spánku.....	16
<b>2 SPÁNEK A SNĚNÍ.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Definice snu.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Vybrané teorie snění.....</b>	<b>18</b>
2.2.1 Psychoanalytický přístup ke snům.....	18
2.2.1.1 Sigmund Freud a výklad snů.....	18
2.2.1.2 Sny v pojetí W. R. Biona.....	20
2.2.1.3 Teorie nočních můr a nočních děsů T. Ogdena.....	21
2.2.2 Analytický přístup C. G. Junga ke snům.....	21
2.2.3 Sny z hlediska gestalt psychoterapie.....	23
2.2.4 Teorie snění M. Solmse z pohledu neurověd.....	24
<b>2.3 Frekvence vybavování snů.....</b>	<b>25</b>
2.3.1 DRF a kvalita spánku.....	25
2.3.2 DRF a pohlaví.....	26

2.3.3 DRF a zájem o sny.....	26
2.3.4 DRF a mozek.....	27
2.3.5 DRF ve vztahu k dalším osobnostním charakteristikám.....	27
2.3.6 DRF ve vztahu k věku.....	27
2.4 Noční můry.....	28
<b>3 HRANICE V MYSLI.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 Koncept hranic u jiných autorů.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 Silné a tenké hranice.....</b>	<b>31</b>
<b>3.3 Typy hranic.....</b>	<b>31</b>
<b>3.4 Proměny hranic osobnosti.....</b>	<b>32</b>
<b>3.5 Vývoj hranic.....</b>	<b>33</b>
<b>3.6 Dotazníky hranic.....</b>	<b>33</b>
3.6.1 Vztah BQ k dalším osobnostním charakteristikám.....	34
3.6.2 Zkrácené dotazníky hranic.....	34
<b>3.7 Hranice ve vztahu k duševnímu zdraví.....</b>	<b>35</b>
<b>3.8 Hranice a snění.....</b>	<b>35</b>
<b>EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>37</b>
<b>4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU.....</b>	<b>38</b>
<b>5 METODOLOGICKÝ RÁMEC.....</b>	<b>40</b>
<b>5.1 TYP VÝZKUMU.....</b>	<b>40</b>
<b>5.2 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....</b>	<b>40</b>
5.2.1 Pittsburský index kvality spánku.....	40
5.2.2 Dotazník hranic osobnosti.....	41
5.2.3 Dotazník týkající se snů.....	41
<b>5.3 Sběr dat.....</b>	<b>42</b>
<b>5.4 Popis souboru.....</b>	<b>42</b>
<b>5.5 Metody zpracování a analýzy dat.....</b>	<b>44</b>
<b>5.6 Etika výzkumu.....</b>	<b>44</b>
<b>6 VÝSLEDKY.....</b>	<b>46</b>
<b>6.1 Vyhodnocení dotazníku týkajícího se snů.....</b>	<b>46</b>
<b>6.2 Vyhodnocení dotazníku hranic osobnosti.....</b>	<b>51</b>
<b>6.3 Vyhodnocení Pittsburského indexu kvality spánku.....</b>	<b>52</b>
<b>6.4 Analýza souvislostí a rozdílů – testování hypotéz.....</b>	<b>53</b>

<b>7 DISKUZE</b> .....	58
<b>8 ZÁVĚRY</b> .....	61
<b>SOUHRN</b> .....	62
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b> .....	65
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY</b> .....	66
<b>PŘÍLOHY</b>	

# Úvod

Snům někteří lidé připisují velkou významnost, jiní nikoliv. Někteří lidé problematice snění věnovali podstatnou část svého života, jiní takovéto počínání považují za zbytečnost. Osobně považuji sny za zajímavou a přínosnou součást svého života. Některé sny jsou příjemné, jiné nejsou, ale každopádně mi velká část snů přináší informace o vlastním nitru, o svém vnímání světa a událostí. Domnívám se, že mnohé sny mají léčivou sílu na psychiku snícího jedince. Z důvodu zájmu o sny je tato práce věnována spánku a snění. Na sny lze pohlížet z mnoha hledisek – v této práci jsem se převážně věnovala frekvenci vybavování snů. Zjišťovala jsem, jaké jsou možné vlivy, které mají vliv na zapamatování si snu. První kapitola teoretické části je věnována spánku, jeho průběhu a poruchám spánku. Další část je věnována snění, některým teoriím snění, frekvenci vybavování snů a zvláštnímu typu snů – nočním můrám. V poslední části je věnována pozornost hranicím v mysli. Podle autora koncepce hranic v mysli, Ernesta Hartmanna, souvisí propustnost vnitřních hranic jak s frekvencí vybavování snů, tak s jejich obsahem. Empirická část je zaměřena na kvantitativní výzkum vybavování snů. Cílem je zjistit vliv propustnosti vnitřních hranic, vliv kvality spánku a dalších charakteristik osobnosti na frekvenci vybavování snů.

Tento přístup ke snům pokládám za jeden z možných způsobů vědeckého zkoumání snů, nikoliv však za jediný. Snová problematika je podle mého názoru dosud nevyčerpaným zdrojem psychologického bádání.

# Teoretická část



# 1 SPÁNEK A BDĚNÍ

Spánek a bdění jsou dvěma základními stavy vědomí, kterými organismus prochází v průběhu 24 hodinového cyklu. Oba tyto funkční stavy organismu mají svou behaviorální a vegetativní složku, jejichž průběh, změny a vzájemné vztahy jsou zakódovány a řízeny centrální nervovou soustavou (CNS) (Sedláček, Mareš, 2003).

## 1.1 Bdění

Bdění (vigilita) je složitý funkční stav organismu, při kterém jeho CNS přijímá, zpracovává, uchovává informace a vydává příkazy výkonným orgánům. Bdělost (vigilance) umožňuje vnímání a prožívání (Sedláček, Mareš, 2003; Plháková, 2010). Rozlišujeme několik následujících úrovní: *Klidné, relaxované bdění* je charakterizováno alfa vlnami na EEG. Je to stav na střední rovině vigilance vznikající obzvláště v pohodlné poloze nebo psychických činnostech založených na vnitřní koncentraci. Pozornost je uvolněná s tendencí k volným asociacím. Tento stav může být východiskem ospalosti a následně spánku, nebo naopak k vyšším stupňům aktivity (Sedláček, Mareš, 2003). *Aktivní, cílé bdění*, při kterém je jedinec duševně či tělesně aktivní a při němž je zvýšena bdělá pozornost, je charakterizováno beta až gama rytmem elektrické aktivity mozku. Nejvyššího stupně vigilance dosahuje *ostrážité bdění* (Sedláček, Mareš, 2003; Orel, Facová, 2009). Na úrovni mozku je za navození a udržování bdělosti zodpovědný **ascendentní (vzestupný) aktivační systém retikulární formace mozkového kmene**, část těchto ascendentních vláken končí v talamu, část až v mozkové kůře (Orel, Facová, 2009). Z neurotransmiterů jsou s bděním spojeny noradrenalin a dopamin zvyšující mentální aktivaci, dále histamin, acetylcholin, nově objevený hypokretin (orexin) a další působky (Novák, Kunčíková, 2011).

## 1.2 Spánek a jeho průběh

Spánek není rozhodně homogenní stav. Behaviorálně je charakterizován minimální pohybovou aktivitou v typické poloze, s omezením vnímání vnějšího prostředí a s odlišnou mentální činností vzhledem k bdělému stavu (Šonka, Němcová, Paul, 2007). Savci mají dva typy spánku – REM a NREM – nazvaných dle přítomnosti či nepřítomnosti „rychlých očních

pohybů“ (rapid eye movement), které jsou charakteristické pro REM spánek a v NREM naopak chybí (Šonka, Němcová, Paul, 2007).

### 1.2.1 NREM spánek

NREM spánek tvoří přibližně 75 % celkové délky nočního spánku (Orel, Facová, 2009). Hlavní roli pro začátek NREM spánku hraje bazální část koncového mozku (pars basalis telencephali) uvolňující inhibiční neurotransmitter GABA, neuromodulátory somatostatin a kortikostatin (Plháková, 2013). Rozlišujeme čtyři stadia NREM spánku.

*Stadium 1* zahrnuje přibližně 5 % spánku. Zpočátku bývá provázeno velkými tělesnými pohyby, následuje prohloubené dýchání o pokles svalového napětí. Mohou se vyskytovat svalové křeče způsobené pravděpodobně impulzy z nižších mozkových struktur, které mohou vést k přechodnému probuzení. Na EEG přecházejí vlny alfa v théta vlny s nižší frekvencí a nízkou amplitudou (Plháková, 2013; Orel, Facová, 2009).

*Stadium 2* tvoří asi 50 % spánku. Elektrická aktivita mozku je charakteristická théta vlnami přerušovanými spánkovými vřeteny (shluk rychlých vln trvajících asi 0,5 s) a K-komplexy. V této fázi spánku klesá tělesná teplota a tepová frekvence (Plháková, 2013; Orel, Facová, 2009).

*Stadium 3 a 4* jsou charakteristické pomalými delta vlnami na EEG. Tvoří asi 20 % spánku a přechod těchto stadií není ostrý. Oční pohyby zcela chybějí, pokračuje pokles srdeční a dechové frekvence. V těchto stadiích se mohou u některých osob vyskytovat noční děsy a náměsíčnost (Orel, Facová, 2009).

### 1.2.2 REM spánek

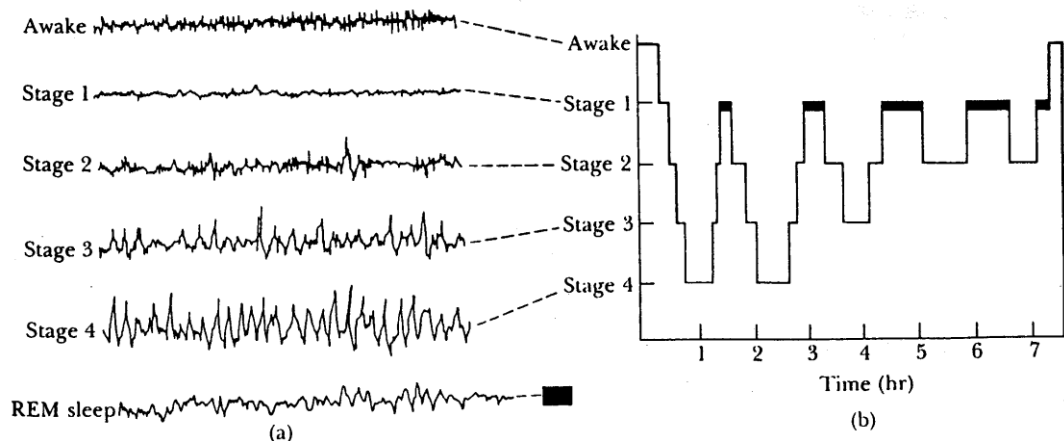
REM spánek u dospělého člověka tvoří asi 25 %, v současné době je dělen na *tonický* a *fázický*. Dochází při něm ke zvýšení aktivity a metabolismu většiny mozkových neuronů (hlavně korových) při současném nízkém svalovém napětí (proto je také někdy nazýván paradoxní spánek). Je aktivován sympatikus a tím dochází ke zvýšení dechové a tepové frekvence. V této fázi spánku se nejčastěji vyskytují sny. Později se zjistilo, že i v NREM spánku se jedinci mohou zdát sny, nicméně sny v REM spánku jsou živější, delší, více citové zabarvené a méně logické (Orel, Facová, 2009).

### 1.2.3 Průběh spánku

V průběhu spánku proběhnou nejdříve stadia 1 – 4 NREM spánku, poté následuje krátce stadium 2, za kterým nastává REM spánek. Celá tato perioda trvá 90 – 110 minut, během

noci se většinou čtyřikrát opakuje, přičemž fáze REM spánku se postupně prodlužuje, fáze NREM spánku se zkracují a jsou povrchnější (tedy fáze 4, někdy i 3, mohou chybět) (Orel, Facová, 2009; Šonka, Jakoubková, Paul, 2007). Struktura spánku v průběhu jedné noci je znázorněna na obr. 1b.

**Obrázek 1** (a) EEG (b) hypnogram



Získáno z <http://www.dreamviews.com/attaining-lucidity/124621-best-time-during-night-ld.html>, 13. 9. 2013.

### 1.3 Biologické rytmy spánku a bdění

*Cirkadiánní* střídání spánku a bdění v průběhu 24 hodin je řízeno především suprachiasmatickými jádry hypotalamu, nazývanými „biologické hodiny“, a dalšími částmi mozku. Za normálních okolností jsou vnitřní cirkadiánní rytmy sladěny s vnějším prostředím, v tomto případě se světlem. Díky biologickým hodinám je z epifyzy uvolňován melatonin v závislosti na osvětlení. Hladina melatoninu je nejvyšší v temné části dne, tzv. skotoperiodě. S cirkadiánním rytmem a spánkem jsou spojeny i další děje – např. regulace tělesné teploty a produkce některých dalších hormonů (Šonka, Němcová, Paul, 2007). Dle „načasování“ biologických hodin rozlišujeme tzv. chronotypy – ranní ptáčata, skřivánci vstávají brzy ráno, nejvýkonnější jsou během dopoledne a chodí brzy spát, zatímco noční ptáci (sovy) se probouzejí později, nejvýkonnější jsou odpoledne a chodí později spát. Tyto dva typy jsou krajní varianty cirkadiánní spánkové preference, mezi kterými se nacházejí jedinci s méně vyhraněnou spánkovou preferencí (Plhánková, 2013).

*Ultradiánní rytmy* mají periodu kratší než 24 hodin. Patří k nim střídání NREM a REM spánku, ale i cyklické kolísání aktivity mozku v bdělém stavu v průběhu dne (Sedláček, 2003).

## **1.4 Délka spánku a jeho kvalita**

Individuální potřebu spánku a odolnost vůči spánkové deprivaci určuje tzv. *somnotyp*. Individuální potřeba spánku je pravděpodobně vrozená, celková doba spánku je však ovlivňována i sociálními podmínkami a možnostmi. Krátkodobým spáčům (short sleepers) postačuje dlouhodobě méně než šest hodin spánku, naopak dlouhodobí spáči (long sleepers) potřebují více než devět hodin spánku denně. Délka a struktura spánku se v průběhu života mění. Novorozenci spí 16 – 17 hodin denně, roční děti přibližně 14 hodin, větší část spánku je přesunuta do nočních hodin. Ke zkrácení spánku na osm hodin dochází přibližně kolem šestnáctého roku života a po dvacátém roce se spánkový cyklus většinou stabilizuje. S přibývajícím věkem se dále mění struktura spánku – starší lidé mívají delší latenci usnutí (čas nutný k přechodu z úplné bdělosti k prvnímu stadiu spánku) a nižší efektivitu spánku (poměr délky spánku a času stráveného v posteli). U starších osob také klesá produkce melatoninu. Nebyl zjištěn zásadní rozdíl mezi spánkem mužů a žen, nicméně spánek u žen může být ovlivněn hormonálními změnami způsobenými těhotenstvím, kojením a klimakteriem. Vliv na kvalitu spánku má i nadměrné požívání alkoholu, návykových látek, životní styl a další okolnosti (Plháková, 2013). Požití alkoholu mění celkovou strukturu spánku. Sice vede k brzkému usnutí, ale druhá polovina spánku je více fragmentovaná, zvýší se podíl REM spánku a také tělesný neklid jedince. Také benzodiazepiny, léčiva používaná jako anxiolytika a hypnotika, mění celkovou strukturu spánku. Zvýší se podíl stadia 2 NREM spánku v neprospěch ostatních stadií NREM spánku, sníží se také celkový podíl REM spánku. Výsledná kvalita spánku je tedy nižší (Schulz, Pollmächer, Zulley, 1990).

## **1.5 Poruchy spánku**

Poruchy spánku nastávají v případě, že jedinec dlouhodobě nebo opakovaně má objektivně či subjektivně změněny průběh či délku spánku. Spánkové poruchy mají vysokou prevalenci a často se u jedince vyskytují chronicky. Nelze přehlédnout jejich vliv na zdraví a kvalitu života jedince, zejména na pracovní výkonnost a mezilidské vztahy (Šonka, 2010).

Klasifikace poruch spánku se opírá o Mezinárodní klasifikaci nemocí – desátou revizi (MKN-10), Diagnostický a statistický manuál duševních chorob – čtvrté revidované vydání (DSM–IV-TR) Americké psychiatrické asociace a druhou verzi Mezinárodní klasifikace poruch spánku (ICSD-2). Poruchy spánku bývají tříděny podle různých hledisek. MKN-10 dělí poruchy spánku na organické, vzniklé na základě jiného somatického onemocnění, a neorganické neboli psychogenní, na jejichž vzniku se podílejí především psychické faktory.

Jiné dělení poruch spánku je na *dyssomnie* a *parasomnie*. Dyssomnie souvisí s délkou, kvalitou a načasováním spánku, které jsou odchýleny od normy. Patří mezi ně insomnie, hypersomnie a chronobiologické poruchy spánku (Plháková, 2013). Parasomnie je definována jako nepříjemné nebo nechtěné chování a nepříjemné vjemy vyskytující se během spánku (Šonka, 2010). Vznik poruch spánku je přičítán *vnějším faktorům*, kam patří např. nepravidelný denní režim, práce na směny, málo odpočinku, cestování, chybný dietní režim a nepřiměřená spánková hygiena, nebo *vnitřním* psychickým, fyziologickým či nervovým *vlivům*. Některé poruchy spánku jsou vázány na stadia spánku REM, nebo NREM. *Sekundární* poruchy spánku jsou přidruženy k jinému onemocnění, zatímco u *primárních* poruch spánku tomu tak není.

Vyšetření poruch spánku se opírá v prvé řadě o pečlivou anamnézu. Z metod určujících délku spánku a bdělosti a jednotlivá spánková stadia lze jmenovat polysomnografii, která je složena ze tří parametrů – EEG, elektrookulogramu a elektromyogramu (Šonka, Jakoubková, Paul, 2007).

### 1.5.1 Chronobiologické poruchy spánku

Tyto poruchy se týkají cyklu bdění a spánku. Dochází při nich k nesouladu mezi cyklem spánek-bdění jedince a požadavky okolí, což se projevuje následně nespavostí, nebo naopak nadměrnou spavostí. Mohou mít organický i neorganický původ (MKN-10; Šonka, 2010). Při *zpožděné fázi spánku*, která se projevuje především u mladých lidí, jedinec usíná pozdě v noci nebo až ráno a probouzí se odpoledne. Opakem je *předsunutá fáze spánku*, při níž jedinec usíná brzy a taktéž brzy (mezi druhou a pátou hodinou) se budí. Touto poruchou trpí většinou starší lidé, kteří se kvůli ní dožadují hypnotika, které nemá však být indikováno. K předsunuté fázi spánku jsou náchylnější „ranní ptáčata“, zatímco „sovy mají tendenci k zpožděné fázi spánku (Plháková, 2013; Šonka, 2010). *Intolerance směnného režimu* je další z obtíží týkající se cyklu spánek-bdění. Schopnost přizpůsobení se směnnému provozu je individuální a klesá s věkem. Projevuje se nespavostí nebo nadměrnou spavostí, depresí i funkčními změnami (zažívání, poruchami menstruačního cyklu apod.). *Pásmová nemoc* (jet

lag) je důsledkem cestování letadlem přes časová pásma. Je vyvolána nesouladem mezi vnitřními biologickými hodinami a reálným časem. Adaptace trvá většinou několik dní (Šonka, 2010).

### 1.5.2 Nespavost (insomnie)

Nespavost je nejčastější poruchou spánku. Šonka (2010) uvádí výskyt závažné nespavosti v civilizovaných zemích u třetiny populace. Akutní nespavost zažil snad téměř každý člověk. Více jí trpí ženy a starší lidé. Projevuje se poruchou usínání nebo předčasným probuzením, přerušovaným spánkem s dlouhými periodami probuzení, spánek bývá neklidný a nepřináší zotavení. (Šonka, 2010). Z hlediska délky trvání rozlišujeme nespavost krátkodobou (kratší než 1 měsíc) a dlouhodobou (delší než 1 měsíc). Z etiologického hlediska je nespavost *sekundární* (organická), zapříčiněna jinou chorobou (např. bolestí, depresí...), nebo *primární*, vyskytující se bez dalších souvislostí. Dělí se na následující typy: *Psychofyzilogická insomnie* (naučená insomnie) je způsobena patologickými vzorci chování zabraňujícími usnutí. Postižený jedinec má obavy, že nebude moci usnout a nebude ráno odpočinitý, čímž usnutí opravdu prodlužuje a místo ospalosti vzniká stav zvýšené bdělosti. Tato nespavost většinou navazuje na nespavost jiného druhu, když pomine důvod, ale nespavost psychofyzilogická zůstane z důvodu přílišné koncentrace na usnutí. Nemocní udávají, že spí lépe v cizím prostředí než doma nebo při změně rituálů před usnutím.

*Paradoxní insomnie* souvisí s nesprávným vnímáním spánku. Kvalita spánku je v normě, avšak jedinec si stěžuje na nespavost. Pravděpodobně též souvisí se snadnou probuditelností. *Akutní insomnie* je vázána na specifický stresor, trvá krátce a vymizí s vymizením stresoru. *Insomnie z nesprávné spánkové hygieny* je způsobena nevhodně prováděnými aktivitami, např. nadměrnou fyzickou a emoční stimulací před spaním, při častém používání lůžka pro jiné činnosti než spánek a sexuální aktivity, pravidelné užívání alkoholu, nikotinu a kofeinu, při nepravidelném režimu spánku a bdění. U idiopatické insomnie není známa příčina, uvažuje se o poruše mechanismů řídících spánek v mozku.

*Behaviorální insomnie* se vyskytuje v dětství v případech, kdy dítě nemá hranice v denním režimu a určuje si samo, kdy půjde spát, odmítá jít spát v danou dobu (Smolík, et al., 2007; Pretl, Příhodová, 2007).

### 1.5.3 Nadměrná spavost (hypersomnie)

Nadměrná spavost se týká asi 5 % populace a postiženým jedincům přináší nemalé potíže. Může jít o prodloužení nočního spánku (více než deset hodin), nadměrnou ospalost

během denní doby a usínání ve dne. Sekundární nadměrná spavost vzniká v důsledku nekvalitního nočního spánku nebo nedostatku spánku z různých příčin. Jako hlavní symptom se vyskytuje u narkolepsie, rekurentní hypersomie a idiopatické hypersomie (Šonka, 2010).

*Narkolepsie* je geneticky podmíněné onemocnění způsobené pravděpodobně insuficiencí hypokretinu v mozku, což je řídicí mediátor řízení bdělosti. Projevuje se především imperativními záchvaty spánku během dne trvajících minuty až desítky minut a dále kataplexií. Kataplexie je stav náhlé svalové atonie způsobený většinou emočním prožitkem. Může být celková (jedinec upadne), nebo parciální (projevuje se poklesnutím v kolenu nebo vypadnutím předmětu z ruky). Vyskytuje se nepravidelně a individuálně, u některých nemocných denně, u některých sporadicky. K dalším symptomům narkolepsie patří hypnagogické halucinace (velmi živé snové představy v souvislosti s usínáním nebo probuzením) a spánková obrna, které se vyskytují přibližně v polovině případů a nejsou nezbytné ke stanovení diagnózy. Spánková obrna je přechodné několik minut trvající ochrnutí kosterního svalstva znemožňující pohyb i mluvení. Vyskytuje se při přechodu bdění – spánek (Šonka, 2010; Nevšimalová, 2007).

*Idiopatická hypersomie* se projevuje především zvýšenou potřebou nočního spánku, potížemi s probuzením a následnou spánkovou opilostí a ospalostí během dne, kterou však lze překonat.

*Rekurentní hypersomie* zahrnuje Kleineův-Levinův syndrom a menstruační hypersomnii. Projevuje se nadměrnou spavostí trvající dny až týdny. Toto symptomatické období pak náhle končí. Během něj může postižený jedinec též nadměrně jíst a nepřiměřeně se sexuálně chovat (Šonka, 2010).

#### **1.5.4 Parasomie**

Některé parasomie jsou vázané na NREM spánek, některé výlučně na REM spánek, některé nemají vazbu na typ spánku.

##### ***1.5.4.1 Parasomie vázané na NREM spánek***

*Spánková opilost* je stav snížené výkonnosti, dezorientace a zmatenosti po probuzení. Většinou trvá pár minut, méně často hodiny (Šonka, 2010).

*Somnambulismus* (náměsícnictví, sleep walking) je stav porušeného vědomí, ve kterém se spojují znaky spánku a bdění. Jedinec vstává z postele a prochází se, oči má otevřené s apatickým výrazem. Děje se tak většinou v první třetině nočního spánku. Práh

probuditelnosti je vysoký a dotyčný si na epizodu často nepamatuje (MKN-10; Šonka, 2010).

*Noční děs* (spánkový děs, pavor nocturnus) se vyskytuje také v první třetině spánku. Projevuje se úzkostnými a panickými projevy, křikem, pláčem, vegetativními příznaky, tachykardií a pocením, u dětí může dojít k pomočení. S postiženou osobou není možno navázat kontakt, může mít snahu utéci. Jednotlivá epizoda trvá maximálně 20 minut. Častěji se vyskytuje v dětství. (MKN-10; Šonka, 2010).

*Syndrom nočního ujídání a upíjení* se projevuje probuzením a následným nutkáním něco sníst nebo vypít, jinak dotyčný nemůže usnout. Bývá spojován se somnabulismem, může být vyvolán též podáním některých léčiv (Šonka, 2010).

#### **1.5.4.2 Parasomnie vázané na REM spánek**

*Porucha chování v REM spánku* (REM sleep behavior disorder) vzniká v důsledku nedostatečné svalové atonie v REM spánku. Jedinec tedy pohybově reaguje na sen, který je často velmi emotivní a agresivní, po probuzení si jej většinou vybavuje. Může dojít až ke zranění jedince nebo osoby sdílející s ním lůžko. Častěji se vyskytuje u mužů (Šonka, 2010).

*Noční můra* (nightmare) je sen naplněný úzkostí nebo strachem a končící většinou probuzením. Snící si na obsah snu zřetelně pamatuje, po probuzení je bdělý a plně orientovaný, avšak úzkost u něj může přetrvat a ztížit mu tak následné usnutí. Snový prožitek je velice živý a týká se většinou ohrožení života, bezpečnosti nebo sebeúcty. Často se podobná snová témata opakují (MKN-10; Šonka, 2010). Problematikou nočních můr se budeme zabývat podrobněji v kapitole 2.4.

#### **1.5.5 Jiné poruchy spánku**

Mezi další poruchy související se spánkem patří *spánkový apnoický syndrom* (sleep apnoe syndrome – SAS), *syndrom neklidných nohou* (restless-legs syndrome – RLS), *noční křeče v lýtkách*, *bruxismus* (skřípání zuby), *enuresis nocturna* (noční pomočování), *somnilogie* (mluvení ze spánku).



## 2 SPÁNEK A SNĚNÍ

### 2.1 Definice snu

Definovat sen se může jevit na jednu stranu poněkud zbytečné, snad každý se s ním setkal. Při hlubším zamyšlení není tento úkol zcela jednoduchý. Sen je mentální aktivita odehrávající se ve spánku, tedy ve stavu, který se liší od vědomí v bdělém stavu. Po probuzení zůstane člověku více či méně souvislá vzpomínka na tuto aktivitu a je otázkou, do jaké míry se jedná o vzpomínku na sen a jak si člověk tuto vzpomínku „upraví“, aby dávala souvislý děj. Proto pokládám za přijatelnou tuto definici: „*Sen nebo jeho popis je vybavením mentální aktivity, která proběhla ve snu*“ (Schredl, Witmann, 2004, in Plháková, 2013, s. 485).

Sny zajímají lidstvo odpradáвна a v některých kulturách byla snům přikládána velká důležitost. V Bibli ve Starém zákoně se s popisem snů setkáme například v knize Genesis v příběhu o Josefovi a jeho bratrech. Josef měl sen: „*Vážeme na poli snopy. Tu povstane můj snop a zůstane stát. A hle, vaše snopy obcházely kolem něho a klaněly se mému snopu... Měl jsem opět sen: Klanělo se mi slunce, měsíc a jedenáct hvězd.*“ (Bible, Gn<sup>1</sup>, 37, 7, 9) Tentýž Josef podává o několik kapitol později výklad snům faraónovi v Egyptě, kam byl prodán do otroctví. Výklad těchto snů byl považován za předpověď budoucích událostí (Bible, Gn, 41, 1 – 36).

S objevem REM a NREM spánku v 50. letech dvacátého století Kleitmanem a Aserinskim (Plháková, 2010) byly započaty i výzkumy snění ve spánkových laboratořích a rozdily mezi sny v REM a NREM spánku. Výzkumy Foulkese prokázaly vybavování snů po probuzení jak z REM, tak z NREM spánku, avšak sny vybavované z REM spánku byly frekventovanější, více emocionálně zabarvené a živější (Foulkes, 1962, in Plháková, 2013). REM sny jsou iracionální, zatímco NREM sny jsou racionálnější. Psychoanalytickou terminologií řečeno, REM sny tvoří primárně procesové mechanismy (Thomä, Kächele, 1993). Pozdější neuropsychologické výzkumy provedené Markem Solmsem prokázaly skutečnost, že sen není závislý pouze na REM fázi spánku navozenou mozkovým kmenem. Solms se domnívá, že na vzniku snu se podílejí impulzy vznikající v podkorových strukturách mozku souvisejících současně s motivací, pocity, se vznikem závislostí (Solms, 2000, in Fonagy, Target, 2005; Solms, 1999).

---

<sup>1</sup> Gn = První kniha Mojžíšova (Genesis)

V experimentech se snovou deprivací prováděných Williamem Dementem, při kterých byli participanti vždy vzbuzeni při přechodu do REM fáze spánku, došlo k situaci, že během čtvrté až páté takovéto noci byli participanti buzeni až třicetkrát za noc, po deseti nocích po usnutí rovnou upadali do REM fáze spánku. Po skončení experimentu se přechodně REM spánek účastníků výzkumu prodloužil až na 40 %. Uvažovalo se tedy o potřebě snít pro uchování psychické rovnováhy jedince (Černoušek, 1988).

## 2.2 Vybrané teorie snění

### 2.2.1 Psychoanalytický přístup ke snům

#### 2.2.1.1 Sigmund Freud a výklad snů

Při zkoumání snů nelze nezmínit jméno Sigmunda Freuda, který se sny často v psychoanalytickém procesu s pacienty pracoval. Freud vycházel z topografického modelu lidské psychiky zahrnující vědomí, předvědomí a nevědomí. Nevědomí se řídí principem slasti a právě sny považoval za „*královskou cestu do nevědomí*“ (Plháková, 2006, s. 173). V průběhu spánku není totiž duševní cenzura tolik intenzivní jako v bdělém stavu (Freud, 1994).

#### **Snová práce**

Freud při výkladu snu rozlišuje *zjevný obsah snu*, to, na co si snící pamatuje po probuzení, a *latentní snové myšlenky*. Tyto myšlenky jsou pro snícího nepřijatelné, proto je *snová cenzura* upravuje a zmírňuje. Překlad latentních snových myšlenek ve snový obraz Freud nazývá *snovou prací*. Transformace snových myšlenek se děje zhušťováním, přesunováním, používáním symbolů, dramatizací, která dává snu souvislý děj, a následným druhotným zpracováním. Zhušťovací práce spočívá v seskupení několika snových myšlenek a vypuštění některých pasáží. Ke zhuštění může dojít i v rámci jednoho slova, vznikají tak podivuhodné názvy. Přesunování ve snu znamená, že sen je „jinak zacentrován“. V popředí snového obsahu jsou méně podstatné myšlenky odlišné od snového přání a tím se snový obsah pozmění. Podobnost několika osob sen vyjádří ztotožněním nebo smíšením. Druhotným zpracováním Freud myslí neúmyslné úpravy při vybavování snu, kdy si snící doplní prázdná místa ve snu (Freud, 1991; Freud, 1994).

## **Snová symbolika**

Symbol zastupuje vlastní objekt. „*Tato symbolika není vlastní jen snu, ale nevědomému představování, obzvláště lidovému, a úplněji než ve snu je obsažena ve folklóru, v mýtech, pověstech, rčeních, v moudrosti průpovědí a v kolujících vtipech jednotlivých národů... To, co spojuje symbol s vlastním objektem, který symbol zastupuje, je v řadě případů očividné, v jiných zastřené; volba symbolu se potom zdá záhadná... Co je dnes spjato symbolicky, bylo patrně v prehistorii spojeno pojmovou a jazykovou totožností. Zdá se, že symbolický vztah je zbytkem někdejší totožnosti.*“ (Freud, 1994, s. 214) Vztah mezi symbolem a novým prvkem je konstantní, což usnadňuje překlad (Thomä, Kächele, 1993).

Analytik při výkladu snu pracuje přesně opačně. Na základě zjevného obsahu snu se snaží dopátrat k latentnímu obsahu. Postupuje tak, že pátrá nejdříve po asociacích s jednotlivými snovými prvky. Nápady je nutno nechat volně projevit, mohou se totiž jevit zpočátku nesmyslné, nemístné, nevkusné. Je nutno překonat odpor - sílu, která brání průniku nevědomých myšlenek do vědomí (Freud, 1991, Freud, 1994). Snový cenzor je ve Freudově díle ztotožňován s odporem proti odhalení latentních snových myšlenek (Thomä, Kächele, 1993).

## **Sen jako splnění přání**

Freud přiznává snu jedinou funkci, kterou je splnění přání. Ve snech dětí se splněná přání vyskytují v nezkrasované podobě, protože ještě nemají vytvořenou snovou cenzuru. „*Tak jsem u děvčátka starého 19 měsíců zaznamenal sen, který se skládal z jídelního lístku, k němuž bylo připojeno její jméno (Anna F..., červené jahody, zahradní jahody, vajíčka, ham), a který byl reakcí na jednodenní dietu naordinovanou kvůli zažívacím potížím...*“ (Freud, 1991, s. 97). Snový prožitek splňuje přání, avšak dospělí lidé mají snová přání rozličným způsobem zakryta. Výjimku tvoří sny vyvolané tělesnými pocity, např. žízeň, hladem, kdy člověk sní o jídle a pití. Lidé, kteří si rádi přispí, mohou snít o tom, že už dávno vstali a jsou na cestě za povinnostmi (Freud, 1991; Freud, 1994).

Freudovi patrně záleželo na jednotném výkladu snů i přes obtíže v některých snech splnění přání najít. Rozšiřuje pojem „přání“ a zahrnuje do této teorie i sny, které se zdají být s ní v rozporu. Sen vytváří kompromis mezi jednotlivými silami psychického aparátu a v jednom případě splňuje přání spát, v jiném přání potrestat se. V případě úzkostných snů se sen jako strážce spánku stává budíkem, aby snícího probudil a zabránil mu dosnit sen (Thomä, Kächele, 1993). Freud vyzoroval u úzkostných snů menší zásahy cenzury. Vytěsňené přání bylo silnější než cenzura, projevilo se ve snu nezakrytě, což u snící osoby vyvolalo úzkostné pocity (Freud, 1991).

## **Materiál a zdroje snu**

Ve většině snů se objevují některé zážitky z předchozího dne – „*denní zbytky*“ (Freud, 1991, s. 155), které jsou vyvolavatelem snu. Vyvolavatelem může být i starší vzpomínka vyvolaná zážitkem předchozího dne. Neexistují lhostejné vzpomínky, ale důležité vzpomínky bývají nahrazeny vzpomínkou na lhostejnou záležitost. Freud je nazývá „*vzpomínkami krycími*“ (Freud, 1991, s. 147). Není bez zajímavosti, že některé sny jsou provázány se zážitky z raného dětství, na něž ve vědomí nezůstala vzpomínka. Do snu mohou být zakomponovány momentální tělesné pocity (Freud, 1991; Freud, 1994).

Nevědomá přání a denní zbytky jsou ve vztahu ke snu jako kapitalista a podnikatel při realizaci nějakého díla. Kapitalista dodá kapitál, podnikatel má nápad a dokáže jej realizovat. Tím kapitalistou ve snu je pudové přání, které dodává pro tvorbu snu psychickou energii; denní zbytek má roli podnikatele, použije psychickou energii k vytvoření snu (Freud, 1991).

### **Typické sny**

Při práci se svými pacienty Freud zjistil, že existují určité typické sny, které se zdají opakovaně velké části lidí. Jsou to sny o rozpacích z nahoty, o vznášení a létání, o skládání zkoušky, o smrti někoho blízkého, sny týkající se zubů, sny o nedostihu vlaku. Freud předpokládá, že tyto sny mají většinou podobný význam, jelikož pocházejí ze stejného zdroje. Například sny o rozpacích z nahoty jsou vzpomínkou na období dětství, kdy se dítě nestydí chodit nahé, spíše naopak je mu to příjemné (Freud, 1991).

#### **2.2.1.2 Sny v pojetí W. R. Biona**

Wilfred Ruprecht Bion značně přepracoval tradiční psychoanalytický model snění. Pro porozumění jeho teorii snění je třeba pochopit termín **alfa funkce**, který označuje přeměnu senzorických informací (beta elementů) v prvky zkušenosti (alfa elementy) (Plháková, 2013). Ty lze použít při vědomé i nevědomé činnosti – při myšlení, zapomínání, učení i snění a lze je vzájemně propojovat. Beta elementy jsou psychicky nestravitelné a v mysli se vyskytují jako izolované prvky. Proto se jich lidská mysl snaží zbavit formou projektivní identifikace, agování nebo tvorbou chorobných symptomů (Ogden, 2004a).

Rané zkušenosti dítěte mají formu beta elementů. V ideálním případě matka tyto zážitky „kontejnuje“, transformuje pro dítě nesmyslné beta elementy ve smysluplné alfa elementy na základě svých zkušeností. Pokud toho matka není schopna, zůstávají beta elementy v psychice dítěte jako děsivý nepojmenovatelný prožitek. Jedinec se nenaučí „kontejnovat“, transformovat emocionální zkušenost do alfa elementů, což je podle Biona podmínkou psychického růstu a také znemožňuje snění (Ogden, 2004a).

*„Selhání alfa funkce má za následek, že pacient nemůže snít, a proto nemůže spát. Alfa funkce přetvářejí sensorické impresy emocionálních zážitků do podoby, v níž jsou dostupné pro vědomé i snové myšlení. Pacient, který nemůže snít, nemůže ani usnout, ani se probudit“* (Bion, 1962 s. 7, in Plháková, 2013, s. 189).

Tento zvláštní stav Bion pozoroval u psychotických pacientů. Snění je pro Biona proces probíhající nepřetržitě v nevědomém bdělém stavu i ve spánku. Pacient, který není schopen přeměňovat beta elementy v alfa elementy, není schopen rozlišovat mezi spánkem a bděním, vnější a vnitřní realitou. Zdravý člověk má emocionální zážitek, který přetvoří v alfa element, a díky tomu má snové myšlenky a je schopen snít (in Ogden, 2004a).

### **2.2.1.3 Teorie nočních můr a nočních děsů T. Ogdena**

Thomas Ogden navázal na Bionovu teorii snění při výkladu nočních můr a nočních děsů. Noční můry se odehrávají v REM fázi spánku vedou k předčasnému probuzení, noční děsy jsou součástí NREM spánku a neexistuje na ně vědomá vzpomínka. Řečeno Bionovými termíny, noční děsy jsou složeny se syrových beta elementů, které nelze propojit v procesu snění ani v procesu myšlení či ukládání do paměti. Noční můry jsou odlišné. Po probuzení dokáže jedinec poměrně rychle rozlišit mezi vnímáním a sněním, mezi vnitřní a vnější realitou. V tomto snu je těžká emoční zkušenost částečně podrobena psychické práci, která umožňuje růst. Sen je přerušen ve chvíli, kdy jedincova schopnost tvořit snové myšlenky je zahlcena emočními prožitky (Ogden, 2004b).

Ogden zachází ještě dále – používá noční můru a noční děs jako metafory psychologického fungování lidí, kteří nejsou schopni zpracovávat a propojovat emoční prožitky a zůstávají tak v jejich mysli odštěpená ložiska nesnesitelných prožitků nepřístupných psychické práci. Lidé, kteří se obracejí na psychoanalytika, nedokážou své emoční prožitky prosnít (nevědomě psychicky zpracovat), nebo je jejich snění přerušeno. Úlohou psychoanalytika je podle Ogdena pomoci těmto lidem prosnít své sny (probíhající ve spánku nebo v bdělém stavu), aby mohlo dojít ke změně a k růstu osobnosti jedince (Ogden, 2004b).

### **2.2.2 Analytický přístup C. G. Junga ke snům**

Analytický přístup Carla Gustava Junga a jeho následovníků se ke snům staví v mnoha ohledech odlišně od psychoanalýzy. Oba tyto směry se shodují ve svém výkladu snů v základním předpokladu existence nevědomí. Jung hojně využíval snový materiál při práci se svými pacienty (Jung, 1996). Sen pokládal za fenomén nezávislý na vůli a přání. Dokonce

předpokládal, že sníme neustále, ale v bdělém stavu hlas snění neslyšíme (Jacobi, 2013). Oproti Freudovi se však nesnaží sen ihned objasnit a vysvětlit. Důležité je pro něj, jak snu rozumí pacient. V případě, že sen vyloží nějakým způsobem terapeut, ale pacient mu nerozumí, nepřináší to žádný užitek. Na rozdíl od Freuda nehledá latentní snové myšlenky, domnívá se, že sen lze vysvětlit již z manifestního obsahu (Jung, 1996).

Sen lze posuzovat z hlediska **kauzálního**, kdy jsou hledány příčiny vzniku snu, nebo z hlediska **finálního**, které je zaměřeno na smysl a význam snu (Jung, 1996).

Ve snu dochází podle Jungových slov k asimilaci – vzájemnému pronikání vědomých a nevědomých obsahů. Nevědomé snové obsahy jsou vybírány vědomím, proto je důležité při výkladu snu znát vědomé pohnutky a momentální stav jedince. *„Nevědomí není žádná démonická nestvůra, ale morálně, esteticky a intelektuálně indiferentní přírodní skutečnost, která nás může skutečně ohrozit jen tehdy, když je náš vědomý postoj k ní beznadějně nesprávný. Čím více nevědomí vytěsňujeme, tím je nebezpečnější. Avšak ve chvíli, kdy pacient začne asimilovat dosud nevědomé obsahy, snižuje se také nebezpečí nevědomí.“* (Jung, 1996, s. 148)

Vztah mezi vědomou a nevědomou částí psyché je **kompenzační**. Při výkladu snu je vhodné si položit otázku: *„Jaký vědomý postoj sen kompenzuje?“* (Jung, 1996, s. 149) Když je vědomý postoj jedince jednostranný, nevědomý obsah je v kontrastu. Tak plní určitou psychickou autoregulační funkci. Nevědomí může ve snu přinášet vytěsněné obsahy, nové podněty, vzhled do situace, může probouzet, co ve snicím spí. Kompenzační funkce snu je tedy účelná a může mít léčebný vliv (Jung, 1996).

Kompenzační funkce snu může mít podobu funkce prospektivní, anticipující budoucí vědomou činnost. Symbolický obsah snu může nastínit vyřešení konfliktu. U lidí, kteří se navenek jeví lepší, než opravdu jsou, mívají sny reduktivní, tj. negativně kompenzující funkci (Jung, 1996).

Kromě kompenzačních snů existují **sny reaktivní**. Tyto sny reprodukují vědomý citově nabitý zážitek. Do této skupiny patří traumatické sny a dále sny vyvolané chorobnými tělesnými stavy, např. bolestí. Dále Jung zmiňuje **telepatické sny**, se kterými se setkal v analýze. Tyto sny většinou nějakým způsobem poukázaly na důležitou událost nebo ji na dálku vnímaly (např. úmrtí člověka). Telepatický obsah snu byl vždy v manifestní formě. Jung tento fenomén nepřipisuje ani náhodě, ani „něčemu nadpřirozenému“, pouze konstatuje, že na popsání tohoto jevu nestačí současné znalosti (Jung, 1996).

## Objektivá a subjektivá úroveň snu

Na objektivé úrovni výkladu snů odpovídají snové postavy a symboly skutečným osobám. Tento výklad snů je detailně rozpracován Freudem. Jung přichází s výkladem na úrovni subjektu, při němž počítá s tím, že do všech obsahů snu se zobrazují obrazy stavu vlastní duše. Při výkladu na úrovni subjektu je nutno počítat s projekcí. Člověk má tendenci vkládat své nevědomé představy do svého okolí, tedy i ve snu projikuje na snové postavy nebo symboly části svého vlastního nevědomí a může přemístit své vlastní negativní představy do jiných lidí (Dieckmann, 2004). Postavy vystupující ve snu a jejich chování zastupují nějakou část psyché snícího. „*Sen je divadlo, ve kterém je snící scénou, hercem, nápovědou, režisérem, publikem i kritikem.*“ (Jung, 1996, s. 199) Ve snech mohou vyplouvat na povrch obsahy nevědomí snící osoby. „*Sen je spontánní sebezobrazení aktuálního stavu nevědomí v symbolické formě.*“ (Jung, 1996, s. 195) Výklad snu na úrovni subjektu může ukázat, že zle jednající osoba ve snu není někde venku, ale že je přítomna ve vlastní osobě. Toto zjištění může být nepříjemné, ale umožňuje růst jedince (Dieckmann, 2004).

Každý sen má mnoho vrstev a lze jej vyložit jak na subjektivé, tak na objektivé úrovni, vždy je možné obojí. Záleží hodně na tom, co je pacient ochoten přijmout a zpracovat (Dieckmann, 2004).

Jung rozlišuje mezi běžným jednoduchým snem a **archetypovým** neboli velkým snem. Velké sny bývají silně citově zabarveny, člověk si je dlouho pamatuje a má tendenci je vyprávět ostatním. Objevují se v nich symbolické obrazy vycházející z kolektivního nevědomí, např. jsou to motivy z pohádek, rituály, náboženské motivy. Tyto sny přicházejí v období krizové situace nebo na rozhraní přechodu mezi dvěma životními fázemi, kdy vlastní zkušenost jedince nepomáhá zvládat životní situaci. V rámci terapeutického procesu se archetypové sny objevují často na začátku léčby jako iniciální sny, během zvrátů v terapii a v závěrečné fázi, kdy se pacient odpoutává od terapeuta. V terapeutickém procesu jsou důležité **série snů**, v nichž se periodicky opakuje určité téma. Odrážejí totiž vývoj jedince (Dieckmann, 2004).

### 2.2.3 Sny z hlediska gestalt psychoterapie

Perls, zakladatel gestalt psychoterapie, zavedl několik postupů, jak pracovat se sny. V průběhu sezení je dotyčný vyzván, aby vyprávěl sen v přítomném čase z důvodu vtažení do děje snu. Perls chápe sen v rámci projekce, takže v tomto pojetí reprezentují všechny části snu snícího. Snící je povzbuzován, aby přehrával jednotlivé části snu, jak živé, tak neživé komponenty. Převyprávění snu může mít také komunikativní charakter, ve kterém jedinec

komunikuje sám se sebou nebo imaginativně s důležitými postavami, které se ve snu objevily. Sen je tak propracováván a stává se výchozím bodem pro nový zážitek přímo při terapeutickém sezení (Polster, Polster, 2000).

#### **2.2.4 Teorie snění M. Solmse z pohledu neurověd**

Mark Solms se ve svém výzkumu pokusil dokázat, že psychoanalýza a neurovědy si neodporují, naopak se mohou vzájemně podporovat a doplňovat. Solms vytvořil neurovědeckou teorii snění. Vycházel ze své praxe, při které přijímal pacienty s různými neurologickými potížemi, z nichž větší část měla postižením mozku. Do výzkumu zahrnul 361 osob. Zjišťoval, jak postižení určité části mozku ovlivní snění (Solms, 1999).

Solms došel k následujícím závěrům: sen je vyvolán vzruchem, kterým může být REM fáze spánku nebo jiný vzruch. Jsou aktivovány některé *frontální* korové oblasti, které jsou napojeny na limbický systém. Pokud dojde k lokálnímu podráždění dráhy *temporálně-limbické*, jedná se o patologický proces vzruchu, který vede k úzkostným snům nebo nočním můrám. Ventrální okcipitálně-temporální oblasti pravděpodobně způsobují obrazové ztvárnění snu (Solms, 1999). Snový obraz se vytváří pomocí vnitřních schémat uložených v nedeklarativní paměti, které mohou mít původ v raných emocionálně obsazených vztahových zkušenostech. Aktivací těchto schémat se abstraktní myšlenky promění ve smyslový obraz (Stigler, Pokorný, 2008).

Mezi další důležité mozkové koreláty snění patří *mediobazální frontální* oblast mozkové kůry, jehož součástí je apativní centrum zodpovídající za vyhledávání žádoucích objektů vedoucích k uspokojení. Tento dopaminergní systém vyhledávající uspokojení přijímá impulzy z limbického systému, mozkového kmene a celého těla a asi nejvíce odpovídá Freudovu pojmu libida. Současně dojde k blokování části odpovídající za volní chování vedoucí k uspokojení (volní motorická aktivita). (Solms, 1999; Plháková, 2013; Stigler, Pokorný, 2008).

Při snění jsou dále aktivovány *bazální parietální oblasti* zodpovídající za symbolizaci a prostorovou představivost. Tyto oblasti tedy mohou způsobovat snový prožitek. Naopak je *inhibována dorzolaterální prefrontální kůra* vykonávající exekutivní funkce, jakými jsou např. plánování, kontrola, výběr reakcí na podněty a řízení pozornosti. Také je inhibována *primární zraková korová oblast*, sídlo percepce (Solms, 1999; Kulišťák, 2011).

Skutečnost, že při snění jsou zapojeny korové a podkorové oblasti zodpovídající za vyhledávání uspokojení, koresponduje s Freudovým přesvědčením o funkci snu jako



splnění přání (Solms, 1999). Inhibice prefrontálních oblastí vykonávajících exekutivní funkce zeslabí sekundární proces na minimum a do popředí vstupuje primární proces charakteristický pro sny<sup>2</sup> (Stigler, Pokorný, 2008).

## 2.3 Frekvence vybavování snů

Sny jsou hodnoceny z různých hledisek. Frekvence vybavování snů (dream recall frequency - DRF) hodnotí sny z kvantitativního hlediska, jak často si daná osoba sen po probuzení vybaví. Vybavování snů je měřeno několika metodami. Jednou z možností je snový deník, do kterého si participant zapisují ráno po probuzení své sny. Často jsou používány dotazníky na frekvenci vybavování snů za určité období. Zpětné hodnocení v dotaznících může být příčinou nepřesností v udání počtu vybavených snů. Další možností zkoumání DRF je ve spánkové laboratoři buzením participantů z REM spánku a následnými dotazy na sen. Je skutečností, že metoda měření ovlivní i DRF, především měření ve spánkové laboratoři podstatně zvýší vybavování snů. Vysvětlením je zaměření pozornosti na sny (Schredl, 2001). Frekvence vybavování snů vykazuje interindividuální i intraindividuální variabilitu a může být ovlivněno mnoha faktory. Nicméně hodnoceno v krátkodobém časovém odstupu (dva týdny) byla prokázána stabilita DRF měřena metodou snových deníků (Schredl, Fulda, 2005).

Odhad počtu vybavených snů je značně ovlivněn postojem jedince k jeho snům. Člověk, který se zajímá o své sny, jejich frekvenci pravděpodobně retrospektivně nadhodnocuje a naopak člověk, který se o ně nezajímá, má tendenci jejich frekvenci spíše podhodnocovat. Proto je při hodnocení frekvence vybavování snů potřeba brát na zřetel způsob jejího měření (Beaulieu-Prévost, Zadra, 2007).

### 2.3.1 DRF a kvalita spánku

Schredl (2009a) zjistil, že u osob s nižší kvalitou spánku, které se častěji v noci probouzejí a spí povrchněji, je frekvence vybavování snů vyšší. Tato skutečnost může být způsobena vyšší frekvencí probuzení během noci. Schredl vidí ve výsledku, že se u osob s nižší kvalitou spánku a zvýšeným stresem častěji vyskytují sny, souvislost s *hypotézou*

---

<sup>2</sup> Primární a sekundární proces jsou dva paralelní komplementární systémy. Primární proces pracuje s mechanismy přesunutí a kondenzace při změněném prožívání reality a času. Pomáhá vytvářet soudržnost a kontinuitu Já. Sekundární proces je ve službách reality – plánuje a organizuje probíhající dění (Stigler, Pokorný, 2008).

*kontinuity* předpokládající souvislost mezi emočními prožitky během dne a nočními sny. Zmíněnou hypotézu navrhl v sedmdesátých letech americký psycholog Calvin S. Hall, který se věnoval výzkumu snů z kognitivního hlediska. Hall považuje snění za způsob myšlení ve spánku a sen je vizuálním ztvárněním těchto myšlenek (Hall, 1959, in Plháková, 2013). Jedinec prožívající stresové situace v bdělém stavu se tedy těmito situacemi dále zabývá i v noci ve snech. Proto by se osobám s nižší kvalitou spánku a současně zvýšeným stresem mohly zdát častěji sny týkající se prožívané stresové situace. Vybavování si stresových situací může též ovlivnit kvalitu spánku (Schredl, 2009a). Tento výsledek však není zcela jednoznačný, jiné studie zpochybnily vliv stresu i zvýšené množství nočních probuzení na množství vybavených snů (Brand, Beck, Kalak, Gerber, Kirov, Pühse..., Holsboer-Trachsler, 2011). Pagel a Shocknesse (2007) naopak uvádějí snížení vybavování snů u osob s primární insomnií oproti kontrolní skupině jedinců s normální kvalitou spánku.

### **2.3.2 DRF a pohlaví**

Co se týče vlivu pohlaví na DRF, ženy si vybavují své sny častěji než muži. Nejvýznamnější rozdíl je mezi adolescenty, zatímco u dětí není rozdíl mezi pohlavími významný. Rozdíl mezi pohlavími v DRF může mít více důvodů. Schredl a Reinhard (2008) hovoří o „snové socializaci“ – dívky jsou více povzbuzovány k vyprávění svých snů i svých emočních zážitků. Tento předpoklad dokresluje výzkum Schredla a Sartoriuse (2006, in Schredl, Reinhard, 2008), v němž výzkumníci došli k závěru, že děti si častěji vybavují sny, pokud si jejich rodič své sny pamatuje a o svých snech spolu navzájem hovoří. Není pravděpodobné, že by tyto rozdíly byly způsobeny geneticky, jelikož nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi jednovaječnými a dvojvaječnými dvojčaty ve schopnosti vybavovat si sny (Cohen, 1973; Gedda, Brenci, 1979, in Schredl, Reinhard, 2008).

U osob trpících spánkovými nebo somatickými poruchami nebyl zjištěn rozdíl mezi pohlavími ve vybavování snů. Vliv DRF a pohlaví tedy není ovlivněn možným rozdílem v kvalitě spánku žen a mužů (Schredl, Reinhard, 2008).

### **2.3.3 DRF a zájem o sny**

Pozitivní vztah ke svému snovému prožívání zvyšuje frekvenci vybavování snů a naopak. Ženy vykazují větší zájem o sny než muži, což může být dalším faktorem vlivu pohlaví na DRF. Ve vztahu ke snům není nezanedbatelný snový obsah. Sny s negativním obsahem více přitahují pozornost i u osob, které sny příliš nezajímají. Důvodem může být

obava, že nepříznivě zbarvené sny mohou být signálem, že něco není v pořádku v jejich životě, a mohou tak dané jedince zneklidňovat (Schredl, 2013).

#### **2.3.4 DRF a mozek**

Při práci s pacienty s epilepsií, kterým byla provedena komisurotomie<sup>3</sup> bylo zjištěno, že tito lidé si nevybavují žádné sny. Pravděpodobně je tato skutečnost způsobena nemožností spojení parietookcipitální části pravé hemisféry s levou hemisférou, kde je umístěno řečové centrum. Pravá hemisféra je zodpovědná za vytvoření snového obrazu, levá hemisféra za jeho reprodukci po probuzení (Schulz, Pollmächer, Zulley, 1990).

Schredl (2013) zjistil souvislost vlivu praváctví a leváctví na vybavování snů. Praváci a osoby s nevyhraněnou dominantní rukou si lépe vybavují sny než leváci. Otázka, do jaké míry tato skutečnost souvisí s dominancí mozkové hemisféry, je otázkou dalších výzkumů.

#### **2.3.5 DRF ve vztahu k dalším osobnostním charakteristikám**

Frekvence vybavování snů souvisí s propustností hranic v mysli. Tuto teorii vytvořil Ernest Hartmann a bude podrobněji popsána v následujících kapitolách. Osoby s tenkými hranicemi si podle této teorie vybavují více snů než osoby se silnými hranicemi (Hartmann, Kunzendorf, 2006 – 2007). Sny u jedinců s tenkými hranicemi více ovlivňují jejich bdělý život a aktuální náladu (Schredl, 2009b).

Vybavování snů může souviset se schopností absorpce měřené Tellegenovou škálou absorpce. Jedinci s vysokým skóre zmíněné škály jsou typičtí vysokým zaujetím a pohroužením se do určitého problému. Jsou schopni si živě vybavit události z minulosti. Právě zaujetí snovým obsahem může vést k jeho zapamatování. Byl zjištěn vztah mezi schopností absorpce a tenkými hranicemi (Beaulieu-Prévost, Zadra, 2007).

#### **2.3.6 DRF ve vztahu k věku**

Frekvence vybavování snů se mění i s věkem. Svého vrcholu dosáhne mezi 20 – 29 lety, potom postupně klesá. U mužů je tomu tak dříve, schopnost vybavovat si sny začíná klesat mezi 30 – 39 lety zhruba do 40 – 49 let, kdy dosáhne svého minima. U žen schopnost vybavovat si sny začíná klesat později, mezi 40 – 49 lety, pokles je spíše náhlý a svého minima dosáhne mezi 50 – 59 lety. Příčinou poklesu frekvence vybavených snů může být nižší podíl REM spánku s rostoucím věkem (Nielsen, 2012).

---

<sup>3</sup> Přetětí corpus callosum mezi mozkovými hemisférami (Vokurka, Hugo, 1994)

## 2.4 Noční můry

Noční můra je sen naplněný extrémně silnými negativními emocemi. Končí probuzením, snící jedinec si obsah zřetelně pamatuje, což mu může znesnadnit další spánek. Noční můry se rozdělují na *idiopatické*, jejichž příčina není známa, a *posttraumatické*, které následují po prožitém traumatu a jsou součástí posttraumatické stresové poruchy (Nielsen, Levin, 2007). Někteří autoři rozdělují posttraumatické noční můry na replikativní, nereplikativní a smíšené. Replikativní noční můry přesně zobrazují traumatickou událost, nereplikativní noční můry ztvárňují danou událost na symbolické rovině, nemusí se v nich jednat o přímé zobrazení prožité traumatické situace (Wittmann, et al., 2010).

Ogden (2007) spojuje noční můry s emočně nezpracovatelnými zážitky způsobenými traumatickou situací. Někteří lidé však mohou být náchylnější ke vzniku nočních můr v důsledku traumatických zážitků z důvodu nedostatečného „kontejnování“ raných emočních zkušeností matkou v útlém dětství jedince. Mysl těchto lidí pak obsahuje množství nezpracovaných nepropojených zážitků, které se pak mohou objevit ve snech.

Ernest Hartmann (1998) prováděl rozhovory s osobami po prožitém traumatu, např. s válečnými veterány, s oběťmi znásilnění nebo s přeživšími přírodní katastrofou. Zjistil, že ve velké části případů měly noční můry těchto osob jistý vývoj, původní hrozivý obraz se postupně zmírňoval. V jejich nočních můrách nemusel být děj totožný s prožitou situací, spíše se jednalo o vyjádření prožité nebo prožívané emoce – strachu, hrůzy, pocitu viny, pocitu bezmoci, pošpinění. Hartmann se domnívá, že vývoj snového obsahu souvisí s postupným emočním zpracováváním traumatu. Ne ve všech případech probíhá vývoj popsáním způsobem. U některých lidí se po prožitém traumatu dostavily série neměnných snů s obsahem připomínajícím prožitou událost. Opakované noční můry s neměnným obsahem se nazývají repetitivní a jsou charakteristické pro posttraumatickou stresovou poruchu.

Noční můry se nevyskytují pouze následkem traumatu. Někteří lidé mají noční můry od dětství prakticky celý život, aniž by zažily trauma. Samozřejmě nelze opomíjet skutečnost, že lidská zranitelnost se liší u jednotlivých osob a v jednotlivých situacích. Z výzkumů vyplývá, že přibližně 65 % dotazovaných osob potvrzuje alespoň občasnou zkušenost s noční můrou. Prevalence častějšího výskytu nočních můr, tj. několikrát do měsíce, je asi 2 – 6 % (Schredl, 2010; Robert, Zadra, 2008). V nočních můrách se často

vyskytují motivy padání, pronásledování, nemožnost se pohnout, nestihnutí důležité věci, smrt nebo zranění blízké osoby, fyzické napadení nebo jiné ohrožení a mnoho dalších. Pravděpodobně je obsah nočních můr zčásti závislý na současném denním dění a prožitcích snící osoby. S tímto předpokladem je v souladu častý výskyt nočních můr s motivem zkoušky u studentů. Ženy častěji popisují sny o smrti nebo ohrožení blízkých osob, což může být důsledkem většího důrazu na mezilidské vztahy v životě (Schredl, 2010). Hartmann (1998) empirickým zkoumáním dospěl k závěru, že častým motivem traumatizovaných osob je obrovská valící se vlna symbolizující bezmoc a přemožení.

Frekvence výskytu nočních můr se zvyšuje v situacích, kdy je jedinec vystaven nadměrnému stresu a nepříznivým událostem v životě. Toto zjištění je v souladu s předpokladem některých vědců, že zlé sny a noční můry pomáhají jedinci vyrovnat se s nepříjemnými událostmi v životě a emočně zpracovat zraňující situace (Roberts, Lennings, Heard, 2009; Lancee, Schrijnemaekers, 2013). Hartmann (1998) se domnívá, že nočními můrami trpí zvýšeně jedinci s tenkými mentálními hranicemi. Tito lidé nemají ostré hranice mezi bdělým stavem a sněním, proto denní zážitky snáze proniknou do snu. V jejich snech se častěji mísí přítomné zážitky a vzpomínky z minulosti. Celkový skóre v Dotazníku hranic pozitivně koreluje s frekvencí nočních můr. Lidé s tenkými hranicemi také přikládají větší důležitost nočním můrám, snaží se hledat jejich význam a mají tendenci tyto sny vyprávět ostatním lidem (Pietrowsky, Köthe, 2003).

## 3 HRANICE V MYSLI

V této kapitole se budu podrobněji zabývat teorií hranic v mysli Ernesta Hartmanna. Dle Hartmanna (2011) kvalita hranic jedince (jejich tloušťka a tím i jejich propustnost) je jednou z charakteristik osobnosti a ovlivňuje její chování, prožívání a celkový životní styl. Hranice mohou být tedy relativně silné, nebo tenké. Hranice jsou všude kolem nás, ale i uvnitř nás – existují hranice percepční, hranice mezi myšlením a cítěním, mezi spánkem, snem a bdělým stavem, hranice vztahované k paměti, tělesné hranice, hranice v mezilidských vztazích, hranice týkající se sexuální identity, hranice týkající se názorů a hodnocení (Hartmann, 2011).

### 3.1 Koncept hranic u jiných autorů

Hartmann není první, kdo se zabývá hranicemi. V pracích mnoha autorů se můžeme setkat s konceptem hranic. *William James* rozdělil osoby na „tvrdohlavé empiriky“ a „útlocitné racionalisty“ (Hartmann, 2011). *Kurt Lewin* předpokládal, že lidská mysl je rozdělena do několika oblastí, které jsou od sebe odděleny. Hranice mezi těmito oblastmi jsou různě silné. V díle *Sigmunda Freuda* se s hranicemi setkáme v pojmu „Reitschutz“, což je ochranná bariéra jedince proti vnějšímu ohrožení. Ve větší míře je pojem hranic rozpracován některými Freudovy následovníky. *Otto Kernberg* v návaznosti na Edith Jacobsonovou se domnívá, že dítě po narození nemá hranice, cítí se spojené s matkou. Postupné vytváření hranic je prvním vývojovým úkolem dítěte. Nevytvoření hranic mezi sebou a druhými je podle Kernberga příčinou psychotických stavů. Druhým úkolem je integrace protichůdných pocitů lásky a nenávisti do plnějšího, ambivalentnějšího vztahu s druhými lidmi. Neschopností propojit dobré a špatné pocity k jedné osobě trpí jedinci s hraniční poruchou osobnosti (Mitchell, Blacková, 1999).

*Adorno* se svými spolupracovníky popsali „autoritářskou osobnost“, jejíž popis odpovídá charakteristice osoby s velmi silnými hranicemi (Hartmann, 2011). *Fisher, Cleveland* (1968, in Hartmann, 2011) pomocí Rorschachova testu zjišťovali u jednotlivých osob „bariéry“ a „penetrace“, což v Hartmannově konceptu odpovídá charakteristice osob se silnými a s tenkými hranicemi, avšak korelace nebyla zjištěna (Hartmann, 2011).

### 3.2 Silné a tenké hranice

Jak již bylo řečeno, v naší mysli existují různé hranice, které mohou mít různou tloušťku. Existují osoby s velmi tenkými hranicemi a osoby s velmi silnými hranicemi. Samozřejmě toto jsou dva krajní extrémy, mezi kterými se někde nachází většina osob, které mohou mít v určité oblasti silnější hranice, zatímco v jiné oblasti disponují hranicemi tenkými. Nicméně výzkumy ukázaly konzistenci v pevnosti hranic u jednotlivých osob (Hartmann, 2011).

Osoby s velmi silnými hranicemi ve všech oblastech jsou schopny vysoké soustředěnosti, dokážou koncentrovat svou pozornost na jednu věc a ignorovat rozptylující záležitosti. Jejich myšlení není ovlivňováno emocemi, vždy vědí, kdy bdí a kdy spí a sní, neexistuje pro ně nic mezi tím. Velice zřetelně se orientují v čase (co bylo, co je a co bude) a prostoru, přičemž si svůj prostor chrání. Mají naprosto jasno ve své pohlavní identitě, skupinové příslušnosti, zkrátka vnímají svět jako černou a bílou, dobro a zlo. Tyto osoby nejčastěji pracují jako právníci, ekonomové nebo v obchodním sektoru (Hartmann, 2011).

Oproti tomu lidé s velmi tenkými hranicemi jsou často takřka zavaleni velkým množstvím podnětů, mají potíže s koncentrací pozornosti. Jejich myšlení je ovlivňováno emocemi. Mohou to být osoby se synestézií<sup>4</sup>. Tito lidé nemají zřetelně oddělen stav bdění a spánku, často se v bdělém stavu přenesou do denního snu (daydreaming) nebo se zasní (reverie), není vždy u nich jasná hranice mezi reálným a fantazijním světem. Jejich vnímání času a prostoru není tak zřetelně ohraničené, svou pohlavní identitu nevnímají zcela jednoznačně (např. muž si uvědomuje i své „ženské“ vlastnosti). Svět vidí spíše v různých odstínech šedé, při hodnocení událostí se snaží vidět související okolnosti. Lidé s tenkými hranicemi se často nacházejí mezi umělci, sociálními pracovníky a terapeuty (Hartmann, 2011).

### 3.3 Typy hranic

Hartmann rozlišuje různé typy hranic, jejichž přehled uvádím v tabulce 1. V této práci se budu podrobněji zabývat pouze některými hranicemi, které se týkají bdění, spánku a snění.

---

<sup>4</sup> Schopnost propojení smyslových vjemů, např. spojení písmene s barvou, tónu s barvou apod.

**Tabulka 1: Typy hranic**

Percepční hranice	Mezi senzoryckými podněty
	Okolo percepčních jednotek
	Senzorycké soustředění
Hranice mezi myšlením a pocity	Mezi dvěma myšlenkami nebo dvěma pocity
	Mezi myšlením a cítěním
	Ohledně myšlenek a pocitů (volné asociace)
Hranice týkající se stavu bdění a vědomí	
Hranice spánek – sen – bdění	Mezi spaním a bděním
	Mezi sněním a bděním
	Ve snu a mimo něj
	Denní snění
Hranice týkající se hry	
Hranice spojené s pamětí	Časné vzpomínky
	Současné vzpomínky a jejich organizace
	Osobní minulost
Plány do budoucnosti	
Tělesné hranice	Ochrana proti zevním stimulům
	Pokožka jako hranice
	Tělesný postoj a svalstvo jako hranice
	Osobní prostor
Interpersonální hranice	
Hranice mezi vědomím a nevědomím, mezi id, egem a superegem	
Obranné mechanismy jako hranice	
Hranice týkající se identity	Sexuální identita
	Věková identita – mezi dospělostí a dětstvím
	Stálost identity
Skupinové hranice	
Hranice v organizaci života	
Hranice týkající se životního prostředí	
Hranice v názorech a hodnoceních	
Hranice mezi rozhodováním a činem	

Převzato z Hartmann, 2011, s. 10 – 11.

### 3.4 Proměny hranic osobnosti

Hranice v mysli jedince jsou relativně stálé, ne však naprosto neměnné. Mohou se měnit dokonce v průběhu dne. Když řešíme určitý problém nebo pracujeme na projektu, je vhodné zaměřit pozornost na daný problém a nerozptylovat se jinými vjemy. V těchto případech máme tendenci k fungování v modu silných hranic. Po skončení aktivity vyžadující bdělou pozornost můžeme zavřít oči a nechat svou mysl toulat a zasníme se. V tomto případě se dostáváme do modu tenkých hranic, stejně tak jako v noci ve snu (Hartmann, 2011).

Dojde-li ke stavu ohrožení jedince, dochází k tzv. „*principu měňavky (améby)*“ (Hartmann, 2011). Měňavka se pohybuje pomocí panožek a je schopna měnit tvar.



V případě, že se její membrána setká s nebezpečným objektem, se membrána zesílí a měňavka se smrští. Podobně je tomu i s lidskými hranicemi. Hartmann (2011) poukazuje na období po událostech teroristických útoků 11. září 2001. Mnoho lidí po těchto událostech zesílilo své hranice, což se projevilo tendencí myslet v kategoriích my a oni, dobro a zlo, přítel a nepřítel. Hranice tedy mohou dlouhodobě ovlivnit vnější okolnosti, obzvláště jedná-li se o stav ohrožení, nebezpečí a dlouhotrvajícího stresu (Hartmann, 2011).

### 3.5 Vývoj hranic

Hartmann (2011) předpokládá, že základy hranic se vytvářejí již v dětství. Dítě se od útlého věku učí rozlišovat a kategorizovat. Je možné, že osoby se silnými hranicemi internalizovaly kategorie a hranice svých rodičů nebo pečujících osob bez vlastního zkoumání a ověřování hranic. U osob s tenkými hranicemi možná chyběla v dětství osoba vytyčující dítěti hranice, nebo naopak těmto lidem nepostačovaly přejaté kategorie a hranice jim byly těsné. Stali se tedy bořiteli hranic (Hartmann, 2011).

Otázka, do jaké míry se v průběhu dospělosti a stárnutí mění hranice, není zatím zodpovězena. Sice byla zjištěna negativní korelace mezi věkem a celkovým skórem Dotazníku hranic, avšak nebyly provedeny žádné longitudinální studie. Je tedy možné, že se jedná o efekt kohorty, tedy o skutečnost, že starší lidé vyrůstali v jiných podmínkách než osoby narozené později (Hartmann, 2011).

### 3.6 Dotazníky hranic

Pro potřeby měření hranic Hartmann vyvinul Dotazník hranic (**The Boundary Questionnaire, BQ**). Obsahuje 138 položek týkajících se všech oblastí hranic uvedených v tabulce 1. Respondent označí odpověď na otázku na pětibodové škále 0 (silně nesouhlasím) – 4 (silně souhlasím). Třetina otázek dotazníku je reverzních, je tedy nutné při sčítání skóru výsledky těchto otázek přepočítat. Čím vyšší je získaný celkový skór (SumBound), tím tenčí má respondent hranice (Hartmann, 2011).

Pomocí faktorové analýzy bylo získáno 13 následujících faktorů: Myšlení v primárním procesu (1), preference jasně vyjádřených hranic (2), identifikace s dětmi (3), zranitelnost (4), jasnoživotnost (5), otevřenost (6), organizované plánování (7), přesvědčení o neproniknutelnosti hranic mezi skupinami (8), flexibilita (9), nadměrné pohroužení se

do činnosti, (10), preference jednoduchých geometrických tvarů (11), izolace od silných emocí (12), neinterpretovatelný faktor (13) (Hartmann, 2011).

Dotazník má dobrou vnitřní konzistenci (Cronbachův koeficient  $\alpha$  testu reliability je rovno 0,925), test-retestová reliabilita je též příznivá a byla zjištěna opakovaním testu po 6 měsících ( $r = 0,77$ ) (Hartmann, 2011; Schredl, Bocklage, Engelhard, Mingeback, 2009).

### 3.6.1 Vztah BQ k dalším osobnostním charakteristikám

Byly zjišťovány vztahy SumBound skóru dotazníku BQ k jiným měřením osobnostních charakteristik. Ze signifikantně významných korelací lze zmínit pozitivní korelaci mezi SumBound (tedy tenkými hranicemi) a hypnabilitou, sugestibilitou (Barett, 2009, in Hartmann, 2011) a kreativitou (Levin, Galen, Zywick, 1991, in Hartmann, 2011). SumBound dále významně koreluje s hodnotou Tellegenovy škály absorpce.

Ve vztahu k osobnostním charakteristikám Big Five byla zjištěna pozitivní korelace mezi tenkými hranicemi a otevřeností k novým zkušenostem. Otevřenost je jedním z faktorů BQ získaných faktorovou analýzou, avšak oproti otevřenosti Big Five zahrnuje pozitivní i negativní aspekty (Hartmann, 2011). Dále byla zjištěna pozitivní korelace mezi tenkými hranicemi a neuroticismem (Schredl, Bocklage, Engelhard, Mingeback, 2009).

### 3.6.2 Zkrácené dotazníky hranic

Kunzendorf se svými spolupracovníky (1997) vytvořili zkrácenou verzi dotazníku obsahující pouze 18 položek, označený jako **BQ-18**. Tento dotazník silně koreluje s BQ ( $r = 0,87$ ) (Kunzendorf, Hartmann, Cohen, Cutler, 1997).<sup>5</sup>

Dalším z používaných dotazníků hranic nesoucí název **Boundary Personality Questionnaire (BPQ)**, vytvořil Schredl se svými spolupracovníky. Jejich cílem bylo odstranit z dotazníku položky korelující s neuroticismem. Dotazník obsahuje dvacet položek, jedná se tedy taktéž o zkrácenou verzi dotazníku BQ (Schredl, Bocklage, Engelhard, Mingeback, 2009).

---

<sup>5</sup> Oba tyto dotazníky lze nalézt jako přílohy A, B v Hartmann, E. (2011). Boundaries: a new way to look at the world. Summerland: CIRCC EverPress.

### 3.7 Hranice ve vztahu k duševnímu zdraví

Jedinci se silnými hranicemi mohou mít blízko k *obsedantně-kompulzivní poruše osobnosti* (Hartmann, 2011). Dle klasifikace MKN-10 (F 60.5) tyto osoby vykazují pocity nejistoty a pochyb, jsou nadměrně svědomití, zaměstnávají se příliš detaily, kontrolují, jsou tvrdohlaví, opatrní a rigidní. Mohou být vtíravé a nevídané myšlenky nebo podněty (MKN-10). Naopak *hraniční porucha osobnosti*, která v MKN-10 spadá pod emočně-nestabilní poruchu osobnosti (F60.3), může mít souvislost s tenkými hranicemi. Tito jedinci jsou náchylní ke zkratkovitému chování, jejich nálada je vrtošivá, mají tendenci k emočním výbuchům, které nedokážou kontrolovat. Hraniční typ dále charakterizují poruchy představy o sobě, pocity prázdnoty, nestabilními vztahy a tendencí k sebezničujícímu chování (MKN-10). S tenkými hranicemi může dále souviset *schizotypní porucha osobnosti* (Hartmann, 2011), která je dle DSM-4-TR (301.22) charakterizována percepčním a myšlenkovým zkreslením, zvláštními zrakovými a sluchovými iluzemi, magickým myšlením, zvláštnostech v chování a v projevu (DSM-4-TR). Další vztah k hranicím byl nalezen u *alexithymie* (Hartmann, 2011), která spočívá v poruše zpracování, regulace a vyjádření emocí. Jedinec postižený alexithymií nedokáže popsat své pocity, tedy také jim není schopen dostatečně porozumět (Procházka, 2009). Tato porucha není klasifikována ani v MKN-10, ani v DSM-4-TR. Osoby s alexithymií mají velmi silné hranice (Hartmann, 2011). Překvapivě byl zjištěn vztah mezi silnými hranicemi a obstrukční spánkovou apnoí, která je charakterizována apnoickými pauzami zakončenými chrápáním, což může způsobovat nedostatečné zásobení hemoglobinu kyslíkem. To vede k aktivaci sympatiku a následně k mikroprobouzecí reakci. V důsledku toho je spánek fragmentovaný a povrchnější a jedinec se přes den cítí ospalý a neodpočinitý (Pretl, 2007). Hartmann (2011) předpokládá, že k zesílení hranic může docházet v důsledku nedostatečného odpočínutí a ospalosti, silnější hranice by tedy pomáhaly k lepšímu fungování jedince.

### 3.8 Hranice a snění

Osoby se silnými hranicemi mají ostře odděleny stavy spánku-snění a bdění, zatímco u osob s tenkými hranicemi se tyto stavy mohou prolínat. Dalo by se tedy předpokládat, že kvalita hranic může mít vliv i na množství a kvalitu snů. Několika výzkumy byla zjištěna pozitivní korelace mezi Frekvencí vybavování snů (Dream recall frequency – DRF) a

SumBound dotazníku hranic. Hodnota DRF pozitivně korelovala i jednotlivě se všemi dvanácti kategoriemi dotazníku hranic (Hartmann, Kunzendorf, 2006 - 2007). Osoby s tenkými hranicemi si nejen vybavují více snů, ale jejich sny jsou živější, bizarnější a více se vymykají realitě. Ostatně i jejich denní sny jsou živější a více se podobají snům nočním. Mají více nočních můr a lucidních snů oproti osobám se silnými hranicemi. U osob se silnými hranicemi se spíše vyskytují sny recentní, tedy podobné běžnému životu a navazující na předchozí průběh dne (Hartmann, Kunzendorf, 2006 - 2007).

# Empirická část

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU

Existují lidé, kteří mají velice bohatý snový život. Oproti tomu někteří lidé si své sny nepamatují nebo jen velice zřídka. Mnoho lidí může potvrdit, že má období ve svém životě, kdy se téměř každé ráno probouzí s novým snem, ale také mají bezesná období. Někteří lidé se svými sny zabývají, dokonce si je zapisují a zkoumají je, někteří lidé jim věnují pramalou pozornost. Čím jsou takové rozdíly způsobeny? Podobné otázky se nabízejí i u frekvence nočních můr. Jak to, že někdo trpí nočními můrami a jiný ne? Některá možná vysvětlení těchto rozdílů nabízí teoretická část. Mnohé zahraniční výzkumy potvrzují vliv zaměření se a zájmu o sny na frekvenci jejich vybavování. Jednoduše řečeno, pokud se jedinec o své sny zajímá a přikládá jim důležitost, pamatuje si jich větší množství. Výzkumy dále poukazují na vliv pohlaví a věku na frekvenci vybavování snů. Někteří výzkumníci se snažili najít nějakou osobnostní charakteristiku, která ovlivňuje frekvenci vybavování snů. Zdá se, že touto charakteristikou je koncepce hranic Ernesta Hartmanna, kterou také blíže popisuji v teoretické části. Cílem mého výzkumu je ověřit, jestli síla a propustnost hranic v mysli skutečně ovlivňuje počet vybavených snů a frekvenci nočních můr. Chci také ověřit souvislost frekvence vybavovaných snů a kvality spánku. Z dalších možných vlivů na vybavování snů se zaměřím především na věk a pohlaví. Při hledání možných souvislostí mám na zřeteli osobní jedinečnost každého člověka, tedy skutečnost, že každý člověk se svou historií může mít mnoho jiných důvodů, proč si sny pamatuje nebo nepamatuje.

Výzkumné otázky, ze kterých vyplývají hypotézy, vycházejí z teoretického studia problému. Mým cílem je ověřit tyto hypotézy.

Existuje souvislost mezi propustností hranic a schopností vybavovat si sny?

**H1: Výsledný skór Dotazníku hranic osobnosti (BPQ) pozitivně koreluje s frekvencí vybavování snů.**

Existuje souvislost mezi kvalitou spánku a frekvencí vybavování snů?

**H2: Výsledný skór Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) koreluje s frekvencí vybavování snů.**

Existuje souvislost mezi frekvencí vybavování snů a zájmem o sny?

**H3: Frekvence vybavování snů pozitivně koreluje se zájmem o sny zjištěným odpověďmi na škále v dotazníku.**

Je frekvence snů ovlivněna věkem?

**H4: Frekvence vybavování snů negativně koreluje s věkem.**

Existuje souvislost mezi frekvencí vybavování snů a frekvencí nočních můr?

**H5: Frekvence vybavování snů koreluje s frekvencí nočních můr.**

Existuje souvislost mezi propustností hranic a frekvencí nočních můr?

**H6: Výsledný skór Dotazníku hranic osobnosti (BPQ) pozitivně koreluje s frekvencí nočních můr.**

Existuje souvislost mezi kvalitou spánku a frekvencí nočních můr?

**H7: Výsledný skór Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) pozitivně koreluje s frekvencí vybavování nočních můr.**

Je frekvence vybavování snů ovlivněna pohlavím?

**H8: Ženy si vybavují signifikantně více snů než muži.**

Je frekvence vybavování nočních můr ovlivněna pohlavím?

**H9: Ženy si vybavují statisticky významně více nočních můr než muži.**

## **5 METODOLOGICKÝ RÁMEC**

### **5.1 Typ výzkumu**

K prozkoumání problematiky snění jsem použila kvantitativní typ výzkumu, který umožňuje zachytit možné souvislosti díky poměrně jednoduchému získání dat. Z tohoto důvodu lze oslovit větší množství participantů. Získaná data mají numerický charakter. V kvantitativním výzkumu dochází k redukci daného problému. Postupuje se tak, že z mnohorozměrného objektu zkoumání jsou vybrány pouze některé přesně stanovené aspekty, které jsou pak pečlivě zkoumány. Zjištění pak mohou být přesnější a pečlivější, nevýhodou tohoto přístupu však může být chybějící kontext. Kvantitativní výzkum má deduktivní charakter, jedná se o ověřování hypotéz (Ferjenčík, 2010).

S vědomím výhod i slabých stránek kvantitativního výzkumu považuji tento typ výzkumu za nejvhodnější pro danou problematiku.

### **5.2 Metody získávání dat**

K získání potřebných dat byly použity následující dotazníky: Pittsburský index kvality spánku (PSQI), Dotazník hranic osobnosti (BPQ) a Dotazník týkající se snů. V této kapitole se věnuji popisu jednotlivých metod.

#### **5.2.1 Pittsburský index kvality spánku (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI)**

Pittsburský index kvality spánku je dotazník zjišťující okolnosti, které mohou rušit spánek. Byl přeložen do 56 jazyků včetně českého jazyka. Dotazník je složen ze sedmi škál, kterými jsou latence usnutí, celková doba spánku, spánková efektivita, poruchy spánku, kvalita spánku, užívání léků na spaní, obtíže v denní činnosti způsobené ospalostí. Sečtením jednotlivých skóre škál se získá celkový skóre PSQI, který může nabývat hodnot 0 – 21 bodů. Čím vyšší skóre, tím méně kvalitnější spánek je. Dosažení 0 – 5 bodů ukazuje na dobrou kvalitu spánku, zatímco hodnoty 6 a vyšší jsou spojeny s horší kvalitou spánku a mohou poukazovat na nějakou z poruch spánku. Respondent posuzuje subjektivně svůj spánek retrospektivně za uplynulý měsíc.



Index má dostatečnou vnitřní konzistenci (Cronbachův koeficient  $\alpha = 0,83$ ) a dobrou diskriminační validitu pro rozlišení osob s kvalitním spánkem a osob s poruchami spánku (Buysse, at al., 1989).

### **5.2.2 Dotazník hranic osobnosti (Boundary Personality Questionnaire, BPQ)**

Dotazník hranic osobnosti je zkrácenou verzí Hartmannova Dotazníku hranic (BQ). Pro potřeby zkoumání vnitřních hranic a frekvenci vybavování snů, obzvláště nočních můr, jej vytvořil Michael Schredl se svými spolupracovníky. Do češtiny byl přeložen Lucií Kráčmarovou a Alenou Plhákovou se souhlasem autora a používá se k výzkumným účelům. Dotazník obsahuje dvacet položek, z toho 8 položek je reverzních. Výsledný skóre nabývá hodnot od 0 do 80. Čím vyšší skóre, tím tenčí vnitřní hranice jedinec má (Schredl, Bocklage, Engelhard, Mingebach, 2009).

Dotazník hranic osobnosti oproti Dotazníku hranic nekoreluje s neuroticismem, ale koreluje s otevřeností vůči zkušenosti v dotazníku NEO – FFI. Schredl neprokázal souvislost mezi vnitřními hranicemi a frekvencí vybavování snů, pouze zjistil korelaci mezi výsledným skóre BPQ a frekvencí nočních můr (Schredl, Bocklage, Engelhard, Mingebach, 2009).

Kráčmarová (2012) ověřila reliabilitu českého překladu dotazníku, Cronbachův koeficient  $\alpha = 0,754$ .

### **5.2.3 Dotazník týkající se snů**

Pro zjištění frekvence vybavování snů a nočních můr byl využit nestandardizovaný dotazník. Dvě položky tohoto dotazníku se týkají frekvence vybavování snů, a to vybavování snů všeobecně a za poslední měsíc. Jedna položka se dotazuje na frekvenci nočních můr. Jedná se o retrospektivní posouzení frekvence vybavování snů, jehož klady i zápory byly popsány v teoretické části v kapitole 2.3. Dále respondent posuzuje svůj zájem o sny, protože zaměření na sny může být jednou z příčin pamatování si snů. Odpovědi jsou hodnoceny pomocí bodů na škále. Součástí tohoto dotazníku je položka zjišťující častá a opakující se témata ve snech. Navržených 25 témat respondent též bodově ohodnotí, zda a jak často se navržená témata v jeho snech vyskytují. Má též možnost dopsat jiné téma, jež se mu opakovaně zdá.

Dotazník byl sestaven na základě inspirace Dotazníkem zaměřeným na sny vytvořeným Kráčmarovou (2012) a na základě publikovaného výzkumu Schredla (2010) týkajícího se výskytu nočních můr u německé populace.

### 5.3 Sběr dat

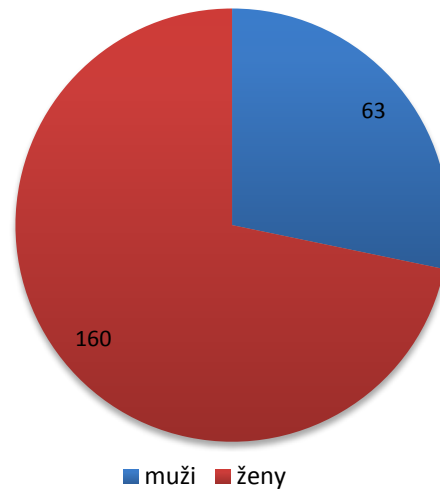
Sběr dat probíhal v průběhu února až dubna a srpna 2013. Výběr výzkumného souboru byl uskutečněn na základě dostupnosti, není tedy reprezentativní. Oslovování byli klienti lékárny v Bílovicích nad Svitavou (po domluvě s majiteli lékárny), občané obce Skočice a zaměstnanci nemocnice NMSKB v Praze. Dotazníky byly vyplňovány formou tužka – papír, respondent měl možnost si je odnést a vyplnit doma. Pro zvýšení anonymity a pohodlí měli klienti lékárny v Bílovicích možnost vhodit vyplněný dotazník do schránky umístěné na zdi lékárny, která byla pravidelně vybírána, a byl zamezen přístup do ní jiným osobám. Při oslovování participantů jsem se setkala s poměrně velkou ochotou k vyplnění dotazníků. Vyplnění všech tří dotazníků trvalo přibližně 20 min. Návratnost dotazníků činila 92%. Vyplnění dotazníků nebylo vázáno na finanční ani žádnou jinou odměnu, účast na výzkumu byla anonymní a dobrovolná.

### 5.4 Popis souboru

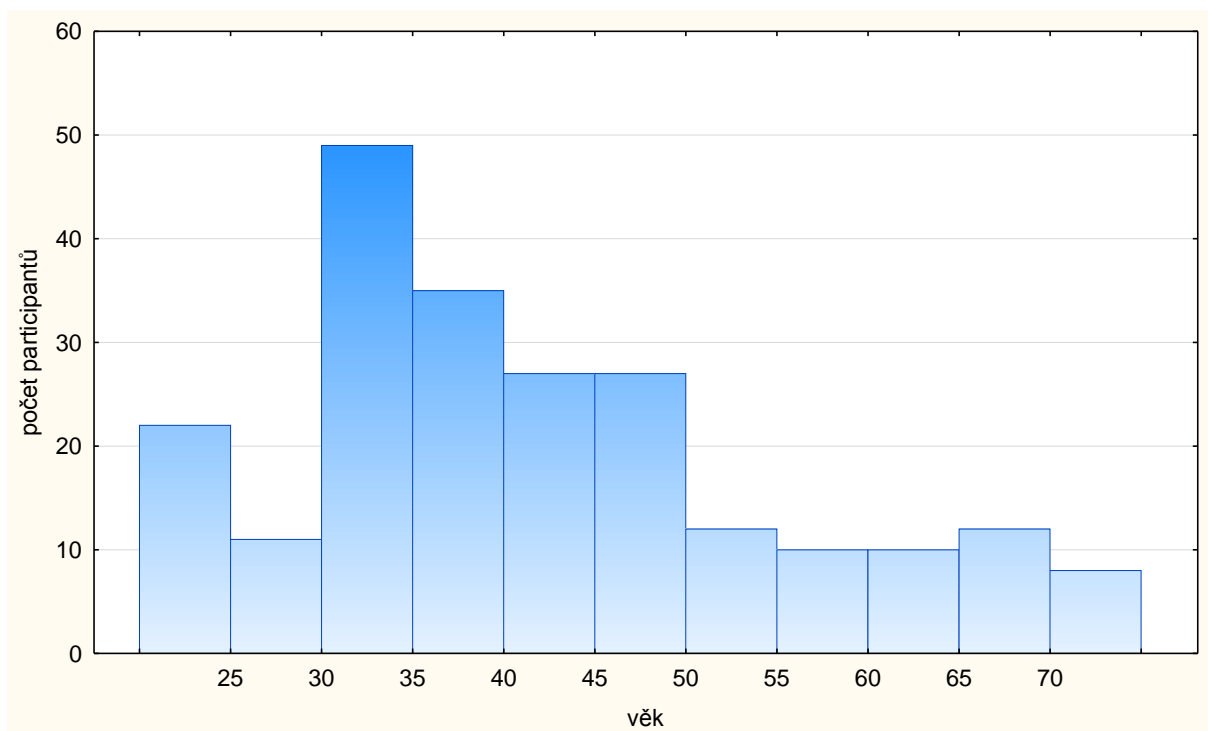
Výzkumu se zúčastnilo celkem 229 participantů, z toho 162 žen a 67 mužů. 146 dotazníků bylo získáno od návštěvníků lékárny v Bílovicích nad Svitavou (kraj Jihomoravský, obec do 5000 obyvatel), 30 dotazníků od obyvatel obce Skočice (kraj Jihočeský, obec do 500 obyvatel), 53 dotazníků vyplnili zaměstnanci nemocnice NMSKB v Praze. Data šesti účastníků byla vyřazena z důvodu nevyplnění nebo pouze částečného vyplnění některého z dotazníků. Po vyřazení soubor obsahoval 223 osob, z toho 63 mužů a 160 žen.

Výzkum byl zaměřen na dospělou populaci, proto podmínkou účasti na výzkumu bylo dosažení 18. roku věku. U osob vyššího věku byl brán zřetel na přiměřeně uspokojivý zdravotní a duševní stav jedince nutný k vyplnění dotazníků. Věk účastníků se pohyboval mezi 18 – 82 lety (průměr 42,13 let, směrodatná odchylka 14,09). Zastoupení v jednotlivých věkových kategoriích zobrazuje graf 2.

**Graf 1: Zastoupení pohlaví ve výzkumném souboru**



**Graf 2: Věkové rozložení výzkumného souboru**



## 5.5 Metody zpracování a analýzy dat

Získaná data byla převedena pomocí aplikace Microsoft Office Excel 2013 do elektronické podoby. Zpracování dat proběhlo v programu Microsoft Office Excel 2013 a v programu Statistica 12 vytvořeném firmou StatSoft. Při zpracování dat byla použita nejprve popisná statistika. Pro popis souboru byly použity jak míry centrální tendence (aritmetický průměr, medián), tak míry rozptýlenosti (minimální a maximální hodnota, směrodatná odchylka). Hledání souvislostí mezi proměnnými bylo provedeno korelační analýzou. *Pearsonův korelační koeficient  $r$*  je nejdůležitější mírou síly vztahu mezi dvěma náhodnými spojitými proměnnými. Nabývá hodnot v intervalu  $\langle -1; 1 \rangle$ , čím více se hodnota blíží 0, tím je nižší korelace, hodnota 0 znamená neexistenci korelace, hodnoty blížíící se 1 nebo -1 znamenají těsný vztah. Záporné hodnoty  $r$  znamenají nepřímo úměrný vztah mezi proměnnými (čím více se hodnota  $X$  zvětšuje, tím se hodnota  $Y$  snižuje). Pro Pearsonův korelační koeficient dále platí: vyjadřuje pouze sílu lineárního vztahu, je ovlivněn odlehlými hodnotami, nerozlišuje mezi závisle a nezávisle proměnnou. Je nutné si též uvědomit, že korelace znamená souvislost, nemusí však nutně znamenat příčinnost (Hendl, 2012). Pearsonův korelační koeficient se používá pro metrické proměnné (Reiterová, 2004). *Spearmanův korelační koeficient  $\rho$*  nabývá taktéž hodnot v intervalu od -1 do 1, avšak koreluje pořadí obou proměnných. Není proto citlivý na odlehlé hodnoty. Používá se, když vztah mezi proměnnými není lineární nebo v případě, že proměnné  $X$  a  $Y$  nemají normální rozložení (Hendl, 2012).

Při testování hypotéz o rozdílu je možno použít parametrický *Studentův  $t$ -test* pro dva nezávislé výběry. Tento test je založen na významnosti rozdílu dvou průměrů (Reiterová, 2004). Z neparametrických metod byl použit *Mann-Whitneyův  $U$ -test* pro dva nezávislé výběry, který je jedním z nejsilnějších neparametrických testů.  $U$ -test vychází z pořadových hodnot a zjišťuje významnost rozdílu pořadových hodnot nezávislých výběrů (Reiterová, 2008).

Frekvence vybavování snů a frekvence nočních můr nejsou metrické proměnné, proto byly při výpočtech s těmito proměnnými použity neparametrické metody – Spearmanův korelační koeficient a Mann-Whitneyův  $U$ -test. Pouze v případech porovnání rozdílu u pohlaví celkového skóru v dotazníku BPQ a v dotazníku PSQI byl použit Studentův  $t$ -test.

## **5.6 Etika výzkumu**

Téma výzkumu ani jeho provedení nepředstavuje rozpory v etické stránce výzkumu. Účast na výzkumu byla dobrovolná a anonymní, bez nároku na finanční odměnu. Nikdo nebyl k účasti na výzkumu nucen. Anonymní vyplnění dotazníků nevyžaduje informovaný souhlas účastníka výzkumu. K baterii dotazníků byl přiložen průvodní dopis stručně vysvětlující účel výzkumu a byla vyjádřena ochota zodpovědět případné dotazy, což se v několika případech stalo a dotazy participantů byly zodpovězeny. Při oslovování možných účastníků byl brán na zřetel zdravotní a duševní stav jedince, aby byl přiměřený k danému úkolu. Nikdo nebyl vystaven klamavým informacím.

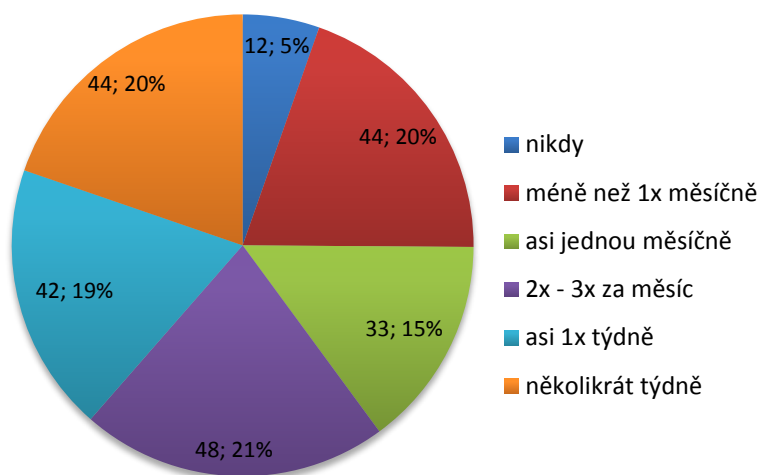
## 6 VÝSLEDKY

### 6.1 Vyhodnocení dotazníku týkajícího se snů

Následující kapitola shrnuje výsledky dotazníku zaměřeného na sny, konkrétně na frekvenci vybavování snů, frekvenci nočních můr, zájem o sny a na obsah opakujících se snů.

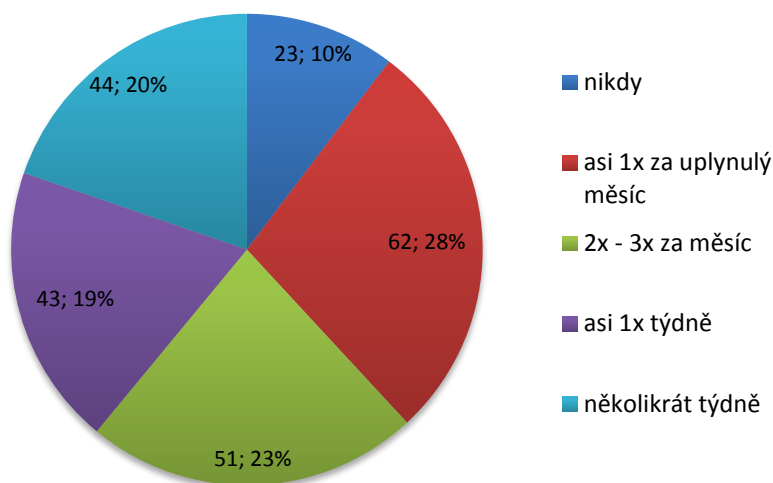
Frekvence vybavování snů byla zjišťována jednak všeobecně („*Pokud přemýšlíte o svých snech, s jakou frekvencí si je vybavujete?*“), jednak za poslední měsíc („*Pokud vezmete v úvahu poslední měsíc, s jakou frekvencí jste si v posledních 4 týdnech vybavoval/a své sny?*“). Všeobecně si sny vůbec nepamatuje 5 % (12) dotazovaných. 20 % (44) osob si vybavuje sny zřídka, tedy méně než jedenkrát za měsíc. 60 % (134) dotazovaných si sny vybavuje několikrát do měsíce, z toho 20 % (44) dokonce několikrát týdně. Výsledky názorně zobrazuje graf 2.

**Graf 2: Frekvence vybavování snů (DRF)**



Za poslední měsíc si žádný sen nevybavilo 10 % (23) osob, 28 % (62) dotazovaných uvedlo jeden sen za poslední měsíc, 62 % si vybavilo více než jeden sen. Podrobné výsledky znázorňuje graf 3.

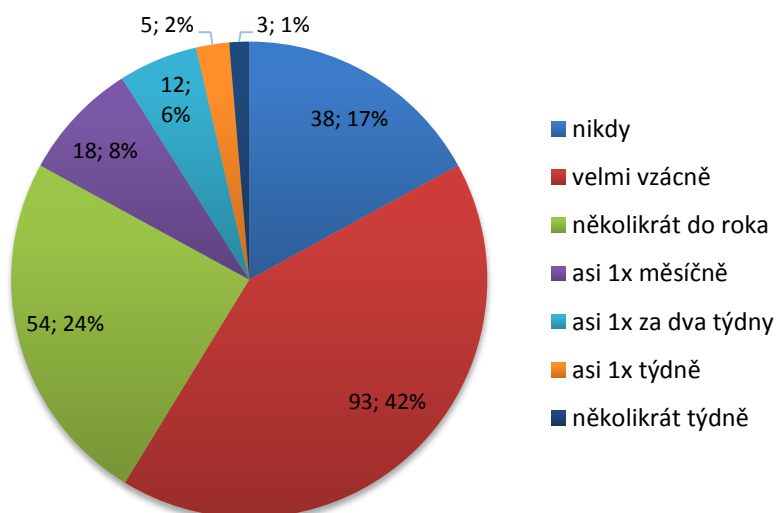
**Graf 3: DRF za poslední měsíc**



Obě položky zjišťují frekvenci vybavování snů. Vzájemná korelace obou položek je  $\rho = 0,88$  (korelace pomocí Spearmanova koeficientu). Pro potřeby hledání vztahů, souvislostí a rozdílů budou dále použity obě položky v součtu.

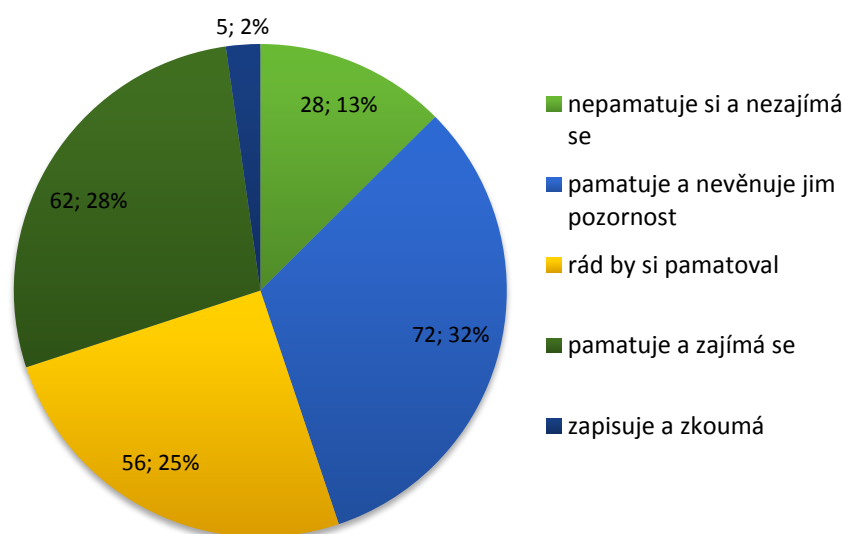
S nočními můrami se již někdy setkala 83 % dotazovaných osob, z toho 42 % jen velmi vzácně. 41 % participantů obtěžují noční můry více než jedenkrát ročně, 9 % osob trpí nočními můrami jedenkrát za dva týdny a častěji, což rozhodně není zanedbatelná část. Výsledky frekvence nočních můr jsou zobrazeny v grafu 4.

**Graf 4: Frekvence nočních můr**



Zájem o sny v souboru není tak velký, jak se očekávalo. 13 % (28) dotazovaných si sny nepamatuje a ani se o ně nezajímá. 32 % (72) udává, že si sny pamatuje, ale nevěnuje jim pozornost. 25 % (56) osob si sny příliš nepamatuje, ale připadají jim zajímavé a rádi by si sny vybavovali častěji. Nutno konstatovat, že zhodnocení, zda si jedinec sny pamatuje, je značně subjektivní. 30 % (67) osob si sny pamatuje a zajímá se o ně, z toho 2 % respondentů si sny dokonce zapisuje a zkoumá je.

**Graf 5: Zájem o sny**

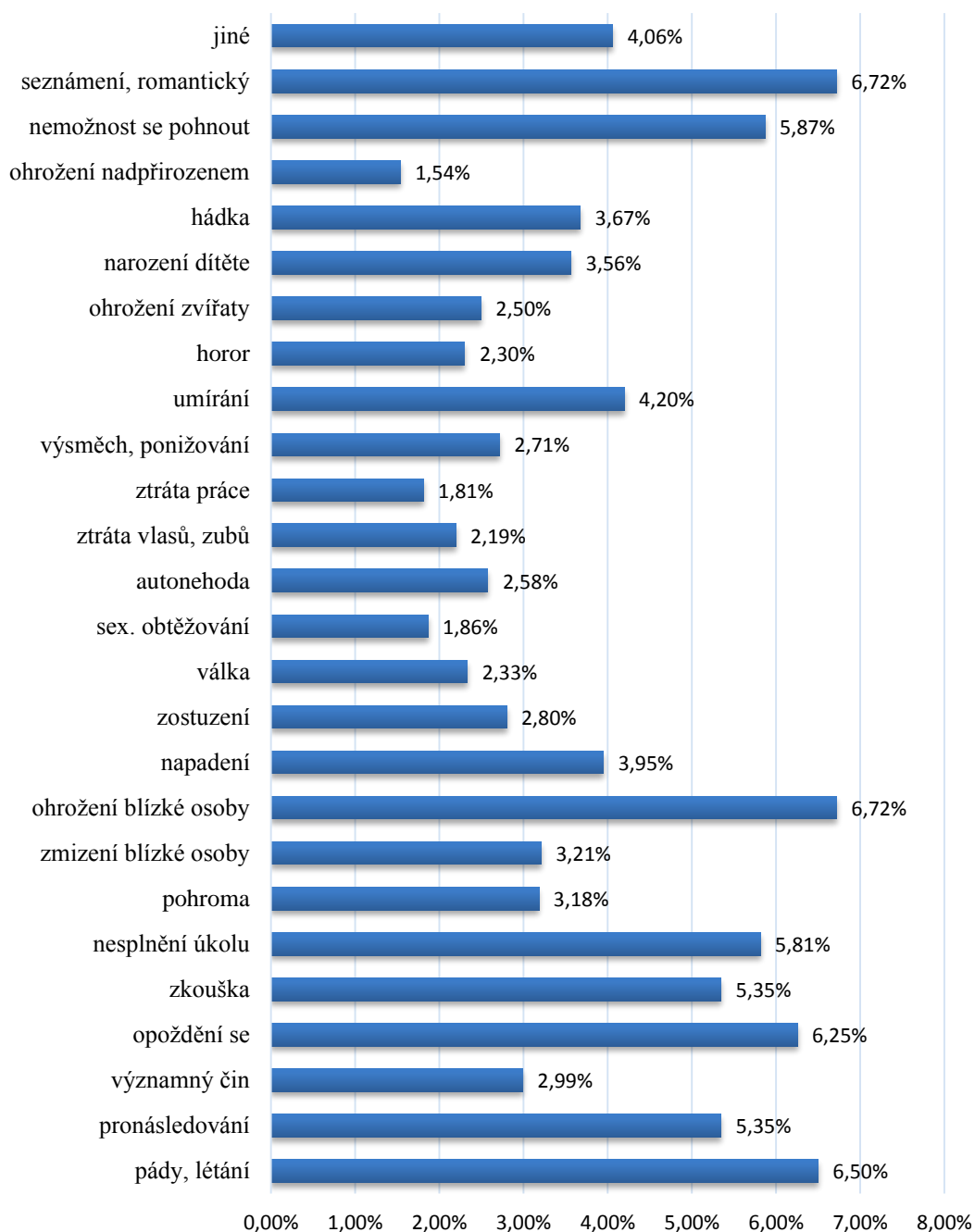


Mezi časté a opakující se sny patří dle výsledků sny, ve kterých je ohrožena blízká osoba snícího, sny romantické a o seznámení, dále v pořadí těsně následují sny o pádech a létání, sny o opoždění nebo nestihnutí úkolu, sny, ve kterých se jedinec nemůže pohnout, nemůže splnit zadaný úkol. Následují sny o zkoušce a o pronásledování. Častá témata, která mohl respondent sám doplnit, jsou zážitky z předchozího nebo z každodenního života – o lidech v práci, o dětech, nakupování, setkání s přáteli apod. Další skupina často se vyskytujících snů jsou erotické sny. Častým tématem je též svatba a těhotenství, nebo naopak nevěra a rozchod s partnerem. Z méně příjemných snů se často vyskytují sny úzkostné, o smrti blízkých osob nebo zvířat, o hledání osoby nebo věci, o dušení se, o výtahu, který nestaví. Někteří lidé sní o osobách, které již nežijí. Dvě osoby udávají sny o budoucnosti, které se někdy vyplní (telepatické sny v Jungově terminologii). Grafické znázornění obsahu snů vyjadřuje graf 6. Pro zajímavost jsem porovnávala obsah snů v závislosti na pohlaví (graf 7). Muži uvádějí nejčastěji sny jiné (z běžného dne a erotické), z nabízených možností sny

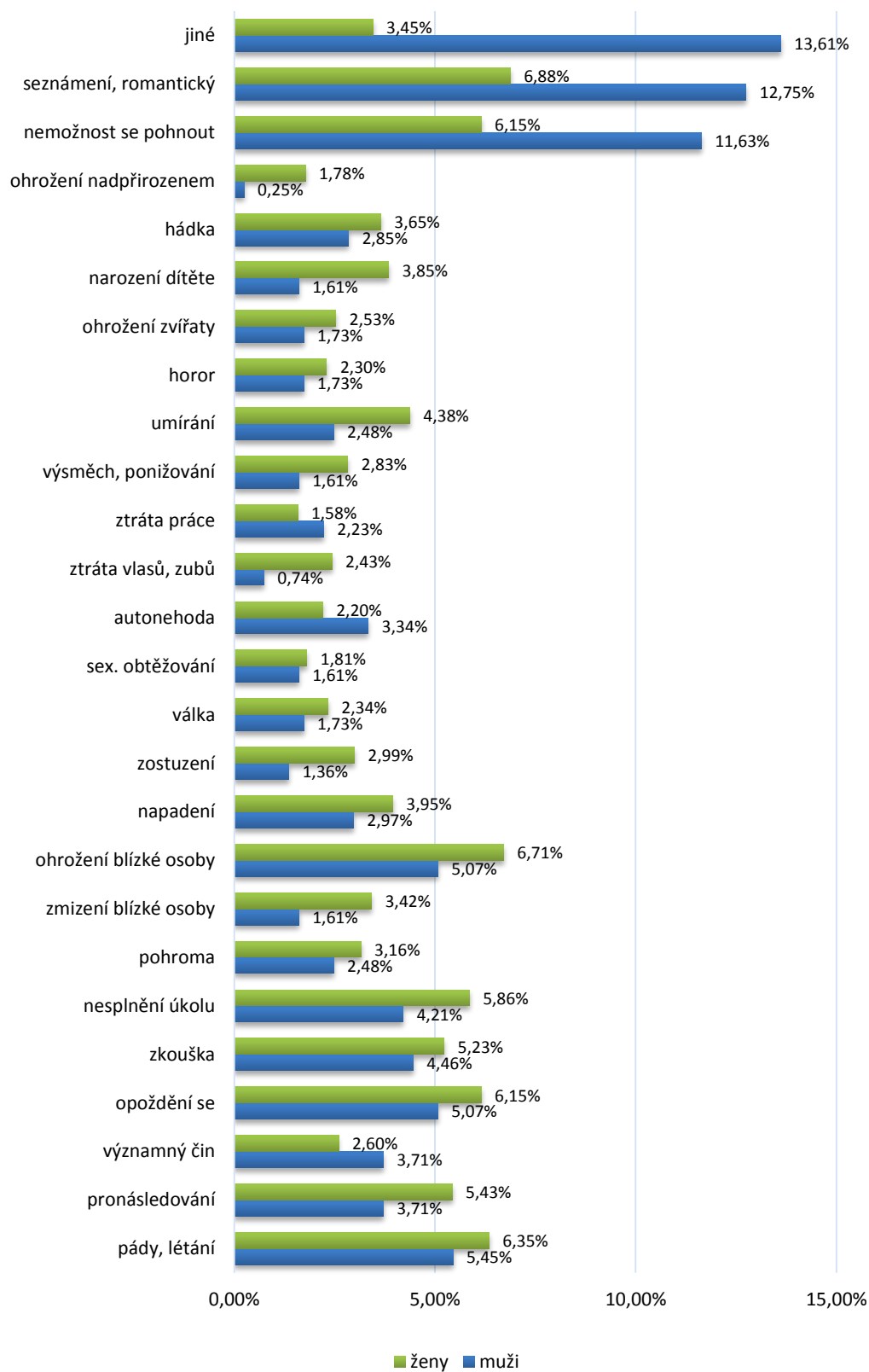


romantické a o seznámení a dále nemožnost se pohnout ve snu. Ženy mají rozložení obsahu snů rovnoměrnější, nejčastěji se jim zdají též sny romantické a o seznámení, přibližně stejně často sny, ve kterých je ohrožena jejich blízká osoba, následují sny o pádech a létání, sny o opoždění se a nemožnost se pohnout ve snu.

**Graf 6: Obsah snů**



**Graf 7: Obsah snů podle pohlaví**



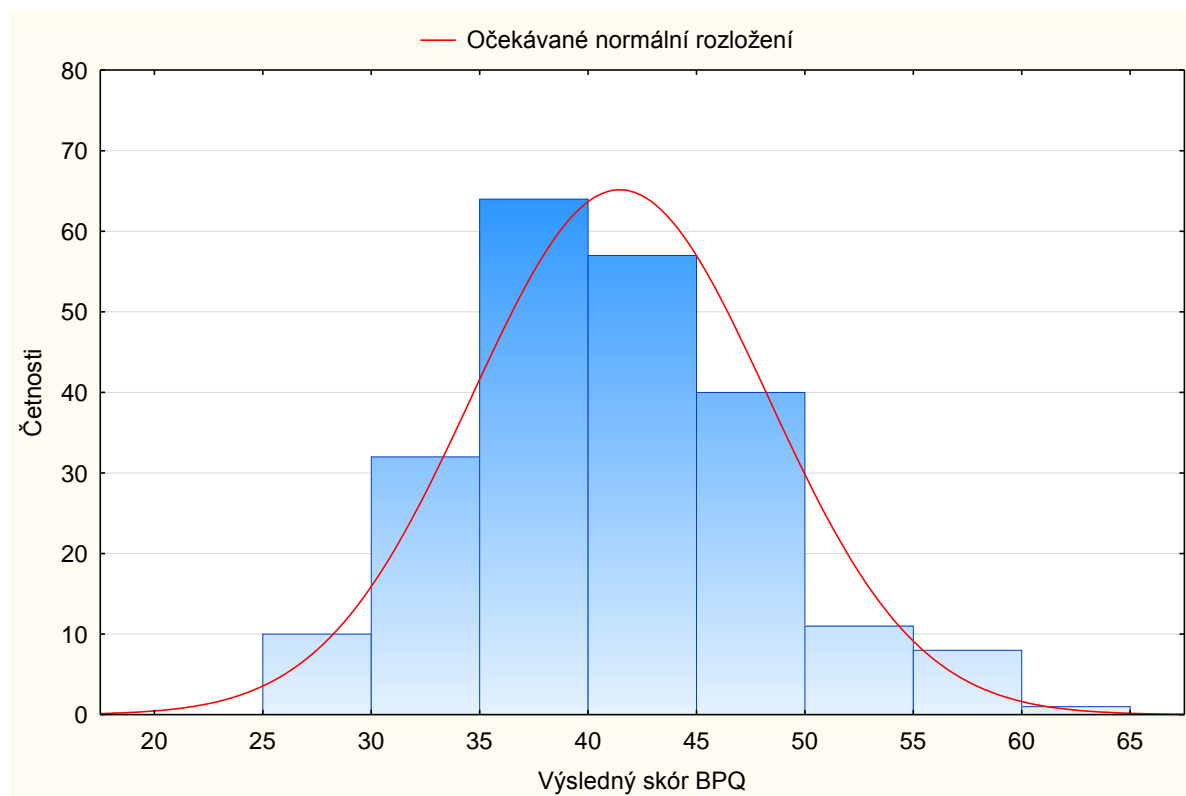
## 6.2 Vyhodnocení Dotazníku hranic osobnosti

Výsledné hodnoty Dotazníku hranic osobnosti se mohly pohybovat od 0 do 80 bodů. Těchto extrémních hodnot nikdo ze souboru nedosáhl. Nejnižší dosažený skór BPQ měl hodnotu 26 (což značí silné hranice), nejvyšší skór dosáhl hodnoty 63 (relativně tenké hranice), průměr hodnot je 41,47 (medián 41,0), směrodatná odchylka je 6,83. Četnosti v intervalech dosažených hodnot znázorňují tabulka 2 a graf 8.

**Tabulka 2: Výsledný skór BPQ – četnosti v intervalech dosažených hodnot (N = 223)**

Skór BPQ	25 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65
Četnost	10	32	64	57	40	11	8	1

**Graf 8. Histogram dosažených skórů Dotazníku hranic osobnosti**



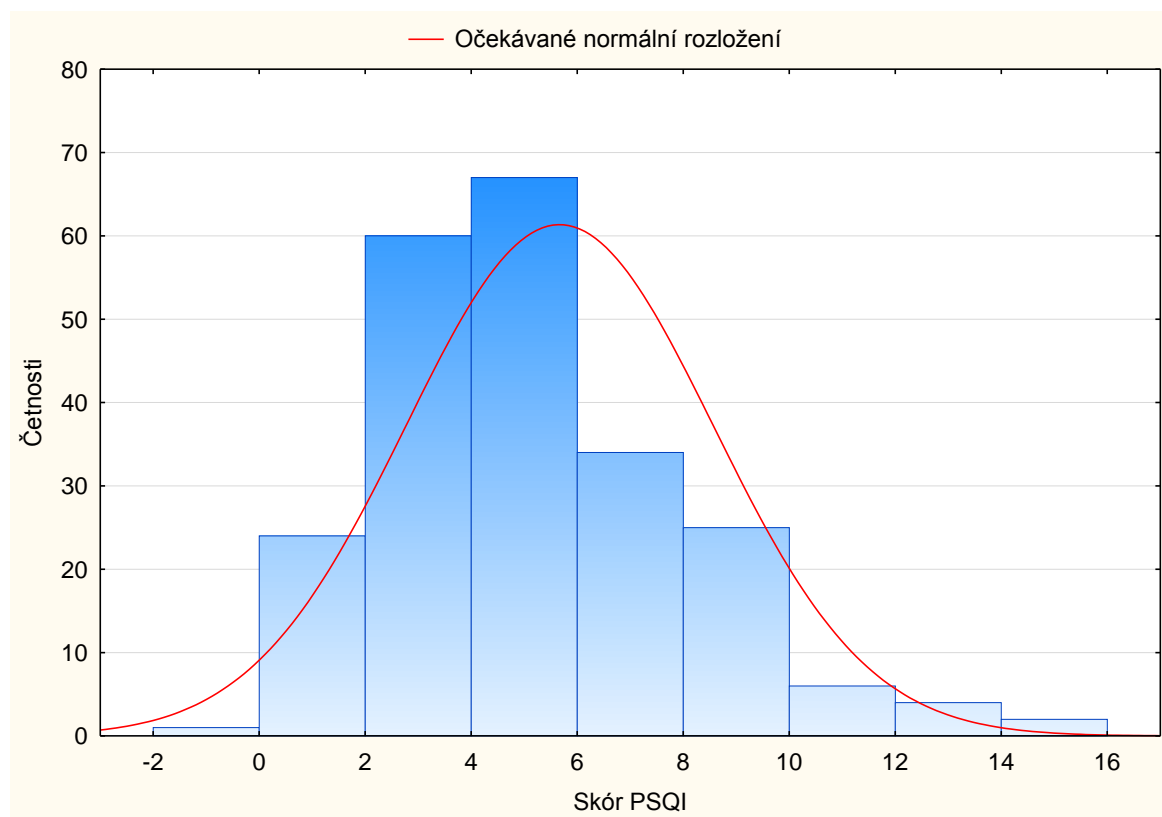
### 6.3 Vyhodnocení Pittsburského indexu kvality spánku

V tomto dotazníku je možno získat 0 až 21 bodů. Minimální hodnota v souboru je 0 bodů (spánek je kvalitní), maximální hodnota 16 bodů (kvalita spánku je snížena). Průměr ze všech skóre činí 5,67 (medián 5,0), směrodatná odchylka má hodnotu 2,90. Rozložení hodnot je vyjádřeno tabulkou 3 a grafem 9.

**Tabulka 3. Výsledný skór PSQI – četnosti v intervalech dosažených hodnot (N = 223)**

Skór PSQI	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	11 - 12	13 - 14	15 - 16
Četnost	1	24	60	67	34	25	6	4	2

**Graf 9. Histogram dosažených skóre Pittsburského indexu kvality spánku**



## 6.4 Analýza souvislostí a rozdílů – testování hypotéz

Hypotézy H1 až H4 hledají souvislost mezi zkoumanými proměnnými a frekvencí vybavování snů. Hypotézy H5 až H7 hledají souvislost mezi zkoumanými proměnnými a nočními můrami. Hypotéza H8 a H9 testují rozdíl ve frekvenci vybavování snů nebo ve frekvenci nočních můr mezi muži a ženami.

**H1: Výsledný skóre Dotazníku hranic osobnosti (BPQ) pozitivně koreluje s frekvencí vybavování snů.**

**Hypotézu 1 přijímám.** Byla zjištěna korelace 0,36 mezi výsledným skórem Dotazníku hranic osobnosti a frekvencí vybavování snů (získanou součtem bodů na škále frekvence vybavování snů obecně a za poslední měsíc). Korelace je statisticky významná na hladině  $\alpha = 0,001$  ( $p = 0,000$ ). Čím má jedinec tenčí hranice, tím více snů si vybavuje.

**H2: Výsledný skóre Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) koreluje s frekvencí vybavování snů.**

**Hypotézu 2 přijímám.** Byla zjištěna souvislost mezi výslednou hodnotou skóru Pittsburského indexu kvality spánku a frekvencí vybavování snů,  $\rho = 0,15$ . Korelace je statisticky významná na hladině  $\alpha = 0,05$  ( $p = 0,029$ ), signifikantnost je tedy nižší.

**H3: Frekvence vybavování snů pozitivně koreluje se zájmem o sny zjištěných odpověďmi na škále v dotazníku.**

**Hypotézu 3 přijímám.** Mezi zájmem o sny a frekvencí vybavování snů měřených dotazníkem byla zjištěna korelace 0,51 na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  ( $p = 0,000$ ). Zájem o sny zvyšuje frekvenci jejich zapamatování.

**H4: Frekvence vybavování snů negativně koreluje s věkem.**

**Hypotézu 4 přijímám.** Mezi věkem a frekvencí vybavování snů existuje negativní korelace, tedy s rostoucím věkem klesá počet vybavených snů. Hodnota korelace je -0,31 a je statisticky významná na hladině  $\alpha = 0,001$ .

Výsledky hypotéz H1 – H4 shrnuje tabulka 4.

**Tabulka 4: Korelace DRF se zkoumanými proměnnými (N = 223)**

	rho (Spearman) =	p =
BPQ	<b>0,36***</b>	0,000
PSQI	<b>0,15*</b>	0,029
Zájem o sny	<b>0,51***</b>	0,000
Věk	<b>-0,31***</b>	0,000

Vysvětlivky: \*\*\* Korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.001$ ; \*\* Korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.01$ ; \* Korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.05$ .

**H5: Frekvence vybavování snů koreluje s frekvencí nočních můr.**

**Hypotézu 5 přijímám.** Spearmanův korelační koeficient mezi frekvencí vybavování snů a frekvencí nočních můr má hodnotu 0,43 a tento výsledek je statisticky významný na hladině spolehlivosti  $\alpha = 0,001$ . Osoby, které trpí častěji nočními můrami, si s větší pravděpodobností pamatují i jiné sny.

**H6: Výsledný skóre Dotazníku hranic osobnosti (BPQ) pozitivně koreluje s frekvencí nočních můr.**

**Hypotézu 6 přijímám.** Byla zjištěna korelace mezi skórem Dotazníku hranic osobnosti a frekvencí nočních můr. Hodnota korelace je 0,21 a je signifikantní na hladině  $\alpha = 0,01$ . Čím má jedinec tenčí hranice, tím častěji se u něj mohou vyskytovat noční můry. Hladina významnosti je však nižší.

**H7: Výsledný skóre Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) pozitivně koreluje s frekvencí vybavování nočních můr.**

**Hypotézu 7 přijímám.** Korelace mezi skórem Pittsburského indexu kvality spánku a frekvencí vybavování nočních můr má hodnotu 0,21, což je statisticky významné na hladině  $\alpha = 0,01$ . Mezi kvalitou spánku a frekvencí nočních můr existuje signifikantní souvislost.

Výsledky hypotéz H5 – H7 shrnuje tabulka 5. Pro kompletnost jsou zde uvedeny i korelace s ostatními proměnnými.

**Tabulka 5: Korelace frekvence nočních můr se zkoumanými proměnnými (N = 223)**

	rho (Spearman) =	p =
<b>DRF</b>	<b>0,43***</b>	0,000
<b>BPQ</b>	<b>0,21**</b>	0,002
<b>PSQI</b>	<b>0,21**</b>	0,002
Zájem o sny	0,29***	0,000
Věk	-0,26***	0,000

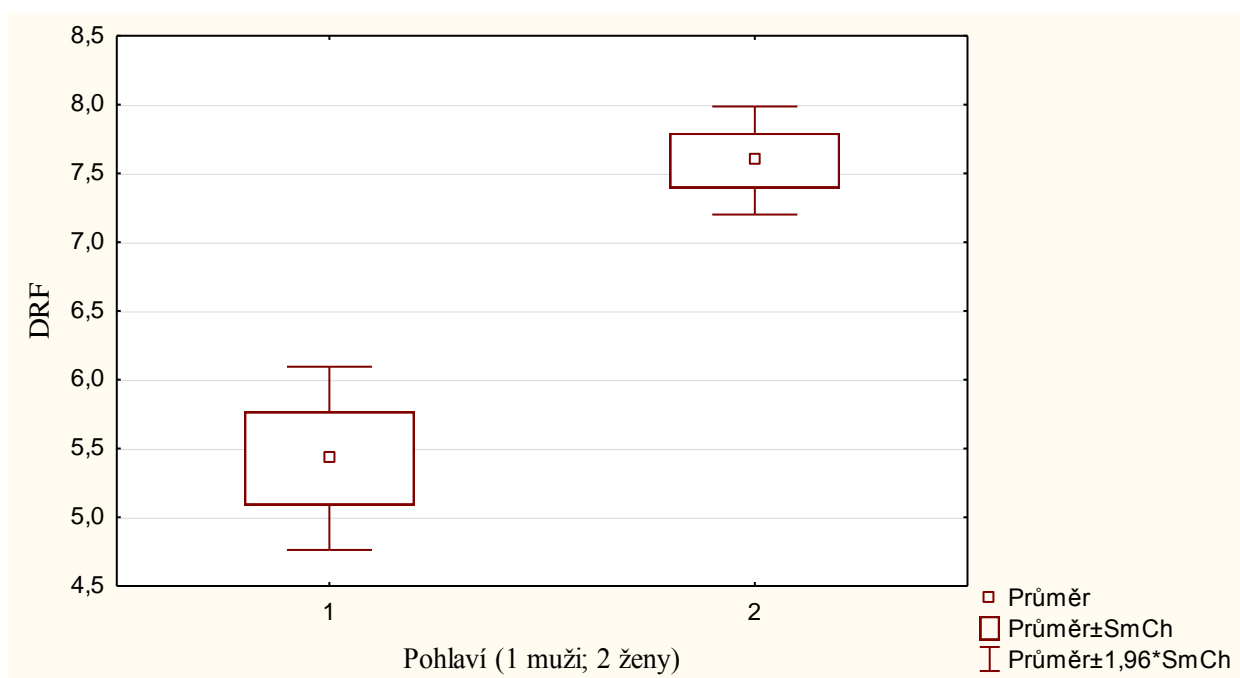
Vysvětlivky: \*\*\* Korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.001$ ; \*\* Korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.01$ ; \* Korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.05$ .

**H8: Ženy si vybavují signifikantně více snů než muži.**

**Hypotéza 8 přijímám.** Ženy si vybavují sny signifikantně častěji než muži, a to na hladině spolehlivosti  $\alpha = 0,001$ , hodnota  $Z = -5,23$ .

Pro větší názornost byl sestrojen krabicový graf s anténami (Graf 10). Parametry pro sestrojení grafu jsou následující: průměr DRF mužů je 5,43 (směrodatná odchylka 2,70), průměr DRF žen je 7,59 (směrodatná odchylka 2,53).

**Graf 10. Rozdíl mezi muži a ženami ve frekvenci vybavování snů**

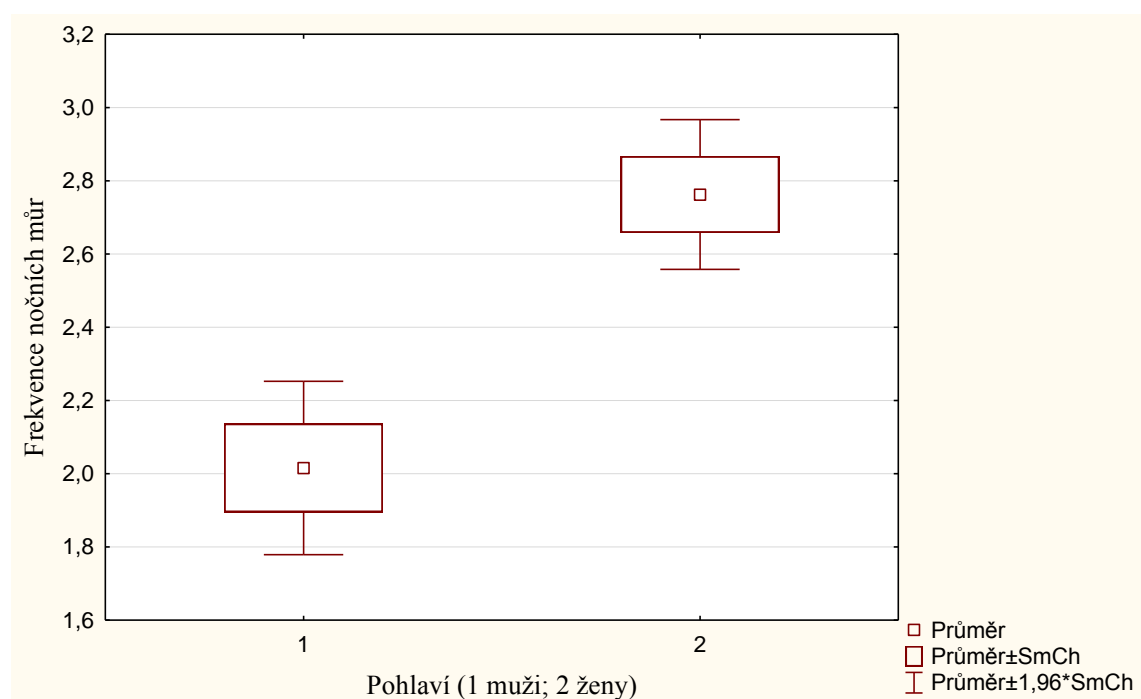


**H9: Ženy si vybavují statisticky významně více nočních můr než muži.**

**Hypotézu 9 přijímám.** Frekvence nočních můr je statisticky významně vyšší u žen oproti mužům na hladině spolehlivosti  $\alpha = 0,001$ ,  $Z = -4,13$ .

Pro větší názornost byl sestaven graf s následujícími parametry: průměr frekvence nočních můr mužů v souboru je 2,02 (směrodatná odchylka 0,96), u žen je průměr 2,76 (směrodatná odchylka 1,32).

**Graf 11. Rozdíl mezi muži a ženami ve frekvenci nočních můr**



**Tabulka 6. Rozdíl mezi muži a ženami v proměnných týkajících se snů**

	Pořadí součet		U =	Z =	p =
	Muži (N = 63)	Ženy (N = 160)			
<b>DRF</b>	<b>4805,50</b>	<b>20170,50</b>	<b>2789,50</b>	<b>-5,19***</b>	<b>0,000</b>
<b>Noční můry</b>	<b>5350,50</b>	<b>19625,5</b>	<b>3334,50</b>	<b>-3,93***</b>	<b>0,000</b>
Zájem o sny	4669,50	2036,50	2653,50	-5,50***	0,000

Vysvětlivky: \*\*\* Korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.001$ ; \*\* Korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.01$ ; \* Korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.05$ .



**Tabulka 7. Rozdíl mezi muži a ženami v průměrech hodnot PSQI a BPQ**

	Muži (N = 63)	Ženy (N = 160)	t =	p =
BPQ	38,81	42,51	-3,75***	0,000
PSQI	5,03	5,92	-2,07*	0,040

Vysvětlivky: \*\*\* Korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.001$ ; \*\* Korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.01$ ; \* Korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.05$ .

## 7 DISKUZE

V zahraniční literatuře je možno najít mnoho studií zabývajících se sněním z různých hledisek, jak frekvence vybavování snů, tak jejich obsahu. Obsahem této práce je problematika frekvence vybavování snů a frekvence nočních můr vzhledem ke zkoumaným proměnným.

Výzkumný soubor zahrnuje 223 osob, což je pro provedení výzkumu postačující. Věkové rozložení souboru je poměrně široké, což bylo využito k hledání souvislosti mezi věkem a pamatováním si snů. Uvědomuji si, že osoby nad 60 let jsou méně zastoupeny v souboru, což by mohlo určitým způsobem ovlivnit výsledek, byly však brány ohledy na etické aspekty výzkumu a ne vždy je v možnostech osob dříve narozených takovéto dotazníky vyplnit. Výzkumný soubor byl získán na základě dostupnosti, není reprezentativní. Nebylo však cílem zjistit rozložení charakteristik v populaci, ale hledání souvislostí mezi proměnnými, proto považuji tento výběr za postačující pro daný výzkum.

Hlavním cílem bylo ověřit vztah frekvence vybavování snů k vnitřním hranicím a ke kvalitě spánku. DRF byla měřena retrospektivním posouzením participantů, což nezasahuje do běžného spánkového a snového režimu, ale nevýhodou tohoto měření je nadhodnocení nebo naopak podhodnocení zapamatovaných snů. Vztah k vnitřním hranicím byl prokázán, korelace tohoto vztahu je 0,36, což je signifikantní na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ . Tento výsledek odpovídá zahraničním výzkumům, ve kterých se korelační koeficient pohyboval v rozmezí 0,2 – 0,5 (Hartmann, 2011). Tyto hodnoty korelací se však vztahují k původnímu nezkrácenému dotazníku hranic. Výsledek je v souladu s předpokladem Hartmannova konceptu hranic v mysli, který předpokládá, že osoby s tenkými hranicemi si pamatují sny častěji než osoby se silnými hranicemi, protože záleží na síle hranic mezi sněním a bdělým stavem. Vztah vybavování snů ke kvalitě spánku byl prokázán, avšak hodnota korelace není příliš vysoká ( $\rho = 0,15$ ,  $p = 0,05$ ). Dosavadní výzkumy nejsou jednotné ohledně vlivu kvality spánku na počet vybavených snů. Podle Schredla (2009a) může vyšší počet nočních probuzení a tím snížená kvalita spánku zvyšovat počet zapamatovaných snů. Naopak osoby trpící dlouhodobou nespavostí si sny vybavují méně často (Pagel, Shocknesse, 2007). Nutno dodat, že kvalita spánku měřena dotazníkem PSQI nesouvisí jen s počtem nočních probuzení, ale také např. s celkovou dobou spánku, s vlivem spánku na denní činnost a s užíváním léků nebo jiných přípravků na spaní. Pro posouzení vlivu kvality spánku na frekvenci vybavování snů by bylo vhodnější zjišťovat

přímo souvislost počtu vybavených snů s počtem nočních probuzení, nebo s počtem naspaných hodin. Jak se předpokládalo, frekvence vybavování snů souvisí se zájmem o sny, korelace mezi těmito proměnnými je poměrně vysoká,  $\rho = 0,51$ . Zjištění je v souladu se zahraničními výzkumy (Schredl, 2013) a jak již bylo řečeno v teoretické části, měření frekvence vybavování snů pomocí spánkových deníků je zaměřením na sny ovlivněno (Schredl, 2001). Dokreslením vlivu zájmu o sny na počet vybavených snů je zkušenost několika účastníků výzkumu. Při sběru dat několik participantů, kteří vyplnili a již odevzdali dotazníky, ústně sdělilo, že od vyplnění dotazníků si pamatují sny častěji. Zájem o sny je statisticky významně vyšší u žen než u mužů (tab. 8) a může být jedním z důvodů, proč si ženy pamatují sny častěji než muži. Frekvence vybavování snů v tomto výzkumu klesá s věkem ( $\rho = -0,31$ ). Možných příčin může být více, Nielsen (2012) předpokládá vliv zkrácení REM spánku ve vyšším věku, je možná též souvislost se změnami hranic v mysli s rostoucím věkem, ale otázky důvodu vlivu věku na frekvenci vybavování snů překračují rámec tohoto výzkumu a potvrzení této domněnky by bylo nutno ověřit dalšími výzkumy.

Co se týče vlivu pohlaví na vybavování snů, ženy si vybavují sny signifikantně častěji než muži, a to na hladině spolehlivosti  $\alpha = 0,001$  ( $Z = -5,23$ , tab. 6). Tato skutečnost může být způsobena jak zvýšeným zájmem o sny oproti mužům, jak již bylo řečeno, tak kvalitou hranic. Ženy mají signifikantně tenčí hranice než muži, a to na hladině spolehlivosti  $\alpha = 0,001$  ( $t = -3,75$ , tab. 6). Kvalita spánku u žen je nižší než u mužů, avšak méně významně ( $\alpha = 0,05$ ,  $t = -2,07$ , tab. 6). Pro bližší zkoumání vlivu pohlaví na snění by bylo vhodné, aby výzkumný soubor obsahoval přibližně stejné procento zastoupení mužů a žen.

Část výzkumu byla věnována frekvenci nočních můr. 9 % osob z výzkumného souboru uvádí frekvenci nočních můr jedenkrát za dva týdny a častěji a pouze 17 % osob se s noční mûrou nikdy nesetkalo. Procento osob v souboru udávající častý výskyt nočních můr je o něco vyšší v porovnání se zahraničními zdroji uvedenými v teoretické části práce (Schredl, 2010; Robert, Zadra, 2008).

Existuje významná korelace mezi frekvencí vybavování snů a frekvencí nočních můr ( $\rho = 0,43$ ). Čím si jedinec více pamatuje sny, tím s větší pravděpodobností se u něj mohou vyskytnout noční můry. Jiný úhel pohledu může být, že noční můry a sny s negativním obsahem si jedinec má tendenci pamatovat (Schredl, 2013) a to může zvyšovat frekvenci vybavování snů celkově. Byla zjištěna souvislost mezi propustností vnitřních hranic měřenou Dotazníkem hranic osobnosti, korelace  $\rho = 0,21$ , a je signifikantní na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$ . Korelace je tedy nižší než korelace DRF a skóru BPQ. Účastníci výzkumu nebyli dotazováni na současné životní okolnosti a nebylo zjišťováno, jestli nebyli

vystavení nepříznivým nebo nepříjemným a traumatickým situacím, nelze proto vyloučit vliv životních okolností na frekvenci nočních můr. Oproti frekvenci vybavování snů byla zjištěna vyšší souvislost mezi frekvencí nočních můr a kvalitou spánku ( $\rho = 0,21$ ,  $\alpha = 0,01$ ). U tohoto výsledku si kladu otázku, která veličina je příčinou a která důsledkem. Domnívám se, tato souvislost může mít dva hlavní zdroje: noční můry vedou k probuzení a často znesnadňují další usnutí. Osoby, které trpí nočními můrami, mají v důsledku nočních můr zhoršenou kvalitu spánku. Dalším zdrojem mohou být stresující a obtížné životní situace, které mohou způsobovat jak nižší kvalitu spánku, tak výskyt nočních můr. Pro úplnost byla vypočtena pozitivní korelace mezi frekvencí nočních můr a zájmem o sny a negativní korelace s věkem (tab. 5). Vysvětlení lze hledat v silné korelaci frekvence nočních můr s frekvencí vybavování snů obecně. Ve vztahu k pohlaví mají ženy signifikantně více nočních můr než muži na hladině  $\alpha = 0,001$  (tab. 6).

Obsahu snů jsem se věnovala v této práci pouze okrajově, bylo by jistě zajímavé se mu v dalších výzkumech věnovat podrobněji. Zcela jistě poskytují noční můry velký prostor pro jejich další výzkum. Z dalších oblastí, které bych považovala za zajímavé prozkoumat, jsou denní sny a jejich vztah ke snům nočním a případné využití těchto poznatků v terapeutické praxi.

## 8 ZÁVĚRY

Cílem této práce bylo zjistit souvislosti frekvence vybavování snů s hranicemi v mysli a s kvalitou spánku. Tytéž souvislosti jsem zjišťovala u frekvence nočních můr. Kromě toho jsem zkoumala vliv zájmu o sny, vliv věku a pohlaví na frekvenci vybavování snů a frekvenci nočních můr. Dospěla jsem v této práci k následujícím závěrům:

- Frekvence vybavování snů souvisí s propustností hranic v mysli. Čím jsou hranice tenčí, tím je větší pravděpodobnost častějšího pamatování snů.
- Byl prokázán vliv kvality spánku na frekvenci vybavování snů. Snížená kvalita spánku může souviset s větším počtem vybavených snů, avšak síla tohoto vztahu není příliš velká.
- Frekvence vybavování snů je ovlivněna zájmem o sny. Pokud se jedinec o sny zajímá, vybavuje si je častěji.
- Frekvence vybavování snů s přibývajícím věkem klesá.
- Frekvence nočních můr je ovlivněna propustností hranic v mysli. Tenké hranice zvyšují pravděpodobnost výskytu nočních můr a naopak, silné hranice výskyt nočních můr snižují.
- Častější výskyt nočních můr souvisí se sníženou kvalitou spánku.
- Frekvence vybavování snů a frekvence nočních můr spolu pozitivně korelují.
- Ženy si oproti mužům vybavují sny častěji a také častěji než muži mají noční můry.

## SOUHRN

Spánek je spolu s bděním stav vědomí, kterými jedinec prochází v průběhu 24 hodin. Existují dva typy spánku – REM a NREM, které se v průběhu noci střídají. Cirkadiánní rytmy určují střídání bdění a spánku, ale také ovlivňují kolísání hladin vylučování některých hormonů a jiných působků. Individuální nastavení cirkadiánního rytmu určují chronotypy – ranní ptáčata nebo noční ptáci. Somnotyp udává individuální potřebu délky spánku. Tato potřeba je pravděpodobně vrozená.

Poruchou spánku rozumíme změněnou délku či průběh spánku. Tyto poruchy jsou často chronické a mají vysokou prevalenci v populaci. Chronobiologické poruchy spánku se týkají cyklu spánku a bdění. Patří sem zpožděná či předsunutá fáze spánku, intolerance směnného režimu a pásmová nemoc. Nespavost (insomnie) patří mezi nejčastější poruchy spánku. Z etiologického hlediska je primární nebo sekundární (organická). Opakem nespavosti je nadměrná spavost (hypersomnie), kam řadíme narkolepsii, idiopatickou a rekurentní hypersomnii. Parasomnie znamená výskyt nechtěného chování nebo nepříjemných vjemů během spánku. Spánková opilost, somnambulismus, noční děs a syndrom nočního ujídání a upíjení jsou parasomniemi v NREM spánku, zatímco poruchy chování v REM spánku a noční můry jsou vázány na REM spánek.

V průběhu snu dochází k mentální aktivitě, kterou nazýváme sen. Sny probíhají jak v REM spánku, tak v NREM spánku, avšak sny v REM spánku jsou častější, více emocionální a živější. Existují různé teorie snění. Mezi nejznámější patří Freudova teorie vycházející z jeho topografického modelu lidské psychiky. Smysl snu Freud nehledá ve zjevném obsahu snu, tedy v příběhu, který si snící po probuzení pamatuje, ale v latentních snových myšlenkách. Jejich přeměnu zajišťuje snová práce používající zhušťování, přesun, symboly a dramatizaci. Cílem snu je podle Freuda splnění přání.

Podle W. R. Biona probíhá snění ve spánku i v bdění. Zdravý člověk své emocionální zážitky přeměňuje ve smysluplné alfa elementy, které jsou základem snových myšlenek a umožňují snění. Schopnost snít umožňuje rozlišit mezi spánkem a bděním, mezi fantazií a realitou. Pojem alfa a beta elementů použil T. Ogden k vysvětlení nočních děsů a nočních můr.

Se sny také pracoval C. G. Jung. Posuzoval je z hlediska kauzálního, tedy pátral po příčině snu, nebo z hlediska finálního, jaký mají význam. Sny mohou mít podle Junga

kompenzační funkci vzhledem k vědomému prožívání. Výklad snů probíhá na dvou rovinách – na objektové nebo na subjektové úrovni.

Mark Solms přistupoval ke snům z hlediska neurověd. Zmapoval korové i podkorové oblasti, které se účastní vzniku snu. Jeho závěry jsou kompatibilní s Freudovým výkladem snů.

Sny jsou hodnoceny z různých hledisek. Jedním z nich je frekvence vybavování snů (DRF), tedy jak často si jedinec své sny pamatuje. Vykazuje interindividuální i intraindividuální variabilitu a je ovlivněna mnoha faktory. Například ženy si pamatují více snů než muži, četnost vybavených snů je ovlivněna věkem a zájmem o sny. Vzhledem ke kvalitě spánku jsou v jednotlivých studiích výsledky měření DRF nejednoznačné. Výzkumy se též zaměřují na vztah DRF k propustnosti vnitřních hranic nebo k schopnosti absorpce.

Jedním z druhů snů jsou noční můry. Tyto sny jsou typické negativním obsahem s emocionálním doprovodem a předčasným probuzením. Často se vyskytují po prožití traumatu nebo nějaké tíživé situace. Podle názoru některých odborníků mohou pomáhat k vyrovnání se s prožitou situací. Někteří lidé trpí nočními můrami prakticky celý život, aniž by prožili trauma. Podle teorie E. Hartmanna jsou to lidé s tenkými vnitřními hranicemi. Zmíněná teorie předpokládá, že propustnost hranic je jednou z osobnostních charakteristik. Jedná se o hranice percepční, hranice mezi myšlením a cítěním, mezi spánkem, snem a bdělým stavem, hranice vztažené k paměti, tělesné hranice, hranice v mezilidských vztazích, hranice týkající se sexuální identity, hranice týkající se názorů a hodnocení. Hranice mohou být relativně silné, nebo naopak tenké. Hranice se mohou měnit v průběhu vývoje a zrání jedince, avšak v jednotlivých oblastech vykazují určitou konzistenci. K měření hranic vytvořil Hartmann Dotazník hranic (BQ), později byly vytvořeny jeho zkrácené verze, jednou z nich je Dotazník hranic osobnosti (BPQ). Vzhledem ke snění si osoby s tenkými hranicemi pamatují více snů a obsah jejich snů bývá živější a bizarnější. Tito lidé nemají zřetelně oddělen stav bdění a spánku, často se v bdělém stavu zasní, není vždy u nich jasná hranice mezi reálným a fantazijním světem. Mají více nočních můr a lucidních snů oproti osobám se silnými hranicemi. U osob se silnými hranicemi se spíše vyskytují spíše sny recentní, tedy podobné běžnému životu. Frekvence vybavování snů a frekvence nočních můr jsou u nich nižší.

Výzkumná část této práce se týká především zjišťování souvislosti frekvence vybavování snů s kvalitou spánku a s propustností hranic, dále byl zjišťován vztah počtu vybavených snů k pohlaví, věku a k zájmu o sny. Tytéž souvislosti a vztahy byly měřeny

vzhledem k nočním můrám. Jedná se o výzkum kvantitativní. Proveden byl na výzkumném souboru o velikosti 223 osob dospělého věku (18 – 82 let), z toho 160 žen a 63 mužů. Byly použity tři dotazníky: Pittsburský index kvality spánku (PSQI), Dotazník hranic osobnosti (BPQ) a Dotazník týkající se snů. Byla zjištěna pozitivní korelace mezi frekvencí vybavování snů a celkovým skórem dotazníku BPQ ( $\rho = 0,36$ ). Čím má jedinec tenčí hranice, tím více snů si vybavuje. Vybavování snů je též pozitivně ovlivněno zájmem o sny ( $\rho = 0,51$ ). S rostoucím věkem počet vybavených snů klesá ( $\rho = -0,31$ ). Ženy si pamatují více snů než muži ( $Z = 5,19$ ). Souvislost kvality spánku zjištěnou dotazníkem PSQI s počtem vybavených snů je prokázána pouze malá,  $\rho = 0,15$ . Také frekvence nočních můr koreluje s propustností hranic ( $\rho = 0,21$ ). Dále existuje korelace mezi frekvencí nočních můr a frekvencí vybavování snů ( $\rho = 0,43$ ). Frekvence nočních můr pozitivně koreluje s výsledným skórem dotazníku PSQI,  $\rho = 0,21$ , což znamená, že snížená kvalita spánku souvisí s frekvencí nočních můr. Ženy mají více nočních můr než muži ( $Z = 3,93$ ). Ženy také dosáhly oproti mužům signifikantně vyššího skóru v Dotazníku hranic osobnosti ( $t = 3,75$ ), jejich vnitřní hranice jsou tedy slabší než u mužů. Všechna tato zjištění korespondují z dosavadními zahraničními výzkumy.



## POUŽITÉ ZKRATKY

<b>BQ</b>	Boundary questionnaire – Dotazník hranic
<b>BPQ</b>	Boundary Personality Questionnaire - Osobnostní dotazník hranic
<b>CNS</b>	centrální nervová soustava
<b>DRF</b>	Dream recall frequency – Frekvence vybavování snů
<b>DSM-IV-TR</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, Fourth Edition - Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, čtvrté vydání
<b>EEG</b>	elektroencefalogram
<b>GABA</b>	kyselina gama-aminomáselná
<b>ICSD-2</b>	International Classification of Sleep Disorders, Second Edition – Mezinárodní klasifikace spánkových poruch, druhé vydání
<b>MKN-10</b>	Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize
<b>NMSKB</b>	Nemocnice Milosrdných sester Karla Boromejského
<b>NREM</b>	fáze spánku bez rychlých očních pohybů
<b>PSQI</b>	Pittsburgh Sleep Quality Index – Pittsburský index kvality spánku
<b>REM</b>	rapid eye movement – rychlé oční pohyby, fáze spánku
<b>RLS</b>	restless-legs syndrome, syndrom neklidných nohou
<b>SAS</b>	sleep apnoe syndrome, syndrom spánkové apnoe
<b>SumBound</b>	celkový skór dotazníku hranic (BQ)

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. *Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona* (včetně deuterokanonických knih). (1995). Praha: Česká biblická společnost.
2. Brand, S., Beck, J., Kalak, N., Gerber, M., Kirov, R., Pühse, U., ... Holsboer-Trachsler, E. (2011). Dream Recall and Its Relationship to Sleep, Perceived Stress, and Creativity Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 49(5), 525–531. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.04.004.
3. Beaulieu-Prévost, D., & Zadra, A. (2007). Absorption, psychological boundaries and attitude towards dreams as correlates of dream recall: two decades of research seen through a meta-analysis. *Journal Of Sleep Research*, 16(1), 51-59. doi:10.1111/j.1365-2869.2007.00572.
4. Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. Získáno 19. 10. 2013 z <http://www.sleep.pitt.edu/includes/showFile.asp?fltype=doc&flID=1296>.
5. Černoušek, M. (1988). *Sen a snění*. Praha: Horizont.
6. Dieckmann, H. (2004). *Sny jako řeč duše*. Praha: Portál.
7. DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Získáno dne 25. 8. 2013 z <http://www.behavenet.com/apa-diagnostic-classification-dsm-iv-tr#301>.
8. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
9. Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie*. Praha: Portál.
10. Freud, S. (1991). *Vybrané spisy I*. (1 Přednášky k úvodu do psychoanalýzy, 2 Nová řada přednášek k úvodu do psychoanalýzy). Praha: Avicenum.
11. Freud, S. (1994). *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna.
12. Hartmann, E. (1998). *Dreams and Nightmares: The New Theory on the Meaning of Dreams*. New York: Plenum Press.
13. Hartmann, E. (2011). *Boundaries: a new way to look at the world*. Summerland: CIRCC EverPress.
14. Hartmann, E., & Kunzendorf, R., G. (2006 – 2007). Boundaries at dreams. *Imagination, Cognition and Personality*, 26, 101 – 115.
15. Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod*. Praha: Portál.

16. Jacobi, J. (2013). *Psychologie C. G. Junga*. Praha: Portál.
17. Jung., C. G. (1996). *Výbor z díla I*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
18. Kráčmarová, L. (2012). *Vybavování snů ve vztahu k některým osobnostním proměnným*. Nepublikovaná diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.
19. Kulišťák, P. (2011). *Neuropsychologie* (druhé, přepracované vydání). Praha: Portál.
20. Kunzendorf, R. G., Hartmann, E., Cohen, R., & Cutler, J. (1997). Bizarreness of the dreams and daydreams reported by individuals with thin and thick boundaries. *Dreaming*, 7(4), 265-271. doi: 10.1037/h0094482.
21. Lancee, J., & Schrijnemaekers, N., C. (2013). The association between nightmares and daily distress. *Sleep & Biological Rhythms*, 11(1), 14 - 19. doi: 10.1111/j.1479-8425.2012.00586.x.
22. Mitchell, S., A., & Blacková, M., J. (1999). *Freud a po Freudovi*. Praha: Tritton.
23. MKN-10. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. (aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2013). Získáno dne 4. 8. 2013 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
24. Nevšimalová, S. (2007). Nadměrná denní spavost. In Nevšimalová, S., Šonka, K., et al. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Galén.
25. Nielsen, T. (2012). Variation in dream recall frequency and dream theme diversity by age and sex [abstract]. *Frontiers in Neurology*, 3.
26. Novák, V., & Kunčíková, M. (2011). Nadměrná spavost a její léčba. *Neurologie pro praxi*, 12(2), 114 – 119.
27. Ogden, T. H. (2004a). On holding and containing, being and dreaming. *International Journal Of Psychoanalysis*, 85(6), 1349 – 1364.
28. Ogden, T. H. (2004b). This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries. *International Journal Of Psychoanalysis*, 85(4), 857 - 877.
29. Ogden, T., H. (2007) On talking-as-dreaming. *International Journal Of Psychoanalysis*, 88(3), 575 - 579. doi: 10.1516/PU23-5627-04K0-7502.
30. Orel, M., & Facová, V. (2009). Když bdíme a když spíme. In Orel, M., & Facová, V. (Ed.). *Člověk, mozek a jeho svět* (99 – 106). Praha: Grada.
31. Pagel, J., F., & Shocknesse, S., (2007). Dreaming and Insomnia: Polysomnographic Correlates of Reported Dream Recall Frequency. *Dreaming*, 17(3), 140–151. doi: 10.1037/1053-0797.17.3.140.
32. Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada.
33. Plháková, A. (2010). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
34. Plháková, A. (2013). *Spánek a snění*. Praha: Portál.

35. Polster, E., & Polster, M. (2000). *Integrovaná gestalt terapie*. Boskovice: Nakladatelství Albert.
36. Pretl, M. (2007). Spánek a jeho nejčastější poruchy. *Psychiatrie pro praxi* 3, 126 – 128.
37. Pretl, M., & Příhodová, I. (2007). Insomnie. In Nevšimalová, S., Šonka, K., et al. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Galén.
38. Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *E-psychologie* [online]. 3(3), 34-45. Získáno dne 13. 8. 2013 z www: <<http://e-psycholog.eu/pdf/prochazka.pdf>>. ISSN 1802-8853.
39. Reiterová, E. (2004). *Statistické metody pro studenty kombinovaného studia psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
40. Reiterová, E. (2008). *Psychometrie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
41. Robert, G., & Zadra, A., (2008). Measuring nightmare and bad dream frequency: impact of retrospective and prospective instruments, *Journal Of Sleep Research*, 17(2), 132-139. doi: 10.1111/j.1365-2869.2008.00649.x.
42. Roberts, J. J., Lennings, C., & Heard, R. (2009). Nightmares, Life Stress, and Anxiety: An Examination of Tension Reduction. *Dreaming*, 19(1), 17-29. doi: 10.1037/a0014787.
43. Sedláček, J. (2003). Biorytmy. In Trojan, S. (Ed.), *Lékařská fyziologie* (659 – 661). Praha: Grada.
44. Sedláček, J., & Mareš, J. (2003). Funkční stavy CNS a bioelektrická aktivita. In Trojan, S. (Ed.), *Lékařská fyziologie* (665 – 676). Praha: Grada.
45. Schredl, M. (2001). Traumerinnerung: Modelle und empirische Untersuchungen. Unpublished thesis, Unpublished thesis, University of Mannheim.  
Získáno dne 7. 9. 2013 z <http://www.rzuser.uni-heidelberg.de/~ly8%2Fvorlesung%2FTraumerinnerung.pdf&ei=FAArUoD6DI3VsgbP-oCIAg&usg=AFQjCNHoYTjTBmGuoNqT6LQIM9w5PzSA1Q>.
46. Schredl, M., (2009a). Dreams with patients with sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 13(3), 215 – 221, doi: 10.1016/j.smr.2008.06.002.
47. Schredl, M., (2009b). Effect of Daytime Mood: The Effects of Gender and Personality. *Sleep and Hypnosis*, 11(2), 51 – 57.
48. Schredl, M. (2010). Nightmare frequency and nightmare topics in a representative German sample. *European Archives Of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 260(8), 565-570. doi: 10.1007/s00406-010-0112-3.

49. Schredl, M. (2013). Positive and Negative Attitudes Towards Dreaming: A Representative Study. *Dreaming*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0032477.
50. Schredl, M., Beaton, A., A., Henley-Einion, J., & Blagrove, M., (2013). Handedness and Dream-Recall Frequency. *Dreaming*, 23(2), 156 – 162. doi: 10.1037/a0032210.
51. Schredl, M., Bocklage, A., Engelhardt, J., & Mingeback, T. (2009). Psychological Boundaries, Dream Recall, and Nightmare Frequency: A New Boundary Personality Questionnaire (BPQ). *International Journal of Dream Research* 1(2), s. 12-19.
- Získáno dne 25. 8. 2013 z [http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/ojs/index.php/IJoDR/article/view/162/130\\_Psychological%20Boundaries](http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/ojs/index.php/IJoDR/article/view/162/130_Psychological%20Boundaries).
52. Schredl, M., & Fulda, S. (2005). Reliability and Stability of Dream Recall Frequency. *Dreaming*, 15(4), 240 – 244. doi: 10.1037/1053-0797.15.4.240.
53. Schredl, M., & Reinhard, I. (2008). Gender differences in dream recall: a meta-analysis. *Journal of Sleep Research*, 17(2), 125–131. doi: 10.1111/j.1365-2869.2008.00626.x.
54. Schulz, M., Pollmächer, T., & Zulley, J., (1990). Schlaf und Traum. In: Hierholzer, P., (ed.). *Pathophysiologie des Menschen*. Weinheim: VCH, 22.1 – 22.25. Získáno dne 7. 9. 2013 z <http://epub.uni-regensburg.de/20173/1/ubr07684.pdf>.
55. Smolík, P., Pretl, M., Konštacký, S., & Skála, B. (2007). *Diagnostické a terapeutické postupy při insomniích*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČSL JEP.
56. Stigler, M., & Pokorný, D. (2008). Hledání čerstvých stop. Aktivace primárního procesu jako účinný faktor imaginace. In Bürgi-Kraus, M., Kottje-Birnbacherová, L., Reichmannová, I., & Wilke, E., eds. *Vývoj v imaginaci – imaginativní vývoj*, 275 – 289. Háj ve Slezsku: MAJ.
57. Solms, M. (1999). Zur Integration von Psychoanalyse und Neurowissenschaften Teil 2: Die Syndromanalyse psychischer Funktionen. *Forum Der Psychoanalyse*, 15(1), 58 - 70. doi: 10.1007/s004510050036.
58. Šonka, K. (2010). Neurologická onemocnění. In Vlček, J., Fialová, D. (Ed.), *Klinická farmacie* (229 – 293). Praha: Grada.
59. Šonka, K., Jakoubková, M., & Paul, K. (2007). Vyšetřování poruch spánku a bdění. In Nevšimalová, S., Šonka, K., et al. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Galén.
60. Šonka, K., Nevšimalová, S., & Paul, K. (2007). Fyziologie spánku. In Nevšimalová, S., Šonka, K., et al. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Galén.
61. Vokurka, M., & Hugo, J. (1994). *Praktický slovník medicíny* (druhé vydání). Praha: Maxdorf.

62. Wittmann, L., Zehnder, D., Schredl, M., Jenni, O., G., & Landolt, M., A. (2010). Posttraumatic Nightmares and Psychopathology in Children After Road Traffic Accidents. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 232 – 239. doi: 10.1002/jts.20514.

# Přílohy

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha 2: Abstrakt diplomové práce v českém a v anglickém jazyce

Příloha 3: Průvodní dopis

Příloha 4: Pittsburský index kvality spánku (PSQI)

Příloha 5: Dotazník hranic osobnosti (BPQ)

Příloha 6: Dotazník týkající se snů



# Příloha 1: FORMULÁŘ ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Palackého v Olomouci

Studijní program: Psychologie

Filozofická fakulta

Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

Akademický rok: 2012/2013

Forma: Kombinovaná

## Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	OSOBNÍ ČÍSLO	ADRESA
Mgr. ŠÍDLOVÁ Vladimíra	F11294	Skočice 30, Skočice

TÉMA ČESKY: Vybavování snů ve vztahu ke kvalitě spánku a vnitřním hranicím

NÁZEV ANGLICKY: Dream recall in relationship to sleep quality and inner boundaries

VEDOUcí PRÁCE: Prof. PhDr. Alena Plháková, CSc. - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium relevantní literatury
2. Vypracování teoretické části práce, porovnání jednotlivých teorií snění, zaměření se na noční můry, vnitřní hranice
3. Vytvoření plánu výzkumu, hypotéz
4. Metoda: Dotazník hranic osobnosti, Dotazník Pittsburghské university o kvalitě spánku, Dotazník schopnosti zapamatovat si sen
5. Sběr dat, jejich zpracování a interpretace
6. Vlastní zpracování bakalářské práce

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY: Dieckmann, H. (2010). Sný jako řeč duše. Praha: Portál. Fonagy, P., Target, M. (2005). Psychoanalytické teorie. Praha: Portál. Freud, S. (1994). Výklad snů. Pelhřimov: Nová tiskárna. Hartmann, E. (2011). Boundaries: A New Way to Look at the World. Summerland: CIRCC EverPress. Jung, C. G. (1996). Výbor z díla I. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka. Plháková, A. (2004). Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia. Thoma, H., Kachele, H. (1993). Psychoanalytická praxe. Hradec Králové: MACH.

Podpis studenta:..... Podpis vedoucího práce:.....

Datum:

Datum:

(c) IS/STAG , Portál - Podklad kvalifikační práce , F11294 , 11.12.2012 22:10

## **Příloha 2:**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vybavování snů ve vztahu k vnitřním hranicím a kvalitě spánku

**Autor práce:** Mgr. Vladimíra Šídlová

**Vedoucí práce:** prof. PhDr. Alena Plháková, CSc.

**Počet stran a znaků:** 70 stran, 114 791 znaků

**Počet příloh:** 6

**Počet použité literatury:** 62

#### **Abstrakt:**

Sen je mentální aktivita probíhající ve spánku. Jednou z možností zkoumání snů je frekvence vybavování snů. Cílem této práce bylo zjistit pomocí kvantitativních metod vztah frekvence vybavování snů k některým osobnostním charakteristikám. Výzkumu se zúčastnilo 223 dospělých osob. Použity byly dotazníky: Pittsburský index kvality spánku, Dotazník hranic osobnosti a Dotazník týkající se snů. Korelační analýzou byl prokázán vztah mezi frekvencí vybavování snů a propustností vnitřních hranic, zájmem o sny a věkem. Byla též nalezena souvislost mezi vybavováním snů a kvalitou spánku. Byl zjištěn vliv pohlaví, ženy si vybavují sny častěji než muži. Specifickým snem je noční můra, typická negativním obsahem a předčasným probuzením. Byla zjištěna korelace mezi frekvencí nočních můr a propustností vnitřních hranic, frekvencí vybavování snů a kvalitou spánku. Dále byla nalezena souvislost frekvence nočních můr s věkem a s pohlavím.

**Klíčová slova:** spánek, sen, noční můra, frekvence vybavování snů, vnitřní hranice

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Dream recall in relationship to sleep quality and inner boundaries

**Author:** Mgr. Vladimíra Šídlová

**Supervisor:** prof. PhDr. Alena Plháková, CSc.

**Number of pages and characters:** 70 pages, 114 791 characters

**Number of appendices:** 6

**Number of references:** 62

### **Abstract:**

The dream is a mental activity which is proceeding while somebody is sleeping. One of the research options is the dream recall frequency. The aim of this work is to find out the relation of the dream recall frequency to some personal characteristics, using the quantitative research. 223 adults got involved in the research. Several types of questionnaires were used, such as: Pittsburgh Sleep Quality Index, Boundary Personality Questionnaire and Questionnaire of Dreams. It was demonstrated by the correlational analysis that there is a relationship between dream recall frequency and the permeability of inner boundaries, the interest in dreams and the age. It was also found a relationship between a quality of sleep and the dream recall. It was also demonstrated that women recall dreams statistically significantly more often than men. The specific type of dream is a nightmare – it is typical with its negative content and with the retirement awakening. There was found a correlation between the frequency of nightmares and the permeability of inner boundaries, the dream recall frequency and the quality of sleep. Moreover, there was found a relation of the frequency of nightmares with the age and sex.

**Key words:** sleep, dream, nightmare, dream recall frequency, inner boundaries

### **Příloha 3: PRŮVODNÍ DOPIS**

Dobrý den,

prosím o spolupráci při výzkumu spánku a snění, který bude součástí mé bakalářské práce na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého.

Jedná se o vyplnění tří dotazníků týkajících se spánku, snění a možných souvislostí.

Dotazníky jsou anonymní. Vyplňte prosím všechny položky.

V případě nejasností týkajících se výzkumu a dotazníků ráda zodpovím Vaše dotazy.

Děkuji za Váš čas strávený vyplněním dotazníků.

Mgr. Vladimíra Šídlová

**Přílohy 4, 5, 6: Plné znění psychodiagnostických metod je u uvedeno  
v tištěné verzi bakalářské diplomové práce**