

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VLIV TECHNIK PRO ROZVOJ VŠÍMAVOSTI NA ALEXITHYMII A ÚZKOST

THE INFLUENCE OF TECHNIQUES FOR THE
DEVELOPMENT OF MINDFULNESS ON ALEXITHYMIA
AND ANXIETY



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Tereza Čerstvá**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc

2021

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala několika osobám, které velkým dílem přispěly k tomu, že jsem se dostala až na samotný konec studia a k napsání diplomové práce. Na první místě bych chtěla poděkovat svým rodičům, kteří mě celou dobu studia velmi podporovali a stáli při mně i v náročných situacích, které občas studium na vysoké škole přináší. Díky nim si mohu plnit svůj sen studovat psychologii a dál se v tomto oboru rozvíjet. Děkuji vám, že jste to se mnou zvládli až sem.

Ráda bych poděkovala i ostatním členům rodiny, hlavně své švagrové, která mi kromě psychické podpory pomáhala i s technickými obtížemi při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat svému partnerovi, který mě podporuje od začátku mého studia a bez kterého bych se nedostala až tam, kde jsem. Na závěr bych chtěla poděkovat všem vyučujícím, kteří mi ochotně poskytovali odborné rady a předávali cenné zkušenosti. Především bych chtěla poděkovat vedoucímu své práce, panu doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D., za vstřícnost, trpělivost a rady při přípravě práce. Také děkuji našim respondentům, kteří se ochotně do našeho výzkumu zapojili a bez kterých by tato práce nevznikla.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Vliv technik pro rozvoj všímavosti na alexithymii a úzkost“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Všímavost.....	7
1.1 Vymezení konceptu všímavosti.....	7
1.2 Historie konceptu všímavosti	8
1.3 Abhidhamma	9
1.4 Koncept všímavosti na Západě.....	10
1.5 Aspekty všímavosti	10
1.5.1 Přítomný okamžik	11
1.5.2 Přijetí	11
1.5.3 Trpělivost.....	12
1.5.4 Otevřený postoj	12
1.5.5 Nehodnocení.....	12
1.5.6 Neusilování.....	13
1.5.7 Důvěra	13
1.5.8 Nechávání být.....	13
2 Všímavost ve vztahu k duševnímu zdraví.....	14
2.1 Terapeutické přístupy založené na všímavosti	14
2.1.1 Program snižování stresu pomocí všímavosti	15
2.1.2 Na všímavosti založená kognitivní terapie.....	15
2.1.3 Dialektická-behaviorální terapie	16
2.1.4 Terapie přijetí a angažovanosti.....	16
3 Výzkumy všímavosti	17
3.1 Neurální koreláty všímavosti.....	18
4 Alexithymie	21
4.1 Vymezení pojmu	21
4.2 Charakteristiky alexithymie.....	22
4.3 Etiologie	24
4.3.1 Psychodynamický a psychoanalytický model vzniku	24
4.3.2 Neurobiologický model vzniku	25
4.3.3 Sociokulturní model vzniku	27
4.4 Typologie.....	27
4.4.1 Alexithymie primární a sekundární.....	30
4.5 Alexithymická osobnost	30
4.6 Měření alexithymie.....	31
4.7 Prevalence a léčba	33
5 Úzkost.....	35
5.1 Vymezení pojmu	35

5.2	Charakteristika a projevy úzkosti	36
5.3	Mechanismus úzkosti	37
5.3.1	Sympatikus a parasympatikus	38
5.4	Etiologie a modely úzkosti	39
5.4.1	Psychoanalytické pojetí	40
5.4.2	Behaviorální pojetí	41
5.4.3	Kognitivní pojetí.....	41
5.5	Úzkostné poruchy a jejich charakteristika.....	42
5.5.1	Léčba úzkostných poruch.....	44
6	Všímavost ve vztahu s alexithymií a úzkostí.....	46
6.1	Všímavost a alexithymie	46
6.2	Všímavost a úzkost.....	48
7	Oblast výzkumu a výzkumný problém	51
7.1.	Výzkumný problém	51
7.2.	Cíle výzkumu.....	53
7.3.	Formulace hypotéz ke statistickému zpracování.....	53
8	Teoretický rámec výzkumu	55
8.1.	Organizace a průběh výzkumu	55
8.2.	Zvolený typ výzkumu a metody získávání dat	57
8.2.1	Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).....	58
8.2.2	The State-Trait Anxiety Invenotry (STAI).....	59
8.3.	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	60
8.4.	Metody zpracování a analýzy dat	61
8.5.	Zkoumaný soubor	62
9	Výsledky výzkumu	66
9.1.	Výsledky dotazníku TAS-20	66
9.2.	Výsledky dotazníku STAI	70
9.3.	Ověřování hypotéz.....	72
10	DISKUZE.....	73
11	ZÁVĚR.....	81
12	SOUHRN.....	82
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	85
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Rozvoj všímavosti je oblast, která mě baví a inspiruje již několik let. Ve chvíli, kdy jsem začala cvičit jógu, mi došlo, jak málo si uvědomuji věci, které se dějí právě tady a teď. Některé věci jsem vykonávala automaticky, aniž bych si uvědomovala to, čemu se právě věnuji. Z toho důvodu jsem se rozhodla, že se chci postupně učit být více v přítomnosti, soustředit se na věci, které v danou chvíli dělám, a vědomě je prožívat.

V mé bakalářské práci jsem se zabývala vlivem jógy na všímavost a mohla si tak rozšířit informace o tom, jak se všímavostí lépe pracovat a jak se jí postupně učit. Když jsem proto vybírala téma diplomové práce, věděla jsem, že se chci opět všímavostí zabývat. Tentokrát jsem však chtěla s všímavostí více pracovat a získané informace a zkušenosti někomu předat dál.

Dnešní doba, která s sebou přinesla epidemii koronaviru a s ní spojenou psychickou zátěž na společnost, mě donutila přemýšlet o tom, jak by mohl rozvoj všímavosti lidem v této době pomoci. Z výzkumů jsem zjistila, jaké benefity rozvoj všímavosti může jedinci přinést, a proto jsem spojila síly se svým kolegou a rozhodla se zkoumat, zda mohou techniky pro rozvoj všímavosti ovlivnit míru alexithymie a úzkosti.

Cílem mé práce je tedy zjistit, zda techniky pro rozvoj všímavosti, které budou respondenti s naší pomocí po dobu osmi týdnů praktikovat, mohou snížit jejich míru alexithymie a úzkosti oproti kontrolní skupině, která se rozvojem všímavosti zabývat nebude.

V rámci teoretické části práce se budu zabývat konceptem všímavosti. Jeho popis jsem převzala z bakalářské práce a nyní jej ještě rozšířím. Následně podrobně představím alexithymii a úzkost. V praktické části se pak budu zabývat samotným výzkumem a jeho výsledky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VŠÍMAVOST

V této části se budeme věnovat konceptu všímavosti. Nejdříve si představíme historii, dále se budeme věnovat jednotlivým aspektům všímavosti, terapii pomocí všímavosti a v poslední části si představíme některé výzkumy, které byly na toto téma provedeny.

1.1 Vymezení konceptu všímavosti

Všímavost představuje způsob, jak být bdělí, uvědomovat si všechno, co se děje kolem nás, a plně se soustředit na přítomný okamžik (Brown, & Ryan, 2003). Kabat-Zinn (2003, 145) definuje všímavost jako „uvědomování si, jež vyvstává prostřednictvím úmyslného soustředění pozornosti v přítomném okamžiku a bez posuzování na zkušenost odhalující se okamžik za okamžikem.“

Pojem „všímavost“ je překladem anglického slova „mindfulness“, které poprvé použil britský překladatel T. W. Rhys Davides v roce 1921 (Siegel, Gremer, & Olendzki, 2009). Tento termín je anglický překlad slova „sati“, pocházející z jazyka „páli“, který byl jazykem buddhistické filozofie před 2500 lety, kde koncept všímavosti vznikl a byl důležitým nástrojem původních léčebných systémů (Katz, 2014).

V češtině můžeme narazit i na jiné překlady jako „bdělá pozornost“ nebo „uvědomování“. Pojem úzce souvisí s přítomným okamžikem, jehož cílem je orientovat se na přítomnost a vědomě prožívat, co se děje teď a tady (Williams, Penman, Segal, & Kabat-Zinn, 2014).

Kabat-Zinn (2003, 144) říká, že: „všímavost je uvědomování si, které vyvstává záměrným, nehodnotícím zaměřením pozornosti v přítomné chvíli na odvíjející se zkušenost okamžik za okamžikem.“ Koncept všímavosti se tedy zaměřuje spíše na zvýšené vědomí během probíhající zkušenosti.

Frýba (1996) ve své práci uvádí, že v důsledku všímavosti si dokážeme pamatovat prožívané psychické jevy. Tyto prožívané jevy lze zařadit do jedné z kategorií, kterými jsou: 1. tělesné procesy, 2. cítění, 3. stavy mysli nebo 4. předměty mysli. K pochopení konceptu všímavosti je proto nutné pochopit, jaký je rozdíl mezi psychickými jevy a jaký mají vliv na člověka.

To, co aktuálně prožíváme a vnímáme, je konkrétním obsahem myšlenek či našich představ. Všímavost nepracuje s těmito konkrétními představami, ale pouze se samotným procesem myšlení a představování (Brown et al., 2004). Jinými slovy, všímavost funguje vždy „nad“ konkrétními obsahy našich myšlenek (Hájek, 2002). Pokud tedy budeme myslet například na film, který jsme nedávno viděli, jde o vzpomínání. Jestliže si ale uvědomíme, že vzpomínáme, jedná se o všímavost.

1.2 Historie konceptu všímavosti

Všímavost je klíčovým konceptem tradiční buddhistické psychologie, který dodnes můžeme nalézt v psychologickém systému abhidhamma, který je rozvíjen již více než 2500 let (Benda, 2007). Abychom lépe porozuměli konceptu všímavosti, nejprve se stručně seznámíme s tradičním učením Buddha a systémem abhidhamma, který je hlavním pilířem všímavosti.

Buddhismus byl založen v severní Indii Siddharthou Gautamou (Siddhatthó v překladu znamená „Ten, jenž dosáhl svého cíle“), který byl později nazýván Buddha. Ve 29 letech opustil palác, aby hledal příčiny všude se objevujícího lidského utrpení a našel prostředky k jejich odhalení. Toužil dosáhnout opravdového poznání a zřekl se tak opravdového světa a oddal se askezi. Po cestě usedl pod strom na břehu řeky Gáji a oddal se meditaci. Během meditace prožíval extatické stavy očistění od světa, které se neustále stupňovaly, až nakonec došel k osvícení. Dosáhl tak vnitřního klidu, volnosti, rovnováhy a v tu chvíli se z Gautamy stal Buddha, tedy osvícený (Chödzin, 2017).

Příštích sedm dní seděl Buddha stále pod stromem (později dali buddhisté tomuto stromu jméno „Strom osvícení“) s nohama zkříženými do lotosového květu a oddával se meditaci, během které si užíval vysvobození z koloběhu reinkarnace. Během meditace si Buddha začínal uvědomovat, že bude velmi těžké přesvědčit lid o tom, že jeho učení je správné. Lidská touha bývá velmi silná, a ne všichni lidé se budou chtít dobrovolně vzdát touhy po světských radostech. Buddha se přesto rozhodl své učení šířit a nazval ho Dhamma, což znamená „nosný princip“ či „pravda“. Své introspektivní zkušenosti a empirické zážitky formuloval do psychologického systému Abhidhamma, tedy do „nauky nesené Dhammou“ (Frýba, 1991).

1.3 Abhidhamma

Abhidhammu můžeme chápat jako konkrétní fenomén, který je přístupný našemu prožívání a poznání. Od ostatních teorií se liší tím, že to není pouze hypotetický konstrukt, ale analýza lidské psychiky vycházející ze systematické introspekce jednotlivce. Vychází z toho, že vidíme, slyšíme, čicháme, hmatáme a chutnáme a díky těmto vjemům jsme schopni jednotlivé modalities zpracovávat a dávat je do vztahů. Každý jednotlivý prožitek jsme schopni posuzovat neutrálně, příjemně nebo nepříjemně (Frýba, 1991).

Koutný (2010) uvádí, že „Abhidhamma se zaměřuje na naši prožitkovou každodenní zkušenost.“ Hlavním předpokladem praktikování Abhidhammy je odhodlání vést šťastný život. Tato Buddhova metoda se z počátku šířila pouze ústně. Mniši se učili základní texty a poučky, aby je mohli denně recitovat. Ve 3. století došlo ke změně a texty byly přepsány do buddhistického kánonu „Tipitaka“. V tomto Buddhově textu pak můžeme nalézt první zmínky o konceptu všímavosti. Později byl tento koncept podrobně rozpracován Buddhovými žáky a následovníky (Frýba, 1993).

V buddhistickém učení je všímavost považována za jeden ze základních prostředků vedoucích k odstranění lidského utrpení. Zájem o determinanty utrpení činí směr buddhismu velmi blízký klinické psychologii či psychoterapii. Oba systémy se snaží pochopit a léčit lidské těžkosti a postupují podobně. Jako první přichází identifikace problému a uvědomění si jej, pak se zjišťuje příčina a etiologie problému, dále navrhuje prognózu a jako poslední předepisují léčbu (Katz, 2014). Tyto kroky se v buddhismu nazývají čtyři vznešené pravdy a činí tak základní kámen celé buddhistické filozofie.

Podle buddhistického učení není možné, abychom k předmětu vnímání dávali podnět ze svého minulého nebo budoucího bytí. Podnět, který zapříčiní naše vnímání, je dán vždy jedině přítomným okamžikem (Miltner, 2001). Všímavost je tedy uvědomění, které vzniká, pokud budeme záměrně věnovat pozornost věcem, takovým, jaké jsou, a to bez hodnocení. Být všímaví znamená odložit posuzování a hodnocení věcí, přijmout přítomný okamžik a soustředit se pouze na naše bytí (Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2018).

1.4 Koncept všímavosti na Západě

Koncept všímavosti u většiny současných autorů vychází z východních tradic a psychologie abhidhammy. Ovšem i v západní psychologii se můžeme setkat s koncepcemi, které koncept všímavosti zahrnují (Benda, 2007).

Již Freud ve Výkladu snů (2003) uvádí, že při své psychoanalytické práci vyzoroval, že psychický stav člověka, který pozoruje své psychické pochody, se liší od toho, který je nepozoruje.

Teprve v šedesátých a sedmdesátých letech 20. století se východní učení začalo prakticky používat i na Západě. V letech 1972-1973 zavedl do Československa prvky všímavosti indický lékař dr. Bhole. Další, kdo se zasloužil o šíření východních principů na Západ, byl i český psycholog Mirko Frýba, který v roce 1967 odjel jako student psychologie do Indie studovat jógu a meditaci. Následně v sedmdesátých a osmdesátých letech implikoval postupy meditace do terapie zaměřené na klienta a vytvořil tak psychoterapeutickou metodu, která využívala všímavost a další principy z Buddhova učení (Frýba, 2008).

Později se všímavost pod vedením amerického psychoterapeuta Jona Kabata-Zinna začala využívat v léčbě zdravotních potíží. Ten v roce 1979 se svými kolegy na Univerzitě v Massachusetts vytvořil první program, který za pomoci všímavosti vedl ke zmírnění stresu (Šlepecký, Praško, Kotianová, & Vyskočilová, 2018).

1.5 Aspekty všímavosti

Existuje několik samostatných pojetí všímavosti, které zahrnují několik komponent (aspektů všímavosti). Jednosložkové pojetí všímavosti definuje všímavost jako zvýšené uvědomování si přítomnosti. Brown et al. (2003) zastávají pouze jednosložkové pojetí, tedy uvědomování si všeho, co prožíváme. Z toho důvodu považují za zbytečné, definovat více složek.

Velká část autorů, kteří se konceptu všímavosti věnují, se přiklání ke dvousložkovému pojetí, které definuje všímavost jako uvědomování/pozornost a postoj přijetí. Postoj přijetí je explicitně zdůrazňován, protože právě ten je velmi důležitý pro jeho terapeutický efekt (Cardaciotto et al., 2008). Dvousložkové modely všímavosti jsou nejčastější, ale existují i modely vícesložkové, které se skládají z komponentů pozornosti,

postoje a záměru. Shapirová, Carlsonová, Astin, & Freedman (2006) se domnívají, že všímavost ovlivňuje i záměr nebo motivace, proč člověk činí určité věci. Autoři, kteří se všímavostí zabývají, považují za důležité různé aspekty, které všímavost utváří. V následujících řádcích vysvětlíme některé aspekty, které Kabat-Zinn, & Válek (2016) ve své publikaci uvádí jako důležité.

1.5.1 Přítomný okamžik

Klíčovým aspektem všímavosti je přítomný okamžik. Hayes, Follette, & Linehan (2004) ve své publikaci uvádí, že všímavost je spojená s přítomným okamžikem, a tedy myšlenky a pocity člověk nehodnotí, ale pouze je přijímá.

Přítomnost je to, co se aktuálně odehrává, a nemusíme se tedy znepokojovat věcmi, které se staly v minulosti, nebo ještě nenastaly. Důležité je to, co se děje teď a tady a jak to v danou chvíli prožíváme. Techniku „tady a teď“ si osvojili mnohé terapeutické přístupy, jako například gestalt terapie, či terapie zaměřená na tělo (Kabat-Zinn, & Válek, 2016).

Naše mysl je neustále zaměřená na to, co všechno musíme zvládnout a stihnout, nebo se zaměřuje na věci, které se již staly v minulosti, a přítomný okamžik je pak těmito myšlenkami zastíněn. Prožívání přítomnosti se lze naučit pomocí pozorování dechu. Vědomé dýchání dokáže vrátit roztěkanou mysl zpátky k nám a našemu tělu (Rossbach, 2014).

Kabat-Zinn (2003) ve své publikaci uvádí sedm základních postojevých faktorů, které jsou pilířem konceptu všímavosti. Patří mezi ně: přijetí, trpělivost, otevřený postoj, nehodnocení, neusilování, důvěra a nechávání být. Během praktikování všímavosti je důležité tyto postoje rozvíjet. Nejsou na sobě závislé a tím, že se naučíme jednomu, se později můžeme naučit i ostatním.

1.5.2 Přijetí

Pro nácvik všímavosti je dalším důležitým aspektem změnit vztah k našim intrapsychickým prožitkům namísto jejich změny (Hayes et al., 2004). Znamená to přijmout věci takové, jaké jsou, aniž bychom se je pokoušeli změnit nebo odstranit. Ovšem neznamená to, abychom zaujali pasivní postoj, ale pouze mít ochotu vidět věci, tak jak jsou (Šlepecký et al., 2018). Přijetí většinou přijde až po fázi odmítání nebo hněvu a v jeho

důsledku nám pak tento postoj přijetí umožní chovat se přiměřeně, ať se děje cokoliv (Kabat-Zinn, & Válek, 2016).

1.5.3 Trpělivost

Kabat-Zinn a Válek (2016) ve své knize uvádí, že trpělivost je druh moudrosti. Při cvičení všímavosti jsme trpělivi vůči naší mysli, která je zvyklá zaměřovat se na budoucnost a hodnotit věci. Být trpělivý znamená soustředit se plně na mysl a neulpívat k okamžitému řešení, ale umět poskytnout prostor pro všechny pocity, které přicházejí.

1.5.4 Otevřený postoj

Dalším aspektem všímavosti, který Kabat-Zinn (2016) uvádí jako klíčový, je otevřený postoj, někdy označován jako „mysl začátečníka“. Pokud budeme svět hodnotit na základě předešlých zkušeností a očekávání, nemůžeme zažít přítomný okamžik. Myslet jako začátečník, znamená ochotu vidět věci, jako bychom je viděli poprvé, protože jediné tak nebudeme ovlivněni minulou zkušeností. Kabat-Zinn (2016, 184) říká, že: „Žádné dva okamžiky nejsou stejné.“ Jedinečnost okamžiku je tedy důležitým aspektem k naučení se všímavosti.

1.5.5 Nehodnocení

Pokud se odpoutáme od hodnocení věcí kolem nás, uvidíme je pouze takové, jaké jsou. Pokud se stejně přistihneme, že věci hodnotíme, stačí si jen uvědomit, že to děláme. Nehodnocení se vztahuje nejen k našemu okolí, ale i k našim pocitům, myšlenkám, názorům i představám. V léčbě pomocí všímavosti se klienti učí nehodnotit svoje pocity, ale pouze je přijímat, jak přicházejí (Šlepecký et al., 2018).

Naše mysl kategorizuje a neustále hodnotí věci jako dobré, špatné nebo příjemné, nepříjemné a funguje tedy jako filtr, který nám brání uvědomit si přítomnou chvíli. Naše mysl ale vytváří tolik soudů, že není možné mít nad všemi kontrolu a zastavit je. V praxi to spíše znamená uvědomit si proud těchto soudů, aniž bychom na ně nějakým způsobem reagovali (Leary, Tate, Astin, & Freedman, 2007).

1.5.6 Neusilování

Neusilování znamená nesnažit se někam dostat nebo něco získat jako v běžném životě. Během meditace či jógy má člověk jediný cíl, a to být pouze sám sebou. Může to znamenat i snášet nepříjemné pocity a myšlenky, které se vynořují a nereagovat na ně (Kabat-Zinn, 2003).

1.5.7 Důvěra

Nezbytným postojem při praktikování všímavosti je důvěra ve vlastní bytí. Abychom mohli důvěřovat i lidem kolem nás a vidět v nich to dobré, musíme věřit v sebe a ve vlastní schopnosti (Šlepecký et al., 2018). Tento postoj je velmi důležitým aspektem při praktikování jógy. Při cvičení důvěřujeme našemu tělu, které nás v pozicích vede a důvěra v naše schopnosti nám ukáže, kde jsou naše limity, abychom si neubližili (Kabat-Zinn, 2003).

1.5.8 Nechávání být

Posledním aspektem při praktikování všímavosti je umět „nechat věci být“. Znamená to nechat naše prožitky takové, jaké jsou, a nijak je nevyzdvihovat. Je přirozené, že pokud jsou nám nějaké prožitky příjemné, máme tendenci si je znovu přivolávat, naopak před prožitky nepříjemnými se snažíme ochránit. Smyslem „nechávání být“ je nechat tyto pocity takové, jaké jsou, a pouze je nezaujatě přijmout a pozorovat (Kabat-Zinn, 2003).

Kabat-Zinn (2003) ve své knize uvádí, že kromě výše uvedených sedmi postojových faktorů, které všímavost utváří, existují další faktory, které se na rozvoji všímavosti podílí. Jsou jimi neubližování, štědrost, vděčnost, odpuštění, laskavost, soucit, empatická radost a vyrovnanost. Všechny zmíněné faktory se podílí na utváření všímavosti a postupně ji prohlubují a posouvají nás k ctnostnějším vlastnostem, které v nás již existují. Všímat si, že jsme důvěřiví ve vlastní schopnosti, nesnažíme se dostat za naše hranice a další z výše vyjmenovaných principů, nám umožní mít větší spojení s tělem, což vede k tomu, že budeme lépe vnímat signály, které nám tělo vysílá a snadněji budeme na ně reagovat. Všímavost samozřejmě není léčebná metoda, která umí vyřešit všechny problémy, ale učí nás vidět životní problémy zřetelněji a s jasnou myslí (Kabat-Zinn, 2003).

2 VŠÍMAVOST VE VZTAHU K DUŠEVNÍMU ZDRAVÍ

Za posledních patnáct let velmi narostl zájem o všímavost a její rozvoj. V roce 2003 evidovala vědecká databáze PsycINFO necelých tři sta odborných publikací, které zahrnovaly pojem všímavost (Benda, 2019). V lednu roku 2021 jich eviduje 15 586 (APA, 2021).

Během několika desetiletí se tak celá řada terapeutů a výzkumníků začala zajímat o to, jak může být rozvoj všímavosti přínosný pro pacienty, kteří trpí různými duševními problémy. Všímavost sice vychází z východních tradic a náboženství, avšak je to stále dovednost, které se mohou naučit všichni lidé nezávisle na náboženských přesvědčeních (Baer et al., 2016).

V posledních letech tak získaly popularitu směry (např. MBCT: Mindfulness based cognitive therapy, ACT: terapie pomocí přijetí a angažovanosti, DBJ: dialektická-behaviorální terapie, MBSR: na všímavosti založená redukce stresu aj.), které jsou rovněž spojovány s tzv. třetí vlnou kognitivně behaviorální terapie, která všímavost využívá jako důležitý terapeutický nástroj (Benda, 2019).

Všímavost jako léčebná terapie je přínosná především v řízení mysli, a to soustředěním pozornosti na to, co se děje tady a teď. Terapeutický význam všímavosti spočívá ve změně myšlenek, které vnímáme pouze jako myšlenky, a nikoliv přesný odraz skutečnosti, což může fungovat jako ochrana člověka před depresí či úzkostí (Šlepecký et al., 2018).

2.1 Terapeutické přístupy založené na všímavosti

Všímavost se tedy začala využívat jako součást různých terapií. V České republice je nejznámější metodou, která využívá všímavost satiterapie neboli „léčba všímáním“. Smyslem satiterapie je pomoci pacientovi docílit pro něj příznivých výsledků tím, že získá dovednosti, jak zvládat různé životní situace. Tuto metodu založil Mirko Frýba, který vycházel z rogerovského, na klienta zaměřeného přístupu. Klient je v terapii veden k vědomému prožívání a ke změně, kterou lze učinit pouze „tady a teď“ (Frýba, 1993).

2.1.1 Program snižování stresu pomocí všímavosti

Psychoterapeutický postup, který vytvořil Jon Kabat-Zinn v roce 1979, pracuje s chronickou bolestí a poruchami vyvolanými stresem, zahrnuje osmitýdenní skupinový výcvik, během kterého jsou klienti vedeni k systematickému cvičení všímavosti, kdy mají za úkol pozorovat podněty, kterým normálně nedávají pozor. MBSR (z anglického mindfulness-based stress reduction) vychází z buddhistických meditativních technik a pracuje s tělem. Během programu jsou účastníci seznámeni s nácvikem meditace, jógovým cvičením, všímavostí těla a účastní se přednášek o psychofyziologii stresu a emocí (Šlepecký et al., 2018). Všímavost je rozvíjena tak, že klienti záměrně věnují pozornost věcem, na které během normálního denního fungování ani nepomyslí. Rozvíjí tak nový druh aktivity a kontroly v jejich životě. Program MBSR je tedy prostředkem aktivního učení se, jak stavět na vlastních silných stránkách a zlepšit své psychické i fyzické zdraví (Kabat-Zinn, & Válek, 2016).

Klíčovou složkou programu je uvědomění, že jsme schopni změnit způsob, jak pohlížíme na omezující životní události. Klienti se během programu naučí nesoustředit se tolik na samotnou situaci, ale naučí se sledovat, jak je samotná situace ovlivňuje na emocionální a mentální úrovni a jak působí na jejich chování (Lehrhaupt, & Meibert, 2020).

Během uplynulých dvaceti let randomizované kontrolní studie prokázaly účinnost MBSR pro chronickou bolest (Rosenzweig et al., 2010), distres spojený s rakovinou (Carlson et al., 2005) a další chronická onemocnění (Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers, 2010).

2.1.2 Na všímavosti založená kognitivní terapie

Na všímavosti založená kognitivní terapie (MBCT, Mindfulness-based Cognitive Therapy) je program, který vychází z výše uvedeného MBSR. Tato terapie vznikla jako metoda prevence relapsu deprese (Šlepecký et al., 2018). Je důležité zmínit, že na rozdíl od klasické KBT terapie tato metoda neusiluje o změnu depresivních myšlenek, ale o změnu v tom, jak si tyto myšlenky uvědomovat. Rozvoj všímavosti klienty směřuje k nezaujatému postoji k negativním myšlenkám, které často stojí za „bludným kruhem“ deprese, ze kterého se nejsou schopni dostat. MBCT pomáhá klientům oprostit se

od negativních ruminací a učí je neanalyzovat veškeré myšlenky ani je měnit, klient pouze akceptuje vše, co se děje (Segal, Williams, & Teasdale, 2002).

2.1.3 Dialektická-behaviorální terapie

Dialektická-behaviorální terapie (DBT, Dialectical Behavioral Therapy) je komplexní terapie, zahrnující celé spektrum kognitivních a behaviorálních technik zaměřených především pro léčbu hraniční poruchy osobnosti. V posledních letech se tento přístup také využívá k léčbě jiných poruch, jako jsou úzkostné poruchy, depresivní poruchy, poruchy příjmu potravy apod. Terapie trvá jeden rok a kombinuje se individuální i skupinové sezení, během kterého se klienti učí toleranci nepříjemných pocitů, emoční regulaci, všímavosti a dovednosti stresové tolerance (Pastucha, 2003).

2.1.4 Terapie přijetí a angažovanosti

Terapie přijetí a angažovanosti (Acceptance and Commitment Therapy) patří mezi nejucelenější terapie založené na všímavosti. Opírá se o východisko, že psychopatologie je zapříčiněna snahou jedince kontrolovat jeho emoce a nepříjemné myšlenky. Člověk se v rámci této terapie učí pozorovat své vlastní tělesné prožitky a zároveň je přijímat takové, jaké jsou (Benda, 2007). Cardaciotto (2005) ve své práci zmiňuje, že tato terapie se prokázala jako účinná v léčbě depresí, úzkostných poruch, chronické bolesti či schizofrenie.

3 VÝZKUMY VŠÍMAVOSTI

Velké množství výzkumů se věnuje otázce, jak aplikovat všímavost jako nástroj k překonávání fyzických a duševních problémů do života lidí. S tím souvisí rozmach jednotlivých terapeutických směrů, které pomocí všímavosti pozitivně ovlivňují duševní zdraví.

V posledním roce došlo vlivem pandemie COVID-19 ke zvýšení stresu a psychických obtíží napříč obyvateli celého světa. Studie s názvem „The Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times (COH-FIT)“ je rozsáhlý mezinárodní průzkum, kterého se zúčastnilo více než 115 tisíc lidí z 35 zemí světa. Cílem výzkumu je identifikovat rizikové a protektivní faktory, které jsou podstatné v dopadu pandemie na duševní zdraví. Z prvních výsledků, které studie přinesla, je fakt, že v mnoha ohledech se během pandemie daří hůře ženám než mužům. Ženy popisují významnější zhoršení v pocitech osamělosti a vzteku než muži (Correll, & Solmi, 2020).

Matiz et al. (2020), uskutečnili výzkum, který se zabývá vlivem meditace všímavosti na duševní zdraví během pandemie COVID-19 u učitelek v Itálii. Během výzkumu se ukázalo, že pandemie a následná opatření v oblasti veřejného zdraví mají negativní dopad na duševní zdraví lidí. Zejména u žen se projeví příznaky stresu, úzkosti a deprese. V této studii bylo celkem 66 žen, které měsíc před vyhlášením karantény a měsíc po vyhlášení karantény vyplnily dotazník sebehodnocení, dotazníky všímavosti a osobnostní profily. Mezi tím se účastnily osmitýdenní meditace zaměřené na všímavost MOM (mindfulness oriented meditation). Na základě analýzy osobnostních profilů byly respondentky rozděleny na skupinu žen s nízkou resiliencí ($n = 32$) a vysokou resiliencí ($n = 26$). Výsledky ukázaly, že v obou skupinách došlo po 8 týdnech praktikování meditace všímavosti k významnému zlepšení v oblasti úzkosti, deprese, emočního vyčerpání, psychické pohody a úrovně všímavosti. Zlepšení deprese a psychické pohody bylo vyšší ve skupině žen s nižším prahem resilience. Výzkumníci dospěli k názoru, že trénink založený na rozvíjení všímavosti může účinně zmírnit psychologické negativní důsledky vypuknutí pandemie COVID-19 a pomáhá zejména při obnově blahobytu zranitelnějších osob.

Výzkumy ukazují, že všímavost napomáhá lépe zvládat stres a má pozitivní vliv na učení a paměťové procesy. Dále se ukázalo, že trénink všímavosti zvyšuje pozornost,

zlepšuje soustředění a zlepšuje komunikační schopnosti člověka (Sinclair, & Seydel, 2015). Přístupy založené na rozvíjení všímavosti jsou využívány i u celé řady psychických poruch a s přibývajícými studiemi se uplatnění všímavosti rozšiřuje i pro další diagnózy. Teasdale et al. (2007) ve své práci popisuje účinnost všímavosti v léčbě deprese. Jiní odborníci popisují pozitivní účinky všímavosti u obsedantně kompulzivních poruch (Singh, Wahler, Winton, & Adkins, 2004), sociální fobie (Bögels et al., 2006), úzkostných poruch (Roemer, & Orsillo, 2002) atd.

Účinky všímavosti dále můžeme pozorovat u psychosomatických onemocnění. Výzkumy ukázaly, že přístupy založené na všímavosti mohou pomáhat například u poruch spánku (Yook et al., 2016) nebo u sexuálních dysfunkcí (Brotto et al., 2007).

Brown a Ryan (2003) zkoumali vliv všímavosti na psychickou pohodu a došli k závěru, že rozvoj všímavosti pozitivně koreluje s životní spokojeností, seberealizací, sebeúctou a optimismem.

3.1 Neurální koreláty všímavosti

V současné době existuje rozsáhlé množství literatury, které popisuje pomocí moderních zobrazovacích metod neuroanatomické koreláty stavů meditace, či oblasti mozku, které se aktivují v průběhu meditace. Ovšem typů meditací je popsáno velmi mnoho a každá meditace působí odlišným způsobem. Nelze tak aplikovat závěry z těchto studií na meditaci všímavosti. Výzkumů, které se zabývají vlivem všímavosti na činnost mozku, je tak omezené množství (Žitník, 2010).

Se zajímavým zjištěním přišli vědci Kasamatsu a Hirai (1966), kteří sledovali elektrickou aktivitu mozku u tří zkušených zenových mistrů, kteří se během meditace snaží o dosažení stavu receptivní otevřené pozornosti, stejně tak jako v meditaci všímavosti. U těchto mnichů byla následně zjištěna nepřítomnost habituace na zvukové podněty, která se projevovala nepřítomností útlumu alfa vln. Pokud se stejný podnět opakuje, nastává habituace, tudíž každé další opakování si pamatujeme čím dál tím méně (stejně jako nevnímáme hluk vlaku, pokud bydlíme v blízkosti nádraží). Tato činnost se na EEG projevuje potlačením alfa vln. Ovšem v případě meditace všímavosti, tento jev vůbec nenastává, z čeho lze vyvodit, že jedinec vnímá každý podnět jako nový a jedinečný a je tak otevřen všem podnětům. Z důvodu této otevřenosti nedochází k automatické habituaci.

Další studie poskytuje první důkazy o porozumění neurokognitivním základům všímavosti a identifikaci nervových drah, které spojují všímavost s psychickou a fyzickou pohodou. Při výzkumu použili funkční magnetickou rezonanci a zkoumali činnost mozku v průběhu úkolu zaměřeného na popisování emocionálních stavů. Výsledky ukázaly, že respondenti s vyšší úrovní dispoziční všímavosti (měřeno MAAS) vykazovali během popisování emocí silnou zápornou korelaci mezi aktivací prefrontální kůry a pravou amygdalou, zatímco u respondentů, kteří vykazovali nízkou všímavost, se tento vztah nepotvrdil. Výsledky této studie naznačují, že všímavost je spojena s neurálními drahami, které jsou zapojeny do zpracování emočních podnětů, a to hlavně posílením korové regulace vývojově starších struktur emocionálního systému (Creswell, Way, Eisenberger, & Lieberman, 2007).

Hölzel et. al 2010 zjistili, že intervence všímavosti vyvolávají změny struktury a funkce mozku, včetně struktur, které jsou spojené s pozorností, emocemi a pamětí. Například strukturální studie spojují trénink všímavosti se zvýšeným objemem šedé hmoty, hustotou v cingulární kůře, hipokampem (Hölzel et al., 2011) a inzulou (Murakami et al., 2012). Důkazy o strukturálních změnách na amygdale se zdají být o něco méně jasné (Hölzel et al., 2010) a jsou možná ovlivněny dalšími faktory, jako jsou demografické vzorky (Hölzel et. al, 2010). Celkově se však dostupné důkazy zdají být v souladu s myšlenkou, že všímavost zasahuje oblasti mozku, které jsou klíčové pro tělesné vědomí, paměť a emoce (Fox et al., 2014).

Výzkum provedený na Wisconsinské univerzitě pod vedením doktora Davidsona a jeho kolegů ukázal, že lidé, kteří často prožívají stres, vykazují větší aktivitu prefrontální kůry v pravé hemisféře mozku než v té levé. Doktor Davidson pak shromáždil informace o mozkové aktivitě u stovek osob a zjistil, že největší aktivitu v levé části prefrontální kůry vykazoval tibetský mnich, který řadu let praktikoval meditaci všímavosti. Později se stejné výsledky objevily u dalších tibetských mnichů, kteří měli za sebou několik tisíc hodin meditace (Siegel, 2016).

Další výzkum, který byl zaměřen na strukturu mozku po intervenci všímavosti, byl proveden doktorkou Lazarovou v Massachusetts. Lazarová se věnuje výzkumu, který je zaměřen na objasnění nervových mechanismů, které jsou základem příznivých účinků jógy a meditace. V jejím výzkumu zkoumala snímky magnetické rezonance (MRI) jednadvaceti žen, které se v průměru devět let věnují józe a meditaci, a to v průměru 6 hodin týdně.

Porovnávala je s kontrolní skupinou jedinců, kteří žádné meditační cvičení na bázi všímavosti neprojektují. Výsledky ukázaly, že ženy, které meditovaly a věnovaly se józe, měly silnější mozkovou kůru ve třech oblastech: insulární, senzitivní a nefrontální. Tyto tři mozkové oblasti jsou aktivní, když zaměřujeme pozornost na dech a jiné smyslové podněty, což je typickou součástí meditace (Afonso et al., 2017).

Lazarová následně provedla další výzkum, kde odhalila měřitelné změny v mozkovém kmeni, který se podílí na produkci serotoninu a ovlivňuje naši náladu. Respondenti v tomto výzkumu praktikovali osm týdnů meditace a po kontrole snímků MR se zjistilo, že jejich tkáň v oblasti mozkového kmene vykazovala větší hustotu. Tyto osoby také uváděly nárůst spokojenosti a celkové životní pohody po praktikování meditace všímavosti (Siegel, 2016).

U nás se výzkumem všímavosti zabýval tým českých neurochirurgů v čele s doktorem Oldřichem Vyšatou. V roce 2013 provedli výzkum, během kterého zkoumali mozkovou aktivitu při meditaci. Cílem bylo zjistit, jak je možné rozlišit meditující jedince od nemeditujících a jaký je rozdíl mezi meditací všímavosti a meditací klidu. Výsledek analýzy signálů EEG ukázal, že je možné s velkou mírou přesnosti rozlišit meditující jedince na základě odlišné aktivity různých částí mozku (měřené pomocí tzv. wavelet coherence). Dále se ukázalo, že u skupiny meditujících oba typy meditace snížily tzv. permutační entropii EEG, což může naznačovat, že při meditaci dochází k méně signálům, které by rušily synchronizaci částí mozku (Kopal et al., 2017).

4 ALEXITHYMIE

V následující části se budeme věnovat fenoménu alexithymie, který je historicky spjatý s oblastí psychosomatické medicíny. Nejdříve si vysvětlíme samotný pojem a jeho výklad. Dále se zaměříme na etiologii, charakteristiky, vznik alexithymie a výzkumy, které se jí zabývají.

4.1 Vymezení pojmu

Vymezení alexithymie jako jednotného konceptu je dosti obtížné. Někteří autoři se přiklánějí k vysvětlení, že alexithymie je určitý rys osobnosti (Tolmunen et al., 2011) jiní ji označují jako jeden z obranných mechanismů (např. Vymětal, 1994) a jiní ji vnímají jako způsob vyjádření konfliktů (Alexander, 1950). Alexithymie je zařazená mezi hraniční koncepce psychosomatické medicíny, a proto je stále velmi diskutovaná, nejasná a některými odborníky odmítaná (Procházka, 2009).

Poprvé termín alexithymie, který můžeme přeložit jako „beze slov pro pocity“, zavedl Peter E. Sifneos, psychiatr z nemocnice Beth Israel Hospital v Bostonu, v roce 1972 (Baštěcká, Goldman, 2001). Výraz alexithymie byl složen ze dvou řeckých slov „aleksein“: ochraňovat, bránit a „thymus“: duše či životní síla. Obvykle se však výraz dává do souvislosti s řeckým „lexis“: mluvení, což vyjadřuje menší schopnost člověka správně vnímat, popisovat a vyjadřovat své pocity (Vymětal, 1999).

V roce 1976 se stala alexithymie hlavním tématem v německém Heidelbergu na 11. Evropské konferenci Psychosomatického výzkumu. Právě při této příležitosti bylo dosaženo shody v definování konstruktů alexithymie (Bräutigam, & von Rad, 1977).

Alexithymii můžeme definovat jako osobnostní konstrukt, který zahrnuje několik deficitů v kognitivním a afektivním zpracování emocí. Tyto deficity byly zpočátku pozorovány u psychosomatických pacientů, dále u pacientů, kteří trpí posttraumatickým stresem, užívateli návykových látek či pacientů s poruchou příjmu potravy (Levant, Allen, Lien, 2014). Nemiah, Freyburger a Sifneos (1976) popsali tyto nedostatky jako potíže s identifikací a popisem pocitů, potíže s rozlišováním mezi pocity a tělesnými vjemy, nedostatek fantazie a externě orientované myšlení.

Následující roky se výzkumem alexithymie zabývala celá řada odborníků a v současné době ji můžeme popsat podle následujících vlastností (Thompson, 2009):

- 1) obtížná identifikace pocitů a obtížné rozlišení mezi pocity a tělesnými vjemy emočního nabuzení
- 2) obtíže popsat své pocity jiným lidem
- 3) narušená představivost
- 4) externě orientovaný kognitivní styl (myšlení)

4.2 Charakteristiky alexithymie

V následující části si podrobněji rozebereme jednotlivé vlastnosti alexithymie, které jsme uváděli v předchozí kapitole.

Obtížná identifikace pocitů a obtížné rozlišení mezi pocity a tělesnými vjemy emočního nabuzení

Jedinci, u kterých byla zjištěna alexithymie, mají časté obtíže v rozpoznávání svých emočních stavů, které je v danou chvíli ovlivňují. Tito jedinci sice mohou získat pocit, že byli v danou chvíli pod vlivem silné emoce, ale nejsou již schopni identifikovat událost, která tento pocit spustila. Studie ukazují, že alexithymičtí jedinci jsou zcela neschopni své pocity popsat nebo se zdají zmatení otázkami, které zjišťují vlastnosti daného pocitu (Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

Nemiah et al. (1976) ve své studii popsali, že jedinci s alexithymií občas mívají silné výbuchy vzteku a plačtivosti, ale pokud se jich dotazovali, co se v nich odehrává, tak tito jedinci nebyli schopni popsat, co cítí.

Povrchně vypadají alexithymičtí jedinci jako dobře přizpůsobení a vykazují vysoký stupeň sociální konformity. McDougallová (1982) popsala tento stav jako „pseudonormalita“, protože při bližším zkoumání zjistila, že mají velmi malý kontakt s jejich vlastní psychickou realitou. Jejich fungování přirovnala k životu robota, kdy procházejí životem mechanickým způsobem, skoro jako by se řídili určitým návodem. Mají zúžené emoční fungování a vnitřní psychický život je odhalen ztuhlostí držení těla a nedostatkem výrazných pohybů v obličeji.

Obtíže popsat své pocity jiným lidem

Alexithymičtí jedinci mají problém identifikovat, zda jsou jejich tělesné vjemy psychického, nebo fyzického původu. Vysvětlením je fakt, že tito jedinci nezažívají emoce jako pocit, ale dokážou vnímat tělesné projevy, které tyto emoce provázejí (stažený žaludek, zrychlený tep, pocení rukou atd.) (Taylor et al., 1997).

Vzhledem k obtížnosti rozpoznávání a používání vlastních pocitů jako signálů pro sebe není překvapující, že tito jedinci mají narušenou empatii k ostatním lidem (Taylor et al., 1997).

Narušená představivost

Výsledky získané z provedených studií o narušené představivosti podporují hypotézu, že alexithymičtí jedinci nejsou schopni vyvolat nebo udržovat mentální obrazy (Czernecka, & Szymura, 2008).

Campos, Chiva a Moreau (2000) použili dotazník živosti vizuálního obrazu (VVIQ), pomocí kterého zjistili, že lidé, kteří skórovali vysoko na stupnici alexithymie, mají také vysoké skóre právě v dotazníku VVIQ, což naznačuje nízkou zobrazovací kapacitu, nízkou intenzitu a méně živé představy.

Dalším aspektem narušené představivosti u alexithymických klientů nejsou pouze zúžené vědomé představy, ale také dysfunkce nočních snů. Lidé s alexithymií často zažívají nudné, nezajímavé sny, nebo tvrdí, že sny nemají žádné. Za předpokladu, že noční sny jsou mentálně utvářeny a formovány podobným způsobem jako denní snění, tento výsledek nepřímo podporuje deficit v hypotéze narušené představivosti. (Lumley, Bazydlo, & Moreau 2000).

Externě orientovaný kognitivní styl

Nízké sebeuvědomění a externě orientovaný styl myšlení u jedinců s alexithymií mohou odrážet vyhýbání se nežádoucím zážitkům a maladaptivní strategii regulace emocí (Panayitou et al. 2020).

V roce 1963 zavedl Marty a M'Uzan pojem „penséo opératoire“, který můžeme chápat jako operativní a na podnět vázaný externě orientovaný kognitivní styl u alexithymních osob, ve kterém není místo pro vlastní postoje a privátní pocity (Mohapl, 1984).

Nemiah (1996) při práci s alexithymickými pacienty zjistil, že se při popisu stresových událostí soustředí výhradně na detaily a okolnosti z vnějšího prostředí. Tito jedinci působí, jako by měli malý, nebo žádný vnitřní život.

Externě orientované myšlení také souvisí s nedostatkem emocionálních vodítek (jedinci se orientují na faktické vnější podněty), denním sněním, neschopností fantazie a abstraktním myšlením. (Krystal, 1988).

4.3 Etiologie

Navzdory tomu, že alexithymie je poměrně nedávný koncept, nebyla doposud jasně definovaná etiologie, která by zahrnovala komplexní vznik tohoto fenoménu. V současné době můžeme popsat tři modely vzniku alexithymie: psychodynamický, neurobiologický a sociokulturní.

4.3.1 Psychodynamický a psychoanalytický model vzniku

Psychodynamický model hledá možnou příčinu vzniku alexithymie ve vztahu matka – dítě, kdy se dítě musí vyrovnávat s určitými intrapsychickými konflikty a deficitem ega. Psychoanalytické teorie zdůrazňují důležitost vývojových momentů pro vznik alexithymie. McDougallová (1982) považuje alexithymii za obranný mechanismus, který chrání klienta před psychotickou úzkostí (narušení integrity ega, nestabilita narcistického obrazu). Při práci se svými pacienty objevila, že klienti si mohou nést traumatické vztahy s jejich matkou z kojeneckého období. Ty později přispívají k jakémusi druhu mentálního fungování, který vykazují alexithymičtí a psychosomatičtí pacienti. Tito pacienti, kteří téměř bez výjimky vykazují malou schopnost být sami dobrými rodiči, často popisují své rodiče jako idealizované a vysoce významné osobnosti, na nichž spočívalo bezpečí v jejich dětství. Zároveň jsou rodiče odtrženi od psychické reality dítěte. Například se zajímají pouze o jeho fyzickou bolest, přičemž mu upírají jakékoliv právo na duševní bolest nebo naopak příliš mnoho afektivního potěšení.

McDougallová (1982) zjistila, že existuje jakási „rozmluva dvojitými myslí“ dítěte, který napadá psychickou realitu dítěte. Dítě například řekne: „Nemám rád svého bratra.“ a jeho matka mu odpoví: „Nesmysl. Víš, že ho zbožňuješ.“. Toto je přístup, kdy matka obrací význam jeho prožívání a který, pokud je kontinuální a konstantní mnoho let, může skončit pocitem zmatení dítěte. To se nenaučí rozlišovat, co je láska, co je nenávisť nebo

zda je dokonce dovoleno mít takové pocity. Mezi matkou a dítětem tak dochází k poruše interakce a dítě pak později není schopno vytvořit si vnitřní reprezentace pro instinktivní impulsy. Porucha mezi instinktivními impulsy není psychicky zpracována a přímo tak ovlivňuje tělo.

Na počátku 50. let Horneyová a Kelman (1952) zjistili, že někteří jejich pacienti, kteří byli v procesu psychoanalytické psychoterapie, nemohli dále pokračovat kvůli omezenému emocionálnímu vědomí, vnitřnímu nedostatku zkušeností, minimálnímu zájmu o sny a externalizovanému stylu života, ve kterém se chování řídí pravidly a očekáváním druhých spíše než vlastními pocity, přáními a osobními hodnotami. Tito pacienti byli náchylní k rozvoji somatického onemocnění, častěji inklinovali k záchvatovitému přejídání a zneužívání alkoholu ve snaze regulovat úzkost a vnitřní napětí. Pacienti nebyli skutečně zapojeni do analytického procesu, protože měli tendence naplnit toto sezení chronickým a logickým výčtem událostí, které zažili (Kelman, 1952).

Ruesch (1948) popsal podobné afektivní a kognitivní narušení u pacientů s posttraumatickým stavem nebo u pacientů se somatickým onemocněním. Ruesch předpokládal, že toto narušení bylo způsobeno zástavou vývoje v důsledku traumatické události z dětství.

4.3.2 Neurobiologický model vzniku

V roce 1978 neurovědec Paul MacLean, autor teorie trojjediného mozku, zjistil, že problémy v prožívání emocí způsobují potíže ve spojení limbického systému a neokortexu. Jednou ze tří částí mozku, kterou MacLean popsal, je tzv. „paleosavčí komplex“, který představuje náš limbický systém. Právě tento systém je zodpovědný za prožívání emocí. Moderní neuropsychologické koncepce uvádí, že alexithymie souvisí právě s mozkovými centry, které jsou zodpovědné za prožívání emocí (Plháková, 2003).

Od té doby, co byl formulován konstrukt alexithymie, je velký zájem o identifikaci neurálních korelátů, které by mohly přispět k pochopení deficitu v kognitivně emočním zpracování. Většina z raných výzkumů zahrnovala pozorování pacientů se syndromem oddělených hemisfér (narušeno corpus callosum) nebo pacientů s intaktními mozky, u kterých se posuzovala účinnost interhemisférického přenosu pomocí hmatových úkolů (Taylor, & Bagby, 2004).

Zjištění podpořila Hoppeho a Bogenova hypotéza, že alexithymie je spojena se sníženou koordinací integrace specializovaných činností dvou mozkových hemisfér. Zatímco závěry z interhemisférických přenosových studií byly založeny na přenosu senzomotorických informací, studie zabývající se zobrazováním mozku využívají stimulující emoce jako je autobiografické vyvolání emocionálních událostí nebo prohlížení výrazů obličeje či obrázků, které vyvolávají emoce. Funkční studie zobrazování mozku mohou proto určit, zda je alexithymie spojená s rozdíly v aktivaci mozku během emoční odpovědi (Taylor, & Bagby, 2004).

Na základě pozitronové emisní tomografie (PET) studie ukazují, že emoční povědomí souvisí se zvýšeným průtokem krve v předním cingulárním kortexu (z lat. ACC) (Taylor, & Bagby, 2004).

Lane, Ahern, Schwartz a Kaszniak (1997) spekulovali, že alexithymie může zahrnovat deficity afektivity právě v ACC, během emočního vzrušení.

Jejich hypotéza je částečně podporovaná studií ve Francii, která využila funkční magnetickou rezonanci (fMRI) k posouzení aktivace mozku během pasivního sledování emočně nabitých obrázků. Alexithymie byla spojena s rozdíly v aktivitě v předním cingulu a mediofrontální kůře, ale rozdíly byly závislé na emoční valenci podnětů (Berthoz et al., 2002).

Výsledky z neurobiologických studií poskytují vhled do variací ve vzorcích nervové aktivity spojené s alexithymií, ale poskytují málo informací o zdrojích těchto variací. Zjistit relativní podíl a interakci neurobiologických abnormalit, prostředí dětství a kulturní faktory v etiologii alexithymie je složitý úkol, který vyžaduje dlouhodobé vyšetřování (Taylor, & Bagby 2004).

Ovšem oblast výzkumu, která by mohla přispět informacemi o etiologii alexithymie, je vývojová traumatologie. Tato oblast studie je zvláště důležitá a souvisí s návrhem Krystala (1988), že alexithymie může být důsledek psychického traumatu, ke kterému došlo na počátku života a který zasáhl neuroanatomické i psychologické aspekty zodpovědné za správný vývoj člověka.

Nyní máme k dispozici důkazy, že týrané děti s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) mají menší mozkový objem prefrontální kůry a častěji nedostatečný rozvoj střední části corpus callosum než děti, které týrané nebyly. Tyto rozdíly jsou

považovány za důsledek účinku stresových hormonů ve vyvíjejícím se mozku u týraných dětí s PTSD (Teicher, 2000). Zjištění z průřezových šetření a longitudinálních studií mohou pomoci vyjasnit vztah mezi týráním v dětství a alexithymii v dospělosti. Několik studií hodnotilo alexithymii u dospělých, kteří uvádějí historii dětského fyzického nebo sexuálního zneužívání. Zjištění jsou nekonzistentní a jsou pravděpodobně ovlivněny věkem dětí v době zneužití, dobou trvání zneužití a tím, zda se u dětí vyvinula PTSD (Berenbaum, 1996).

4.3.3 Sociokulturní model vzniku

V rámci sociokulturního modelu můžeme zkoumat rozvoj alexithymických rysů od kultury a společnosti, ve které jedinec žije. Studie Dinsmora a Mallinckrota (1996) ukazuje, že zvýšené riziko rozvoje alexithymie je především ve vyspělých zemích. Tento výsledek je pravděpodobně dán tím, že v těchto zemích mají nižší schopnost diferenciací emocí, než je tomu v zemích rozvojových. Dalším faktorem, který rozvoj alexithymie ve vyspělých zemích zvyšuje, je rychlá industrializace, zvýšený tlak na výkon a přibývající technologizace. Díky těmto faktorům mohou obyvatelé upozadovat vlastní emoční prožitky před racionálním jednáním.

Právě tabuizování emocí může mít na rozvoj alexithymie vliv. V posledních letech je na pracovišti kladen důraz na racionální řešení a pracovní výkon jedince. Tento alexithymický způsob komunikace brání tomu, aby pracovník sděloval své pocity. Jeho vyjadřování emocí může být i nežádoucí (Procházka, 2009).

4.4 Typologie

Problematice alexithymie se věnovala celá řada odborníků, kteří si pro lepší orientaci vytvořili vlastní typologie. V současné době jsou nejvíce citované dvě nejznámější typologie, které se v diagnostice alexithymie nejvíce používají a které si stručně představíme.

Taylor et al. (1997) definoval čtyři dimenze alexithymie, kdy první dvě odpovídají emočnímu narušení a druhé dvě dimenze jsou vázány na kognitivní komponenty.

Čtyři osy alexithymie (Taylor et al., 1997):

- narušená schopnost vyjádřit své emoce a navázat vztahy (tato dimenze je hlavním kritériem při diagnostikování alexithymie)
- neschopnost identifikovat své pocity a odlišit emoční a tělesné prožitky
- omezená fantazie (potíže se sněním, vypravováním atd.)
- pragmaticky externě orientované myšlení (jedinec mechanicky vyjmenovává detaily situace bez emočního zapojení, bez využití symboliky či fantazie atd.)

Bermond ve své práci taktéž předpokládal, že existují dva faktory alexithymie. Jeho poznatky propojil také s neurofyziologickými znalostmi a dospěl k názoru, že je potřeba vymezit více typů alexithymie (Vingerhoets, Nyklíček, & Denolett, 2008).

Následující rysy alexithymie rozeznávají Vorst a Bermond (2001) v dotazníku Bermond Vorst Alexithymia (BVAQ). Tito autoři definovali alexithymii jako sníženou schopnost rozlišovat mezi emocionálními pocity, sníženou schopnost fantazie, sníženou schopnost verbalizovat emocionální zážitky, sníženou schopnost prožívat emocionální pocity a tendencí přemýšlet o emocích. V následující části si jednotlivé subtypy, které vznikly na základě tohoto dotazníku, podrobněji představíme:

Alexithymie I. typ

Jedinci s tímto typem alexithymie se vyznačují nízkou emocionalitou, nízkou fantazií a špatným rozpoznáváním a identifikací emocí. Z toho důvodu mají i problematické sociální vztahy. Okolí je může soudit za nedostatek empatie, citovou chladnost a omezený zájem o druhé. Tyto lidi můžeme obecně charakterizovat jako technické typy, kteří jsou až chladně racionální. Jejich obrannou strategií je v případě stresové situace projekce. Opakem a protikladem alexithymie typu I. je lexithymie, která se naopak vyznačuje vysokou emocionalitou a bohatým fantazijním životem v kombinaci s dobrým rozpoznáváním a identifikací emocí (Vorst, & Bermond, 2001).

Alexithymie II. typ

Tito jedinci oproti typu I. mají vysokou úroveň emocionality a bohatost fantazijního života. To vše je ale na úkor kognitivní komponenty. Z toho vyplývá vysoká emoční nestabilita. Mají omezené copingové strategie a hůře se vyrovnávají se stresem. Osoby s tímto subtypem alexithymie jsou zatíženi stresovými situacemi, protože si danou situaci a s ní

spojené pocity uvědomují, ale nedokážou se v těchto pocitech vyznat. Svoje obtíže tak často somatizují a také častěji trpí přidruženými psychickými obtížemi jako je deprese, poruchy spánku či úzkosti. Také bylo zjištěno, že alexithymie typu II. se častěji vyskytuje u žen a dětí, které byly v minulosti obětí sexuálního zneužívání (Albach, Moormann, & Bermond, 2004, in Procházka, 2009).

Alexithymie III. typ

Tento typ je protikladem typu II. Jedinci s tímto typem alexithymie mají nízkou úroveň emocionality, ale naopak kognitivní komponenta je na úrovni vysoké. Tito jedinci mají oproti typu II. rozvinuté sociální dovednosti a dokážou dobře vyjít s ostatními lidmi a adekvátně reagovat na jejich emoce. Zároveň mají vysoké sebehodnocení a mohou mít tendence manipulovat s ostatními. Zde můžeme pozorovat podobnost s narcistickou poruchou osobnosti (NPO), avšak alexithymičtí jedinci mají více oslabenou emoční reaktivitu a vypjaté situace v nich tak vyvolávají pouze nepatrné chvění, oproti jedincům, kteří mají diagnostikovanou NPO (Vorst, & Bermond, 2001).

Lexithymie

Lexithymii můžeme definovat dobrou úrovní fantazie, vysokou emocionalitou a dobře rozvinutou kognitivní komponentou. Jedinci s lexithymií jsou emočně inteligentní a zvládají stresové a náročné životní situace. Mají kladný vztah ke světu a sebe sami hodnotí pozitivně. Lexithymii můžeme rozdělit na dva subtypy: Dramatický typ se vyznačuje velmi vysokou úrovní empatie oproti odchozímu subtypu, který je orientovaný více na kolektivnost a družnost (Procházka, 2009). Oba subtypy sdílí společně schopnost orientace a adaptace se v mezilidských interakcích.

Modals typ

Tento poslední typ můžeme přeložit jako typický nebo způsobový a jeho charakteristikou jsou vyvážené emocionální i kognitivní komponenty. Tito lidé nejsou příliš nápadní, ale může se u nich projevit pesimistické až depresivní ladění (Vorst, & Bermond, 2001).

Oba výše zmíněné přístupy a dělení alexithymie jsou stále aktuální a můžeme se s nimi setkat jak v diagnostice, tak ve výzkumné činnosti. Bermondovo dělení se využívá častěji, a to hlavně v případech, kdy chceme zjistit jemnější rozdíly mezi alexithymickými jedinci.

4.4.1 Alexithymie primární a sekundární

Dělení alexithymie na primární a sekundární můžeme nalézt již v prvních pracích zakladatelů této koncepce (Sifneos, 1996).

Alexithymie je považována za primární, pokud se u jedince vyskytuje celoživotní dispoziční faktor, který může vést k psychosomatickému onemocnění (Lesser, 1981).

Krystal (1979) předpokládal, že primární alexithymie je spojená s vrozenou predispozicí a její vznik je podmíněn neurofyziologickým poškozením. Také se domníval, že primární alexithymie může pocházet z dětských traumat nebo negativní interakce poskytovatelů primární péče. Primární alexithymie je tedy považována za stabilní rys osobnosti, který se formuje během dětství a raných let dospělosti, a má tak vývojovou povahu.

Naproti tomu sekundární alexithymie vzniká jako reakce jedince (organismu) na stresovou událost. Můžeme ji chápat jako určitou formu adaptace, kdy se člověk vyrovnává s následky této situace. Lze tak vysvětlit výskyt alexithymie u jedinců, kteří se stali obětí zneužívání, prožili válečná traumata, stali se obětí holocaustu či jiného psychologického traumatu (Taylor et al., 1997).

4.5 Alexithymická osobnost

V předchozích kapitolách jsme si představili, co je alexithymie, popsali jsme její charakteristiky a etiologii z různých pohledů. Dále jsme se věnovali typologiím a dělením alexithymie, se kterými se můžeme v diagnostice setkat. V následující části se budeme zabývat tím, jak se výše popsané deficity projevují v reálné situaci a jak člověk s alexithymií žije.

Baštecký, Šavlík, Šimek (1993) popsali, jaké příznaky mají alexithymičtí pacienti:

- nekonečně popisují tělesné příznaky;
- stěžují si na napětí, podrážděnost, bolesti, nudu, prázdnotu;
- pečlivě popisují detaily prostředí, ale nápadně jim chybí fantazie;
- málo si pamatují sny;
- mívají nepřiměřené afekty;
- lékař či terapeut je jimi obvykle znuděn, zdají se mu velmi hloupí;
- působí, jako by pro ně činnost byla hlavním způsobem života;

- málo pláčou, a pokud pláčou hodně, jako by pláč nebyl vztažen k odpovídajícím pocitům;
- mívají špatnou kvalitu vztahů s tendencí k závislosti nebo k odmítání lidí;
- mívají poruchu osobnosti

Rozdíl mezi alexithymním a nealexithymním jedincem si pro přehlednost ukážeme v následující tabulce. Dle Taylora (1994) si můžeme alexithymii představit jako extrémní bod na kontinuální škále této dimenze osobnosti.

Tabulka 1: Alexithymní a nealexithymní znaky (dle Taylor, 1994)

Alexithymní	Nealexithymní
←	→
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Více negativních emocí ▪ Méně pozitivních emocí ▪ Úzká oblast zájmů ▪ Neanalytický ▪ Orientovaný na fakta ▪ Upřednostňování známého ▪ Neschopnost zvládat stres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Méně negativních emocí ▪ Více pozitivních emocí ▪ Široká oblast zájmů ▪ Analytický ▪ Imaginativní ▪ Vyhledávání nových podnětů ▪ Odolnost vůči stresu

4.6 Měření alexithymie

Způsoby, jakými se hodnotí alexithymie, se vyvíjí už více než 40 let od dob, kdy byla alexithymie poprvé popsána. Během let se možnosti měření rozšířily a sahají od klinických rozhovorů až po testování pomocí Rorschachova testu, zkoumání verbální odezvy či sebeposuzovací škály (Lumley, Neely, & Burger, 2007). V současné době se pro stanovení míry alexithymie používá několik dotazníků, které si v následující části představíme.

Sifneos (1973) již na počátku sestavil Beth Israel Hospital Questionnaire (BIQ), který vznikl na základě vlastního klinického pozorování pacientů s psychosomatickými poruchami. Tento dotazník po upravení obsahuje 12 položek a zaměřuje se na zhodnocení emocionálního uvědomění a operativního myšlení. V minulosti byl často využívanou metodou, ale později se zjistilo, že skóre v tomto dotazníku je závislé na tazateli a jeho zkušenosti, tudíž jej nyní nahradily metody spolehlivější.

Další metodou měření je The Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRQ). Vznikl z důvodu eliminace vlivu tazatele, který by mohl výsledek ovlivnit. Autorem této metody je John Krystal. Vytvořil strukturovaný rozhovor, který je sestaven tak, aby respondent používal ve svých odpovědích emoce a dokázal si představit hypotetické stresové reakce (Taylor, & Bagby, 1988).

Mezinárodní tým odborníků na psychosomatickou medicínu vytvořil metodu s názvem „Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research“ (DCPR). Tato metoda obsahuje strukturované rozhovory, které se vztahují k různým psychosomatickým onemocněním včetně alexithymie. Tento nástroj však není natolik validní, aby mohl sloužit pro samotné měření alexithymie. Může nám sloužit pouze jako orientační metoda (Porcelli, & Rafanelli, 2010).

Další dotazník pro měření alexithymie, kterému se budeme podrobně věnovat v praktické části, je The Toronto Alexithymia Scale (TAS), který v roce 1985 vytvořili Taylor, Bagby a Parker. Dotazník se původně skládal z 26 položek, které byly hodnoceny na Likertově škále, ale v roce 1992 došlo k revizi a bylo odstraněno několik položek, které zjišťovaly úroveň fantazie a denního snění. Naopak byly přidány položky, které byly zaměřeny na externě orientované myšlení. Dnes se dotazník nazývá Toronto Alexithymia Scale 20 Items (TAS-20) a má dvacet položek. Skóre se pohybuje mezi 20-100 body. Skóre nad 60 bodů a více znamená alexithymii, 52-60 bodů znamená možná alexithymie a 51 bodů a méně znamená nepřítomnost alexithymních charakteristik. Výsledky lze posuzovat z hlediska celkového skóre, nebo prostřednictvím faktorů (Bagby, Taylor, & Parker, 1994):

1. faktor – obtížnost identifikace emocí
2. faktor – obtížnost deskripce emocí
- 3: faktor – externě orientované myšlení

Následující dotazník, který se stejně jako TAS - 20 řadí mezi dotazníky vyplňované respondenty, je The Schalling-Sifneos Personality Scale (SPPS). Je to dvacetipoložkový dotazník, na který respondent odpovídá pomocí čtyřbodové Likertovy škály. Skóre, které může respondent získat, je od 20 do 80 bodů. Podle Sifneose, pokud respondent získá skóre 50 bodů a nižší, jsou u něj přítomny alexithymické charakteristiky. Tento dotazník

vykazuje nízkou vnitřní konzistenci a slabou reliabilitu, proto vznikla nová revidovaná verze SSPS-R (Sifneos, 1986).

Nejnovější sebesposuzovací metodou je Bermond-Vorst Alexithymia Scale (BVAQ), která obsahuje několik škál společných s TAS – 20. Dotazník se skládá z pěti subškál, z nichž každá obsahuje osm položek. Jednotlivé subškály se zaměřují na analyzování, verbalizování, identifikování, emocionalizování (emocionalizing) a fantazírování (fantasizing). Obecně platí, že tato metoda společně s TAS – 20 nepodporuje použití celkového skóre jako jediného měřítka alexithymie. Zmíněné metody lze použít jako hrubý odhad, zda se u jedince vyskytuje alexithymie. Avšak pro přesné diagnostické účely je potřeba získat jemnější hodnocení (Vorst, & Bermond, 2001).

4.7 Prevalence a léčba

Alexithymie není doposud považována za psychiatrickou diagnostickou kategorii, která by byla samostatně vedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Je to koncept, založený na rozsahu, protože ne každý člověk ji má ve stejné míře a v malém rozsahu může být alexithymie poměrně běžná (Swiller, 2015).

Od počátku byla alexithymie vnímána jako součást psychosomatického onemocnění, a tak tomu zůstalo i doteď. Výzkumy, které byly provedeny, toto tvrzení jen upevnily. Příkladem jsou pacienti s revmatoidní artritidou, ulcerózní kolitidou, Crohnovou chorobou atd. (Taylor et al., 1997).

V současné době je pro nedostatek nových výzkumů a statistických šetření nepřesné procento prevalence alexithymie v naší populaci. Podle studie Halicka a Herzog-Krzywoszczańské (2016) se prevalence alexithymie odhaduje u přibližně 10 % v běžné populaci a u zhruba 20 % pacientů s duševní poruchou, přičemž častěji se vyskytuje u mužů než u žen. Zhruba dvakrát častěji můžeme pozorovat alexithymii u depresivních a úzkostných poruch. Podle výzkumů alexithymie ve větší míře koreluje s panickou poruchou, sociální fobií, generalizovanou úzkostnou poruchou a posttraumatickou stresovou poruchou.

Jak jsme uváděli v předchozích kapitolách, alexithymie se vyznačuje narušenou emoční regulací, a proto se může vyskytovat i u jiných psychických onemocnění, kde jsou přítomny emoční anomálie. Potíže s identifikací, popisem a prožíváním emocí můžeme

pozorovat i u pacientů trpící schizofrenií, u osob s hraniční poruchou osobností či u jedinců trpících poruchou příjmu potravy (Halicka, & Herzog-Krzywoszczańské, 2016).

Z hlediska léčby alexithymie je obtížné najít jednotný způsob, kterým by se dala úspěšně léčit a vyléčit. Léčba alexithymie je náročná. U osob s psychosomatickými problémy nebo závislých na alkoholu může ztěžovat celý psychoterapeutický proces. Alexithymičtí pacienti mají sníženou schopnost sebereflexe a zároveň mají nízkou frustrační toleranci, tudíž nejsou schopni využít psychoanalytické terapie, která se z těchto důvodů nedoporučuje a je nežádoucí (Januszko, Kopera, Żuk-Januszko, Radziwoń-Zaleska, & Wojnar, 2009).

Ogrdniczuk, Piper a Joyce (2011) ve své publikaci poukazují na důležitost vnímání protipřenosu, který se může v procesu psychoterapie u klientů objevit a který může celý proces psychoterapie zkomplikovat. Podle výsledku výzkumu, který společně s kolegy uskutečnil, lze snížit míru alexithymie v průběhu terapie a po ní. Účastníci výzkumu podstoupili program skupinové terapie s názvem „Core“, který trval 12 týdnů. Před začátkem terapie, po skončení terapie a s odstupem tří měsíců od terapie, vyplnili účastníci dotazník TAS-20. Výsledky na začátku terapie a po skončení terapie ukázaly, že u respondentů došlo ke snížení míry alexithymie.

U alexithymických osob s přidruženou depresivní poruchou, panickou poruchou, poruchou příjmu potravy či poruchou osobnosti byla prokázána účinnost skupinové psychodynamické terapie. Jiní autoři naopak vyzdvihují kognitivně-behaviorální terapii a pokládají ji v léčbě alexithymie za účinnější (Januszko et al, 2009).

Vzhledem k tomu, že farmakologická léčba alexithymie není efektivní a nemá na zlepšení vliv, doporučuje se využití psychoterapie. V léčbě se například osvědčila dramaterapie či arteterapie, která klientovi umožňuje nonverbální vyjadřování metaforickým způsobem a podporuje ho tak v rozvíjení emocí, které neumí verbalizovat (Meijer-Degen, & Lansen, 2006).

5 ÚZKOST

V této kapitole se budeme věnovat problematice úzkosti. Nejdříve si vysvětlíme, co tento pojem znamená, dále se budeme zabývat charakteristikou a projevy. Věnovat se budeme také popisu základních úzkostných poruch a léčbě.

5.1 Vymezení pojmu

Úzkost (anxieta) je nepříjemný, subjektivně prožívaný pocit ohrožení či obava z potencionální hrozby, přestože toto riziko nemá zatím konkrétní podobu. Jedinec prožívá nepříjemný pocit a „bezejmenný strach“, bez reálného nebezpečí. Zatímco úzkost znamená napětí, obavy bez určitého obsahu, strach je vždy centrován na konkrétní objekt či situaci, která představuje reálné ohrožení (jedinec ví, z čeho jeho strach pramení) (Orel, 2016).

Maloney a Kranz (1996) definují úzkost jako: „stav neklidu, bázně, nejistoty, obav z toho, co se může stát a znepokojení z eventuální budoucí události.“ Podle Barlowa (2002) je úzkost stav nálady zaměřený na budoucnost, spojený s přípravou na možné nadcházející negativní události. Oproti tomu strach vnímá jako poplašnou reakci na bezprostřední nebezpečí. Tento pohled je dle Barlowa srovnatelný s vnímáním úzkosti a stresu u zvířat. Úzkost odpovídá stavu zvířete během potencionálního útoku na rozdíl od strachu, který zvíře pociťuje při přímém kontaktu s predátorem.

Lang (1968) klasifikoval symptomy úzkosti a strachu do tzv. systému tří odpovědí: verbálně subjektivní, zjevně motorické a somato-viscerální aktivity. V souladu s definicemi úzkosti a strachu zahrnují příznaky úzkosti tzv. slovně subjektivní obavy, vyhýbání se (zjevná motorická aktivita) a svalové napětí (slovně-viscerální aktivita). Tyto popisy představují prototyp úzkosti, které se liší podle toho, kde na kontinuu reakce se jedinec nachází.

Podle Vágnerové (2012) se úzkost i strach mohou vyskytovat současně, nebo se navzájem prolínat. U obou reakcí můžeme pozorovat vegetativní projevy a somatické doprovody, které si v dalších kapitolách konkrétně rozebereme.

Důležité je zmínit, že úzkost patří mezi emoční reakce a je do jisté míry poměrně běžným jevem každodenního života. Jako adaptační obranný mechanismus nám pomáhá

v určitých situacích mobilizovat organismus. Neměla by však trvat příliš dlouho nebo se často objevovat ve velké intenzitě (Dušek, & Večeřová-Procházková, 2015).

Úzkost můžeme tedy řadit mezi emocionální reakce na určitý stresor, který působí v danou chvíli na člověka zátěžově. Taková událost může být jednorázová (například rozvod), nebo se s ní člověk může potýkat delší dobu (například nakumulování každodenních starostí). Mezi faktory, které ovlivňují, jak člověk bude úzkost zvládat, patří závažnost situace, osobnostní nastavení či frustrační tolerance. Těmto faktorům se budeme věnovat v následujících kapitolách.

5.2 Charakteristika a projevy úzkosti

Úzkostné příznaky jsou důsledkem interakce mnoha bio-psycho-sociálních faktorů. Ty spouští celou kaskádu projevů, kterými se úzkost manifestuje. Úzkost zbystřuje naše smysly, připravuje nás k adekvátní reakci a ovlivňuje i naši výkonnost. Při střední hladině úzkosti je náš výkon optimální, pokud je ale úzkost příliš vysoká, náš výkon klesá. Při posuzování výkonnosti při určité aktivaci úzkosti záleží na náročnosti požadované činnosti (např. při monotónních a rutinních úkolem pomáhá vyšší hladina úzkosti) (Machač, Macháčová, & Hoskovec, 1985).

Dle Vágnerové (2012) je pro pochopení podstaty úzkosti a lepší porozumění jejím projevům důležité rozlišovat mezi pojmy úzkost a úzkostnost. Úzkost definuje jako pocit, který se může objevit v našem prožívání, který nás aktivizuje a upozorní na možné blížící se nebezpečí. Úzkostnost je však trvalým rysem osobnosti, který v menší, nebo větší míře ovlivňuje prožívání a chování jedince. Tento rys se projevuje neustálou tenzí, nastavením reagovat úzkostně a je nezávislý na situaci. Úzkostnost je hlavním znakem některých duševních poruch a psychóz.

Projevy úzkosti můžeme sledovat na rovině psychologického a somatického fungování. Mezi projevy psychologické můžeme zařadit pocity ohrožení, obtíže s koncentrací pozornosti, zvýšenou bdělost, pohotovost k úlekovým reakcím, obavy ze ztráty kontroly, pocity depersonalizace a derealizace, podrážděnost, tíseň, napětí či pocity neřešitelnosti určité situace (Vymětal, & Kranz, 2007).

Úzkost na somatické úrovni můžeme pozorovat na různých částech těla, kde se manifestují. Většinou jsme schopni určit i místo, kde úzkost prožíváme. Nejvíce

udávanými místy, které jedinci s úzkostí popisují, jsou hrud' a tíseň na ni, hlava a její bolest a napětí, břicho a nohy. Mezi nejčastější somatické projevy řadíme bušení srdce, bolesti hlavy, zvýšený svalový tonus, třes, nutkání močení, průjem, pocení, mravenčení v končetinách, červenání kůže, bolesti zad, bolesti žaludku, pocity na omdlení atd. (Praško, 2005).

Projevy úzkosti rozdělili Praško, Vyskočilová a Prašková (2006) do třech složek, které na jedince působí a způsobují jednotlivé příznaky. Jde o tyto tři složky:

- 1. Tělesné pocity:** Do této kategorie spadá výše zmíněné napětí, třes, bušení srdce či nutkání jít na toaletu atd.
- 2. Chování:** Jak se zachováme v určité situaci, která v nás vzbuzuje úzkost. Člověk může odkládat obtížné úkoly, vyhýbat se situacím, které v něm úzkost vzbuzují či naříkat okolí.
- 3. Myšlenky:** Při prožívání úzkosti se nám vybavují určité představy a myšlenky, které nám v duchu říkají, co nám v danou situaci hrozí. Mezi takové myšlenky patří například „Co když manžel onemocní? Co když přijdeme o peníze? Co když nás vykrade zloděj apod.“. Mohou to být také myšlenky, které se vztahují k vlastnímu zvládnání situace („Co když to nezvládnou?“).

Úzkost se stává problémem ve chvíli, kdy se objevuje příliš často nebo je natolik silná, že znemožňuje jedinci normálně fungovat. Někdy lidé pociťují úzkost a neví přesně z jakého důvodu. Zpravidla však mohou určit situaci, ve které se úzkost častěji objeví (např. při cestování, při důležité schůzce, během nakupování nebo když má řešit nový a neznámý úkol atd.). Určitá míra úzkosti je důležitá pro přežití, protože nás připravuje na situace ohrožení a spouští v těle kaskádu hormonálních změn, které nám pomáhají zvládnout nebezpečí pomocí boje nebo útěku (Praško et al., 2006). Těmto mechanismům, které se na úzkosti podílejí, se budeme věnovat v následující části.

5.3 Mechanismus úzkosti

Původ a vznik úzkosti není zcela jasně ucelen v jedné teorii a na jejím vzniku se podle výzkumu podílí celá řada faktorů. Úzkost může vzniknout v důsledku genetické podmíněnosti, ale také v důsledku enormního stresu či traumatu. My si pro přehlednost uvedeme některé mechanismy, které na úrovni mozku mohou úzkost vyvolat.

Mechanismy úzkosti mají v lidském prožívání hluboké kořeny už od pravěku. Úzkost nám naznačovala blížící se nebezpečí a mobilizovala naše síly k útoku nebo útěku. Tento význam již není v současnosti tak důležitý jako dříve, protože člověk již denně nečelí stejně závažným rizikům. Existence úzkosti není sama o sobě špatná, pokud se vyskytuje v patřičných mezích. Problém nastává ve chvíli, kdy nás úzkost zaplavuje příliš často, trvá příliš dlouho, její intenzita je vzhledem k situaci příliš velká nebo situaci vůbec neodpovídá (Prašková, & Praško, 2000).

Abychom správně pochopili jednotlivé mechanismy, které stojí za spuštěním úzkostné reakce, je potřeba si rozlišit jednotlivé typy úzkostí, se kterými se člověk může setkat. Pokud se úzkost projeví náhle bez zjevné příčiny, jedná se o spontánní úzkost či záchvat paniky. V případě, že jde o konkrétní situaci, kterou běžně lidé zvládají a nebojí se jí, mluvíme o fobii. Pokud se však úzkost rozvine při očekávání nějaké ohrožující situace, jedná se o tzv. anticipační úzkost (Praško, 2004).

V rozvoji úzkostné reakce a úzkostných poruch má významný vliv specifická interakce genetické zranitelnosti, která se manifestuje v důsledku neurobiologických změn, ale také prostřednictvím faktorů prostředí (např. raná traumata, somatické onemocnění či chronický stres). Úzkostné poruchy jsou spojovány s dysfunkcí některých receptorových systémů (serotoninový, GABA, dopaminový, noradrenalinový atd.). Zároveň pokud dojde k traumatu mozku v části limbického systému včetně amygdaly, cingulární korové oblasti, hypothalamu či v blízkosti asociačních struktur, je zde velké riziko rozvoje úzkostných poruch (Nawka, & Fiala, 2020).

5.3.1 Sympatikus a parasympatikus

Centrální část mozku, která je zodpovědná za rozvoj úzkosti, je mozkové jádro amygdala. Je uložena v temporálním laloku. Pokud amygdala vyhodnotí situaci, ve které se nacházíme, jako nebezpečnou a ohrožující, vyšle signál do hypothalamu, který řídí autonomní systém těla. Tento systém je důležitým článkem úzkostné reakce, protože ji tlumí, nebo naopak aktivuje (Novotný, & Hruška, 2007).

Z morfologického hlediska můžeme autonomní nervový systém rozdělit na tři oddíly a to: sympatikus, parasympatikus a enterický nervový systém. Sympatikus a parasympatikus jsou na sebe napojeny a jsou stále aktivní. Jsou navzájem protichůdné,

takže zvýšení aktivity sympatiku vede ke snížení aktivity parasympatiku a naopak (Orel, & Facová, 2009).

Tyto části jsou zodpovědné za stresovou reakci organismu a zároveň se projevují u úzkostné reakce. V první fázi (poplachové) se aktivuje sympatický nervový systém, který vyvolá reakci boj, nebo útěk. Z dřeně nadledvin se vyloučí adrenalin a nastává konstrikce cév v místech, kde v danou chvíli není potřeba krev (kůže, břišní orgány), a soustředí se do kosterního svalstva, které se připravuje k výdeji energie. U jedince se zvýší tep, rozšiřují se průdušky pro větší příjem kyslíku, dýchání se zrychluje a zpomaluje se trávicí systém (Orel, & Facová, 2009).

V druhé fázi se parasympatický nervový systém vrací do stavu klidu nebo dochází k rezistenci. Parasympatikus vyrovnává funkci sympatiku. Dochází díky němu k odpočinku a načerpání energie po předchozí sympatické reakci. Tento systém se také aktivuje ve chvíli klidu (po jídle, v době odpočinku atd.). Projevy jsou opačné než ve fázi sympatiku, tedy dochází ke snížení srdeční frekvence, průdušky se zužují, dýchání se zpomaluje a stimuluje se činnost trávicího traktu (Novotný, & Hruška, 2007).

Závěrem je nutné dodat, že stresová reakce hraje důležitou roli v mobilizaci organismu. Díky ní člověk může rychle utéct, pokud se ocitne v nebezpečí nebo situaci, kdy je jinak ohrožen. U úzkostných jedinců však dochází k úzkostné reakci bez vnějšího podnětu či akutního ohrožení. Často i v situacích, kdy jsou v klidu (např. při odpočinku nebo usínání).

5.4 Etiologie a modely úzkosti

Při zkoumání etiologie úzkostných poruch se autoři zabývali otázkou, do jaké míry se na vzniku podílejí faktory psychologické a jaký vliv mají faktory biologické. Většina autorů zdůrazňuje, že na vzniku úzkosti se podílejí oba zmíněné faktory a nelze je redukovat pouze na jednu stránku, která by vznik úzkosti osvětlila (Vymětal, & Kranz, 2007).

Obecně platí, že úzkost či úzkostné poruchy jsou v populaci velmi rozšířené a patří k nejčastějším psychickým poruchám. Podle epidemiologických studií průměrně 1 ze 4 jedinců v USA má za svůj život minimálně jednu zkušenost s úzkostnou poruchou (Kosová, 2005).

Podle Nawka a Fialy (2020) má za svůj život nějakou zkušenost s úzkostnou poruchou 15 % populace. Úzkostné projevy mohou být tzv. reaktivní, vznikající v návaznosti na nějakou primární diagnózu, či mohou být přímou součástí právě probíhající úzkostné poruchy.

Úzkostné poruchy se oproti běžné populaci častěji projevují u pacientů s neurologickým onemocněním. Projevy úzkosti se tak více vyskytují u Parkinsonovy nemoci, migrény, roztroušené sklerózy či cévní mozkové příhody. Také jsou tyto poruchy nejčastější psychiatrickou komorbiditou u pacientů s epilepsií (s prevalencí 30-35 %). Situace je podobná u pacientů s migrénami, kde až 40 % z nich zažije během života úzkostnou nebo depresivní epizodu (Praško et al., 2010).

5.4.1 Psychoanalytické pojetí

Úzkost je v psychoanalytickém pojetí velmi podrobně rozpracována, protože to byla právě sama psychoanalýza, která zdůraznila vliv úzkosti na psychiku jedince.

Úzkostí se zabýval Sigmund Freud, který ji vnímal jako velké množství nahromaděné psychické energie, a přibližně před sto lety popsal dva typy úzkostí. První typ označil jako aktuální neurózu, která vznikla ve chvíli omezení libida a jedince zaplavila pocitem paniky. Druhým typem byla úzkostná neuróza, která vyplývala z potlačených myšlenek a která se u jedince manifestovala pocitem strachu a úzkosti. Freud popsal úzkostnou poruchu jako výsledek intrapsychického konfliktu mezi sexuálními či agresivními přáními a mezi působením superega. Úzkost se tak stala signálním afektem, který mobilizoval ego k obranným mechanismům (Vymětal, & Kranz, 2007).

V rámci neopsychoanalytického pohledu se úzkostí zabývala Karen Horneyová, která popsalala tzv. bazální úzkost vznikající u dětí s úzkostným prožíváním. Pokud dítě v raném dětství pociťuje lásku a bezpečí domova, vytvoří se u něj bazální jistota. V opačném případě bez optimální mateřské lásky vzniká u dítěte bazální úzkost (Horneyová, 2000). Zatímco Freud se věnuje výkladu úzkosti z pohledu intrapsychického konfliktu mezi strukturami Superega a Id, Horneyová popisuje úzkost jako konflikt mezi potřebou bezpečí a potřebou projevit své myšlenky a emoce.

5.4.2 Behaviorální pojetí

Oproti psychoanalytickému modelu, který vykládá úzkost jako produkt nevědomých sil, behaviorální pojetí zdůrazňuje prvek učení. Důležitým východiskem behaviorálního modelu je, že nerozlišuje mezi úzkostí a strachem. Oba tyto stavy vnímá jako naučené chování na základě principů klasického a instrumentálního podmiňování a nápodoby (Bouton, Mineka, & Barlow, 2001).

Praško (2005) uvádí, že strach i úzkost jsou komplexní behaviorální reakce organismu, které jsou výsledkem učení, a proto mohou být i odnaučeny. Podle behavioristů má úzkost i strach specifické spouštěcí podněty, které pokud se spojí s jiným původně neutrálním podnětem, mohou vést u jedince k rozvoji úzkosti či fobie.

I přesto, že se behavioristé v určitých bodech jejich teorií liší, obecně zastávají východisko, že úzkost je komplexní vzorec chování, který je reakcí na potenciale ohrožující situace. Podněty, které úzkost spouští, mohou být buď z vnějšího prostředí (např. důležitá zkouška, strach z hada atd.), nebo z vnitřního prostředí (např. různé vegetativní symptomy). Behavioristé dále rozlišují mezi přiměřenými a nepřiměřenými úzkostnými stavy a také mezi tím, zda jsou úzkostné vzorce přítomny již od narození (vrozené strachy a úzkosti), nebo zda se modifikují v průběhu vývoje (naučené strachy) (Praško, 2005).

5.4.3 Kognitivní pojetí

Z kognitivního pohledu vzniká úzkost na základě maladaptivních kognitivních procesů. Zastánci kognitivního pojetí přichází s tvrzením, že úzkost a jiné psychické potíže vznikají jako důsledek nesprávných představ a neadekvátního zpracování informací. Úzkostní jedinci chybně rozlišují mezi představou a skutečností a opírají se o mylné předpoklady. Na rozdíl od psychoanalytiků, kteří přinášejí tvrzení o intrapsychických konfliktech u lidí s úzkostí, kognitivní psychologové pracují s iracionálními myšlenkami. Právě tyto myšlenky mohou spouštět úzkostnou reakci, která vznikla bez zjevného podnětu (Prochaska, & Norcross, 1999).

Kognitivní psychologové, stejně jako behavioristé, zastávají názor, že vzorce chování jsou naučené, tudíž i získané kognitivní tendence mohou být odnaučeny. Podle kognitivního modelu je úzkost reakce na ohrožení. Jedinci vnímají podněty jako ohrožující

a následně u nich dojde automaticky k zapojení kognitivních schémat, která jim pomohou se s nebezpečím vypořádat (Praško, 2005).

5.5 Úzkostné poruchy a jejich charakteristika

Beck, Emery a Greenberg (2005) uvádí, že pokud je úzkost dlouhotrvající a nepřiměřená situaci, ve které se objevuje, můžeme ji označit jako patologickou. Úzkostné poruchy se zároveň vyznačují záchvatovitými nebo kontinuálně kolísavými stavy distresu, při kterých se bez objektivních příčin objevují tělesné a psychické projevy stresu. Úzkost se může projevit u celé řady psychiatrických poruch, ale také může souviset se somatickým onemocněním.

Pro diagnostiku úzkostných poruch se v současnosti používají dva klasifikační manuály: DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder využívaný primárně v USA) a MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, využívána zejména v Evropě včetně ČR). V Mezinárodní klasifikaci nemocí jsou úzkostné poruchy řazeny pod kategorii „Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy“ (F40-F49) (Vymětal, & Kranz, 2007).

Americká klasifikace DSM-V vymezuje úzkostné poruchy samostatně. V MKN-10 zahrnujeme pod kategorii úzkostných poruch:

- **Fobické úzkostné poruchy (F40).** Sem řadíme agorafobii, sociální fobii a specifické fobie.
- **Jiné úzkostné poruchy (F41).** Mezi ně řadíme panickou poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu, smíšenou úzkostně-depresivní poruchu (Vymětal, & Kranz, 2007).

Diagnostické možnosti jiných úzkostných poruch zařazujeme do kategorie Jiné smíšené úzkostné poruchy (F41.3), Jiné specifikované úzkostné poruchy (F41.8) a Úzkostná porucha nespecifikovaná (F41.9) (Orel, 2016).

Pro přehlednost si uvedeme v následující tabulce vybrané úzkostné poruchy a jejich základní charakteristiku.

Tabulka 2: Základní charakteristiky jednotlivých úzkostných a fobických poruch (Prašková, & Praško, 2000, 11)

Porucha	Typické příznaky	Hlavní obava	Průběh	Psychoterapie
Panická porucha	Náhlé nečekané záchvaty paniky s intenzivními vegetativními příznaky.	Zemřu. Zkolabuji. Mám infarkt. Zešílím. Ztratím kontrolu.	Vlnovitý, bez léčby zpravidla chronický. Sekundárně agorafobie, deprese.	Edukace Kontrola dechu Interoceptivní expozice Změna katastrofické interpretace Relaxace Řešení problémů
Generalizovaná úzkostná porucha	Alespoň 6 měsíců trvá výrazné napětí, fluktuující úzkost, strach a obavy z každodenních událostí a problémů. Příznaky vegetativního podráždění.	Starosti o zdraví svoje i rodiny, o práci, finance, zvládnání každodenních záležitostí.	Vlnovitý a bez léčby zpravidla chronický.	Edukace Relaxace Změna katastrofických interpretací Řešení problémů Asertivita Plánování času
Smíšená úzkostně depresivní porucha	Jsou přítomny příznaky úzkosti a deprese, ale žádný typ příznaků není vyjádřen do té míry, aby opravňoval ke stanovení samostatné diagnózy kterékoliv z obou poruch.	Nic nezvládnou. Nikdo o mne nestojí. Věci dopadnou špatně.	Chronický nebo periodický, častá invalidizace.	Edukace Plánování aktivit Změna katastrofických scénářů Nácvik komunikace
Agorafobie	Strach z cestování, opuštění domova, davu nebo veřejných prostranství. Při expozici vegetativní příznaky. Systematické vyhýbání se těmto situacím.	Zkolabuji tam. Nikdo mi nepomůže. Nevydržím tělesné příznaky. Pomoc bude daleko.	Bez léčby zpravidla chronický, méně často vlnovitý s remisemi.	Edukace Změna katastrofické interpretace Expozice in vivo Řešení problémů
Sociální fobie	Strach z pátravých pohledů druhých, ze ztrapnění a zesměšnění. Vegetativní příznaky při expozici. Vyhýbání se sociálním situacím.	Bude to trapné. Budou se mi třást ruce, budu se červenat apod. Znemožním se. Nevydržím příznaky.	Bez léčby chronický s mírným kolísáním. Sekundární deprese a častá závislost na alkoholu.	Edukace Změna katastrofické interpretace Nácvik komunikace Expozice in vivo
Specifické fobie	Jde o iracionální strach např. z pavouků, psů, výšky, bouřky, tmy, pohledu na krev. Vyhýbání se těmto situacím.	To nedokážu vydržet. To bych zemřela strachy.	Bez léčby chronický, některé, jež začaly v dětství, spontánně odezní v dospělosti.	Edukace Expozice in vivo

5.5.1 Léčba úzkostných poruch

Léčba úzkostných poruch by měla být řešena psychoterapeutickými či farmakologickými postupy, případně jejich kombinací. Vhodnou léčbou lze dosáhnout zmírnění potíží a případně celkového uzdravení. Úzkostné poruchy jsou i přes vysokou prevalenci často nedostatečně diagnostikovány, protože mnoho pacientů vyhledává lékaře, včetně neurologů, pro své tělesné příznaky, které mohou s úzkostí souviset. Nezřídka se tak stává, že pacienti hovoří více o somatických potížích a navštěvují opakovaně lékaře. Dožadují se nejrůznějších, v mnohých případech neindikovaných vyšetření (Nawka, & Fiala, 2020).

U lehčích a středně těžkých forem úzkostných poruch se indikuje kombinace psychoterapie a farmakoterapie. U těžších případů se nejprve indikuje farmakoterapie ke zklidnění příznaků a poté se s klientem pracuje v rámci psychoterapie (Kosová, 2005).

Mnohé studie ukazují na negativní dopad úzkostí na neurologická onemocnění (např. Parkinsonova choroba, CMP nebo různé druhy demencí). Úzkosti společně s depresí pak zhoršují kvalitu života u těchto pacientů, a to i v případě, že mají příznaky základního onemocnění vyléčeny (Nawka, & Fiala, 2020).

Léčba úzkostných poruch většinou probíhá ambulantní formou. Pokud je však u pacienta riziko suicida, pacient ohrožuje sám sebe, jeho stav je chronický nebo pacient nereaguje na dosavadní léčbu, je potřebná hospitalizace. Podle výzkumu se neprokázalo, že by skupinová terapie měla horší výsledky než individuální terapie, a proto se v některých případech indikuje i jejich kombinace (Praško, 2004).

V rámci psychoterapie se využívá celá řada metod a přístupů. Podle nejnovějších poznatků má největší terapeutickou průkaznost kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Při kognitivně-behaviorální terapii se klienti postupně učí porozumět tomu, co se s nimi během úzkostné reakce děje, učí se kontrolovanému dýchání, relaxaci a postupně se vystavují spouštěcím podnětům, na kterých si osvědčují, že je dokážou zvládat (Kosová, 2005).

Kognitivně-behaviorální terapie je cílená, strukturovaná a relativně krátká forma terapie. Klient si při ní s terapeutem stanoví cíle, ke kterým by terapie měla vést. Dále během ní terapeut pomáhá klientovi osvojit si nové postoje a reakce. V procesu terapie se klient učí zvládat určité situace a nacvičuje řešení různých problémů. Celá terapie vychází z předpokladu, že určité kognitivní faktory ovlivňují emoční reakce i chování člověka.

Hlavním předmětem zájmu je vliv myšlenkových obsahů na chování a prožívání člověka a možnost modifikace těchto obsahů (Vymětal, & Kranz, 2007).

V rámci farmakologické léčby jsou lékem první volby u úzkostných poruch antidepresiva SSRI (selective serotoninine reuptake inhibitors) a SNRI (serotonine and norepinephrine reuptake inhibitors). Možnosti farmakoterapie jsou však v dnešní době široké, a proto sem můžeme zařadit i jiná antidepresiva (např. tricyklická antidepresiva, buspiron, agomelatin či benzodiazepinové preparáty jako alprazolam, klonazepam atd.). Antidepresiva by se měla užívat 6-12 měsíců po dosažení remise. Anxiolytika je třeba užívat pouze omezenou dobu z důvodu zvýšeného potenciálu pro rozvoj závislosti (Nawka, & Fiala, 2020).

Pokud psychoterapie nebo farmakologie není efektivní, je třeba léčbu změnit, zvolit jiný psychoterapeutický přístup nebo doporučit léčbu kombinovanou. U všech skupin úzkostných poruch můžeme klientům doporučit další aktivity, které mu v léčbě pomohou (pohybové aktivity, např. běh, jóga, relaxační a meditační cvičení, techniky mindfulness, dodržování pravidelného režimu spánku, vyhýbání se užívání návykových látek atd.) (Nawka, & Fiala, 2020).

U léčby úzkostných poruch je hlavním cílem odstranit úzkostné příznaky, vyhýbavé chování a pomoci klientovi opět fungovat v práci a rodině. Dalším cílem léčby je změnit životní situaci u klienta, pokud byla jeho úzkostnými problémy postižena. Z dlouhodobého hlediska je důležité zabránit novému vzniku úzkosti, vyhýbavému chování, ale i dalším důsledkům, které s úzkostí souvisí, jako abúzus alkoholu a užívání benzodiazepinů (Praško et al., 2010).

6 VŠÍMAVOST VE VZTAHU S ALEXITHYMIÍ A ÚZKOSTÍ

V této kapitole si propojíme výše zmíněná témata a ukážeme si, jaký vliv mohou mít techniky na rozvoj všímavosti na alexithymii a úzkost. Věnovat se budeme některým výzkumům, které byly za poslední dekádu provedeny a jejichž výsledky nám pomohou ukázat, zda je nějaká souvislost mezi zmíněnými fenomény.

6.1 Vší mavost a alexithymie

Heshmati a Pelleronová (2019) provedli výzkum, jehož cílem bylo změřit vztah mezi osobnostními rysy velké pětky, dispoziční všímavostí a alexithymií. Dalším cílem bylo zkoumat osobnostní rysy a dispoziční všímavost jako prediktory u alexithymie. Výsledky mimo jiné ukázaly, že vysoká úroveň alexithymie je spojena s nízkou úrovní všímavosti. Podle Teixeira a Pereira (2015) tento výsledek ukazuje, že konstrukt všímavosti má velký terapeutický potenciál. Některé aspekty všímavosti podporují lepší sebepoznání a brání alexithymii, protože všímavost podporuje otevřenost, zvědavost, pozornost k vnitřním zážitkům a seznámení se s vznikajícími myšlenkami a pocity v těle.

Dispoziční všímavost je definována jako úroveň všímavosti, kterou jedinec prožívá v každodenním životě. Tento typ všímavosti je opak všímavosti jako stavu, který člověk získává pomocí meditačních cvičení. Existuje několik studií o spojení dispoziční všímavosti s alexithymií. Například podle výzkumu Stasiewicz et al. (2012) vztah mezi alexithymií a všímavostí je negativní. Podobně i výzkum Teixeira a Pereira (2015) ukázal negativní korelaci mezi alexithymií a rozměry všímavosti.

V dalším výzkumu Arias, Justo a Granados (2010) studovali účinky meditačního programu všímavosti na míru alexithymie a výsledky ukázaly snížení celkového skóre alexithymie a přítomnost negativních korelací mezi alexithymií a rozměry všímavosti. Výše uvedené zdroje zdůrazňují negativní asociaci mezi alexithymií a všímavostí.

Pouze studie provedená společností Banner ukázala tuto souvislost jako pozitivní. Z toho důvodu nelze dosáhnout zobecnění za účelem vyjasnění vlivu všímavosti na alexithymii a je potřeba provést více výzkumů na toto téma (Heshmati, & Pellerone, 2019).

Lyvers, Makin, Toms, Thorberg a Samios (2014) zkoumali vztahy mezi rysem všímavosti, náladou, exekutivními funkcemi a emoční regulací mezi vysokoškolskými studenty. Výsledky ukázaly, že všímavost lze považovat jako prediktor negativní regulace nálady, deprese, úzkosti, a především jako prediktor obecné úrovně alexithymie.

Nedávné studie začaly testovat potenciál intervencí založených na všímavosti ke snížení alexithymie. Norman, Marzano, Coulson a Oskis (2019) vytvořili přehled, jehož cílem bylo provést systematickou syntézu k posouzení současných znalostí o účinku rozvoje všímavosti za účelem snížení alexithymie. Přehled zahrnuje čtyři randomizované kontrolované studie, které zahrnují 460 účastníků. Výsledky metaanalýz ukázaly statisticky významný účinek léčby založené na rozvoji všímavosti na alexithymii (posuzováno dotazníkem „Toronto Alexithymia Scale“) ve srovnání s kontrolní skupinou. Autoři na závěr doporučují replikovat výzkum na větším vzorku, avšak výsledky jasně ukazují, že rozvoj všímavosti může být účinnou léčbou při snižování alexithymie.

Fang et al. (2019) zkoumali dispoziční všímavost a riziko sebevraždy u vysokoškolských studentů v Číně. Dále se zaměřili na to, jaký zprostředkující potenciál má alexithymie v tomto vztahu. Výzkumu se zúčastnilo 2633 studentů, kteří vyplnili baterii dotazníků (MAAS, SBQ-R a TAS-20). Výsledky ukázaly, že pozornost a riziko sebevraždy negativně korelovaly a alexithymie částečně zprostředkovala vztah mezi všímavostí a rizikem sebevraždy, a to pouze u žen (jednalo se pouze o faktor „potíže s identifikací pocitů“ v dotazníku TAS-20). Tato zjištění mohou přispět k potencionálním mechanismům, které vysvětlují vztah mezi všímavostí a rizikem sebevraždy. Dále je možné implementovat všímavost do intervence u sebevražedných jedinců s alexithymií. Nadnárodní studie přinesla výsledky, že v posledním roce prevalence sebevražd u vysokoškolských studentů byla následující: 17 % myšlenky, 8,8 % plány a 1,0 % pokusy. V tomto kontextu je důležité porozumět rizikovým faktorům spojeným se sebevraždou. Tento výzkum může poskytnout vodítka pro preventivní zásahy u těchto studentů a snížit tak riziko sebevražd mezi vysokoškoláky. Emoční problémy jsou vždy důležitým faktorem sebevraždy. Podle některých autorů jsou vystaveni velkému tlaku obzvláště ti jedinci, kteří nejsou schopni efektivně regulovat své emoce. Proto osoby, které mají potíže s identifikací emocí (např. alexithymičtí jedinci), mohou být ohroženy vyšším rizikem sebevraždy (Neece et al., 2013).

6.2 Všímavost a úzkost

Schneiderová et al. provedli výzkum, ve kterém zkoumali souvislost mezi nespavostí, všímavostí a úzkostí. Data pocházela z longitudinální studie dvojčat, celkem 862 osob. Data získaná od sourozenců sloužila k porovnání genetických vlivů a vlivu prostředí na nespavost, všímavost a úzkost. Výsledky ukázaly, že menší všímavost byla spojena s většími příznaky nespavosti a úzkostí. Naopak větší všímavost byla spojena s větší kvalitou spánku a nižší úrovní deprese a úzkosti (Schneider et al., 2019).

Výzkum se v poslední době zaměřuje na aplikaci MBCT (mindfulness-based cognitive therapy) na úzkost. Surawy, McManus, Muse a Williams (2015) poskytli teoretické zdokumentování MBCT, které naznačuje, že tato metoda může snižovat úzkost. Klienti se učí více rozvíjet a přijímat vztah s vnitřními prožitky a zlepšovat objektivní a neodsuzující postoj k sobě samému. Schopnost všímat si a přijímat vnitřní prožitky může jedinci pomoci s úzkostí, vědomým přijímáním tělesných vjemů, reagovat na tyto vjemy úmyslně spíše než automaticky, včas identifikovat varovné signály a zabránit tak eskalaci úzkosti.

Redstone (2015) provedl pilotní studii, ve které zkoumal vliv meditace všímavosti a aromaterapie na úzkost. Cílem bylo vyvinout techniky a činnosti pro zvládnání stresu a úzkosti a implementovat je mezi hospitalizované psychiatrické pacienty. Tento „evidence-based program“ trval celkem 5 měsíců a zúčastnilo se ho celkem 32 pacientů s poruchou nálady. Účastníci se setkávali každý týden na jednu hodinu, během které probíhalo v kolečku zhodnocení jejich stavu, a dále následovala dvacetiminutová meditace všímavosti. Pacienti byli instruováni, aby se soustředili na dech a vraceli k němu stále pozornost. V dalších 15 minutách probíhal bodyscan, během kterého se účastníci soustředili na své tělo a projížděli ho pozorností podle instrukcí facilitátora. V závěru hodiny byla krátká reflexe a zhodnocení. Subjektivní hodnocení každého účastníka po pětiměsíční intervenci ukázalo, že u 98,8 % účastníků došlo ke snížení úrovně stresu a úzkosti. Výsledky byly získány z desetibodové sebeposuzovací škály. Podle autorů je třeba provést více výzkumů a na větším vzorku, avšak i tento pilotní projekt naznačuje, že pozornost věnovaná meditaci všímavosti a aromaterapii může nabídnout efektivní terapeutickou intervenci pro zlepšení vnímaného stresu a úzkosti u psychiatrických pacientů.

Dosud nejkomplexnější přehled zkoumající účinky MBI (Mindfulness Based Intervention) je v celkem 209 studiích provedených v roce 2006 u 12 145 pacientů s nejrůznějšími psychickými poruchami. Výsledky ukázaly, že MBI je efektivnější v redukci psychických a zdravotních symptomů než edukace, podpůrná psychoterapie a relaxační tréninky. Největší míra účinku byla zjištěna u deprese a úzkosti. Tyto příznivé účinky zůstaly poměrně stabilní po celé období sledování (v rozmezí od 3 týdnů do 3 let, se střední hodnotou 28 týdnů) oproti kontrolní skupině, kde se účinky po sledovanou dobu snížily (Khoury et al., 2013).

Schanche et al. (2020) uskutečnili studii, která si kladla za cíl porozumět prožívání účastníků s úzkostnými poruchami, kteří absolvovali osmitýdenní program pro snižování stresu pomocí mindfulness (MBSR). Studie se zúčastnilo celkem 39 respondentů, se kterými byly vedeny polostrukturované rozhovory za účelem prozkoumání subjektivních zkušeností a účinků MBSR. Účastníci popisovali nácvik všímavosti jako nástroj k „nápravě“ úzkosti, který jim přinesl zásadní změnu směrem k přijetí jejich úzkosti. Komplexní výčet přínosů zahrnoval změny v oblastech dysfunkčních kognitivních procesů (včetně selektivní pozornosti), emoční dysregulace či vyhýbavého chování. To podporuje MBSR jako transdiagnostický přístup k léčbě úzkostných poruch.

Další studie byla uskutečněna v květnu roku 2020 během pandemie COVID-19. Cílem této studie bylo zkoumat vztahy mezi příznaky úzkosti, deprese, impulzivity a všímavostí. Výzkumu se zúčastnilo celkem 302 respondentů ze dvou univerzit, které přešly během pandemie na online výuku. Respondenti vyplnili baterii dotazníků (GDS-5, MAAS, BIS, GAD-7 a demografický dotazník). Výsledky ukázaly, že nižší všímavost a větší impulsivita byly spojeny s vyšší mírou úzkostí a deprese. Objevily se i genderové rozdíly, kdy ženské účastnice pocítovaly větší úzkost, menší všímavost a zhoršené stravovací a spánkové návyky ve srovnání s muži. Účastníci (n = 41), kteří uvedli alespoň jednu diagnózu duševního zdraví, uváděli výrazně vyšší úzkost, depresi, impulzivitu, nižší všímavost a zhoršené stravovací návyky (Weyandt et al., 2020).

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 OBLAST VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V teoretické části jsme se zabývali konceptem všímavosti, jaké je ukotvení tohoto fenoménu v historii, jaké aspekty zahrnuje a v neposlední řadě, jaké má benefity v oblasti duševního zdraví. V další části jsme se věnovali alexithymii a úzkosti. Tuto problematiku jsme popsali z hlediska etiologie, projevu, léčby a vysvětlili si některé mechanismy, které stojí za jejich vznikem.

V následující části se budeme zabývat samotným výzkumem. Nejprve si objasníme výzkumný problém, cíle našeho výzkumu a na závěr se budeme věnovat výsledkům našeho výzkumu.

7.1. Výzkumný problém

Jak bylo uvedeno v kapitole 6., do této doby bylo provedeno několik výzkumů, které zkoumaly vliv rozvoje všímavosti na míru alexithymie a úzkosti. Nejkomplexnější přehled zkoumající účinky rozvoje všímavosti popsali Khoury et al. (2013), kteří zjistili, že největší míra účinku byla zjištěna u deprese a úzkosti. Příznivé účinky rozvoje všímavosti na úzkost navíc přetrvávaly a byly stabilní po celé období sledování.

Norman et al. (2019) vytvořili přehled, který zahrnoval čtyři randomizované kontrolní studie, které zkoumaly účinek rozvoje všímavosti na alexithymii. Výsledky metaanalýz ukázaly statisticky významný účinek rozvoje všímavosti na alexithymii ve srovnání s kontrolní skupinou. Alexithymie byla posuzovaná dotazníkem TAS-20.

Jiný výzkum se zabýval tím, jaký vliv má alexithymie v riziku suicida u vysokoškolských studentů. Autoři tohoto výzkumu upozorňovali na fakt, že jedinci, kteří mají potíže s identifikací emocí (např. alexithymičtí jedinci), mohou být více ohroženi rizikem sebevraždy (Neece et al., 2013).

Na základě rozboru a rešerše jednotlivých výzkumů jsme se rozhodli zkoumat vliv rozvoje všímavosti na alexithymii a úzkost u vzorku české populace. V našem výzkumu se zaměříme na míru alexithymie a úzkosti u respondentů, kteří podstoupí osmitýdenní program pro rozvoj všímavosti. Zajímá nás, zda jedinci, kteří budou praktikovat 8 týdnů vybrané techniky pro rozvoj všímavosti, budou následně skórovat statisticky významně níž v Dotazníku alexithymie (TAS-20) a Dotazníku pro měření úzkosti a úzkostlivosti (STAI)

oproti kontrolní skupině, která tyto techniky praktikovat nebude. Naším cílem je zjistit, zda mohou techniky pro rozvoj všímavosti pomoci respondentům snížit úzkost a alexithymii. Je potřeba zmínit, že naším cílem je poukázat na možné snížení alexithymie u respondentů neklinické populace, a to nehledě na to, zda alexithymií skutečně trpí. Dotazník TAS-20 nám ukazuje alexithymii na škále bodů a naším cílem je zjistit, zda dojde ke snížení bodů na této stupnici u respondentů, kteří budou praktikovat techniky pro rozvoj všímavosti (v dotazníku TAS-20 je hranice přítomnosti alexithymie stanovená od 60 bodů a výše).

Podle výzkumů má kultivace všímavosti vliv na celou řadu psychických potíží i somatických onemocnění. Kabat-Zinn a Válek (2016) ve své publikaci uvádí, že všímavost může člověk kultivovat každý den, sám a bez pomoci supervizora či lektora. Knihy a příručky, jak všímavost rozvíjet, jsou pouze jako průvodce a opora, ale nejdůležitější je, jak člověk bude svou všímavost každý den trénovat a rozvíjet. Kabat-Zinn a Válek (2016) uvádí, že rozvoj všímavosti je založen na věnování pozornosti věcem, na které běžně nepomyslíme. Je to přístup založený na rozvíjení nového druhu aktivity, kontroly a vnitřní schopnosti věnovat něčemu pozornost. Techniky neslouží pro pasivní přijímání informací, ale jsou prostředkem učení se a stavění na vlastních dovednostech. Podle něj mají schopnost být všímaví všichni, jen je důležité věnovat pozornost přítomnému okamžiku a tuto situaci nehodnotit.

Techniky, které budeme v našem výzkumu využívat, jsou nástrojem pro rozvoj všímavosti. Ve své praxi je využívají psychologové a terapeuti jako Kabat-Zinn a Válek (2016), Benda (2019), Fulton (2005), Williams a Penman (2014) atd. Jsou to především techniky formální i neformální praxe jako uvědomování si těla (body scan), meditační praxe, meditace dechu, všímavá chůze, meditace v pohybu a v sedě, meditace v leže atd. Formální techniky, kam patří například meditační praxe, jsou náročnější, a proto jsme je zařadili až později. Neformální techniky, které podporují všímavost v každodenním životě a trvají kratší čas, byly prováděny během celého programu a byly doporučované k tréninku co nejčastěji během dne. Společným prvkem těchto technik je zaměření pozornosti na právě probíhající činnost a její pozorování. Mezi tyto činnosti patří např. chůze, dýchání nebo běžná aktivita jako mytí nádobí, uklízení apod. Pokaždé když se mysl zatoulá jinam, což je naprosto běžné, má respondent za úkol se opět vrátit nenásilně k pozorování dané činnosti, kterou dělá.

V našem výzkumu budeme tedy po dobu 8 týdnů učit respondenty rozvíjet všímavost pomocí stanovených technik a postupů, které jsme čerpali od výše zmíněných autorů. Tento časový plán jsme převzali z programů pro rozvoj všímavosti jako MBSR, protože se ukázal jako dostačující pro projevení změn vlivem všímavosti. Před samotným výzkumem dáme respondentům vyplnit dotazník pro měření úzkosti a úzkostnosti (STAI) a dotazník alexithymie (TAS-20). Po skončení nám respondenti vyplní tyto dotazníky znovu.

7.2. Cíle výzkumu

Hlavním cílem našeho výzkumu je porovnat míru alexithymie a úzkosti u respondentů před zahájením osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti a po jeho skončení. Bude nás zajímat, zda u těchto respondentů v experimentální skupině došlo k statisticky významnému snížení míry alexithymie a úzkosti. Dále budeme porovnávat míru alexithymie a úzkosti u experimentální skupiny, která absolvovala tento výcvik, s kontrolní skupinou, která jej neabsolvovala. K těmto srovnáním využijeme Dotazník pro měření úzkosti a úzkostlivosti (STAI X-1, X-2) a Dotazník alexithymie (TAS-20).

7.3. Formulace hypotéz ke statistickému zpracování

K porovnání míry úzkosti a míry alexithymie v rámci experimentální skupiny a k porovnání mezi skupinou experimentální a kontrolní jsme vytvořili následujících šest hypotéz:

H₁: Účastníci osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu dotazníku TAS-20 nižšího skóre než respondenti v posttestu v kontrolní skupině.

H₂: Respondenti po absolvování osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu v dotazníku TAS-20 nižšího skóre než před absolvováním tohoto programu.

H₃: Účastníci osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu dotazníku STAI (X-1) nižšího skóre než respondenti v posttestu v kontrolní skupině.

H4: Účastníci osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu dotazníku STAI (X-2) nižšího skóre než respondenti v posttestu v kontrolní skupině.

H5: Respondenti po absolvování osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v dotazníku STAI (X-1) nižšího skóre než před absolvováním tohoto programu.

H6: Respondenti po absolvování osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v dotazníku STAI (X-2) nižšího skóre než před absolvováním tohoto programu.

8 TEORETICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

V této části si podrobně představíme náš výzkumný záměr a jeho organizaci. Budeme se věnovat teoretickému ukotvení, průběhu výzkumu, použitým metodám a etice výzkumu. Na závěr této kapitoly si podrobně představíme výzkumný soubor a jeho složení.

8.1. Organizace a průběh výzkumu

Náš výzkumný záměr jsme začali plánovat v říjnu 2019, kdy jsme se rozhodli, že budeme s respondenty rozvíjet jejich všímavost pomocí vybraných technik a budeme zkoumat, jaký vliv mají tyto techniky na alexithymii a úzkost. Spojila jsem síly se svým spolužákem, který absolvoval kurz Mindfulness a který mi s výzkumem pomohl, ale zaměřil se na jinou oblast zkoumání. Náš původní záměr byl scházet se s respondenty každý týden zhruba na jednu hodinu, během které jim vysvětlíme určitou techniku pro praktikování doma. Následující týden jim vysvětlíme další techniku a takhle se s nimi budeme potkávat celkem osm po sobě jdoucích týdnů.

Bohužel v době, kdy jsme chtěli s výzkumem začít (březen 2020), nastalo období pandemie COVID-19 a nám tak nebylo umožněno výzkum prezenční formou provést. Pandemie zasáhla nějakým způsobem do života všech lidí a způsobila nárůst stresorů, které měly na tyto lidi dopad (např. ztráta práce, smrt blízkých osob, izolace od rodiny a kamarádů, finanční nejistota atd.) (Höschl, & Winkler, 2021). To mělo za následek, že u lidí postupně narůstaly obavy, strach a nejistota, co je v budoucnu čeká a jak se s danou situací vyrovnají. Společnost se začala doma izolovat od rodin a kamarádů, což postupně vedlo ke zvyšování psychických potíží. Tým odborníků pod vedením Petra Winklera z NÚDZ uveřejnil výsledky opakované průřezové studie na vzorku dospělých obyvatel České republiky, která byla prováděna za použití mezinárodního neuropsychiatrického interview. Autoři této studie porovnali prevalenci poruch nálad, úzkostných poruch a suicidálního rizika před a těsně po prvním vrcholu pandemie COVID-19. Výsledky ukázaly, že prevalence deprese a rizika suicida stoupla na trojnásobek. Prevalence úzkostné poruchy se téměř zdvojnásobila (Höschl, & Winkler, 2021).

Z těchto důvodů (společnost procházela a prochází náročným obdobím a musí čelit neočekávaným událostem), jsme se rozhodli náš výzkum převést do online prostředí a nabídnout tak našim respondentům techniky, které jim v této době mohou navíc pomoci

zvládat úzkost. Abychom mohli skutečně zjistit, zda mají techniky pro rozvoj všímavosti vliv na alexithymii a úzkost, museli jsme vytvořit kontrolní skupinu, která se programu nezúčastní.

Když jsme se rozhodli, že náš výzkum převedeme do online prostředí, museli jsme zvolit kritéria, podle kterých vybereme výběrový soubor. Po detailní analýze vybraných technik a zvážení možných rizik jsme si stanovili, že do výzkumu vybereme respondenty, kteří se v současné době cítí zdraví, neléčí se s duševní poruchou a neřeší v současné době závažná traumata (např. úmrtí v rodině atd.). Také jsme chtěli vybrat takové respondenty, kteří nemají zkušenost s meditací, technikami pro rozvoj všímavosti nebo nepraktikují jógu a jiná relaxační cvičení. Ve chvíli, kdy jsme měli jasně daná kritéria výběru, jsme naplánovali celý osmitýdenní program. Po prostudování literatury a diskusi s odborníky na rozvoj všímavosti jsme sestavili osmitýdenní plán, který zahrnoval vybrané techniky pro rozvoj všímavosti (např. bodyscan, formální meditační praxi atd.). Pro respondenty jsme následně připravili jednotlivé složky, kde byl přesný návod, jak danou techniku provádět, včetně instruktážního videa. Také jsme vytvořili prezentaci, ve které jsme detailně popsali záměr výzkumu i jeho průběh, a tuto prezentaci později přednesli našim uchazečům.

Když jsme měli vše připravené, vybrali jsme 5 respondentů z řad našich kamarádů, které jsme zařadili do pilotní studie, abychom si ověřili funkčnost online prostředí, srozumitelnost technik a případně odhalili slabá místa, které by bylo potřeba zlepšit. Tato studie nám neukázala žádné významné nedostatky, a proto jsme mohli přejít k samotnému výzkumu.

Prvním krokem bylo oslovení respondentů. Pro tyto účely jsme vytvořili leták, který obsahoval základní informace o našem výzkumu. Leták jsme umístili na sociální sítě a zároveň oslovili některé z našich přátel, který měli o účast ve výzkumu zájem. Do experimentální skupiny se nám přihlásilo celkem 43 respondentů a do kontrolní skupiny 45 respondentů. Respondentům z experimentální skupiny jsme zaslali termín úvodní schůzky, kde se dozví všechny potřebné informace.

Na schůzce, která proběhla online, jsme respondentům předali informace o našem výzkumném záměru, odprezentovali jsme, co rozvoj všímavosti znamená, a představili jednotlivé techniky, které respondenti budou praktikovat. Také jsme respondentům zdůraznili, že rozvoj všímavosti neslouží jako léčba, kterou by mohli řešit případné psychické potíže, a že v případě, pokud nějaké psychické potíže řeší, nebo se necítí zdraví,

není pokračování v našem výzkumu vhodné. Respondentům z kontrolní skupiny jsme zaslali podrobnější informace e-mailem a sdělili jim, že jejich úkolem bude pouze vyplnit dotazníky na začátku výzkumu a poté po osmi týdnech znovu.

Respondenti v experimentální skupině dostali informace, že každý týden se s nimi budeme společně setkávat v menších skupinách na platformě „Zoom“, kde jim předáme informace o technice, kterou mají doma praktikovat. Naučíme je, jak má konkrétní technika vypadat, a zároveň jim dáme „návod“ v psané podobě a video, podle kterého mohou techniku cvičit. Respondenty jsme pro lepší organizaci rozdělili do čtyř skupin a domluvili jsme časy, ve kterých se budeme každý týden potkávat. Účastníci také dostali možnost, že pokud jim daný čas nebude vyhovovat, mohou se připojit ke skupině jiné. Tato setkávání probíhala každý týden přibližně na 60 minut. Abychom byli s účastníky více v kontaktu, měli jsme dohodu, že se s každým ještě telefonicky spojíme jednou týdně. Zjišťovali jsme, jak jim techniky jdou, zda potřebují s něčím pomoci, jak se jim daří a zda v dané době neřeší nějaké více stresující či zátěžové situace, které by mohly mít na praktikování technik vliv. Naším úkolem bylo také účastníky motivovat, aby v rozvoji všímavosti vytrvali. Cílem bylo, aby každý den cvičili formální nebo neformální praxi.

Po úvodní schůzce jsme zahájili výzkum a sběr dat, který probíhal 23. - 26. března 2020. Respondenti v této době dostali baterii dotazníků a informovaný souhlas, který nám v těchto dnech vyplnili. První setkání, kde jsme respondentům předali první techniku, kterou mají doma praktikovat, proběhlo 27. března 2020. Od této doby každý pátek probíhala schůzka, kde byl prostor předat informace a naučit respondenty další techniku. Poslední setkání se uskutečnilo 15. května 2020, kde jsme zároveň respondenty požádali, aby nám vyplnili znovu baterii dotazníků. Sběr dat v rámci posttestu probíhal 18. – 21. května 2020. V tomto datu nám vyplnili dotazníky i respondenti z kontrolní skupiny. V této době jsme tak získali data, se kterými jsme dále mohli pracovat a zjistit tak, zda došlo u experimentální skupiny ke snížení alexithymie a úzkosti a zda jsou tyto hodnoty nižší než u skupiny kontrolní, která se programu nezúčastnila.

8.2. Zvolený typ výzkumu a metody získávání dat

Náš výzkum probíhal formou komparativního kvaziexperimentu za využití mezisubjektového a vnitrosubjektového designu. Vytvořili jsme tedy experimentální a kontrolní skupinu, které jsme vzájemně porovnávali. Skupina experimentální nám

vyplnila pretest, poté se po dobu 8 týdnů účastnila programu pro rozvoj všímavosti a následně vyplnila posttest. Kontrolní skupina nám vyplnila pretest i posttest ve stejné době jako skupina experimentální, ale neúčastnila se programu pro rozvoj všímavosti, ani jsme do ní jinak nezasahovali.

Pro náš výzkum jsme zvolili kvantitativní design, takže výsledkem výzkumu byl kvantitativní rozbor dat za využití statistických testů.

Výzkum probíhal celkem 8 týdnů, během kterých jsme naše respondenty v experimentální skupině provázeli technikami pro rozvoj všímavosti. Před začátkem výzkumu probíhal sběr dat pomocí dotazníkového šetření. Data pro náš výzkum jsme získali z dotazníku Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) a základních demografických údajů. Po skončení osmitýdenního programu respondenti z experimentální i kontrolní skupiny opět vyplnili stejné dotazníky.

8.2.1 Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

Toronto Alexithymia Scale je dotazník pro měření alexithymie, který v roce 1985 vytvořili autoři G. J. Taylor, R. M. Bagby a J. D. A. Paker. Jedná se o nejvíce užívaný nástroj pro zjištění přítomnosti a míry alexithymie. Dotazník měl zpočátku 26 položek, které respondenti hodnotili na Likertově škále, ale později v roce 1992 došlo k revizi. Položky, které zjišťovaly úroveň fantazie a denního snění, byly odstraněny, a navíc byly přidány položky zaměřené na externě orientované myšlení. Dnes se dotazník nazývá Toronto Alexithymia Scale 20 Items (TAS-20) a má dvacet položek, na které respondenti odpovídají na Likertově pětibodové škále. Výroky značí, do jaké míry souhlasí s tvrzením (např. „Jsem často zmaten, pokud jde o to, jaké emoce cítím.“). Hodnota 1 vykazuje silný nesouhlas s uvedeným tvrzením, oproti tomu hodnota 5 značí silný souhlas. Výsledky lze posuzovat buď z hlediska celkového skóre, nebo lze vyhodnotit pouze některé faktory. Skóre se pohybuje mezi 20–100 body (Leising, Grande, & Faber, 2009).

Hodnocení přítomnosti alexithymie z celkového skóre dotazníků je rozděleno:

- méně než 51 bodů = nepřítomnost alexithymie
- 52-60 bodů = možná přítomnost alexithymie
- rovno nebo více než 61 bodů = přítomnost alexithymie (Procházka, 2011).

Výsledky lze uvádět jako celkový skór nebo dle jednotlivých faktorů. TAS-20 se skládá ze třech faktorů:

1. faktor – obtížná identifikace vlastních pocitů (*Difficulty identifying feelings*)

Tento faktor obsahuje například otázky: „Bývám často zmatený/á, pokud je o to, jaké emoce cítím.“, „Mám fyzické vjemy, kterým ani lékaři nerozumí.“

2. faktor – obtížné popisování vlastních pocitů (*Difficulty describing feelings*)

Například: „Je pro mě těžké najít správná slova pro mé pocity.“, „Jsem snadno schopen/a popsat mé pocity.“

3. faktor – externě orientované myšlení (*Externally oriented thinking*)

Například: „Dám přednost analyzování problémů před jejich popisováním.“, „Dávám přednost tomu, ponechat věcem volný průběh, před tím, než bych se snažil/a porozumět tomu, proč se takto dějí.“ (Leising, Grande, & Faber, 2009)

Co se týče spolehlivosti testu, TAS-20 prokazuje dobrou vnitřní konzistenci (Cronbachova alfa = 0,81) a test-retest reliabilitu (0,77; $p < 0,01$). Výzkum ověřující platnost dotazníku ukazuje adekvátní úroveň konvergentní a souběžné validity. Dále bylo zjištěno, že struktura tří faktorů je teoreticky shodná s konstrukcí alexithymie. Dotazník je stabilní a replikovatelný napříč klinickými i neklinickými populacemi (Parker, Taylor, & Bagby, 2003).

8.2.2 The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Dotazník The State-Trait Anxiety Inventory (podle anglického názvu dále uvádíme zkratku STAI) je sebesposuzovací škála měřící úzkost a úzkostnost. Původní formu STAI zkonstruoval v roce 1964 D. Spielberger, Richard L. Gorsuch a Robert E. Lushene. V roce 1980 byla metoda ve spolupráci Josefa Müllnera, Imricha Ruisela a Gabriela Farkaše převedena do česko-slovenského prostředí a byly k ní vydány normy. Metoda se skládá z dvakrát dvaceti otázek, na které jedinec odpovídá na čtyřbodové škále, kde vyjadřuje míru souhlasu s jednotlivými výroky (Mülner, Ruisel, & Farkaš 1980).

První část dotazníku je označovaná jako X-1 (STAI X-1), která měří momentální míru úzkosti (sleduje momentální stav) a ptá se na otázku: „Jak se cítíte právě teď?“. Druhá část X-2 (STAI X-2) měří obvyklou míru úzkosti (posuzuje úzkostlivost jako vlastnost osobnosti) a ptá se na otázku: „Jak se obvykle cítíte?“ (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970).

Škály je možné administrovat individuálně i skupinově a vyplňování je krátké a nenáročné. Samotné vyhodnocení dotazníku je jednoduché a realizuje se pomocí šablony, protože některé položky se skórují inverzně. Na STAI byly provedeny různé testy spolehlivosti a platnosti, které poskytly dostatečné důkazy o tom, že to je vhodná metoda pro studium úzkosti ve výzkumu i v klinických podmínkách. Stabilita stupnic STAI byla hodnocena na vzorku vysokoškolských studentů (žen i mužů) pomocí testu/retestu, a to v intervalu od jedné hodiny do 104 dnů. Velikost koeficientu spolehlivosti klesala v závislosti na délce intervalu. Pro dotazník X-2 (posuzující úzkost jako vlastnost osobnosti) se koeficienty pohybovaly od 0,65 do 0,86, zatímco u dotazníku X-1 (sledující momentální úzkost) byly koeficienty v rozptylu 0,16 - 0,62. Tato nízká úroveň stability je očekávaná, protože odpovědi na položky na této škále odrážejí vliv jakýchkoliv přechodných situačních faktorů, které jsou přítomny v době testování (Spielberger, 1989).

Míra úzkosti a úzkostnosti je získána součtem skóre, kdy v každém dotazníku (X-1 a X-2) může nabývat hodnot od 20 do 80 bodů. Čím vyšší skór, tím je vyšší stupeň úzkosti v případě dotazníku X-1 a úzkostnosti u dotazníku X-2. Při součtu hrubých skóre je nutné využít šablonu, protože část otázek obsahuje reverzní položky (Skapinakis, 2014).

Naším cílem bylo zjistit, zda míra úzkosti a úzkostnosti u respondentů klesla v porovnání s kontrolní skupinou, která program rozvoje všímavosti neabsolvovala. Dále nás zajímá, zda u respondentů v experimentální skupině dojde v posttestu ke snížení úzkosti a úzkostnosti v porovnání s pretestem.

8.3. Etické hledisko a ochrana soukromí

V rámci našeho výzkumu bylo pro nás důležité zachovat bezpečí a anonymitu respondentů. V úvodu našich dotazníků jsme uvedli, že výzkum probíhá za účelem vypracování diplomové práce a dotazníky jsou zcela anonymní. Před započítáním každého dotazníku dostali respondenti informace, jak při vyplňování postupovat a jak dotazníky vyplnit. Z důvodu dodržení anonymity respondenti nevyplňovali žádné údaje, podle kterých by

bylo možné zjistit jejich totožnost. V úvodu pouze vyplnili pohlaví, věk a dosažené vzdělání. V úvodním textu jsme také uvedli, aby si každý respondent vytvořil unikátní kód, díky kterému později můžeme spárovat vyplněný pretest a posttest. Respondenti si kód vytvořili tím, že napsali jméno jejich matky za svobodna a za něj napsali poslední dvě čísla roku jejich narození (např. Nováková85). Tím jsme dodrželi anonymitu a zároveň jsme mohli při vyhodnocování výsledku správně spárovat vyplněné testy. Také jsme v rámci úvodu dotazníků uvedli, že odevzdáním dotazníků dává respondent souhlas se zpracováním a následným vyhodnocením poskytnutých dat. V závěru našeho dotazníku byl znovu uveden e-mailový a telefonický kontakt na nás, pokud budou mít respondenti další otázky nebo se vyskytne nějaký problém, který by s námi potřebovali řešit.

Respondenti v experimentální skupině byli na úvodní schůzce také informováni, že pokud se v průběhu výzkumu vyskytne jakýkoliv problém (např. zjistí, že jim námi vybrané techniky způsobují psychickou nepohodu, objeví se u nich psychické potíže atd.), mohou kdykoliv bez udání důvodu v našem výzkumu skončit. S panem doc. Romanem Procházkou, který nám náš výzkum zároveň zaštiťoval, jsme měli domluvenou možnost supervize a řešení případných obtíží v průběhu výzkumu. Také jsme respondentům dali na vědomí, že já i můj kolega jsme absolvovali kompletní výcvik krizové intervence a v případě náhlých potíží během online setkání můžeme pohotově zareagovat a situaci řešit.

8.4. Metody zpracování a analýzy dat

Pro získání a vyhodnocení dat jsme použili kvantitativní design výzkumu. Do výzkumu jsme vybrali jedince z české populace příležitostným výběrem a metodou sněhové koule.

Respondenty jsme oslovili skrze sociální sítě (Facebook, Instagram), kam jsme také umístili náborový leták, který obsahoval podrobnější informace o našem výzkumném záměru. Zájemci se nám přihlašovali pomocí uvedeného e-mailu nebo telefonu. Když jsme naplnili kapacitu, kterou jsme si stanovili (cca 40 respondentů v každé skupině), domluvili jsme se s respondenty na úvodní schůzce, na které jim poskytneme podrobné informace a případně zodpovíme jejich otázky. Po první schůzce jsme respondentům, kteří si přáli ve výzkumu pokračovat, zaslali dotazníky STAI a TAS-20. Data, která jsme od respondentů získali, se automaticky ukládala do tabulek, se kterými jsme později pracovali v Microsoft Office Excel.

8.5. Zkoumaný soubor

Zkoumaným souborem v našem výzkumu byli jedinci, kteří nemají zkušenost s meditací, jógou nebo jinými aktivitami pro rozvoj všímavosti. Pro výzkum jsme si nestanovili žádnou věkovou kategorii, výběr pohlaví nebo vzdělání. Limitem a kontraindikací pro zařazení do výzkumu pro nás byli respondenti, kteří v současné době řeší psychické potíže, mají diagnostikovanou duševní poruchu nebo se necítí zdraví. Do náborového letáku jsme tak napsali informaci, že hledáme respondenty, kteří se cítí fyzicky i duševně zdraví a neléčí se s žádným duševním onemocněním. Při rozvoji všímavosti by tyto závažné události mohly být překážkou a mohly by způsobit dekompenzace a zhoršení některých příznaků.

Do experimentální skupiny se nám přihlásilo 43 osob. Ty se zúčastnily první úvodní schůzky, která proběhla online přes aplikaci Zoom. Po první schůzce, kde se respondenti dozvěděli veškeré informace a podrobnosti výzkumu, se odhlásil jeden proband. V den začátku výzkumu, kdy jsme zadávali první informace pro rozvoj všímavosti, se experimentální skupina skládala ze 42 osob. Během 8 týdnů se další tři respondenti odhlásili. Finální počet respondentů, kteří celý výzkum dokončili a vyplnili pretest i posttest, byl 39 osob (10 mužů a 29 žen).

Kontrolní skupina, která se rozvoje všímavosti nezúčastnila, se při prvním testování skládala ze 45 probandů. Ovšem ne všichni respondenti vyplnili dotazník i po 8 týdnech znovu, celkem tak nemáme kompletní data od 5 respondentů. Oba dotazníky nakonec vyplnilo celkem 40 osob. Z důvodu vyvážení experimentální a kontrolní skupiny jsme dle demografických údajů odebrali jednoho probanda, kterému bylo jako jedinému méně než 18 let, z kontrolní skupiny, aby byly počty obou skupin vyvážené. Obě skupiny (experimentální i kontrolní) čítaly 39 respondentů (12 mužů a 27 žen). Celkem se tak našeho výzkumu zúčastnilo 78 respondentů.

Abychom zjistili, zda jsou naše skupiny vyvážené, provedli jsme po prvním testování srovnání skupin pomocí deskriptivních statistik a krabicových grafů, kde jsme porovnali výsledky pretestu u experimentální a kontrolní skupiny. Pro znázornění uvádíme v následující části porovnání deskriptivních statistik pro celkový skóre u dotazníku TAS-20 a STAI.

Tabulka 3: Popisné statistiky dotazníku TAS-20

Skupina	Celkové skóre				
	r	SD	Med (x)	MIN	MAX
EXP. $\Sigma = 39$	45,64	9,21	45	28	71
KON. $\Sigma = 39$	43,74	8,33	41	30	72

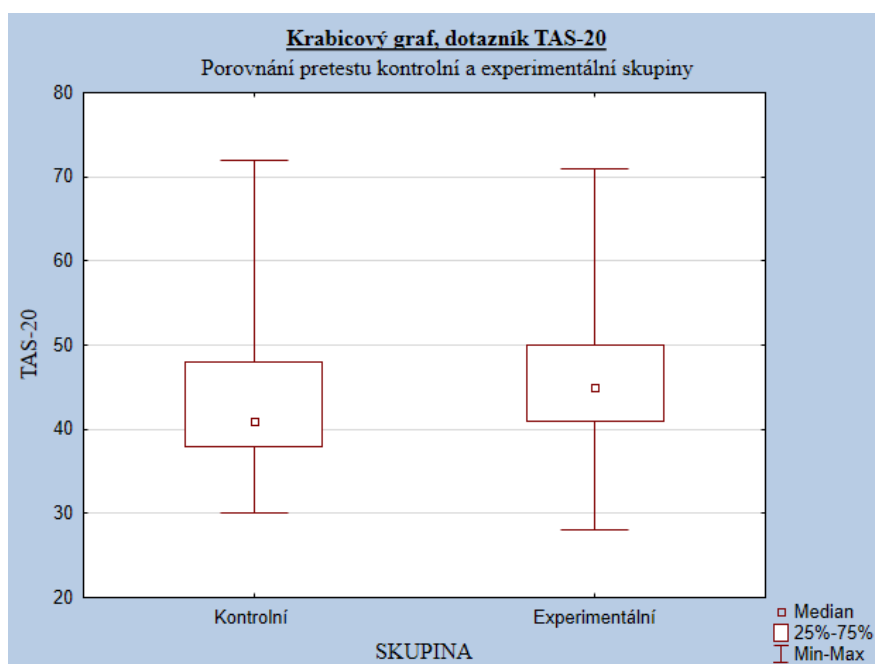
Pozn. EXP = experimentální skupina, KON = kontrolní skupina

Tabulka 4: Popisné statistiky dotazníku STAI

Skupina	ÚZKOST (X-1)				ÚZKOSTNOST (X-2)			
	SD	Med (x)	MIN	MAX	SD	Med (x)	MIN	MAX
Experimentální $\Sigma = 39$	11,40	39	24	63	10,30	44	25	65
Kontrolní $\Sigma = 39$	9,69	41	25	63	10,30	40	25	6

Na základě předložených deskriptivních statistik můžeme pozorovat, že nedošlo k významným rozdílům ve výsledcích pretestu mezi skupinami, a proto jsme mohli výzkum zahájit v tomto skupinovém rozložení. Pro větší přehlednost přikládáme i krabicový graf dotazníku TAS-20. Graf pro srovnání skupin v rámci dotazníku STAI (X-1) a STAI (X-2) přikládáme do příloh této práce.

Graf 1: Krabicový graf dotazníku TAS-20

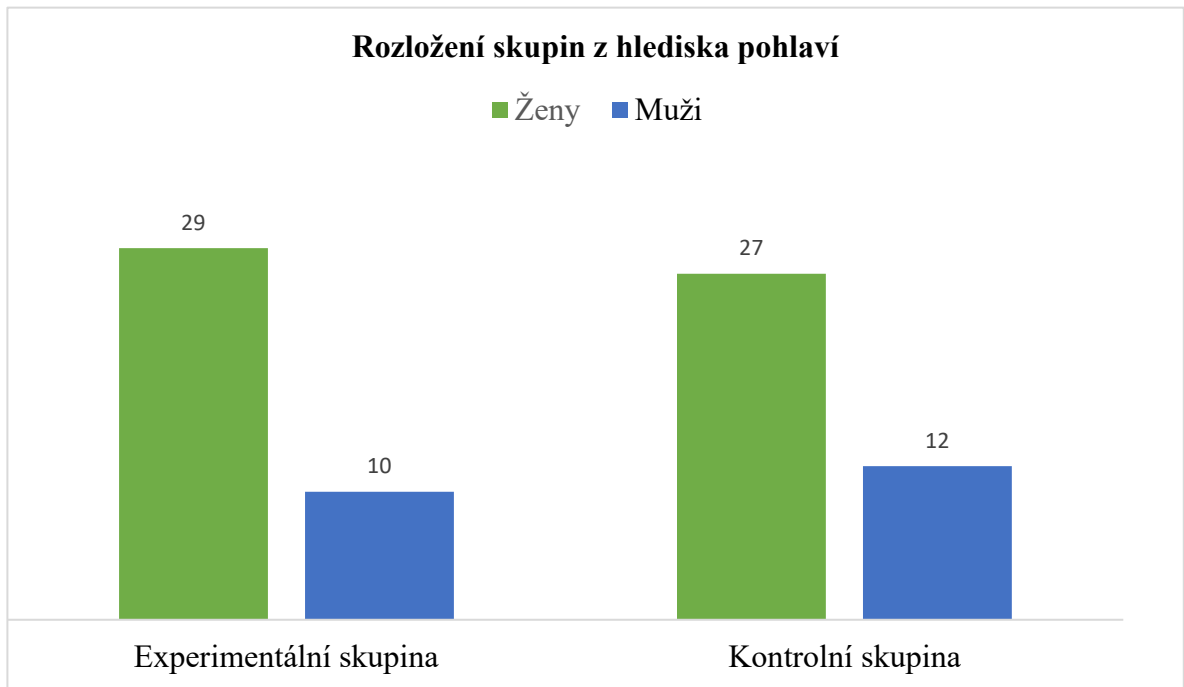


Výběrový soubor experimentální skupiny (n = 39) se skládal z jedinců, kteří měli zájem o rozvoj všímavosti a zároveň splnili námi uvedené podmínky. Průměrný věk respondentů v této skupině byl 27,5 roku v rozložení od 20 do 74 let. Náš výběrový soubor zahrnoval 24 vysokoškolsky vzdělaných respondentů, 14 respondentů uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou a jeden uvedl vyšší odbornou školu.

Výběrový soubor kontrolní skupiny (n = 39) byl sestaven z respondentů, kteří měli zájem přispět do našeho výzkumu vyplněním dotazníků na začátku výzkumu a poté po 8 týdnech znovu. Podmínky byly stejné jako v experimentální skupině, tedy vybírali jsme takové respondenty, kteří se neléčí s žádným duševním onemocněním nebo nemají v současné době psychické potíže. Průměrný věk respondentů byl 27,7 roku v rozložení od 23 do 51 let. Výběrový soubor zahrnoval 30 vysokoškolsky vzdělaných respondentů, 6 respondentů uvedlo střední školu s maturitou a 3 respondenti měli vyšší odborné vzdělání.

V následujícím grafu uvádíme přesné počty z hlediska pohlaví respondentů. Do experimentální skupiny se zapojilo 74 % žen a 26 % mužů. Skupina kontrolní zahrnovala 69 % žen a 31 % mužů.

Graf 2: Rozložení skupin z hlediska pohlaví



9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části si podrobně představíme výsledky našeho výzkumu. Nejprve si pomocí deskriptivních statistik přiblížíme získaná data a v další části se přesuneme k ověření platnosti stanovených hypotéz.

9.1. Výsledky dotazníku TAS-20

Dotazník TAS-20 se skládá z celkem tří subškál. Pro přehlednost v následující tabulce uvádíme, jak dílčí skupiny skórovaly na jednotlivých subškálách. Pro tento účel uvádíme popisné statistiky jako průměr, směrodatnou odchylku a medián, který je k výpočtu potřeba. V rámci našeho výzkumu jsme později využili výsledky celkového skóre.

Tabulka 5: Popisné statistiky dotazníku TAS-20

Skup.	Celkové skóre			Problém identifikovat pocity			Problém popisovat pocity			Externě orientované myšlení		
	r	SD	Med (x)	r	SD	Med (x)	r	SD	Med (x)	r	SD	Med (x)
EXP.	38,82	7,67	38	9,85	4,18	9	8	2,68	8	20,97	5,04	22
KON.	43,54	8,68	40	11,08	4,97	9	8,87	3,41	8	23,58	3,31	23

pozn. EXP. = experimentální skupina, KON. = kontrolní skupina

Pro zpracování a vyhodnocení výsledků jsme použili program Statistica 12. V prvním kroku jsme provedli testy normality, abychom zjistili, zda data mají normální rozdělení. Rozložení dat jsme si zobrazili pomocí histogramu. Na základě vygenerovaných histogramů jsme se rozhodli použít neparametrickou metodu z důvodu nesplnění podmínek normality. Pro ověření stanovených hypotéz jsme tedy museli využít neparametrickou metodu a to Mann-Whitneyův U-test s korekcí na spojitost a Wilcoxonův dvouvýběrový test. Obě hypotézy jsme testovali na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

U obou skupin respondentů (experimentální i kontrolní) jsme porovnávali celkové skóre dotazníku TAS-20 a do výpočtu jsme tak nezahrnovali zvláště skóre dílčích subškál dotazníku. Zajímalo nás pouze rozdíly v celkové alexithymii v obou skupinách. V rámci výsledků tohoto dotazníku jsme měli stanovené dvě hypotézy.

První hypotéza byla stanovena pro porovnání míry alexithymie u experimentální skupiny, která po dobu 8 týdnů praktikovala techniky všímavosti, a skupiny kontrolní, u které nebyl prováděn žádný zásah. Předpokládali jsme, že osoby, které pravidelně 8 týdnů praktikovaly techniky všímavosti, budou mít v posttestu nižší skóre alexithymie než respondenti v posttestu v kontrolní skupině. Pro vyhodnocení výsledku testu TAS-20 jsme použili Mann-Whitneyův U-test s korekcí na spojitost. Mezi výsledky jsme kromě testové statistiky U, jeho standardizované podoby Z a p-hodnoty zařadili i hodnotu AUC (*Area Under Curve*), která nám vyjadřuje pravděpodobnost, že náhodně vylosovaný respondent z kontrolní skupiny bude dosahovat vyšších hodnot než náhodně vylosovaný respondent z experimentální skupiny. Pro výpočet AUC je třeba znát kromě testové statistiky U, také rozsah souboru experimentální ($n = 39$) a kontrolní skupiny ($n = 39$).

H₁: Účastníci osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu v dotazníku TAS-20 nižšího skóre než respondenti v posttestu v kontrolní skupině.

$U = 535,5$; $p < 0,05$; $Z = 2,25$; $AUC = 0,35$

Druhá hypotéza byla stanovena pro porovnání výsledků v rámci experimentální skupiny, která se účastnila osmitýdenního programu. Ověřovali jsme, zda u respondentů v experimentální skupině dojde v posttestu ke snížení alexithymie oproti výsledkům testu před absolvováním osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti. Pro vyhodnocení výsledku testu TAS-20 jsme použili Wilcoxonův dvouvýběrový test.

H₂: Respondenti po absolvování osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu v dotazníku TAS-20 nižšího skóre než před absolvováním tohoto programu.

$T = 507$; $Z = 4,30$; $p < 0,001$

V další části si uvedeme tabulku s přehledem získaných dat a výsledků u experimentální skupiny. Data jsme seřadili podle nejvyšších hodnot v pretestu. V tabulce jsou červeně znázorněné hodnoty, které podle vyhodnocení značí přítomnost alexithymie (tzn. respondent získal více jak 60 bodů) a modře jsou znázorněny hodnoty, které dle vyhodnocení značí možnou přítomnost alexithymie (tzn. respondent získal více jak 52 bodů).

Sloupec „zlepšení“ nám ukazuje, zda u respondenta došlo k poklesu hodnot v posttestu. Dále uvádíme rozdíl hodnot (tzn. o kolik bodů došlo ke zlepšení v posttestu). Poslední sloupec tabulky nám ukazuje, o kolik % došlo ke zlepšení oproti pretestu. Zeleně jsme označili hodnoty, které značí zlepšení o více jak 30 %. Přehled kontrolní skupiny uvádíme v přílohách této práce.

Tabulka 6: Srovnání pretestu a posttestu experimentální skupiny

EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA					
Respondent číslo	Pretest	Posttest	Zlepšení	Rozdíl hodnot	Zlepšení v %
13	71	43	1	28	39,44%
16	67	64	1	3	4,48%
37	62	43	1	19	30,65%
39	61	54	1	7	11,48%
22	56	36	1	20	35,71%
25	53	36	1	17	32,08%
12	51	41	1	10	19,61%
21	51	47	1	4	7,84%
29	51	33	1	18	35,29%
36	50	42	1	8	16,00%
1	48	28	1	20	41,67%
32	48	46	1	2	4,17%
10	47	48	0	-1	-2,13%
14	47	36	1	11	23,40%
20	47	43	1	4	8,51%
27	47	32	1	15	31,91%
31	47	47	0	0	0,00%
9	46	38	1	8	17,39%
28	46	43	1	3	6,52%
3	45	32	1	13	28,89%
11	45	38	1	7	15,56%
35	45	46	0	-1	-2,22%
19	44	42	1	2	4,55%
24	44	40	1	4	9,09%
33	43	37	1	6	13,95%
2	42	38	1	4	9,52%
6	41	39	1	2	4,88%
7	41	35	1	6	14,63%
15	41	40	1	1	2,44%
18	41	37	1	4	9,76%
17	40	38	1	2	5,00%
30	38	39	0	-1	-2,63%
5	37	37	0	0	0,00%
4	36	35	1	1	2,78%
38	36	34	1	2	5,56%
8	34	32	1	2	5,88%
23	28	24	1	4	14,29%
26	28	26	1	2	7,14%
34	25	25	0	0	0,00%

9.2. Výsledky dotazníku STAI

Dotazník STAI se skládá ze dvou subškál. Škála (X-1) zjišťuje míru úzkosti a škála (X-2) míru úzkostnosti. V rámci porovnání dat popisné statistiky uvádíme v následující tabulce obě subškály v experimentální a kontrolní skupině.

Tabulka. 7: Popisné statistiky dotazníku STAI

Skupina	ÚZKOST (X-1)				ÚZKOSTNOST (X-2)			
	SD	Med (x)	MIN	MAX	SD	Med (x)	MIN	MAX
Experimentální	7,06	36	24	52	7,37	37	24	53
Kontrolní	9,76	41	23	67	10,31	42	24	68

Pro zpracování a vyhodnocení výsledků jsme opět použili program Statistica 12. V prvním kroku jsme stejně jako u předchozího dotazníku provedli testy normality. Výsledek histogramu značil porušení podmínky normality, a tak jsme zvolili použití neparametrického testu. Pro ověření hypotéz jsme využili Mann-Whitneyův U-test s korekcí na spojitost a Wilcoxonův dvouvýběrový test. Všechny hypotézy jsme testovali na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

V dotazníku STAI se odpovídá na čtyřbodové škále, kterou budeme považovat za ordinální proměnou, proto byla na základě tohoto argumentu jednoznačnou volbou neparametrická metoda.

První hypotéza byla stanovena pro porovnání míry úzkosti u experimentální skupiny a kontrolní skupiny. Předpokládali jsme, že osoby, které praktikovaly techniky všímavosti, budou v dotazníku STAI (X-1) skórovat níže než kontrolní skupina, která cvičení neprováděla. Pro vyhodnocení výsledku testu STAI (X-1) jsme použili Mann-Whitneyův U-test s korekcí na spojitost.

H₃: Účastníci osmítýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu dotazníku STAI (X-1) nižšího skóre než respondenti v posttestu v kontrolní skupině.

U = 422,5; p = 0,001; Z = 3,38; AUC = 0,28

Druhá hypotéza byla stanovena pro porovnání míry úzkostnosti u experimentální skupiny a kontrolní skupiny. Předpokládali jsme, že osoby, které praktikovaly techniky všímavosti, budou v dotazníku STAI (X-2) skórovat níže než kontrolní skupina, která cvičení neprováděla. Pro vyhodnocení výsledku testu STAI (X-1) jsme použili opět Mann-Whitneyův U-test.

H4: Účastníci osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu dotazníku STAI (X-2) nižšího skóre než respondenti v posttestu v kontrolní skupině.

$U = 558; p < 0,05; Z = 2,02; AUC = 0,37$

Další hypotézou jsme ověřovali, zda respondenti v experimentální skupině budou mít v posstestu nižší skóre v dotazníku STAI (X-1) oproti pretestu. Pro vyhodnocení výsledku testu jsme použili Wilcoxonův dvouvýběrový test.

H5: Respondenti po absolvování osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu dotazníku STAI (X-1) nižšího skóre než před absolvováním tohoto programu.

$T = 167,5; Z = 2,60; p < 0,05$

Poslední hypotézou jsme ověřovali, zda respondenti v experimentální skupině budou mít v posstestu nižší skóre v dotazníku STAI (X-2) oproti pretestu. Pro vyhodnocení výsledku testu jsme použili Wilcoxonův dvouvýběrový test.

H6: Respondenti po absolvování osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu dotazníku STAI (X-2) nižšího skóre než před absolvováním tohoto programu.

$T = 47; Z = 4,69; p < 0,001$

9.3. Ověřování hypotéz

V této části si pro přehlednost shrneme výsledky jednotlivých hypotéz.

H₁: Účastníci osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu dotazníku TAS-20 nižšího skóre než respondenti v posttestu v kontrolní skupině.

U = 535,5; **p < 0,05**; Z = 2,25; AUC = 0,35

Tuto hypotézu přijímáme.

H₂: Respondenti po absolvování osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu v dotazníku TAS-20 nižšího skóre než před absolvováním tohoto programu.

T = 507,00; Z = 4,30; **p < 0,001**

Tuto hypotézu přijímáme.

H₃: Účastníci osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu dotazníku STAI (X-1) nižšího skóre než respondenti v posttestu v kontrolní skupině.

U = 422,5; **p < 0,001**; Z = 3,37; AUC = 0,28

Tuto hypotézu přijímáme.

H₄: Účastníci osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v posttestu dotazníku STAI (X-2) nižšího skóre než respondenti v posttestu v kontrolní skupině.

U = 558; **p < 0,05**; Z = 2,02; AUC = 0,37

Tuto hypotézu přijímáme.

H₅: Respondenti po absolvování osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v dotazníku STAI (X-1) nižšího skóre než před absolvováním tohoto programu.

T = 167,5; Z = 2,60; **p < 0,05**

Tuto hypotézu přijímáme.

H₆: Respondenti po absolvování osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti dosahují v dotazníku STAI (X-2) nižšího skóre než před absolvováním tohoto programu.

T = 47; Z = 4,69; **p < 0,001**

Tuto hypotézu přijímáme.

10 DISKUZE

V této části se postupně zaměříme na výsledky a interpretace našeho výzkumu. Výsledky si také porovnáme s některými výzkumy, které byly na téma vlivu technik pro rozvoj všímavosti na alexithymii a úzkost provedeny. V další části si zhodnotíme přínosy naší práce a limity, které se během výzkumu objevily. Také se zamyslíme nad další perspektivou bádání v této oblasti a navrhneme možné další náměty pro zkoumání. Aby byla kapitola přehledná, rozdělíme ji do několika dílčích témat, kterými se budeme dále zabývat.

Výsledky dotazníku TAS-20 a porovnání s dalšími výzkumy

V této části se postupně vyjádříme k výsledům, které jsme v předchozí kapitole uváděli. V našem výzkumu, který probíhal formou komparativního kvaziexperimentu, jsme porovnávali míru alexithymie a úzkosti u respondentů, kteří během osmi týdnů praktikovali techniky pro rozvoj všímavosti, oproti skupině kontrolní, která se programu nezúčastnila. Obě skupiny nám před zahájením výzkumu vyplnily baterii dotazníků, která obsahovala Dotazník na měření úzkosti a úzkostnosti (STAI X-1, STAI X-2) a Dotazník alexithymie (TAS-20). Tuto baterii dotazníků poté respondenti vyplnili znovu po osmi týdnech. Cílem práce bylo zjistit, zda dojde ke snížení alexithymie, úzkosti a úzkostnosti v posttestu v experimentální skupině a zda experimentální skupina bude v posttestu dotazníků STAI i TAS-20 vykazovat nižší hodnoty než skupina kontrolní. V našem výzkumu jsme stanovili celkem šest hypotéz, které jsme následně ověřovali a přijali je po statistickém vyhodnocení výsledků.

První hypotéza předpokládala snížení míry alexithymie v posttestu v dotazníku TAS-20 v experimentální skupině oproti kontrolní skupině. Zde jsme vycházeli z přehledové studie, kterou provedli Normal et al. (2019). Těchto studií se zúčastnilo celkem 460 respondentů, u kterých se zkoumalo snížení alexithymie za pomoci intervence založené na všímavosti. Ačkoliv autoři odkazovali na potřebu replikace výzkumu na větším vzorku respondentů, dosavadní výsledky ukázaly, že intervence založené na všímavosti mohou vést ke snížení míry alexithymie. Autoři zároveň uvádí, že ve všech studiích byla základní hladina alexithymie relativně nízká a pod pomyslným klinickým prahem, od kdy je možné ji diagnostikovat (v dotazníku TAS-20 musí jedinec získat více

než 61 bodů). Také se domnívají, že účinek intervencí založených na všímavosti může být ještě větší u klinické populace, kde je výchozí hodnota alexithymie vyšší.

Tato přehledová studie nás motivovala k tomu, abychom se zaměřili na stejnou oblast bádání a zjistili, zda intervence založená na všímavosti může snížit míru alexithymie na vzorku české populace. Důležité je zmínit, že cílem našeho výzkumu bylo ověřit, zda u respondentů došlo ke snížení míry alexithymie bez ohledu na to, zda alexithymií trpí, stejně jako tomu bylo ve výše zmiňovaném výzkumu.

Výsledky ukázaly, že skutečně u experimentální skupiny došlo po osmitýdenní intervenci, během které respondenti praktikovali techniky všímavosti, ke většímu snížení míry alexithymie proti kontrolní skupině, která tyto techniky nepraktikovala. Zatímco v experimentální skupině došlo ke snížení alexithymie v posttestu oproti pretestu (celkem u 33 osob), v kontrolní skupině, která se programu nezúčastnila, došlo ke zlepšení u 16 osob. Překvapilo nás, že u kontrolní skupiny došlo u 16 respondentů ke snížení alexithymie i přesto, že se programu nezúčastnila. Po analýze výsledků jsme zjistili, že k tomuto snížení došlo u respondentů, kteří měli výchozí hodnoty v pretestu relativně nízké. Ono zlepšení bylo vždy zhruba o 1 až 3 body, což je zanedbatelné zlepšení, které může souviset s aktuálním rozpořením respondenta. Naopak respondenti v kontrolní skupině, kteří po prvním testování získali poměrně vysoké hodnoty (50 bodů a více), žádného zlepšení nedosáhli.

Druhá hypotéza předpokládala, že v posttestu experimentální skupiny dojde ke snížení bodů v dotazníku TAS-20 oproti pretestu. Tímto měřením jsme zjišťovali, zda skutečně jedinci, kteří budou praktikovat techniky mindfulness, budou mít hodnoty alexithymie po praktikování tohoto programu nižší. Náš předpoklad se potvrdil a hypotézu jsme přijali na vysoké hladině významnosti.

Bornemann a Singer (2017) ve svém výzkumu uvádí, že větší pokles ve skóre TAS-20 pozorovali mezi těmi, kterým v pretestu vyšla vyšší míra alexithymie (nad 51 bodů) než u těch s nižší mírou alexithymie.

V našem výzkumu jsme mohli pozorovat stejný efekt. Jak uvádíme v Tabulce 6, k největšímu zlepšení míry alexithymie v dotazníku TAS-20 došlo u respondentů, kteří získali v pretestu více bodů než jedinci, kteří získali v prvním testování bodů méně. Domníváme se, že tento výsledek je dán tím, že u respondentů, kteří získali v prvním

testování méně bodů a nejevili tak známky alexithymie, byly tyto hodnoty příliš nízké a nelze již tak zaznamenat velký efekt naší intervence.

Jak uvádí Norman et al. (2019), pokud jde o neklinickou populaci, mohou být techniky pro rozvoj všímavosti účinné pro prevenci alexithymie. Ogrodniczuk et al. (2011) přepokládají, že využití tréninku založeného na všímavosti může být účinným prostředkem ke snížení alexithymie. Může vést k lepšímu kontaktu s emocemi, schopnosti o nich mluvit a například umožnit lepší zapojení do psychoterapie.

My bychom chtěli zdůraznit, že rozvoj všímavosti nelze považovat za samostatnou léčbu alexithymie a podle našeho názoru by se nemělo k rozvíjení všímavosti jako k samostatné léčbě přistupovat. K prokázání, že snížení alexithymie přímo a příčinně souvisí s rozvojem všímavosti, je zapotřebí více výzkumů na větším vzorku populace. Náš výzkum probíhal na neklinické populaci, a proto by do budoucna bylo vhodné ověřit, jaký efekt by měl rozvoj všímavosti pouze na klinickou populaci, která má alexithymii na vysoké úrovni již před zahájením samotné intervence.

Výsledky dotazníku STAI (X-1, X-2) a porovnání s dalšími výzkumy

Kromě výše zmíněné alexithymie jsme u našich respondentů také měřili míru úzkosti a úzkostnosti pomocí dotazníků STAI X-1 a STAI X-2. Pro tyto účely jsme vytvořili celkem čtyři hypotézy. Před zahájením výzkumu jsme zvažovali, zda v dotazníku STAI budeme používat i škálu X-2, která měří úzkostnost. Spielberger et al. (1970) v příručce dotazníku STAI uvádí, že druhá část dotazníku X-2 měří obvyklou míru úzkosti, kterou posuzuje jako vlastnost osobnosti. Nepředpokládali jsme, že bychom mohli změnit po osmitýdenní intervenci všímavosti úzkostnost, která je trvalejším rysem osobnosti. Rozhodli jsme se však, že výše zmíněnou škálu využijeme, protože nám změří obvyklou míru úzkosti a ukáže nám, jakou mají jedinci míru úzkosti z dlouhodobějšího hlediska.

Inspirací pro náš výzkum nám byla přehledová studie vytvořená Khourym et al. (2013), ve které se zaměřili na účinky MBI (mindfulness based intervention) u celkem 12 145 pacientů s nejrůznějšími poruchami. Největší míra účinku byla právě na úzkost a depresi. Navíc tyto účinky byly poměrně stabilní po celou dobu pozorování. My jsme chtěli v našem výzkumu ověřit, zda mohou účinky technik všímavosti snížit úzkost u neklinické populace.

První hypotéza (H₃) předpokládala, že respondenti, kteří se účastní osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti, budou mít v posttestu dotazníku STAI (X-1) nižší skóre než kontrolní skupina. Tuto hypotézu jsme na základě statistického vyhodnocení přijali. V experimentální skupině došlo ke zlepšení (tzn. ke snížení bodů v posttestu) u celkem 24 respondentů. U tří respondentů nedošlo k žádnému zlepšení a u 12 respondentů došlo v posttestu ke zhoršení (tzn. získali více bodů než v pretestu). Na základě zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že téměř u 62 % respondentů došlo ke snížení úzkosti po absolvování našeho programu. U 8 respondentů ze zmíněných 12, u kterých došlo ke zhoršení, bylo toto zhoršení v maximálním rozdílu 6 bodů oproti pretestu. Pouze u tří respondentů došlo ke zhoršení o více jak 10 bodů. Toto zhoršení je třeba reflektovat, protože v době, kdy jsme data získávali, probíhala celosvětová pandemie COVID-19 a lidé tak museli čelit nečekaným změnám a opatřením, které mohly samozřejmě stres a úzkost zvyšovat. V kontrolní skupině, jak jsme předpokládali, nedošlo k výraznému zlepšení. Zanedbatelné zlepšení jsme pozorovali u 12 respondentů. U 27 respondentů došlo ke zhoršení nebo stejnému skóru jako v pretestu, což může být opět dáno tím, že respondenti museli v době vyplňování dotazníků čelit pandemii.

Další hypotéza (H₄) předpokládala, že dojde ke snížení skóre v dotazníku STAI (X-2) u respondentů, kteří se účastní osmitýdenního programu, oproti kontrolní skupině, která se programu neúčastní. Tuto hypotézu jsme na základě statistických výpočtů přijali. U 33 respondentů v experimentální skupině došlo ke snížení úzkostnosti a v posttestu tedy získali méně bodů oproti pretestu. Ovšem i zde musíme dodat, že ke zlepšení o více jak 10 bodů došlo jen u 12 respondentů a u 21 respondentů byla tato změna od 1 do 10 bodů. Celkově však došlo ke zlepšení u 84 % respondentů. V kontrolní skupině bylo zlepšení úzkostnosti patrné u 46 % osob. Z výsledků můžeme tedy předpokládat, že úzkostnost lze snížit pomocí technik pro rozvoj všímavosti.

Poslední dvě hypotézy (H₅ a H₆) předpokládaly, že dojde ke snížení skóre v posttestu dotazníku STAI X-1, STAI X-2 u respondentů, kteří absolvují osmitýdenní program pro rozvoj všímavosti. Obě hypotézy jsme po statistickém ověření přijali.

Výsledky, které jsme po testování získali, však nejsou zcela reprezentativní a nemůžeme je generalizovat z důvodu probíhající pandemie COVID-19 v době sběru dat. Výsledky mohou být proto zkreslené a do budoucna je potřeba výzkum provést znovu v době, kdy nebudou lidé ovlivněni globálním stresorem, aktuálně pandemií. V čase, kdy

jsme sbírali data pretestu, byla situace ohledně pandemie jiná než po dvou měsících, kdy probíhal sběr dat posttestu a lidé byli v té době už druhým měsícem pod přísným lockdownem, tudíž se u nich mohli stres, úzkost či frustrace zvyšovat. V našem výzkumu se tak pandemie stala proměnou, která naše výsledky mohla ovlivnit. Ovšem můžeme se jen domnívat, v jakém rozsahu mohly být naše výsledky ovlivněny a zda naopak u některých respondentů nedošlo k opačnému efektu, kdy s postupujícím časem pandemie se jejich úzkost snižovala.

Rozvoj technik všímavosti

Když jsme náš výzkum připravovali, bylo pro nás důležité, abychom zachovali co nejvíce „standardizované“ postupy a techniky, které se v rozvoji všímavosti používají. Z toho důvodu jsme si vybírali takové techniky, které autoři jako Jan Benda, Jon Kabat-Zinn a další doporučují ve svých publikacích. My jsme si eklekticky vybrali jednotlivé techniky od různých autorů, kteří se všímavostí dlouhodobě zabývají, a sestavili osmitýdenní plán, který byl následně představen našim respondentům.

Inspirací nám byl program MBSR (Mindfulness-based stress reduction), který je však v původní podobě náročnější a je potřeba osobní setkání s účastníky (program trvá také 8 týdnů, avšak setkání probíhá jednou týdně na 2-3 hodiny prezenčně, což v našem případě nebylo možné). V našem programu, který jsme vytvořili, jsme ale zanechali důležité body, které jsou součástí MBSR. Na konci každé online lekce jsme respondentům zároveň dali pokyny, jak mají určitou techniku doma provádět. Zároveň od nás respondenti dostali nahrávku obsahující pokyny k jednotlivým cvičením. Spolu s formálními aktivitami, které měli respondenti provádět, jsme je i motivovali k vnášení všímavého postoje do každodenních aktivit. Tyto aktivity uvádí Kabat-Zinn a Válek (2016) jako klíčovou součást programu.

K výzkumu v této formě, kdy jsme nevyužívali koncepci od jednoho autora, nás inspirovala metaanalýza provedená Blanckem et al. (2018). Ti zkoumali, zda dojde ke snížení úzkosti a deprese u osob, které budou praktikovat pouze vybrané techniky všímavosti a nebudou se tak účastnit kompletní intervence založené na všímavosti (MBI). Autoři si kladli za cíl zjistit, zda mohou být prospěšné samostatné techniky pro rozvoj všímavosti bez většího terapeutického rámce. Výsledky ze zahrnutých osmnácti studií ukázaly, že i pouhá pravidelná cvičení všímavosti, která nejsou integrovány do většího terapeutického rámce, jsou prospěšná ke snížení úzkosti a deprese.

Výzkumný soubor

Na začátku výzkumu jsme se museli rozhodnout, jakým způsobem budeme vybírat respondenty. Rozhodli jsme se pro příležitostný výběr a metodu sněhové koule, kdy se nám do výzkumu zapojovali i další známí již přihlášených probandů. Na začátku jsme si stanovili, že chceme získat do výzkumu alespoň 30 osob a zároveň udržet i horní kapacitu, abychom celý výzkum organizačně zvládli. Výzkum dokončilo 39 osob v experimentální skupině a 39 osob v kontrolní skupině, takže co se týče počtu, měli jsme skupiny přesně vyvážené.

Náš výzkumný soubor v experimentální skupině zahrnoval převážně vysokoškolsky vzdělané respondenty ve věkovém rozložení od 20 do 74 let. Kontrolní skupina byla složena také nejvíce z vysokoškolsky vzdělaných respondentů ve věkové skupině od 23 do 51 let. Metaanalýza, kterou zpracovali Blanck et al. (2018), zabývající se vlivem samostatných technik pro rozvoj všímavosti na úzkost a depresi, vykazovala z celkem 18 studií průměrný věk 30,35 roku. Z celkového počtu 1150 respondentů bylo 75 % žen. V přehledové studii Hilary Norman et al. (2019) bylo věkové rozložení respondentů od 23 do 53 let, přičemž 65 % z celkového souboru tvořily opět ženy. Průměrný věk respondentů v našem výzkumu byl 27 let. V porovnání s ostatními výzkumy jsme měli průměrný věk respondentů podobný.

Úskalím našeho výběrového souboru však bylo rozložení respondentů z hlediska pohlaví. V experimentální skupině bylo 77 % žen a v kontrolní skupině 70 % žen. Naše skupiny byly tak z hlediska pohlaví nevyvážené. Ovšem pokud se podíváme na ostatní výzkumy, které jsme pro porovnání uváděli výše, tvořily většinu výběrového souboru také ženy. Při rešerši výzkumů na téma všímavost jsme zjistili, že většinu respondentů tvoří právě ženy. Domníváme se, že téma rozvoje všímavosti, meditačních technik, nácviku relaxace atd. je více atraktivní právě pro ženy. Do budoucna je proto potřeba ověřit získaná data na vzorku, kde budou ve větší míře zastoupeni muži nebo budou skupiny alespoň vyvážené, aby byl výzkumný soubor z hlediska pohlaví dostatečně reprezentativní.

Limity výzkumu

Velkým limitem našeho výzkumu, na který jsme v práci již upozorňovali, byl fakt, že realizace a sběr dat probíhaly v době celosvětové pandemie COVID-19. Výsledky tak nelze zobecňovat a netroufáme si tvrdit, že se nám podařilo s jistotou prokázat, že rozvoj

technik všímavosti může mít vliv na snížení hodnot alexithymie a úzkosti. Náš výzkum byl značně zatížen nečekanou proměnou, kterou se stala pandemie, a proto nelze získaná data našeho výzkumu generalizovat. I přesto, že jsme všechny námi stanovené hypotézy přijali, je potřeba brát uváděné výsledky s rezervou, protože mohou být zatížené nečekanou proměnou v podobě pandemie.

Dalším limitem, na který bychom chtěli upozornit, je rozložení respondentů z hlediska pohlaví. Jak jsme uváděli výše, není náš vzorek s ohledem na pohlaví reprezentativní. Do našeho výzkumu se zapojily převážně ženy, a proto by bylo vhodné do budoucna výzkum replikovat na větším počtu mužů.

Dále bychom chtěli zmínit fakt, že náš výzkum probíhal online formou, tudíž jsme museli počítat s několika riziky. Prvním rizikem a zároveň i nutnou podmínkou bylo, že všichni respondenti musí mít stabilní připojení k internetu, abychom jim mohli každý týden poskytovat nové informace ohledně technik, které mají praktikovat. Vzhledem k probíhající pandemii jsme tedy museli celý výzkum převést do online prostředí a s respondenty jsme se tak nemohli potkávat prezenčně. Avšak v tomto ohledu jsme opět vycházeli z literatury od Kabata-Zinna a Válka (2016), který uvádí, že nejdůležitější je, aby každý účastník pravidelně praktikoval kromě formální praxe také neformální praxi všímavosti doma při každodenních záležitostech. Proto jsme věděli, že kvůli online formě výzkumu přijdeme o hodinu prezenčního setkávání týdně, a tak nejvíce práce budou muset odvést naši respondenti individuálně každý doma při běžném fungování.

S tím se pojí další limit a tím jsou nároky, které jsme na respondenty kladli. Respondenti měli za úkol ideálně každý den, alespoň pár minut věnovat čas formální či neformální praxi podle zadání, které měli od nás k dispozici. Účastníci našeho výzkumu museli být tak velmi motivovaní, aby celý výzkum dokončili. Při úvodní schůzce, kterou jsme s respondenty měli před zahájením výzkumu, jsme jim představili celý plán a upozornili je na to, že výzkum bude v tomto ohledu relativně náročný. Ovšem benefitem pro ně byly přínosy, které s sebou rozvoj všímavosti přináší. Ty jsme jim taktéž představili a snažili jsme se jimi i více namotivovat. Také jsme s účastníky byli po celých osm týdnů v telefonickém či písemném kontaktu. Měli jsme s nimi domluvu, že se jim jednou týdně ozveme, probereme jejich případné dotazy a to, jak se jim daří či nedaří. Pro náš výzkum bylo důležité případně včas zachytit, pokud by nějací respondenti zažívali enormní stres (např. úmrtí v rodině atd.), který by mohl naše výsledky zcela zkreslit.

Dále je důležité zmínit, že i přes naši snahu být s respondenty co nejvíce v kontaktu, jsme neměli kontrolu nad tím, zda jednotlivé cvičení skutečně provádí v tom rozsahu a čase, které jsme doporučovali. Z toho důvodu by bylo vhodné do příštího výzkumu zajistit (pravděpodobně častým prezenčním setkáním) větší kontrolu nad tím, zda respondenti cviky pravidelně provádí.

Přínosy výzkumu a náměty k dalšímu zkoumání

Realizace našeho výzkumu nám umožnila vytvořit osmitýdenní program pro rozvoj všímavosti a mohli jsme tak našim respondentům předat techniky, které jim mohou pomoci v době, kdy celý národ musel čelit dopadům pandemie COVID-19. Výzkum se nám podařilo realizovat i za ztížených podmínek a online, přestože původní záměr byl provádět výzkum prezenčně a s respondenty se potkávat. Hlavní přínosy výzkumu byly zejména pro naše respondenty, kteří se naučili různé techniky pro rozvoj všímavosti, jež jim mohou být užitečné. Ačkoli byly provedeny výzkumy, které zkoumají vliv všímavosti na úzkost i alexithymii, nenašli jsme výzkum, který by byl provedený v České republice, a navíc v době pandemie.

V budoucím výzkumu by bylo vhodné se zaměřit na lepší rozložení respondentů dle pohlaví a zařadit tak do výzkumu více mužů. Výzkum by také bylo vhodné znovu replikovat v době, kdy nebude do výsledků zasahovat vliv pandemie.

11 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá vlivem rozvoje technik všímavosti na alexithymii a úzkost. Cílem práce byl zjistit, zda respondenti, kteří budou po dobu 8 týdnů praktikovat techniky pro rozvoj všímavosti, sníží svou hladinu úzkosti a alexithymie oproti respondentům, kteří se programu nezúčastní. Výzkumný soubor tvořilo celkem 78 respondentů (39 tvořilo skupinu experimentální a 39 skupinu kontrolní), kteří v rámci pretestu vyplnili Dotazník alexithymie (TAS-20) a Dotazník pro měření úzkosti a úzkostnosti (STAI X-1, X-2). Tyto dva dotazníky nám obě skupiny vyplnily po 8 týdnech znovu. V následující části si shrneme zjištěné výsledky.

- respondenti, kteří se zúčastnili osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti, skórovali v posttestu dotazníku TAS-20 statisticky významně níže než kontrolní skupina, která se programu nezúčastnila
- respondenti, kteří se zúčastnili osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti, skórovali v posttestu dotazníku TAS-20 statisticky významně níže než před absolvováním tohoto programu
- respondenti, kteří se zúčastnili osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti, skórovali v posttestu dotazníku STAI (X-1, X-2) statisticky významně níže než kontrolní skupina, která se programu nezúčastnila
- respondenti, kteří se zúčastnili osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti, skórovali v posttestu dotazníku STAI (X-1, X-2) statisticky významně níže než před absolvováním tohoto programu.

Po statistickém ověření a dle výsledků analýzy dat vyplývá, že program pro rozvoj všímavosti přinesl u respondentů snížení hladiny úzkosti, úzkostnosti a alexithymie. Cíl naší práce byl tedy splněn.

12 SOUHRN

Diplomová práce se věnuje tématu rozvoje všímavosti a jeho vlivu na alexithymii a úzkost. Cílem naší práce bylo zjistit, zda u respondentů, kteří absolvovali osmitýdenní program pro rozvoj všímavosti, došlo ke snížení míry alexithymie a úzkosti oproti kontrolní skupině, která se programu neúčastnila. Teoretickou část jsme rozdělili na čtyři velké kapitoly, ve kterých jsme se věnovali jednotlivým tématům práce.

První kapitola seznamuje s konceptem všímavosti. Všímavost je tradičním konceptem buddhistické psychologie, který je rozvíjen už více jak 2500 let (Benda, 2007). Podle Frýby (1993) je všímavost běžnou schopností, kterou má v určité míře každý člověk. Lze ji tak definovat jako schopnost zaznamenávat, pozorovat a nezaujatě prožívat, co se odehrává v danou chvíli. Žitník (2010, 11) ve své práci uvádí, že: „všímavost se vyznačuje zájmem, otevřeností a přijetím toho, co jedinec právě prožívá“. Na českém území se všímavostí zabývá Mirko Frýba, který začal poznatky o všímavosti a meditaci využívat v terapii. Postupem času tak začaly vznikat nové směry, které se všímavostí pracují, jako např. na všímavosti založená kognitivní terapie, program snižování stresu pomocí všímavosti atd. (Šlepecký et al., 2018).

Druhá kapitola se zabývá alexithymií. Alexithymie byla poprvé popsána u psychosomatických pacientů a lze ji definovat jako osobnostní konstrukt, který se vyznačuje deficitem v kognitivním a afektivním zpracováním emocí (Levant et al., 2014). Dle Thompsona (2009) se alexithymičtí jedinci potýkají s narušenou představivostí, mají obtíže identifikovat pocity a popisovat je jiným lidem. Častěji se u nich projevuje externě orientovaný styl myšlení a obtížně rozlišují mezi pocity a tělesnými vjemy.

Třetí kapitola se věnuje úzkosti, jejímu popisu, klasifikaci a léčebným možnostem. Úzkost má mnoho definic a pojetí, avšak autoři se shodují, že jde o nepříjemný, subjektivně prožívaný pocit ohrožení nebo obavu, avšak bez potencionální hrozby (Orel, 2016). Projevy úzkosti se objevují jak na somatické úrovni, tak na úrovni psychické (Vymětal, & Kranz, 2007). V rámci této kapitoly jsme se dále věnovali mechanismům úzkosti, etiologii a krátce jsme si zmínili některé úzkostné poruchy a jejich léčbu.

Poslední čtvrtá kapitola se zaměřuje na všímavost ve vztahu s alexithymií a úzkostí. Jednotlivá témata jsme si propojili a uvedli si výzkumy, které byly v posledních letech

provedeny. Přehledová studie, kterou vytvořili Norman et al. (2019), se zaměřovala na posouzení současných znalostí o vlivu všímavosti na snížení alexithymie. Přehled zahrnoval 4 randomizované studie, které se zúčastnilo celkem 460 účastníků. Výsledky ukázaly, že rozvoj všímavosti může mít pozitivní vliv na snížení alexithymie. V poslední době se výzkumy zaměřují na aplikaci MBCT (mindfulness based cognitive therapy) na snížení míry úzkosti. Podle teoretického zdokumentování, které poskytl Surawy et al. (2015), se zdá, že tato metoda dokáže úzkost snižovat. Dosud nejkomplexnější přehled, který zkoumal účinky MBI (mindfulness based intervention), vytvořil Khoury et al. (2013). Získal data z celkem 209 studií, které zkoumaly celkem 12 145 pacientů s nejrůznějšími psychickými poruchami. Výsledky ukázaly, že tato metoda je efektivnější oproti podpůrné psychoterapii či relaxačním technikám. Největší míra účinku byla změřena právě u úzkosti.

V praktické části naší práce jsme se věnovali popisu a výsledkům našeho výzkumu. Výzkum byl provedený formou komparativního kvaziexperimentu, jehož cílem bylo porovnat míru alexithymie a míru úzkosti u respondentů, kteří se zúčastní osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti a kontrolní skupiny, která se výzkumu nezúčastní. K výzkumu jsme použili Dotazník alexithymie (TAS-20) a Dotazník pro měření úzkosti a úzkostlivosti (STAI).

Výběrový soubor se skládal ze 78 respondentů (39 v experimentální skupině, 39 v kontrolní skupině). Respondenty jsme získali příležitostným výběrem a metodou sněhové koule. Podmínkou pro zařazení do výzkumu byl dobrý psychický a fyzický stav a zároveň žádná zkušenost s technikami pro rozvoj všímavosti nebo jinými relaxačními cvičeními. Před zahájením výzkumu jsme vytvořili plán s jednotlivými technikami, které jsme naše respondenty následně učili. Tyto techniky jsme převzali od autorů, kteří se rozvojem všímavosti zabývají (např. Jon Kabat-Zinn, Jan Benda, Paul Fulton, Danny Penman atd.).

Sběr dat probíhal v březnu 2020, kdy nám respondenti z kontrolní a experimentální skupiny vyplnili výše zmíněné dotazníky. Poté jsme se s respondenty z experimentální skupiny potkávali každý týden na 1 hodinu na platformě Zoom, kde jsme jim předali informace o nové technice, kterou měli následující týden doma praktikovat. V rámci této hodiny jsme jim předali i materiály s podrobným popisem dané techniky (včetně instruktážního videa). Celkem tak proběhlo osm setkání, kde jsme měli prostor naučit naše respondenty techniky pro rozvoj všímavosti. Po osmi týdnech nám respondenti

z experimentální i kontrolní skupiny znovu vyplnili stejné dotazníky jako před zahájením výzkumu. Následovala analýza dat, kterou jsme prováděli pomocí statistického testování.

Celkem jsme formulovali 6 hypotéz ke statistickému testování. Testovali jsme na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Hypotéza č. 1 ověřovala, zda dojde u účastníků programu ke snížení míry alexithymie v posttestu v dotazníku TAS-20 oproti skupině kontrolní. Tuto hypotézu jsme na základě výsledku Mann-Whitneyova U-testu přijali ($p < 0,05$). Hypotéza č. 2 ověřovala, zda respondenti, kteří se zúčastní programu, budou mít v posttestu v dotazníku TAS-20 nižší skóre než před absolvováním tohoto programu. Hypotézu jsme na základě výsledku Wilcoxonova dvouvýběrového testu přijali ($p < 0,001$). Hypotéza č. 3 ověřovala, zda dojde u účastníků programu ke snížení úzkosti v dotazníku STAI X-1 oproti kontrolní skupině. Na základě výsledku Mann-Whitneyova U-testu jsme tuto hypotézu přijali ($p < 0,001$). Hypotéza č. 4 ověřovala, zda dojde u účastníků programu ke snížení úzkostnosti v dotazníku STAI X-2 oproti kontrolní skupině. Na základě výsledku Mann-Whitneyova U-testu jsme tuto hypotézu přijali ($p < 0,001$). Hypotéza č. 5 ověřovala, zda respondenti po absolvování programu budou mít nižší skóre v dotazníku STAI (X-1) než před absolvováním tohoto programu. Hypotézu jsme na základě výsledku Wilcoxonova dvouvýběrového testu přijali ($p < 0,05$). Poslední hypotéza č. 6 ověřovala, zda respondenti po absolvování programu budou mít nižší skóre v dotazníku STAI (X-2) než před absolvováním tohoto programu. Na základě výsledku Wilcoxonova dvouvýběrového testu jsme hypotézu přijali ($p < 0,001$).

Všechny výše uvedené hypotézy jsme přijali a cíl naší práce byl splněn. Realizace našeho výzkumu nám umožnila vytvořit program pro rozvoj všímavosti a přinesla nám poznatky ohledně vlivu na úzkost a alexithymii. Zobecnitelnost závěrů je však díky velikosti výzkumného souboru i probíhající pandemii omezená. Do budoucna by bylo vhodné výzkum replikovat a získat tak více poznatků ohledně vlivu rozvoje technik všímavosti na alexithymii a úzkosti.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- 1) Afonso, R. F., Balardin, J. B., Lazar, S., Sato, J. R., Igarashi, N., Santaella, D. F., et al. (2017). Greater Cortical Thickness in Elderly Female Yoga Practitioners - A Cross-Sectional Study. *Frontiers In Aging Neuroscience*, 9. doi: 10.3389/fnagi.2017.00201
- 2) Albach, F., Moormann, P. P., & Bermond, B. (1996). Memory recovery of childhood sexual abuse. *Dissociation*, 9, 258–269.
- 3) Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. NY: W.W.Norton.
- 4) American psychological association [Online]. (2021). Získáno 12. ledna 2021 z <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo>
- 5) Arias, D., Justo, C.F., Granados, M.G. (2010). Effects of a meditation program (mindfulness) on the measure of alexithymia and social skills. *Psicothema* 22, 3, 369-375.
- 6) Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L., Santaella, D. F., et al. (2016). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. doi:10.1177/1073191105283504
- 7) Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40. doi:10.1016/0022-3999(94)90006
- 8) Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- 9) Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- 10) Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.
- 11) Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (2005). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Cambridge, MA: Basic Books.
- 12) Benda, J. (2007). Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi. *Ceskoslovenska Psychologie*, Vol. 51 (2), s. 129-140.
- 13) Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou: proměna emocí v psychoterapii*. Portál.

- 14) Berenbaum, H. (1996). Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 585-595. doi:10.1016/S0022-3999(96)00225-5
- 15) Berthoz, S., Artiges, E., Van de Moortele, P. F., Poline, J. B., Rouquette, S., Consoli, S. M., & Martinot, J. L. (2002). Effect of Impaired Recognition and Expression of Emotions on Frontocingulate Cortices: An fMRI Study of Men With Alexithymia. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 961-967. doi:10.1176/appi.ajp.159.6.961
- 16) Blanck, P., Perleth, S., Heidenreich, T., Kröger, P., Ditzen, B., Bents, H., & Mander, J. (2018). Effects of mindfulness exercises as stand-alone intervention on symptoms of anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 102, 25-35. doi:10.1016/j.brat.2017.12.002
- 17) Bögels, S. M., Sijbers, G. F. V. M., Voncken, M., Krietemeyer, J., Toney, L., Santaella, D. F., et al. (2006). Mindfulness and Task Concentration Training for Social Phobia: A Pilot Study. *Journal Of Cognitive Psychotherapy*, 20(1), 33-44. doi:10.1891/jcop.20.1.33
- 18) Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539–544. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.10.005
- 19) Bornemann, B., & Singer, T. (2017). Taking time to feel our body: Steady increases in heartbeat perception accuracy and decreases in alexithymia over 9 months of contemplative mental training. *Psychophysiology*, 54(3), 469-482. doi:0.1111/psyp.12790
- 20) Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108(1), 4-32. doi:10.1037/0033-295X.108.1.4
- 21) Bräutigam, W., & von Rad, M. (1977). Towards a Theory of Psychosomatic Disorders. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 28(1-4), XI-XIII. doi:10.1159/000287050

- 22) Brotto, L. A., Heiman, J. R., Voncken, M., Krietemeyer, J., Toney, L., Santaella, D. F., et al. (2007). Mindfulness in sex therapy: Applications for women with sexual difficulties following gynecologic cancer. *Sexual And Relationship Therapy*, 22(1), 3-11. doi:10.1080/14681990601153298
- 23) Brown, K. W., Ryan, R. M., Voncken, M., Krietemeyer, J., Toney, L., Santaella, D. F., et al. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 84(4), 822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822.
- 24) Brown, K. W., Ryan, R. M., Voncken, M., Krietemeyer, J., Toney, L., Santaella, D. F., et al. (2004). Perils and Promise in Defining and Measuring Mindfulness: Observations From Experience. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 11(3), 242-248. doi:10.1093/clipsy.bph078
- 25) Campos, A., Chiva, M., & Moreau, M. (2000). Alexithymia and mental imagery. *Personality and Individual Differences*, 29(5), 787-791. doi:10.1016/S0191-8869(99)00231-7
- 26) Cardaciotto, L. A. (2005). *Assessing mindfulness: the development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance* (Dizertační práce). Získáno 15. listopadu 2020 z <http://hdl.handle.net/1860/547>
- 27) Cardaciotto, L. A., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., Farrow, V., Santaella, D. F., et al. (2008). The Assessment of Present-Moment Awareness and Acceptance: A Short Summary of Reviews. *Assessment*, 15(2), 204-223. doi:10.1177/1073191107311467
- 28) Carlson, L. E., Garland, S. N., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D. (2005). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(4), 278-285. doi:10.1207/s15327558ijbm1204_9
- 29) Correll, C. U., & Solmi, M. (2020). *Collaborative outcomes study on health and functioning during infection times*. Získáno 11. prosince 2020 z <https://www.coh-fit.com/?lang=cs>
- 30) Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2007). Neural Correlates of Dispositional Mindfulness During Affect Labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 560-565. doi:10.1097/PSY.0b013e3180f6171f

- 31) Czernecka, K., & Szymura, B. (2008). Alexithymia – Imagination – Creativity. *Personality and Individual Differences, 45*(6), 445-450. doi:10.1016/j.paid.2008.05.019
- 32) Dinsmore, B. D., & Mallinckrodt, B. (1996). Emotional Self-Awareness, Eating Disorders, and Racial Identity Attitudes in African American Women. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 24*(4), 267-277. doi: 10.1002/j.2161-1912.1996.tb00308.x
- 33) Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Grada Publishing.
- 34) Fang, Y., Zeng, B., Chen, P., Mai, Y., Teng, S., Zhang, M., Zhao, J., Yang, X., & Zhao, J. (2019). Mindfulness and Suicide Risk in Undergraduates: Exploring the Mediating Effect of Alexithymia. *Frontiers in Psychology, 10*. doi:10.3389/fpsyg.2019.02106
- 35) Fox, K. C. R., Nijeboer, S., Dixon, M. L., Floman, J. L., Ellamil, M., Rumak, S. P., Sedlmeier, P., & Christoff, K. (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 43*(1), 48-73. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.03.016
- 36) Freud, S. (2003). *Výklad snů* (Vyd. 4., upr). Pelhřimov: Nová tiskárna.
- 37) Frýba, M. (1991). *Abhidhamma: základy meditativní psychoterapie a psychohygieny*. Praha: Stratos.
- 38) Frýba, M. (1993). *Principy satiterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 39) Frýba, M. (1996): *Psychologie zvládání života. Aplikace metody abhidhamma*. Brno, Masarykova univerzita.
- 40) Frýba, M. (2008). *Psychologie zvládání života*. Boskovice: Albert.
- 41) Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness as clinical training*. In: Germer, Ch. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. (s.55-72). New York, NY, US: Guilford Press.
- 42) Hájek, K. (2002). *Tělesné zakotvené prožívání*. Praha: Karolinum.
- 43) Halicka, M., & Herzog-Krzywoszańska, R. (2016). Incomprehensible emotions – a neuropsychological perspective on alexithymia. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 2*, 72-79. doi:10.5114/nan.2016.62252

- 44) Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition* (Vyd. 4., upr). New York: Guilford Press.
- 45) Heshmati, R., & Pellerone, M. (2019). The Big Five personality traits and dispositional mindfulness as predictors of alexithymia in college students. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 16(2), 98–106.
- 46) Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., Morgan, L., Pitman, R. K., & Lazar, S. W. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5(1), 11-17. doi:10.1093/scan/nsp034
- 47) Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., Lazar, S. W., & Siegel, A. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 11-17. doi:10.1016/j.psychresns.2010.08.006
- 48) Horney, K. (1952). The paucity of inner experiences. *The American Journal Of Psychoanalysis*, 12(1), 3-9. doi:10.1007/BF01872367
- 49) Horneyová, K. (2000). *Neuróza a lidských růst*. Praha: Triton.
- 50) Höschl, C., & Winkler, P. (2021). Pandemie covid-19 a duševní zdraví. In *Učená společnost České republiky*. Získáno 11. ledna 2021 z <http://www.learned.cz/cz/co-je-noveho/aktuality/pandemie-covid-19-a-dusevni-zdravi.html>
- 51) Chödzin, S. (2017). *Život Buddhy*. Praha: Buddhismus Diamantové cesty linie Karma Kagjü - Bílý deštník.
- 52) Januszko, P., Kopera, M., Żuk-Januszko, D., Radziwoń-Zaleska, M. & Wojnar, M. (2009). Aleksytymia a problemy związane z używaniem alkoholu. *Alkoholizm i narkomania* 22(4), 399-413.
- 53) Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 10(2), 144-156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- 54) Kabat-Zinn, J., & Válek, L. (2016). *Život samá pohroma: jak čelit stresu, nemoci a bolesti pomocí moudrosti těla a mysli*. Jan Melvil Publishing.
- 55) Kasamatsu, A. & Hirai, T. (1966). An electroencephalographic study on the Zen meditation (Zazen). *Folia Psychiatrica Neurologica Japonica*, Vol. 20, 315-336. Získáno 12. listopadu 2020 z http://is.muni.cz/www/machinace/EEG_and_Zazen.pdf

- 56) Katz, E. (2014). Mindfulness and Psychotherapy , edited by C. K. Germer, R. D. Siegel, and P. R. Fulton [Online]. *Smith College Studies In Social Work*, 84(1), 132-136. doi:10.1080/00377317.2014.861286
- 57) Kelman, N. (1952). Clinical aspects of externalized living. *The American Journal Of Psychoanalysis*, 12(1), 15-23. doi:10.1007/BF01872369
- 58) Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M. -A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- 59) Kopal, J., Vyšata, O., Burian, J., Schätz, M., Procházka, A., & Vališ, M. (2017). EEG Synchronizations Length During Meditation [Online]. *Journal Of Medical And Biological Engineering*, 37(2), 220-229. doi:10.1007/s40846-017-0219-3
- 60) Kosová, J. (2005). Farmakologie a psychoterapie úzkostných poruch. *Psychiatrie pro praxi*, 2005(6), 285-288.
- 61) Krystal, H. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal Of Psychotherapy*, 33(1), 17-31. doi:1176/appi.psychotherapy.1979.33.1.17
- 62) Krystal, H. (1988). *Integration and Self Healing Affect, Trauma, Alexithymia*. Taylor & Francis.
- 63) Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A. W. (1997). Is Alexithymia the Emotional Equivalent of Blindsight? *Biological Psychiatry*, 42(9), 834-844. doi:10.1016/S0006-3223(97)00050-4
- 64) Lang, P. J. (1968). *Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct*. In: Schlien J, ed. *Research in Psychotherapy*. Volume III. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 65) Leary, M. R., Tate, E. B., Astin, J. A., & Freedman, B. (2007). The Multi-Faceted Nature of Mindfulness: Past, present, and future. *Psychological Inquiry*, 18(4), 251-255. doi:10.1080/10478400701598355
- 66) Lehrhaupt, L. M., & Meibert, P. (2020). *Zbavte se stresu pomocí všímavosti: program na osm týdnů: pro zvýšení zdraví a vitality*. Alferia.
- 67) Leising, D., Grande, T., & Faber, R. (2009). The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A measure of general psychological distress. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 707-710. doi:10.1016/j.jrp.2009.03.009

- 68) Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosom. Med.* 43, 531–543. doi:10.1097/00006842-198112000-00009
- 69) Levant, R. F., Allen, P. A., & Lien, M.C. (2014). Alexithymia in men: How and when do emotional processing deficiencies occur?, *15*(3), 324-334. doi:10.1037/a0033860
- 70) Lumley, M. A., Bazydlo, R. A., & Moreau, M. (2000). The relationship of alexithymia characteristics to dreaming. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 561-567. doi:10.1016/S0022-3999(00)00096-9
- 71) Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *Journal Of Personality Assessment*, 89(3), 230-246. doi:10.1080/00223890701629698
- 72) Lyvers, M., Makin, C., Toms, E., Thorberg, F. A., & Samios, C. (2014). Trait Mindfulness in Relation to Emotional Self-Regulation and Executive Function. *Mindfulness*, 5(6), 619-625. doi:10.1007/s12671-013-0213-y
- 73) Machač, M., Macháčová, H., Hoskovec, J. (1985). *Emoce a výkonnost*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- 74) Maloney, M., & Kranz, R. (1996). *O úzkosti a depresi*. Nakladatelství Lidové noviny.
- 75) Matiz, A., Fabbro, F., Paschetto, A., Cantone, D., Paolone, A. R., & Crescentini, C. (2020). Positive Impact of Mindfulness Meditation on Mental Health of Female Teachers during the COVID-19 Outbreak in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18). doi:10.3390/ijerph17186450
- 76) McDougall, J. (1982). Alexithymia: a Psychoanalytic Viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38(1-4), 81-90. doi:10.1159/000287617
- 77) Meijer-Degen, F., & Lansen, J. (2006). Alexithymia—A challenge to art therapy. *The Arts In Psychotherapy*, 33(3), 167-179. doi:10.1016/j.aip.2005.10.002
- 78) Miltner, V. (2001). *Vznik a vývoj buddhismu*. Praha: Vyšehrad.
- 79) Mohapl, P. (1984). Alexithymie. In: *Acta Universitatis Palackianae Olomouensis, Facultas Philosophica, Pedagogica-Psychologica 22. Varia psychologica III*. Praha: SPN, 99-108
- 80) Murakami, H., Nakao, T., Matsunaga, M., Kasuya, Y., Shinoda, J., Yamada, J., Ohira, H., & Siegel, A. (2012). The Structure of Mindful Brain. *PLoS ONE*, 7(9), 11-17. doi:10.1371/journal.pone.0046377

- 81) Nawka, A., & Fiala, O. (2020). Úzkostné poruchy. In *Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi* (pp. 419-429). Maxdorf.
- 82) Neece, C. L., Berk, M. S., Combs-Ronto, L. A., Mai, Y., Teng, S., Zhang, M., Zhao, J., Yang, X., & Zhao, J. (2013). Dialectical behavior therapy and suicidal behavior in adolescence: Linking developmental theory and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(4), 257-265. doi:10.1037/a0033396
- 83) Nemiah, J. C. (1996). Alexithymia: Present, past – and future? *Psychosomatic medicine*. 58. 217-218.
- 84) Nemiah, J. C., Freyburger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (Vol. 3) (pp. 430-439). London, UK: Butterworths.
- 85) Norman, H., Marzano, L., Coulson, M., & Oskis, A. (2019). Effects of mindfulness-based interventions on alexithymia: a systematic review. *Evidence Based Mental Health*, 22(1), 36-43. doi:10.1136/ebmental-2018-300029
- 86) Novotný, I., & Hruška, M. (2007). *Biologie člověka* (4. vydání). Praha: Fortuna.
- 87) Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*, 190(1), 43-48. doi:10.1016/j.psychres.2010.04.026
- 88) Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- 89) Orel, M., & Facová, V. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Grada.
- 90) Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., & Michaelides, M. P. (2020). Self-Awareness in alexithymia and associations with social anxiety. *Current Psychology*, 39(5), 1600-1609. doi:10.1007/s12144-018-98551
- 91) Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: A measure of general psychological distress. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 269-275. doi:10.1016/S0022-3999(02)00578-0
- 92) Pastucha, P. (2003). Terapie hraniční poruchy osobnosti-dialektická behaviorální terapie [Online]. *Psychiatrie Pro Praxi*, 5.
- 93) Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia.
- 94) Porcelli, P., & Rafanelli, C. (2010). Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in the Medical Setting. *Current Psychiatry Reports*, 12(3), 246-254. doi:10.1007/s11920-010-0104-z

- 95) Praško, J. (2004). Úzkostné poruchy [Online]. *Interní Medicína Pro Praxi*, 2004(10), 500-503.
Získáno 10.listopadu 2020 z <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/10/07.pdf>
- 96) Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- 97) Praško, J., Doubek, P., Diveky, T., Grambal, A., Grambalová, Z., Herman, E., Hovorka, J., Kamarádová, D., Kováčková, A., Látalová, K., & Šilhán, P. (2010). *Neurologie pro praxi*, 11(4), 265-270.
- 98) Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2006). *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Portál.
- 99) Prašková, H., & Praško, J. (2000). *Úzkostné a fobické poruchy: malá psychiatrie pro praktické lékaře*. Galén.
- 100) Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Grada.
- 101) Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie [Online]. *E-Psychologie*, 3(3), 34-45. Získáno 14.listopadu z <https://www.e-psycholog.eu/pdf/prochazka.pdf>
- 102) Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu* (Dizertační práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- 103) Redstone, L. (2015). Mindfulness Meditation and Aromatherapy to Reduce Stress and Anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 192-193. doi:10.1016/j.apnu.2015.03.001
- 104) Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding Our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness/Acceptance-Based Approaches With Existing Cognitive-Behavioral Models [Online]. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 9(1), 54-68. doi:10.1093/clipsy.9.1.54
- 105) Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 29-36. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.03.010
- 106) Rossbach, G. (2014). *Síla přítomného okamžiku: 15 meditačních cvičení pro plnější a radostnější život*. Praha: Grada.

- 107) Ruesch, J. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine* 10:134–144. doi: 10.1097/00006842-194805000-00002
- 108) Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York, NY, US: Guilford Press.
- 109) Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness: Past, present, and future. *Journal Of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. doi:10.1002/jclp.20237
- 110) Schanche, E., Vøllestad, J., Binder, P. E., Hjeltnes, A., Dundas, I., Nielsen, G. H., Chapleau, M. -A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2020). Participant experiences of change in mindfulness-based stress reduction for anxiety disorders: A comprehensive meta-analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 763-771. doi:10.1080/17482631.2020.1776094
- 111) Schneider, M. N., Zavos, H. M. S., McAdams, T. A., Kovas, Y., Sadeghi, S., & Gregory, A. M. (2019). Mindfulness and associations with symptoms of insomnia, anxiety and depression in early adulthood: A twin and sibling study. *Behaviour Research and Therapy*, 118. doi: 10.1016/j.brat.2018.11.002
- 112) Siegel, R. D. (2016). *Velká kniha meditačních technik: jednoduchá cvičení pro každodenní problémy*. Praha: Grada Publishing.
- 113) Siegel, R. D., Gremer, Ch. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: *What Is It? Where Did It Come From?* In Didonna, F. (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (s. 17-35). New York, USA: Spring Science+Business Media.
- 114) Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence of ‘Alexithymic’ Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262. doi:10.1159/000286529
- 115) Sifneos, P. E. (1986). The Schalling-Sifneos Personality Scale Revised. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(3), 161-165. doi:10.1159/000287942
- 116) Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: Past and Present. *The American Journal of Psychiatry*. 153, 137-142. doi:10.1176/ajp.153.7.137
- 117) Sinclair, M., & Seydel, J. (2015). *Všímavost: cesta ke zklidnění mysli pro ty, co nestíhají*. Praha: Alferia.

- 118) Singh, N. N., Wahler, R. G., Winton, A. S. W., & Adkins, A. D. (2004). A Mindfulness-Based Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Case Studies*, 3(4), 275-287. doi:10.1177/1534650103259646
- 119) Skapinakis, P. (2014). Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, 6261-6264. doi:10.1007/978-94-007-0753-5_2825
- 120) Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- 121) Spielberger, C.D., Gorsuch, R., Lushene, R. (1970). *Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti. (STAI)*. Překlad a úprava: Mülner, J., Ruisel, I., Farkaš, G. (1980). Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- 122) Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., C. W., & Gulliver, S. B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors*, 37(4), 79-87. doi:10.1016/j.addbeh.2011.12.011
- 123) Surawy, C., McManus, F., Muse, K., & Williams, J. M. G. (2015). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for Health Anxiety (Hypochondriasis): Rationale, Implementation and Case Illustration. *Mindfulness*, 6(2), 382-392. doi:10.1007/s12671-013-0271-1
- 124) Swiller, H. I. (2015). Alexithymia: Treatment Utilizing Combined Individual and Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38(1), 47-61. doi:10.1080/00207284.1988.11491084
- 125) Šlepecký, M., Praško, J., Kotianová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: nové směry*. Praha: Portál.
- 126) Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*. 10. 61-74.
- 127) Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1988). Measurement of Alexithymia. *Psychiatric Clinics Of North America*, 11(3), 351-366. doi:10.1016/S0193-953X(18)30486-6
- 128) Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New Trends in Alexithymia Research: a Psychoanalytic Viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 68-77. doi:10.1159/000075537

- 129) Taylor, G. J., Bagby, R., & Parker, J. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. New York, NY US: Cambridge University Press.
- 130) Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. & Segal, Z. V. (2007). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 70 (2), s. 275-287.
- 131) Teicher, M. (2000). *Wounds that time won't heal: The neurobiology of child abuse*. Cerebrum.
- 132) Teixeira, R. J., & Pereira, M. G. (2015). Examining Mindfulness and Its Relation to Self-Differentiation and Alexithymia. *Mindfulness*, 6(1), 79-87. doi:10.1007/s12671-013-0233-7
- 133) Thompson, J. (2009). *Emotionally Dumb: An Overview of Alexithymia*. Maleny, Qld.: Soul Books.
- 134) Tolmunen, T., Heliste, M., Lehto, S. M., Hintikka, J., Honlakampi, K., Kauhanen, J. (2011): Stability Of Alexithymia In The General Population: An 11 – Year Follow-Up. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 536–541.
- 135) Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. (5. vyd.) Praha: Portál.
- 136) Vingerhoets, A., Nyklíček, I., & Denolett, J. (2008). *Emotion Regulation: Conceptual and Clinical Issues* (1st ed.). Springer US.
- 137) Vorst, H. C. M., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30(3), 413-434. doi:10.1016/S0191-8869(00)00033-7
- 138) Vymětal, J. (1994). *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- 139) Vymětal, J. (1999). *Lékařská psychologie*. Psychoanalytické nakladatelství.
- 140) Vymětal, J., & Kranz, R. (2007). *Speciální psychoterapie* (2., přeprac. a dopl. vyd). Grada.

- 141) Weyandt, L., Francis, A., Shepard, E., Gumundsdottir, B., Channell, I., Beatty, A., DuPaul, G., Yang, X., & Zhao, J. (2020). Anxiety, Depression, Impulsivity, and Mindfulness among Higher Education Faculty during COVID-19: Linking developmental theory and practice. *Health Behavior and Policy Review*, 7(6), 532-545. doi:10.14485/HBPR.7.6.3
- 142) Williams, J. M. G., Penman, D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2014). *Všímavost: jak najít klid v uspěchaném světě*. Olomouc: ANAG.
- 143) Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2018). *Duchovní léčba deprese pomocí všímavosti: jak se osvobodit od chronických pocitů neštěstí*. Olomouc: Fontána.
- 144) Yook, K., Lee, S. -H., Ryu, M., Kim, K. -H., Choi, T. K., Suh, S. Y., et al. (2016). Usefulness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treating Insomnia in Patients With Anxiety Disorders [Online]. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 196(6), 501-503. doi:10.1097/NMD.0b013e31817762ac
Získáno z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2003/05/08.pdf>
- 145) Žitník, J. (2010). *Všímavost a klinické přístupy založené na jejím rozvíjení* (Diplomová práce). Praha.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Krabicový graf STAI (X-1)

Příloha č. 4: Krabicový graf STAI (X-2)

Příloha č. 5: Srovnání pretestu a posttestu experimentální skupiny, TAS-20

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vliv technik pro rozvoj všímavosti na alexithymii a úzkost

Autor práce: Bc. Tereza Čerstvá

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 97, 183 155

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 145

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá vlivem technik pro rozvoj všímavosti na alexithymii a úzkost. V teoretické části je popsán koncept všímavosti, aspekty všímavosti a její souvislost s duševním zdravím a terapií. Další část je věnovaná problematice alexithymie a úzkosti. Cílem výzkumu bylo porovnat míru alexithymie a úzkosti u respondentů před zahájením osmitýdenního programu pro rozvoj všímavosti a po jeho skončení. Dále jsme porovnávali míru alexithymie a úzkosti u experimentální skupiny, která se programu účastnila a kontrolní skupiny. K těmto srovnáním jsme využili dotazník pro měření úzkosti a úzkostnosti (STAI X-1 a STAI X-2) a Dotazník alexithymie (TAS-20). Výzkum byl realizován formou komparativního kvaziexperimentu a trval 8 týdnů, během kterých jsme respondenty učili vybrané techniky pro rozvoj všímavosti, které pak měli za úkol každý den praktikovat. Obě skupiny, experimentální i kontrolní, celkem tvořilo 39 respondentů.

Výsledky ukázaly, že v experimentální skupině došlo k poklesu na škále alexithymie a zároveň došlo ke snížení úzkosti a úzkostlivosti, a to na vysoké hladině významnosti. Dále z výsledků vyplynulo, že snížení alexithymie a úzkosti bylo významnější v experimentální skupině oproti kontrolní skupině, která se programu nezúčastnila.

Klíčová slova: rozvoj všímavosti, alexithymie, úzkost, TAS-20, STAI

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: The influence of techniques for the development of mindfulness on alexithymia and anxiety

Author: Bc. Tereza Čerstvá

Supervisor: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 97, 183 155

Number of appendices: 5

Number of references: 145

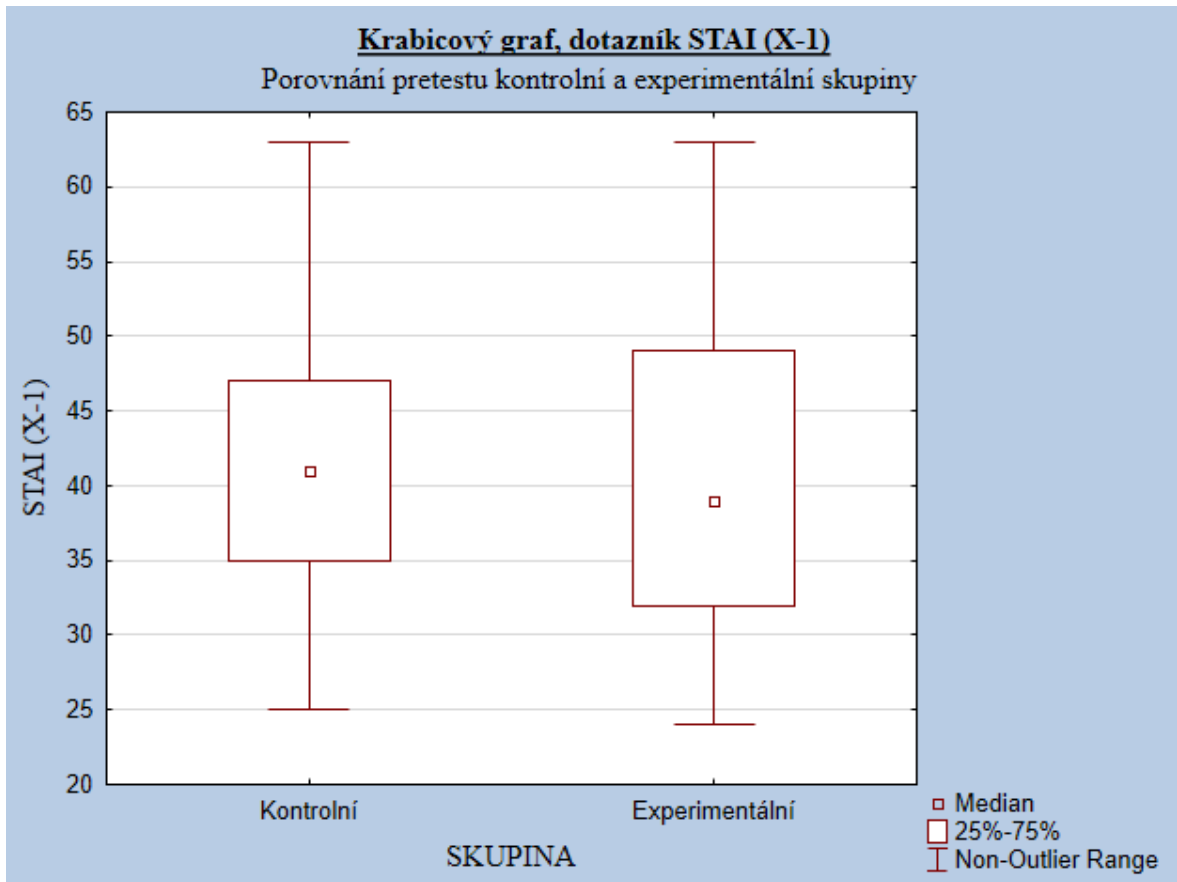
Abstract:

The diploma thesis deals with influence of techniques for the development of mindfulness on alexithymia and anxiety. The theoretical part describes the concept of mindfulness, aspects of mindfulness and its relations with mental health and therapy. The next part is dedicated to the issue of alexithymia and anxiety. The ambition of the study was to compare the level of alexithymia and anxiety in respondents before and after the eight-week mindfulness development program. We also compared the level of alexithymia and anxiety in the experimental group, which participated in the program and the control group. For these comparisons, we used the questionnaire for measuring anxiety and scrupulosity (STAI X-1 a STAI X-2) and questionnaire for measuring alexithymia (TAS-20). The research was carried out in the form of a comparative quasi-experiment and lasted for 8 weeks, during which we taught the respondents selected techniques for the development of mindfulness, which they then had to practice every day. Both groups, experimental and control, consisted of a total of 39 respondents.

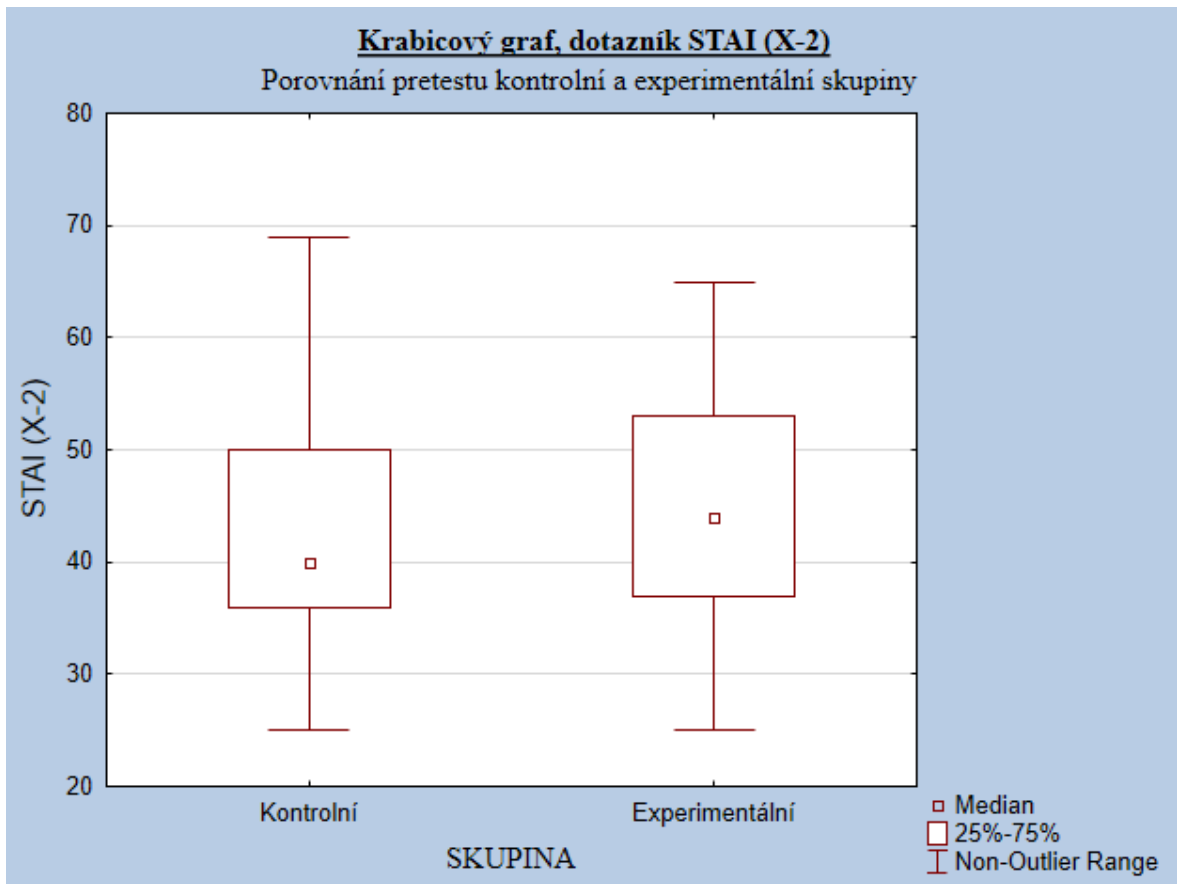
The results showed that in the experimental group there was a decrease in the scale of alexithymia and at the same time there was a decrease in anxiety and scrupulosity at a high level of significance. Furthermore, the results showed that the reduction on alexithymia and anxiety was more significant in the experimental group than in the control group, which did not participate in the program.

Key words: development of mindfulness, alexithymia, anxiety, TAS-20, STAI

Příloha č. 3: Krabicový graf STAI (X-1)



Příloha č. 4: Krabicový graf STAI (X-2)



Příloha č. 5: Srovnání pretestu a posttestu kontrolní skupiny skupiny, TAS-20

KONTROLNÍ SKUPINA					
Respondent	Pretest	Posttest	Zlepšení	Rozdíl hodnot	Zlepšení v %
1	72	73	0	-1	-1,39%
20	64	36	1	28	43,75%
16	58	58	0	0	0,00%
9	55	52	1	3	5,45%
6	54	54	0	0	0,00%
37	52	53	0	-1	-1,92%
30	52	62	0	-10	-19,23%
4	49	56	0	-7	-14,29%
8	48	52	0	-4	-8,33%
7	48	53	0	-5	-10,42%
29	46	43	1	3	6,52%
13	46	45	1	1	2,17%
12	45	46	0	-1	-2,22%
26	45	50	0	-5	-11,11%
27	43	39	1	4	9,30%
2	43	40	1	3	6,98%
23	42	39	1	3	7,14%
38	42	40	1	2	4,76%
17	42	42	0	0	0,00%
14	41	42	0	-1	-2,44%
36	41	42	0	-1	-2,44%
11	40	37	1	3	7,50%
15	40	38	1	2	5,00%
32	39	36	1	3	7,69%
18	39	38	1	1	2,56%
24	39	38	1	1	2,56%
25	39	39	0	0	0,00%
39	39	39	0	0	0,00%
28	39	40	0	-1	-2,56%
21	38	37	1	1	2,63%
5	38	38	0	0	0,00%
31	38	39	0	-1	-2,63%
19	38	43	0	-5	-13,16%
3	37	36	1	1	2,70%
35	37	38	0	-1	-2,70%
34	37	40	0	-3	-8,11%
22	36	35	1	1	2,78%
10	35	38	0	-3	-8,57%
33	30	32	0	-2	-6,67%