

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**NOČNÍ MŮRY VE VZTAHU K HRANICÍM  
V MYSLI, TRAUMATICKÝM ZKUŠENOSTEM  
A VZTAHOVÉ VAZBĚ**

Nightmares in relation to boundaries in the mind, traumatic  
experiences and attachment



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Mgr. Bc. Vladimíra Šídlová

Vedoucí práce: PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová

Olomouc

2016

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“

Místopřísežně prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou diplomovou práci na téma „Noční můry ve vztahu k hranicím v mysli, traumatickým zkušenostem a vztahové vazbě“ vypracovala samostatně pod dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Bílovicích nad Svitavou dne .....

Podpis .....

Děkuji PhDr. Lucii Klůzové Kráčmarové za odborné vedení této práce, za cenné rady, postřehy, ochotu a vstřícnost. Mé díky patří také všem, kteří mi umožnili sběr dat v jednotlivých zdravotnických zařízeních. V neposlední řadě děkuji všem účastníkům výzkumu za jejich ochotu a za čas strávený nad dotazníky.

# OBSAH

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
<b>1 SEN A SNĚNÍ.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Definice snu a historické pozadí.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Snění a REM spánek.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Specifické sny.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4 Vybrané teorie snění.....</b>	<b>11</b>
1.4.1 Sny z pohledu psychoanalýzy.....	12
1.4.1.1 Sigmund Freud a jeho výklad snů.....	12
1.4.1.2 Sny v pojetí W. R. Biona.....	14
1.4.1.3 Teorie nočních můr a nočních děsů Thomase Ogdena.....	15
1.4.2 Analytický přístup C. G. Junga ke snům.....	16
1.4.2.1 Vědomé a nevědomé mechanismy ve snech.....	16
1.4.2.2 Objektová a subjektová úroveň snu.....	17
1.4.2.3 Interpretace snů.....	18
1.4.2.4 Velké sny a snové série.....	18
1.4.3 Neurobiologické a neurokognitivní teorie.....	19
1.4.3.1 Teorie snění Marka Solmse z pohledu neurověd.....	19
1.4.3.2 Hobsonův AIM model vědomí.....	20
1.4.3.3 Spánek jako regulátor emocí.....	21
1.4.3.4 Desomatizace v průběhu REM spánku.....	21
1.4.3.5 Model zpracování děsivých emocí.....	21
<b>1.5 Noční můry.....</b>	<b>22</b>
1.5.1 Definice a diagnostika nočních můr.....	22
1.5.2 Klasifikace nočních můr.....	22
1.5.3 Prevalence nočních můr.....	23
1.5.4 Měření frekvence nočních můr.....	24
1.5.5 Obsah nočních můr.....	24
1.5.6 Osobnost se zvýšeným rizikem výskytu nočních můr.....	25
1.5.7 Noční můry a stres.....	25
1.5.8 Noční můry a posttraumatická stresová porucha.....	26

1.5.9	Noční můry, životní události a sociální opora.....	26
1.5.10	Další příčiny výskytu nočních můr.....	27
1.5.11	Význam a smysl nočních můr.....	27
1.5.12	Noční můry ve vztahu ke kvalitě spánku.....	28
1.5.13	Léčba nočních můr.....	28
1.5.13.1	<i>Vyprávění zlých snů a nočních můr.....</i>	28
1.5.13.2	<i>Psychoterapeutické přístupy.....</i>	29
1.5.13.3	<i>Farmakologická léčba.....</i>	30
<b>2</b>	<b>TRAUMA.....</b>	<b>31</b>
2.1	<b>Posttraumatická stresová porucha.....</b>	<b>31</b>
2.2	<b>Rozšířené pojetí traumatu.....</b>	<b>31</b>
2.3	<b>Rizikové a protektivní faktory PTSD.....</b>	<b>32</b>
2.4	<b>Mozek a trauma.....</b>	<b>33</b>
2.5	<b>Psychická úroveň traumatu.....</b>	<b>34</b>
2.6	<b>Posttraumatický rozvoj.....</b>	<b>34</b>
2.7	<b>Posttraumatická ublíženost.....</b>	<b>34</b>
<b>3</b>	<b>VZTAHOVÁ VAZBA (Attachment).....</b>	<b>35</b>
3.1	<b>Základní pojmy a teoretická východiska.....</b>	<b>35</b>
3.2	<b>Vývoj vztahové vazby.....</b>	<b>36</b>
3.3	<b>Strange situation test a typy vztahové vazby.....</b>	<b>37</b>
3.4	<b>Vztahová vazba v dospělosti.....</b>	<b>38</b>
3.4.1	Sekundární vazebné strategie.....	38
3.4.2	Vztahová úzkostnost a vztahová vyhýbavost.....	39
3.4.3	Přístupy ke zjišťování vztahové vazby v dospělosti.....	40
3.4.3.1	<i>Adult Attachment Interview (AAI).....</i>	<i>41</i>
3.4.3.2	<i>Adult Attachment Projective Test (AAP).....</i>	<i>42</i>
3.4.3.3	<i>Dotazníky a inventáře.....</i>	<i>42</i>
3.4.4	Psychopatologie související se vztahovou vazbou.....	42
3.5	<b>Sny a noční můry ve vztahu ke vztahové vazbě.....</b>	<b>43</b>
<b>4</b>	<b>HRANICE V MYSLI.....</b>	<b>45</b>
4.1	<b>Koncept hranic u jiných autorů.....</b>	<b>45</b>
4.2	<b>Silné a tenké hranice.....</b>	<b>46</b>
4.3	<b>Typy hranic.....</b>	<b>47</b>
4.4	<b>Vývoj hranic.....</b>	<b>47</b>

<b>4.5 Proměny hranic osobnosti</b> .....	48
<b>4.6 Dotazníky hranic</b> .....	49
4.6.1 Vztah BQ k dalším nástrojům zjišťujícím charakteristiky osobnosti.....	49
4.6.2 Zkrácené dotazníky hranic.....	50
<b>4.7 Hranice ve vztahu ke zdravotnímu stavu jedince</b> .....	50
4.7.1 Hranice a poruchy osobnosti.....	50
4.7.2 Hranice a alexithymie.....	52
4.7.3 Hranice a obstrukční spánková apnoe.....	52
<b>4.8 Hranice a snění</b> .....	52
<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	54
<b>5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM</b> .....	55
<b>5.1 Cíle výzkumu</b> .....	55
<b>5.2 Hypotézy</b> .....	56
<b>6 METODOLOGICKÝ RÁMEC</b> .....	58
<b>6.1 Typ výzkumu</b> .....	58
<b>6.2 Popis souboru</b> .....	58
<b>6.3 Metody získávání dat</b> .....	59
6.3.1 Index závažnosti znepokojivých snů a nočních můr (DDNSI).....	59
6.3.2 Dotazník na následky nočních můr (NES).....	60
6.3.3 Dotazník mentálních hranic (BQ-18).....	60
6.3.4 Seznam traumatických symptomů (TSC-40).....	60
6.3.5 Škála prožívání blízkých vztahů (ECR).....	61
<b>6.4 Sběr dat</b> .....	61
<b>6.5 Metody zpracování a analýzy dat</b> .....	62
<b>6.6 Etické aspekty výzkumu</b> .....	63
<b>7 VÝSLEDKY</b> .....	65
<b>7.1 Reliabilita použitých metod</b> .....	65
<b>7.2 Vyhodnocení DDNSI a NES</b> .....	65
<b>7.3 Deskriptivní vyhodnocení dotazníku BQ-18</b> .....	68
<b>7.4 Deskriptivní vyhodnocení dotazníku TSC-40</b> .....	69
<b>7.5 Deskriptivní vyhodnocení škály ECR</b> .....	71
<b>7.6 Ověřování hypotéz a odpovědi na výzkumné otázky</b> .....	73
7.6.1 Závažnost nočních můr ve vztahu ke sledovaným proměnným.....	73
7.6.2 Rozdíly ve sledovaných proměnných mezi zkoumanými soubory.....	75

<b>7.7 Regresní analýza</b> .....	77
<b>8 DISKUZE</b> .....	79
<b>8.1 Limity studie a doporučení pro další výzkum</b> .....	82
<b>9 ZÁVĚRY</b> .....	84
<b>SOUHRN</b> .....	85
<b>POUŽITÉ ZKRATKY</b> .....	88
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY</b> .....	89
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	98

# ÚVOD

Noční můry nepatří mezi oblíbené zážitky nočního života člověka. Někdo by mohl říci: „Proč se jimi zabývat, je to přece pouze sen!“ Avšak je to sen, který často vyvolá intenzivní negativní emoce. Je to sen, který bývá propojen s každodenním životem. Vyvolávající příčinou nočních můr mohou být nepříjemné a náročné životní události. Následně se pak dostaví únava z nevyspání, negativní pocity a jiné nepříjemné okolnosti. Je možné, že jsou noční můry pouhým vyústěním negativních zážitků, může se však jednat o více či méně úspěšný pokus o zpracování nepříjemných zážitků.

Domnívám se, že je smysluplné se nočními můrami zabývat. Věřím tomu, že lidská psychika může mít velkou kapacitu a dokáže postupně zpracovávat a integrovat i mnohé nepříjemné události. Současně si uvědomuji, že mnohé zážitky v životě člověka mohou být přespříliš traumatizující a zahlcující, že je důležitá pomoc jiného člověka.

Tato práce zčásti navazuje na mou bakalářskou diplomovou práci, ve které jsem se zabývala spánkem a sněním. Zjistila jsem, že relativně velká část lidí má alespoň občas noční můry. Kladla jsem si otázku, do jaké míry jsou noční můry ovlivněny situačně a do jaké míry osobními dispozicemi jedince. Tato práce se pokouší zmapovat problematiku nočních můr a najít možné příčiny či souvislosti.

Teoretická část této magisterské diplomové práce je rozdělena do čtyř kapitol. První z nich je věnována snění. Na úvod je připomenuto, že lidé snům přikládali velkou důležitost v historii. Poté navazují stránky popisující různé teorie snění. Kapitoly týkající se psychoanalytického a jungiánského přístupu ke snům navazují na teoretickou část mé bakalářské diplomové práce (Šídlová, 2014), v této práci jsou přepracovány a částečně rozšířeny. Dále jsou vybrány především ty teorie, které mají vztah k nočním můrám a znepokojivým snům. Následující část se týká nočních můr. Vzhledem k tomu, že se v empirické části zabývám souvislostí symptomů traumatu a nočních můr, pojednává druhá kapitola o některých přístupech k traumatu a jeho vlivu na život jedince. Další kapitola je věnována konceptu vztahové vazby v dětství a v dospělosti. Vliv typu vztahové vazby je taktéž předmětem mého zkoumání. V poslední kapitole teoretické části je popsán koncept hranic v mysli. Propustnost vnitřních hranic se zdá být jednou z osobnostních charakteristik, která má vztah k výskytu nočních můr. V empirické části se můžeme seznámit s kvantitativním výzkumem hledajícím souvislosti mezi závažností nočních můr, symptomy traumatu, typem vztahové vazby a propustností hranic v mysli.

# *TEORETICKÁ ČÁST*



# 1 SEN A SNĚNÍ

Pojmy sen a snění snad nejsou pro nikoho neznámé, avšak zkušenosti se sněním se mohou u jednotlivých lidí lišit. Jsou lidé, kteří si sny příliš nepamatují, naopak jiní mají pestrý snový život. Sny mohou být pro lidskou psychiku příjemným zpestřením, obohacením a inspirací. Existují však i sny, u kterých si člověk po probuzení oddychne, když zjistí, že to byl jen sen. Pro některé lidi jsou sny nepříjemným a stresujícím zážitkem. A právě zlým snům a nočním můrám bude věnována v této kapitole zvýšená pozornost.

## 1.1 Definice snu a historické pozadí

Definovat sen není jednoduché. Záleží na paradigmatu, ze kterého definice vychází, a v současné době neexistuje jednotná definice snu a snění. Sen je mentální aktivitou odehrávající se ve spánku, tedy ve stavu, který se liší od vědomí v bdělém stavu. Po probuzení může zůstat snícímu člověku více či méně souvislá vzpomínka na tuto aktivitu a je otázkou, do jaké míry se jedná o vzpomínku na sen a do jaké míry si člověk tuto vzpomínku „upraví“, aby dávala souvislý děj. Někteří autoři zdůrazňují v popisu snění výskyt nemožných či nepravděpodobných elementů (Pagel et al., 2001).

Sny zajímají lidstvo odpradáva a v některých kulturách byla snům přikládána velká důležitost. Motivy snů se objevují v mnohých starých textech, kam patří například Epos o Gilgamešovi, Bible, Talmud, Korán (Plháková, 2013). V Bibli se s popisem snů setkáme na mnoha místech. Jedním z příkladů je příběh o Josefovi a jeho bratrech v knize Genesis. Josef měl sen: „*Vážeme na poli snopy. Tu povstane můj snop a zůstane stát. A hle, vaše snopy obcházel kolem něho a klaněly se mému snopu... Měl jsem opět sen: Klanělo se mi slunce, měsíc a jedenáct hvězd.*“ (Bible, Gn<sup>1</sup>, 37, 7, 9) Tentýž Josef podává o několik kapitol později výklad snů faraónovi v Egyptě, kam byl prodán do otroctví (Bible, Gn, 41, 1 – 36). Prorok Daniel si díky výkladu snů králi Nebúkadnesarovi zachránil život a došel uznání (Bible, Dan<sup>2</sup>, 4). Josef s Marií díky varování andělem ve snu utekli před Herodem do Egypta (Bible, Mt<sup>3</sup>, 2, 13 – 14). Výklad snů byl považován za předpověď budoucích událostí a za poselství od Boha.

---

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

<sup>2</sup> Dan = Kniha Daniel.

<sup>3</sup> Mt = Kniha Matouš.

Alexandr Makedonský při obléhání města Tyros měl sen, ve kterém před hradbami zmíněného města tančil satyr, postava z řecké mytologie. Sá-Tyros znamená v doslovném překladu „tvůj bude Tyros“, satyr byl tedy symbolem vítězství nad městem. Vykladači snů té doby se podle historických pramenů domnívali, že se nemuselo jednat o vizi budoucnosti ve snu, ale mohlo se projevit přání snícího dobyvatele (Černoušek, 1988).

## 1.2 Snění a REM spánek

S objevem REM a NREM spánku v 50. letech dvacátého století Kleitmanem a Aserinskim byly započaty i výzkumy snění ve spánkových laboratořích (Plháková, 2010). REM spánek, někdy nazývaný též paradoxní spánek, byl považován téměř za korelát snění. Výše zmíněná hypotéza byla ověřována buzením osob z různých fází spánku a následnými dotazy na sen. V REM fázi spánku dochází ke zvýšení aktivity a metabolismu většiny mozkových neuronů (hlavně korových). Je aktivován sympatikus a tím dochází k vyššímu prokrvení pohlavních orgánů a ke zvýšení dechové i tepové frekvence. Současně je sníženo svalové napětí, což zřejmě zabraňuje tomu, aby spící jednal podle obsahu snu (Orel, Facová, 2009; Solms, Turnbull, 2014). Michael Jouvet objevil při svých výzkumech úlohu Varolova mostu při zahájení a ukončení REM spánku. Tento objev zpřesnili Hobson a McCarley (1977, in Plháková, 2013). V tegmentu středního mostu se nacházejí cholinergní neurony, které zahajují REM spánek. Za ukončení REM spánku jsou zodpovědně neurony produkující serotonin v části locus coeruleus a noradrenalin v nucleus raphe (Plháková, 2013).

Výzkumy Foulkese prokázaly vybavování snů po probuzení jak z REM, tak z NREM spánku, avšak sny vybavované z REM spánku mají vyšší frekvenci, jsou více emocionálně zabarvené a živější (Foulkes, 1962, in Plháková, 2013). REM sny jsou iracionální, zatímco NREM sny jsou racionálnější. Jinak řečeno, REM sny tvoří převážně primárně procesové mechanismy (Thomä, Kächele, 1993). Pozdější neuropsychologické výzkumy provedené Markem Solmsem potvrdily, že sen není závislý pouze na REM fázi spánku navozenou mozkovým kmenem. Solms se domnívá, že na vzniku snu se podílejí impulzy vznikající v podkorových strukturách mozku související současně s motivací a emocemi (Solms, 2000, in Fonagy, Target, 2005; Solms, 1999).

### 1.3 Specifické sny

**Noční můry** (nightmares) jsou dle klasifikace MKN-10 sny naplněné úzkostí nebo strachem končící probuzením. Snící jedinec si na obsah snu zřetelně pamatuje, po probuzení je plně orientovaný, avšak úzkost u něj může přetrvat, což může ztížit následné usnutí. Snový prožitek bývá velice živý a týká se většinou ohrožení života, bezpečnosti nebo sebeúcty (Světová zdravotnická organizace, 2014; Příhodová, Šonka, 2007). Problematikou nočních můr se budu zabývat podrobněji v kapitole 1.5.

**Noční děsy** (spánkový děs, pavor nocturnus) řadíme dle MKN-10 mezi neorganické poruchy spánku a jsou vázané na NREM spánek. Vyskytují se v první třetině spánku. Projevují se úzkostnými a panickými projevy, křikem, pláčem, vegetativními příznaky, například tachykardií a pocením, u dětí může dojít k pomočení. Se snícím nelze navázat kontakt, může mít tendence utíkat. Jednotlivá epizoda trvá maximálně 20 minut. Po probuzení si dotyčný sen nepamatuje. Častější výskyt nočních děsů je pozorován v dětství (Světová zdravotnická organizace, 2014; Příhodová, Šonka, 2007).

**Lucidní sen** je mentální aktivita, při níž si spící je vědom skutečnosti, že sní (Plháková, 2013). Ve většině případů se přemění nonlucidní sen v lucidní pravděpodobně vlivem intenzivní emoci v průběhu snu. Odborníci předpokládají, že se lze lucidnímu snění naučit. Existují určité techniky pomáhající navodit luciditu v průběhu snu a schopnost lucidního snění kultivují. Někteří lidé totiž využívají lucidního snění k psychickému růstu nebo jako strategii zvládnání náročných životních situací (Vaněk, 2010).

### 1.4 Vybrané teorie snění

Existuje mnoho přístupů ke snům. Některé modely snění jsou součástí psychoterapeutických směrů, používají terminologii a teoretické zázemí daných směrů a práce se sny je používána v psychoterapeutické praxi; jiné modely jsou spíše teoretické. V současné době se někteří vědci pokoušejí propojit různé empirické teorie týkající se snů s poznatky neurověd. Následující kapitoly rozhodně nevyčerpávajícím způsobem přiblíží některé teorie snění, obzvláště s ohledem na znepokojující sny a noční můry.

## 1.4.1 Sny z pohledu psychoanalýzy

### 1.4.1.1 Sigmund Freud a jeho výklad snů

Při výzkumu snů nelze opomenout Sigmunda Freuda. Freud vycházel převážně z topografického modelu lidské psychiky zahrnující vědomí, předvědomí a nevědomí. Sny považoval za „*královskou cestu do nevědomí*“ (Plháková, 2006, s. 173). V průběhu spánku není totiž duševní cenzura tolik intenzivní jako v bdělém stavu a do snu mohou pronikat nevědomé obsahy mysli (Freud, 1994).

#### **Snová práce**

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

#### **Snová symbolika**

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

mezi symbolem a novým prvkem je konstantní, což usnadňuje překlad (Thomä, Kächele, 1993).

Psychanalytik pracuje při výkladu snu přesně opačně. Na základě zjevného obsahu snu se snaží dopátrat latentního obsahu. Postupuje tak, že nejdříve vyzve analyzanda k asociacím k jednotlivým snovým prvkům. Nápady je nutno nechat volně projevit, i když se mohou zpočátku jevit jako nesmyslné, nemístné, nevkusné. Je nutno překonat odpor - sílu, která brání průniku nevědomých myšlenek do vědomí (Freud, 1991, Freud, 1994). Snový cenzor je ve Freudově díle ztotožňován s odporem proti odhalení latentních snových myšlenek (Thomä, Kächele, 1993).

### **Materiál a zdroje snu**

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

Nevědomá přání a denní zbytky mají podle Freuda vztah ke snu jako kapitalista a podnikatel k realizaci nějakého díla. Kapitalista dodá kapitál, podnikatel má nápad a dokáže jej realizovat. Kapitalistou ve snu je pudové přání, které dodává pro tvorbu snu psychickou energii. Denní zbytek má roli podnikatele; použije psychickou energii k vytvoření snu (Freud, 1991).

### **Typické sny**

Freud vypožoroval v průběhu své psychoanalytické praxe, že existují určité typické obsahy snů. Jsou to sny o rozpacích z nahoty, o vznášení a létání, o skládání zkoušky, o smrti někoho blízkého, sny týkající se zubů, sny o nedostižení vlaku. Freud předpokládá, že tyto sny mívají podobný význam, jelikož pocházejí z podobného zdroje. Například sny o rozpacích z nahoty jsou vzpomínkou na období dětství, kdy se dítě nestydí chodit nahé, spíše naopak je mu to příjemné (Freud, 1991).

## Sen jako splnění přání

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

## Úzkostné sny a sny o potrestání

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

Také sny o potrestání snícího jsou v rozporu s původní teorií splnění přání. Přání bylo u těchto snů umístěno do nadjá. U opakujících se úzkostných snů Freud předpokládal, že přání vychází z potřeby vyřešit problémy jedince (Thomä, Kächele, 1993).

### 1.4.1.2 Sny v pojetí W. R. Biona

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

zbavit. Děje se tak formou projektivní identifikace, agováním nebo tvorbou chorobných symptomů (Ogden, 2004a).

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

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

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

#### **1.4.1.3 Teorie nočních můr a nočních děsů Thomase Ogdena**

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

Ogden zachází ještě dále – používá noční můru a noční děs jako metafory psychického fungování lidí, kteří nejsou schopni zpracovávat a propojovat emoční prožitky a zůstávají tak v jejich mysli odštěpená ložiska nesnesitelných prožitků nepřístupných psychické práci. Lidé, kteří se obracejí na psychoanalytika, nedokážou své emoční prožitky prosnít

(nevědomě psychicky zpracovat), nebo je jejich snění přerušeno. Úlohou psychoanalytika je podle Ogdena pomoci těmto lidem prosnít své sny (probíhající ve spánku nebo v bdělém stavu), aby mohlo dojít ke změně a k růstu osobnosti jedince (Ogden, 2004a; Ogden, 2004b).

#### 1.4.2 Analytický přístup C. G. Junga ke snům

Analytický přístup Carla Gustava Junga a jeho následovníků se ke snům staví v mnoha ohledech odlišně od psychoanalýzy. Oba tyto směry se shodují ve svém výkladu snů v základním předpokladu existence nevědomí. Jung pokládal sen za fenomén nezávislý na vůli a přání. Dokonce předpokládal, že sníme neustále, ale v bdělém stavu hlas snění neslyšíme (Jacobi, 2013). Oproti Freudovi se však nesnažil sen ihned objasnit a vysvětlit. Důležité pro něj bylo, jak snu rozumí pacient. V případě, že sen vyloží nějakým způsobem terapeut, ale pacient mu nerozumí, nepřináší to žádný užitek. Na rozdíl od Freuda nehledal latentní snové myšlenky, domníval se, že sen lze vysvětlit již z manifestního obsahu (Jung, 1996).

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

##### 1.4.2.1 Vědomé a nevědomé mechanismy ve snech

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

Vztah mezi vědomou a nevědomou částí psyché je **kompensační**. Když je vědomý postoj jedince jednostranný, nevědomý obsah je v kontrastu a plní tím jakousi psychickou autoregulační funkci. Nevědomí může ve snu přinášet vytěsňené obsahy, nové podněty, vzhled do situace, může probouzet, co ve snícím dříme. Kompensační funkce snu je tedy účelná a může mít léčebný vliv (Jung, 1996).



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

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

#### **1.4.2.2 Objektová a subjektivní úroveň snu**

Na objektové úrovni výkladu snů odpovídají snové postavy a symboly skutečným osobám. Tento výklad snů je detailně rozpracován Freudem. Jung přichází s výkladem na úrovni subjektu, při němž počítá s tím, že do všech obsahů snu se zobrazují obrazy stavu vlastní duše. Při výkladu na úrovni subjektu je nutno počítat s projekcí. Člověk má tendenci vkládat své nevědomé představy do svého okolí, tedy i ve snu projikuje na snové postavy nebo symboly části svého vlastního nevědomí a může přemístit své vlastní negativní představy do jiných lidí (Dieckmann, 2004). Postavy vystupující ve snu a jejich chování zastupují nějakou část psyché snícího. „*Sen je divadlo, ve kterém je snící scénou, hercem, náповědou, režisérem, publikem i kritikem.*“ (Jung, 1996, s. 199).

Ve snech mohou vyplouvat na povrch obsahy nevědomí snící osoby. „*Sen je spontánní sebezobrazení aktuálního stavu nevědomí v symbolické formě.*“ (Jung, 1996, s. 195). Výklad snu na úrovni subjektu může ukázat, že zle jednající osoba ve snu není někde venku, ale že je přítomna jako určitá část ve vlastní osobě. Toto zjištění může být nepříjemné, ale umožňuje jedinci psychický růst (Dieckmann, 2004).

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

### ***1.4.2.3 Interpretace snů***

Při výkladu snu postupuje analytik následujícím způsobem. Nejdříve vyzve pacienta, aby svůj sen vylíčil včetně všech podrobností. Je důležité rozumět všem detailům. Poté se analytik ptá na asociace snícího ke snu, vše, co jej k němu napadá. Sen lze dále amplifikovat (rozšířit význam), a to na úrovni osobní, kulturní a archetypální. Na osobní úrovni lze přistupovat z hlediska objektu nebo subjektu. Kulturní úroveň zahrnuje symboly, které jsou pro snícího známé a běžně jsou používány v dané kultuře. Archetypální obrazy pocházejí z kolektivního nevědomí a pro analytiku znamenají kondenzovanou zkušenost lidstva. Nakonec je důležité amplifikovaný sen vřadit do kontextu životní situace snícího, což může přispět k individuaci, tedy psychickému růstu jedince. Využívání archetypálních obrazů je pro analytickou psychologii typické, nicméně je nutná jistá zdrženlivost. Archetypy mohou pomoci lidem přespříliš zakotveným v každodenní realitě, avšak nemělo by dojít k „utonutí“ individuálního já v kolektivní zkušenosti (Hall, 2005).

### ***1.4.2.4 Velké sny a snové série***

Jung rozlišuje mezi běžným jednoduchým snem a **archetypovým** neboli velkým snem. Velké sny bývají silně citově zabarveny, člověk si je dlouho pamatuje a pociťuje jejich výjimečnost. Objevují se v nich symbolické obrazy, např. motivy z pohádek, rituály, náboženské motivy. Tyto sny přicházejí často v období krizové situace nebo na rozhraní přechodu mezi dvěma životními fázemi, kdy vlastní zkušenost jedince nepomáhá zvládat životní situaci. V rámci terapeutického procesu se archetypální sny objevují často na začátku léčby jako **iniciální sny**, během zvrátů v terapii a v závěrečné fázi, kdy se pacient odpoutává od terapeuta. Mohou být tedy i významným diagnostickým vodítkem o průběhu terapie a stavu analyzanda. V terapeutickém procesu jsou důležité **série snů**, v nichž se periodicky opakuje určité téma. Odrážejí totiž vývoj jedince (Dieckmann, 2004).

### 1.4.3 Neurobiologické a neurokognitivní teorie

#### 1.4.3.1 Teorie snění Marka Solmse z pohledu neurověd

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

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

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

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

Skutečnost, že při snění jsou zapojeny korové a podkorové oblasti zodpovídající za vyhledávání uspokojení, koresponduje s Freudovým přesvědčením o funkci snu jako splnění přání (Solms, 1999). Inhibice prefrontálních oblastí vykonávajících exekutivní

funkce zeslabí sekundární proces na minimum a do popředí vstupuje primární proces charakteristický pro sny<sup>4</sup> (Stigler, Pokorný, 2008).

#### 1.4.3.2 Hobsonův AIM model vědomí

Allan Hobson je jedním z vědců zpochybňujících význam snů. Ve své prvotní teorii snění předpokládá, že sny jsou vyvolávány impulzy vycházejícími z Varolova mostu mozkového kmene, a korové oblasti se pouze snaží zpracovat snové zážitky (Solms, Turnbull, 2014).

AIM model je rozšířením výše zmíněné teorie. Hobson je názoru, že na úrovni mozku jsou bdění, REM a NREM spánek regulovány třemi systémy: aktivace (A), regulace vstupu-výstupu (input-output gating – I), modulace (M).

- **Aktivace** je pojem vyjadřující úroveň energetické úrovně mozkových struktur. Je měřitelná. Během bdělého stavu a REM spánku je celková aktivace vysoká, zatímco v NREM spánku je snížena (Hobson, 2009).
- **Regulace vstupu-výstupu** je spojena s propustností vstupu sensorických informací z vnějšího i vnitřního prostředí a výstupu ve formě motorické aktivity (Hobson, 2009). V REM spánku jsou zablokovány sensorické vstupy i motorické výstupy.
- **Modulace** je podle Hobsona řízení mozku chemickou cestou pomocí neuromediátorů, které vychází z mozkového kmene. V bdělém stavu je produkován acetylcholin, dopamin, histamin, noradrenalin a serotonin. Tytéž neuromediátory jsou vylučovány během NREM spánku, avšak v menší míře než v bdělém stavu. V REM spánku však ustává produkce noradrenalinu, serotoninu a histaminu (Hobson, 2009).

Hobson dále rozlišuje *primární vědomí* zahrnující percepce a emoce a *sekundární vědomí*, kam řadí schopnost abstrakce, sebepercepce, vůli. Sekundární vědomí je závislé na užívání jazyka. V bdělém stavu je sekundární vědomí plně aktivní, avšak během REM spánku je ve snovém vědomí přítomno pouze zčásti. Snové vědomí integruje snové obsahy a emoce do souvislých příběhů (Hobson, 2009).

---

<sup>4</sup> Primární a sekundární proces jsou dva paralelní komplementární systémy. Primární proces pracuje s mechanismy přesunutí a kondenzace při změněném prožívání reality a času. Pomáhá vytvářet soudržnost a kontinuitu Já. Sekundární proces je ve službách reality – plánuje a organizuje probíhající dění (Stigler, Pokorný, 2008).

Solms a Turnbull (2014) upozorňují na skutečnost, že REM spánek není přímým korelátem snění. Nelze tedy provádět výzkum REM spánku a předpokládat, že se jedná o výzkum snění. Také zpochybňují Hobsonův předpoklad neúčelnosti snění.

#### ***1.4.3.3. Spánek jako regulátor emocí (Mood Regulatory Theory of Sleep)***

Milton Kramer se pokusil v této teorii vysvětlit vliv spánku na emoce, které byly vyvolány v bdělém stavu před usnutím. Pokud jde jedinec spát s intenzivním pocitem smutku, neklidu, hněvu, ale i štěstí, po probuzení je emoce méně intenzivní a nálada tak bude stabilnější než před usnutím. Spánek dle této teorie tedy slouží jako regulátor emocí. V případě noční můry se ve snu objeví natolik intenzivní emoce, dochází k selhání regulační funkce snu a jedinec se probudí (Kramer, 1991; Levin, Nielsen, 2007).

#### ***1.4.3.4 Desomatizace v průběhu REM spánku***

Fisher a kolegové se snažili vysvětlit význam REM spánku na zpracování zlých snů a nočních můr. Vycházeli v tomto modelu ze zjištění, že právě velká část nočních můr se odehrává v REM spánku. V této fázi spánku je výrazná svalová relaxace, což může mít příznivý vliv na úzkostné pocity vyořující se s děsivým snovým obrazem, protože relaxace sníží fyziologický doprovod nepříjemných emocí (Levin, Nielsen, 2007). Shapiro (1981, in Levin, Nielsen, 2007) předpokládá, že oční pohyby v REM spánku mohou snížit úzkostné pocity. Ostatně na tomto principu je založena terapie EMDR (eye movement desensitization and reprocessing), která je používána při zpracovávání traumatických zážitků.

#### ***1.4.3.5 Model zpracování děsivých emocí***

Model zpracování děsivých emocí (fear memory extinction) je neurokognitivní model, jehož autory jsou Levin a Nielsen (2007). Model se zaměřuje především na negativní sny, přičemž autoři rozlišují podle závažnosti zlé sny, noční můry idiopatické a posttraumatické. Během snění dochází podle této teorie k vyvolání vzpomínky na událost vzbuzující strach. Následně jsou jednotlivé části pozmeněny či překombinovány tak, aby výsledný obsah nebyl tak děsivý a beznadějný. Vzpomínky jsou spojeny s emocionálním doprovodem. Pozmeněním vzpomínky ve snu dochází podle autorů k regulaci emocí. Zpracování emocí ve snu se děje pomocí neuronální sítě AMPHAC (amygdala, mediální

prefrontální kůra, hippokampus a oblast cingula). V průběhu zlého snu dochází vyvolání reálné vzpomínky v zadní části hippokampu. Amygdala je zodpovědná za emocionální doprovod, který souvisí i s předchozími zkušenostmi snícího a jeho osobnostními charakteristikami. Na základě vyvolané emoce vydá hypotalamus a mozkový kmen příslušné pokyny k fyziologickému doprovodu emoce. Zhášení děsivých emočních vzpomínek se děje prostřednictvím vnesení nějaké neutrální nebo pozitivní vzpomínky. Tento proces bývá postupný, ale vede k postupnému zpracování emoce. Se snovým obsahem koresponduje i kvalita života jedince. Noční můry jsou pak důsledkem selhání sítě regulace emocí. (Levin, Nielsen, 2007). Propojování vzpomínek v průběhu snění a jejich postupné emoční zpracování je v souladu s předpoklady a výzkumy Hartmanna (1998).

## 1.5 Noční můry

### 1.5.1 Definice a diagnostika nočních můr

Noční můry jsou dle Mezinárodní klasifikace nemocí řazeny mezi neorganické poruchy spánku. Vyznačují se negativním obsahem s výrazným emočním zabarvením, převážně úzkostí a strachem, ale i hněvem, vztekem a dalšími negativními pocity. Obsah snu se týká většinou ohrožení života, bezpečí nebo sebeucty. Vyskytují se převážně v REM fázi spánku, a to zejména v poslední třetině noci, kdy jsou REM fáze spánku nejdelší. Po probuzení si jedinec sen jasně pamatuje, což má vliv na opětovné usnutí a pokračování ve spánku. Pro potvrzení neorganické poruchy spánku musí být vyloučeny organické faktory (neurologické a somatické) a užívání psychoaktivních látek (Světová zdravotnická organizace, 2014; Příhodová, Šonka, 2007).

Kromě nočních můr trpí někteří lidé **zlými sny** (bad dreams). Jsou to sny s děsivým obsahem vzbuzující negativní emoce, ale oproti nočním můrám nevedou k probuzení. Pro psychiatrickou diagnostiku jsou kritéria nočních můr poměrně jednoznačná, jinak je tomu ve výzkumných studiích. Zde se v některých případech volně zaměňují pojmy „noční můry“, „znepokojivé sny“ a „zlé sny“, nebo není mezi nimi jasně vymezená hranice (Schredl, Reinhard, 2011). Levin a Nielsen (2007) řadí sny do kategorií „zlé sny“, „idiopatické noční můry“, „posttraumatické noční můry“ hierarchicky podle závažnosti. Někteří výzkumníci se ptají, jsou-li probuzení ze snu a emoce strachu či děsu hlavními

kritérii pro diagnostiku nočních můr. Ačkoliv emocionální prožitky z nočních můr i zlých snů mohou být stejně hrozivé a děsivé, probuzení ze snu může být nepřímým ukazatelem závažnosti potíží (Krakow, 2006; Zadra et al., 2006).

### 1.5.2 Klasifikace nočních můr

Noční můry se rozdělují na *idiopatické*, jejichž příčina není známa, a noční můry související s jinou psychopatií. Nejčastěji se jedná o *posttraumatické noční můry*, které následují po prožitém traumatu a jsou součástí posttraumatické stresové poruchy (PTSD) (Levin, Nielsen, 2007). Někteří autoři rozdělují posttraumatické noční můry na replikativní, nereplikativní a smíšené. Replikativní noční můry přesně zobrazují traumatickou událost, nereplikativní noční můry ztvárňují danou událost na symbolické rovině, nemusí se v nich jednat o přímé zobrazení prožité traumatické situace (Wittmann et al., 2010). Kromě PTSD bývají noční můry spojené s depresí, bipolární poruchou, generalizovanou úzkostnou poruchou a některými poruchami osobnosti (zejména hraniční a schizoidní) (Kamarádová et al., 2013).

### 1.5.3 Prevalence nočních můr

Někteří lidé mají noční můry od dětství prakticky celý život, aniž by zažili trauma. Z výzkumů vyplývá, že přibližně 65 % dotazovaných osob potvrzuje alespoň občasnou zkušenost s noční můrou. Prevalence častějšího výskytu nočních můr, tj. několikrát do měsíce, je asi 2 – 6 % u dospělé populace (Robert, Zadra, 2008). Schredl (2010) uvádí podobné hodnoty, dle výzkumu na reprezentativním vzorku německé populace trpí nočními můrami častěji než jednou za dva týdny 4,7 % osob, 2,4 % osob má noční můry alespoň jednou týdně. Tato studie však nerozlišuje noční můry a zlé sny. Tuzemské výzkumy dosahují v porovnání se zahraničními výzkumy ještě vyšších hodnot ve frekvenci nočních můr (Kráčmarová, 2013; Šídlová, 2015). V dětství se noční můry vyskytují až u 75 % jedinců, a to nejvíce v rozmezí mezi šestým a desátým rokem. Poté frekvence nočních můr klesá (Příhodová, Šonka, 2007). Frekvence nočních můr vzhledem k věku osob může souviset s efektem kohorty. Například u generace, která zažila válečný konflikt, může být vyšší výskyt nočních můr. Longitudinální studie (Schredl, Göriz, 2015) prokázala v tříletém odstupu signifikantní snížení nočních můr u osob ve věkovém rozmezí

mezi 16 – 89 roky. Tato studie však nebrala v úvahu osobnostní charakteristiky respondentů, jejich životní okolnosti a zdravotní stav.

Některé studie prokázaly rozdíly mezi muži a ženami ve výskytu nočních můr. Schredl a Reinhard (2011) provedli meta-analýzu 111 výzkumných studií zabývajících se nočními můrami. Bylo zjištěno, že ženy mají více nočních můr než muži, a to především v adolescenci a v mladé dospělosti. U dětí mladších deseti let a osob nad šedesát let genderové rozdíly ve výskytu nočních můr zjištěny nebyly. Levin a Nielsen (2007) uvádějí možné příčiny vlivu pohlaví: různé strategie zvládnání mužů a žen, rozdíly na úrovni mozkových struktur při zpracování emocí, zvýšené riziko traumatizace u žen. Ženy mají dále vyšší výskyt depresivních onemocnění a více trpí nespavostí než muži. Také častěji vyprávějí o negativních situacích, mohou proto popisovat častější výskyt nočních můr.

#### **1.5.4 Měření frekvence nočních můr**

Frekvenci nočních můr lze měřit retrospektivně tak, že jsou respondenti tázáni na počet nočních můr za určité období (týden, měsíc, rok). Je možné zvolit naopak prospektivní postup. Respondent má za úkol po daný časový úsek zaznamenávat počet, případně i obsah nočních můr. Bylo zjištěno, že při retrospektivním posouzení frekvence nočních můr jsou udávány nižší hodnoty než při prospektivním zapisování. Tento rozdíl je tím významnější, čím delší časový úsek zpětně hodnotíme (Robert, Zadra, 2008). Retrospektivní odhad počtu vybavených snů je také ovlivněn postojem jedince k jeho snům. Člověk, který považuje své sny za významné, jejich frekvenci pravděpodobně nadhodnocuje. Naopak ten, který je pokládá za bezvýznamné, má tendenci frekvenci snů spíše podhodnocovat (Beaulieu-Prévost, Zadra, 2007). Různý způsob zjišťování počtu nočních můr může být jedním z důvodů variability číselných údajů v různých výzkumných studiích.

#### **1.5.5 Obsah nočních můr**

Noční můry nejsou zkoumány pouze z hlediska jejich frekvence, ale i po obsahové stránce. Často se v nich vyskytují motivy padání, pronásledování, nemožnost se pohnout, nestihnout důležité věci, smrt nebo zranění blízké osoby, fyzické napadení nebo jiné ohrožení. Dalšími častými tématy jsou hádky, ponižování, neschopnost splnit zadaný úkol.



Pravděpodobně je obsah nočních můr zčásti závislý na současném denním dění a prožitcích snící osoby. S tímto předpokladem je v souladu častý výskyt nočních můr s motivem zkoušky u studentů. Pracující mají zato sny týkající se ztráty práce, pracovních obtíží nebo šikany na pracovišti. Ženy častěji popisují sny o smrti nebo ohrožení blízkých osob, což může být důsledkem většího důrazu na mezilidské vztahy v životě (Schredl, 2010). Hartmann (1998) empirickým zkoumáním dospěl k závěru, že častým motivem traumatizovaných osob je obrovská valící se vlna symbolizující bezmoc a přemožení.

### **1.5.6 Osobnost se zvýšeným rizikem výskytu nočních můr**

Hartmann (1998) se domnívá, že chronickými nočními můrami trpí zvýšeně jedinci s tenkými mentálními hranicemi. Tito lidé nemají ostré hranice mezi bdělým stavem a sněním, proto denní zážitky snáze proniknou do snu. V jejich snech se častěji mísí přítomné zážitky a vzpomínky z minulosti. Celkový skóre v Dotazníku hranic pozitivně koreluje s frekvencí nočních můr. Lidé s tenkými hranicemi také přikládají větší důležitost nočním můrám, snaží se hledat jejich význam a mají tendenci tyto sny vyprávět ostatním lidem (Pietrowsky, Köthe, 2003). Jiné výzkumy poukázaly na zvýšený výskyt nočních můr u osob se sklonem k úzkostnosti a depresivitě a vyšším skórem neuroticismu (Blagrove, Fisher, 2009; Schredl, Landgraf, Zeiler, 2003).

### **1.5.7 Noční můry a stres**

V souvislosti s frekvencí nočních můr hovoří někteří vědci o stresu způsobeném noční můrou (nightmare distress), a to jednak nočním, jednak denním. Poukazují na skutečnost, že nezáleží pouze na frekvenci nočních můr, ale také na jejich dopadu na chování a emoční prožívání jedince (Böckermann, Giesemann, Pietrowski, 2014). Noční distress pravděpodobně snižuje kvalitu spánku hlavně díky jeho přerušování, zkracuje jeho celkovou dobu a způsobuje tak ospalost a únavu během dne. Výzkumy též ukazují významnou souvislost mezi nočním stresem způsobeným nočními můrami a úzkostí jedince. Denní distress bývá vyvolaný negativními emocemi souvisejícími s noční můrou a vzpomínkami na ni. To může být příčinou zhoršené nálady, zvýšené úzkosti, podrážděnosti, smutku a dalších negativních prožitků. Tento stav současně s únavou z nedostatku spánku může jedince vážně omezovat v denních činnostech. Kvalita života jedinců trpících nočními můrami bývá snížena, proto je velice důležité se nočním můrám

věnovat a v případě potřeby je léčit (Roberts, Lennings, Heard, 2009; Lancee, Schrijnemaekers, 2013; Köthe, Pietrowsky, 2001).

Frekvence výskytu nočních můr se zvyšuje v situacích, kdy je jedinec vystaven nadměrnému stresu a nepříznivým událostem v životě. Je tedy zřejmé, že noční můry souvisejí se zvýšenou emocionální nepohodou, obzvláště se strachem a úzkostí (Roberts, Lennings, Heard, 2009; Antunes-Alves, De Konick, 2012). Toto zjištění koresponduje s *hypotézou continuity* předpokládající souvislost mezi emočními prožitky během dne a nočními sny. Zmíněnou kognitivní hypotézu navrhl americký psycholog Calvin S. Hall. Hall považoval snění za způsob myšlení ve spánku. Snový obraz pak může být dle této teorie vizuálním ztvárněním těchto myšlenek (Hall, 1959, in Plháková, 2013).

Noční můry mohou mít tedy příčinu v denních starostech a životních strastech, mohou však být i významným stresorem a snižovat kvalitu života jedince.

### **1.5.8 Noční můry a posttraumatická stresová porucha**

Výskyt nočních můr je součástí posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Ve snech se často objevuje stejný nebo podobný obsah jako ve skutečné traumatické události (Světová zdravotnická organizace, 2014). Byla porovnávána frekvence a závažnost tzv. posttraumatických nočních můr. Osoby, u kterých se noční můry vyskytly v návaznosti na prožité trauma a dosud se s nimi nesetkaly, měly vyšší frekvenci a závažnost nočních můr v rámci PTSD než osoby, které prožily trauma, ale noční můry se u nich vyskytovaly již před traumatizující událostí. Jedinci s výskytem nočních můr po prožitém traumatu vykazovali další příznaky – depresivitu, sníženou kvalitu spánku. Jejich noční můry byly častěji replikativní, vztažené k traumatické události. Lze předpokládat, že osoby, u kterých se vyskytují noční můry dlouhodobě, mají vytvořené určité copingové strategie k zvládnání nočních můr. Je možné, že jsou na ně svým způsobem zvyklé, proto noční můra neovlivní další oblasti jejich života (Davis et al., 2011).

### **1.5.9 Noční můry, životní události a sociální opora**

Není mnoho výzkumných studií zabývajících se ranými zkušenostmi jedince ve vztahu k nočním můrám. Csóka a jeho spolupracovníci (2011) zjistili, že jedinci, kteří v raném dětství zažili separaci od matky více než jeden měsíc do jednoho roku věku, mají vyšší výskyt nočních můr a snů s negativním emočním laděním než jedinci, kteří ranou separaci

neprožili. Osoby s historií separačního traumatu taktéž vykazovaly vyšší skóre depresivity, který může být mediátorem korelace frekvence nočních můr a rané separace. Z výsledku lze usuzovat, že ne všichni, kteří v dětství prožili separaci od matky, v dospělosti trpí nočními můrami, ale mohou mít zvýšenou pohotovost k negativnímu ladění snu. V případě depresivních příznaků pak mohou mít jejich sny i povahu nočních můr (Csóka et al, 2011).

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

Van der Kolk a kolegové se domnívají, že na vzniku PTSD včetně výskytu nočních můr se významně podílí vztahová síť, kterou má postižená osoba vytvořenou. V případě, že jedinec má blízké lidi, kteří jsou pro něj oporou a zdrojem bezpečí a útěchy v případě potřeby, dochází obvykle k regulaci a k rychlejšímu zpracování negativních emocí. Bezpečná vazba s blízkou osobou může dodávat posilu k vyrovnání se se vzpomínkami, myšlenkami a emocemi vztahujícími se k traumatu, které se mohou zobrazovat v nočních můrách (Van der Kolk et al., 1991, in Kamarádová et al., 2013).

#### **1.5.10 Další příčiny výskytu nočních můr**

Noční můry mohou být vyvolány některými léčivými, především látkami ovlivňujícími neurotransmitery serotonin, noradrenalin a dopamin. Souvislost byla prokázána u antidepresiva ze skupiny SSRI paroxetinu. Tento nežádoucí účinek byl též pozorován i u dalších látek ze skupiny SSRI, u dopaminových agonistů, látek ze skupiny betablokátorů a alfa-agonistů (Thompson, Pierce, 1999; Pagel, Helfter, 2003; Naranjo et al., 1981). S výskytem nočních můr se můžeme setkat také při abstinčním syndromu látek potlačujících REM spánek (např. benzodiazepiny) a při akutním i chronickém alkoholovém abstinčním syndromu (Příhodová, Šonka, 2007; Kamarádová et al, 2013).

#### **1.5.11 Význam a smysl nočních můr**

Ernest Hartmann (1998) prováděl rozhovory s osobami po prožitém traumatu, např. s válečnými veterány, s oběťmi znásilnění nebo s přeživšími přírodní katastrofu. Zjistil,

že ve velké části případů měly noční můry těchto osob jistý vývoj, původní hrozivý a bezvýchodný obraz se postupně zmírňoval nebo se začalo rýsovat nějaké východisko ze situace. V nočních můrách Hartmannových pacientů nebyl děj noční můry vždy totožný s prožitou situací, někdy se jednalo spíše o vyjádření prožité nebo prožívané emoce v bdělém stavu. Různými obrazy tak byly vyjádřeny pocity strachu, hrůzy, pocitu viny, pocitu bezmoci, pošpinění. Hartmann se domnívá, že vývoj snového obsahu souvisí s postupným emočním zpracováním traumatu (Hartmann, 1998; Hartmann, 1999).

### **1.5.12 Noční můry ve vztahu ke kvalitě spánku**

Noční můry zhoršují kvalitu spánku v souvislosti s nočním distresem způsobeným noční mûrou, o kterém se zmiňujeme v kapitole 1.5.7. Na základě polysomnografických měření byly zjištěny odlišnosti v architektuře spánku u osob trpících nočními mûrami oproti srovnávací skupině s absencí nočních mûr. Skupina s výskytem nočních mûr vykazovala nižší kvalitu a efektivitu spánku. Byla zjištěna vyšší frekvence nočních probuzení a delší interval do opětovného usnutí, relativní prodloužení REM fáze spánku oproti relativnímu snížení NREM spánku (Simor et al., 2012). Jiná studie prokázala zvýšenou frekvenci nočních mûr u pacientů s diagnózou primární insomnie oproti kontrolní skupině. Frekvence je dále zvýšena u osob trpících spánkovou apnoe nebo syndromem neklidných nohou (Schredl, 2009).

### **1.5.13 Léčba nočních mûr**

#### ***1.5.13.1 Vyprávění zlých snů a nočních mûr***

Vyprávění posttraumatických nočních mûr může být dalším krokem ke zpracování traumatu a uzdravení. Při vyprávění snu jedinec nevědomě očekává porozumění, přijetí. Současně je posluchač snem do jisté míry ovlivňován, což vůbec nemusí být zkušenost jednoduchá, může být až nesnesitelná. Friedmann (2013) doporučuje postupovat u takovýchto snů formativním způsobem. Znamená to, že posluchač (psychoterapeut) nehledá latentní obsah, neinterpretuje sen, ale zabývá se formou, jakou je sen vyprávěn, jeho manifestním obsahem, strukturovaností. Jedince vyprávějícího sen je v souladu s tímto přístupem důležité utěšit, podpořit. Je doporučováno opakované vyprávění snu,

doptávání se na podrobnosti, malování snu, provázet snícího, aby byl s pomocí terapeuta schopen čelit děsům a hrůze snu (Friedmann, 2013).

### ***1.5.13.2 Psychoterapeutické přístupy***

Z psychoterapeutických technik používaných při léčbě nočních můr je **terapie pomocí modifikace snů v imaginaci (Imagery rehearsal therapy, IRT)** (Kamarádová et al., 2013). U této metody byla prokázána účinnost a je proto doporučována k léčbě. Technika vychází z kognitivně behaviorální psychoterapie a imaginativních technik. Jedinec je vyzván k tomu, aby si v bdělém stavu představil obsah noční můry. S pomocí terapeuta pak pozmění téma nebo linii příběhu, případně jeho konec. Vyvolání této představy pak jedinec procvičuje v bdělém stavu dvakrát denně přibližně 10 – 20 min, což má v ideálním případě za následek snížení počtu nočních můr a snížení anxiety (Aurora et al., 2010). Účinnost této metody byla prokázána v několika studiích. Thünker a Pietrowsky (2012) prokázali účinnost psychoterapie nočních můr pomocí IRT v kombinaci s progresivní svalovou relaxací rozložené do osmi sezení. Snížení počtu nočních můr, úzkosti a depresivity bylo signifikantní oproti kontrolní skupině. Krakow a kolegové (2001) poskytli terapii pomocí IRT skupině osob mající zkušenost sexuálního zneužití a sexuálního násilí. Kontrolní skupinou byly osoby čekající na terapii. Během terapie IRT bylo zaznamenáno signifikantní snížení počtu nočních můr oproti kontrolní skupině. Efekt přetrvával i po 3 a 6 měsících.

Efekt IRT může spočívat v expozici, abreakci a získání kontroly (Marks, 1978, in Kamarádová et al., 2013). Můžeme se domnívat, že v případě zahlcení negativními snovými obsahy a souvisejícími emocemi provádí jedinec s pomocí terapeuta na vědomé rovině tu práci, kterou v méně ohrožujících případech jedinec zpracovává pomocí snění.

**Terapie pomocí lucidního snění (Lucid dreaming therapy, LDT)** je další z psychoterapeutických technik při práci s nočními můrami. Oproti IRT, která pracuje pomocí imaginace, tedy denního snu, LDT využívá možnost ovlivnit noční můru ve spánkovém stavu. Pacienti jsou vedeni k tomu, aby si uvědomili, že noční můra není realita, ale jen sen, byť jakkoliv strašlivý. Poté je možné obsah snu modifikovat. Léčivá může být jak změna děje, tak pocit kontroly nad situací. Tato terapie je efektivní v případě, že jedinec je schopen naučit se lucidnímu snění (Spoormaker, Van Den Bout, 2006).

**Expoziční terapie** je jednou z technik kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT), která je využitelná při léčbě nočních můr. Klient si sepíše na škále od jedné do deseti podle

intenzity své noční můry nebo sny, které vzbuzují strach a úzkost. Vychází se z předpokladu, že úzkost se nemůže stupňovat donekonečna, ale v určitém bodě se zastaví, případně začne opadávat. Klient je vyzván, aby si představil situaci ve snu, která ho zúzkostňuje. Sen si má vybavovat do té doby, než se úzkost zastaví a začne klesat. Při opakovaném vybavení noční můry většinou dochází ke snížení negativních pocitů. Na začátku je vhodné začít s nočními můrami, které nejsou tolik ohrožující, po jejich zvládnutí se postupuje k více zúzkostňujícím. Jak průběh terapie naznačuje, klient musí být pro expoziční terapii dostatečně motivován (Aurora et al., 2010; Kamarádová et al., 2013). Další z přístupů KBT je **systematická desenzibilizace**. Oproti expoziční terapii je klient více poučen o průběhu úzkosti a více se s ní pracuje. Systematická desenzibilizace se úspěšně používá v kombinaci s relaxací (Kamarádová et al., 2013).

Z dalších technik, které lze využít při léčbě nočních můr, můžeme jmenovat **hypnózu** a některé další **relaxační techniky** (Aurora et al., 2010). Výzkumy i empirická pozorování ukazují význam léčby jak posttraumatických, tak idiopatických nočních můr, pokud narušují kvalitu života jedince (Thünker, Pietrowsky, 2012; Davis et al., 2011).

#### **1.5.13.2 Farmakologická léčba**

Snahy ovlivnit noční můry **farmakologicky** se prozatím nesetkávají s příliš velkými úspěchy. Nadějnou molekulou se v léčbě nočních můr ukazuje látka *prazosin*. Toto léčivo patří do skupiny alfa1-antagonistů a byl používán k léčbě hypertenze. Některé studie prokázaly vliv na snížení výskytu posttraumatických nočních můr (Aurora et al., 2010). Tento lék však není v ČR registrován<sup>5</sup>. Při léčbě nočních můr se z farmakologické léčby používají např. trazodon a některá další antidepresiva, atypická antipsychotika olanzapin a risperidon, benzodiazepiny nitrazepam a triazolam, nízké dávky kortizolu. U těchto léčiv však výsledky studií nejsou jednoznačné, nebo je jen málo studií prokazujících účinnost léčby (Aurora et al., 2010).

---

<sup>5</sup> Databáze registrovaných léčiv dostupná na [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz).

## **2 TRAUMA**

Psychické trauma může být jednou z příčin psychických i somatických onemocnění. Nejvíce popsaná reakce na traumatickou situaci je posttraumatická stresová porucha, která je zakotvená v MKN-10. Současně s akutní reakcí na stres a poruchami přizpůsobení je řazena do kategorie Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43) (Světová zdravotnická organizace, 2014; Orel, 2012).

### **2.1 Posttraumatická stresová porucha**

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) se rozvíjí na základě prožité události, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost a vyvolala by intenzivní tíseň u většiny lidí. Jedná se například o přírodní katastrofy, válečné konflikty, mučení, na které jedinec reaguje intenzivním strachem, pocity bezmocnosti a zděšení. Příznaky se objevují do 6 měsíců po prožití traumatizující situace; nerozvíjejí se však bezprostředně, často se objevují s latencí týdnů až měsíců. Prožitá událost se jedinci vrací v živých vzpomínkách, záblescích (flashback), nočních můrách. Traumatizovaná osoba se vyhýbá situacím, místům, okolnostem nebo lidem, kteří prožitou událost připomínají. Dalšími příznaky bývá zvýšená úzkostnost, podrážděnost, mohou se vyskytnout poruchy koncentrace či spánku. Jedinec může mít některé vzpomínky z traumatizující události vytěsněny. Mohou se vyskytovat pocity derealizace a depersonalizace, obavy z budoucnosti, změny v emočním prožívání. Jedinec též může omezovat sociální kontakty (Hašto, Vojtová, 2012; Orel, 2012).

### **2.2 Rozšířené pojetí traumatu**

Někteří psychologové poukazují na skutečnost, že symptomatika PTSD se může vyskytovat i po prožití situace, která nemá katastrofický rozsah. Může se jednat o onemocnění blízké osoby, vztahové problémy, pracovní problémy (Mol et al., 2005, in Hašto, Vojtová, 2012). Někdy jsou traumata rozdělována na typ I, způsobená jednorázovou událostí, typ II, při nichž se jedná o opakovanou nebo dlouhotrvající traumatizaci, a typ III, spočívající v extrémní dlouhodobé traumatizaci začínající již v útlém věku. V případě traumat typu II a III může docházet k popření a disociaci vzpomínek; chybějící vzpomínky

mohou být nahrazovány konfabulacemi a falešnými vzpomínkami (Hašto, Vojtová, 2012; Tóthová, 2011).

Ruppert (2014) rozlišuje čtyři typy traumatu: trauma existenciální, ze ztráty, z narušené vazby a z narušeného systému rodinných vazeb.

- *Existenciální trauma* se týká ohrožení života. Jedná se o postižení přírodními katastrofami, válečným konfliktem, účast na dopravní nehodě. Základní emocí je zde strach ze smrti.
- *Trauma ze ztráty* je důsledkem smrti nebo trvalé nepřítomnosti důležité osoby. Autor sem řadí dlouhodobější odloučení malého dítěte od matky, smrt jednoho z rodičů v raném věku dítěte, rozvod rodičů nebo odevzdání dítěte k adopci. Hlavními pocity jsou zde strach z opuštění, bolest, smutek a vztek.
- *Traumatem z narušené vazby* míní autor poruchu vytvoření vztahu k matce nebo jiné primárně pečující osobě, což může ovlivňovat vývoj osobnosti jedince a jeho další vztahy.
- *Trauma z narušeného systému rodinných vazeb* je v podstatě důsledkem předchozího traumatu. Jsou zde zdůrazněny další rodinné vazby. Jedná se zde o incestní problematiku, týrání a zneužívání dítěte (Ruppert, 2014).

Obzvláště hlubinné psychologické směry upozorňují na dlouhodobé konfliktní situace, bezcitné zacházení, které díky svému trvání mohou mít závažnější důsledky než jednorázové trauma. Traumatizace v dětství, jako týrání, zneužívání a zanedbávání může závažně ovlivnit duševní zdraví jedince (Hašto, Vojtová, 2012).

V rámci psychoanalytických teorií někteří autoři hovoří o **transgeneračním přenosu** neuzdraveného traumatu. Dítě může být na kognitivní i emocionální úrovni vtahováno do traumatu. Může tak cítit zodpovědnost nebo pocity viny za skutečnosti ještě před jeho narozením. Naopak mohou být některá témata tabuizována. Může být narušeno zdravé fungování rodiny. Transgenerační přenos traumatu bývá způsoben i přenosem nejisté vztahové vazby (Tóthová, 2011).

### 2.3 Rizikové a protektivní faktory PTSD

Rizikovými faktory podporujícími vznik PTSD mohou být předpokládané negativní důsledky na život nebo zdraví jak vlastní, tak blízkých osob, dále ženské pohlaví, nedostatečná sociální opora, zážitky odloučení v dětství, předchozí nebo současné fyzické



nebo psychické onemocnění. Autoři se shodují na důležitosti subjektivního prožívání traumatické události. V tomto smyslu se zdá být rizikovým pocit ztráty kontroly nad situací (Hašto, Vojtová, 2012). Zdá se, že v konceptu hranic v mysli Ernesta Hartmana jsou lidé s tenkými hranicemi rizikovější skupinou ve vztahu k prožívání traumatizujících situací (Hartmann, Harrison, & Zborowski, 2001).

Ochrannými faktory může být psychická stabilita a odolnost (resilience), schopnost využít své vnitřní zdroje, zachování pocitu kontroly a smysluplnosti (sense of coherence – Antonovski), tendence aktivně řešit problémy a schopnost využít předchozích zkušeností při zvládání potíží. Významnou se zdá být i schopnost podělit se o své těžkosti s jinými osobami, což může souviset s bezpečným typem vztahové vazby (Hašto, Vojtová, 2012; Mareš, 2012).

## **2.4 Mozek a trauma**

Při prožívání traumatické situace zažívá jedinec nekontrolovatelnou stresovou reakci. Opakovaně jsou aktivovány kortikální a limbické struktury mozku a dochází k nadměrné aktivaci osy hypotalamus-hypofýza-nadledvinky. Je nadměrně zvýšena produkce adrenalinu, noradrenalinu a následně glukokortikoidů, což může destabilizovat zaběhaná synaptická spojení v mozkových strukturách. Po nadměrném vylučování noradrenalinu dochází k jeho vyčerpání, snížení jeho produkce a celkově ke snížení mozkového metabolismu. U posttraumatického stresového syndromu bylo zjištěno atrofické zmenšení hippocampu, centra souvisejícího s ukládáním vzpomínek do dlouhodobé paměti (Poněšický, 2012). Současně byla zjištěna snížená aktivita prefrontálního kortexu a Brockova motorického centra řeči. Byla také zvýšena činnost amygdaly (Hašto, Vojtová, 2012).

V důsledku výše popsaných procesů dochází k fragmentaci traumatického zážitku a vjemů s ním spojených. Fragmentované a emočně silné vnímání situace je zpracováno v amygdale, extrémním vzrušením je uzavřena cesta do hippocampu. Vzpomínky na trauma se nedostanou do slovní podoby, čímž se nemohou zakomponovat do životního příběhu jedince (Poněšický, 2012).

## **2.5 Psychická úroveň traumatu**

Shapiro (1989, in Poněšický, 2012) poukazuje u tzv. velkých traumat na prožitek obrovské opuštěnosti a vydání se napospas někomu nebo něčemu. Tím se může zhroutit víra v dobro, v lidskost, je narušena vztahovost k ostatním lidem. Současně jsou zhrouceny dosavadní představy o světě a jedinec přichází o srozumitelnost světa a o určité jistoty. Tudíž i na psychologické úrovni dochází k nemožnosti integrovat traumatické zážitky do dosavadního pojetí světa. Může též dojít k identifikaci s agresorem. Dochází k nekontrolovaným emočním výkyvům, úzkosti, agresi, výčitkám. Naopak se někdy dostavuje lhostejnost, apatie, stažení se do sebe (Poněšický, 2012).

## **2.6 Posttraumatický rozvoj**

Ne v každém případě po prožití traumatické události musí dojít k posttraumatické stresové poruše. Naopak může dojít v životě jedince k pozitivní změně. Aby byla traumatická událost zakomponována do životního příběhu jedince a jeho pojetí světa, musí dotyčný událost kognitivně zpracovat, najít její smysl a širší význam. Může tak dojít k transformaci identity jedince projevující se zejména ve zlepšení mezilidských vztahů, prohloubení spirituality nebo v hlubším porozumění životu (Mareš, 2012).

## **2.7 Posttraumatická ublíženost**

Někteří autoři zabývající se problémem traumatu hovoří o posttraumatické ublíženosti (post-traumatic victimhood). Tento termín znamená zpomalení procesu zotavení po traumatu tím, že se zafixují určité formy chování. Posttraumatická zkušenost často vyvolává následně po pocitech ponížení i pocity pomstychtivosti. Hněv a pomstychtivost se může přenést z osoby, která opravdu ublížila, na osobu, která je pro traumatizovaného dosažitelná. Pocity nespravedlnosti a křivdy mohou vyústit v nárokování si identity oběti. Jedinec může svým traumatickým prožitkem manipulovat okolí, cítit se nadřazeně. Ublíženost s sebou může nést i snížený soucit pro utrpení druhých lidí (Bermann, 2012).

### 3 VZTAHOVÁ VAZBA (Attachment)

V české literatuře je pojem attachment překládán a používán jako vztahová vazba (Brisch, 2011), citové pouto či přilnutí (Kulísek, 2000), připoutání (Hašto, 2005), přimknutí (Fonagy, Target, 2005). Tímto pojmem rozumíme relativně pevné emoční pouto mezi dítětem a matkou, případně jinou pečující osobou.

#### 3.1 Základní pojmy a teoretická východiska

Teorie vztahové vazby je spjata se jménem John Bowlby, autorem této teorie. Vycházel především z myšlenek psychoanalýzy, vývojové psychologie a etologie. Zabýval se možnými vlivy na emocionální vývoj dítěte v raném dětství a pokoušel se vysvětlit vývoj vztahových vazeb v průběhu života jedince (Brisch, 2011). Bowlby formuloval myšlenky vztahové vazby na základě empirických pozorování v průběhu třicátých až padesátých let dvacátého století. Byl obeznámen s etologickými výzkumy především Konrada Lorenze a s jeho učením o imprintingu (vtištění). Dále jej ovlivnil výzkum Harry Harlowa, z něhož částečně vycházel. Harlow zkoumal rozsah postižení v různých oblastech u mláďat opic druhu *macacus rhesus* v případě odnětí mláďete matky či izolace od ostatních mláďat (Bowlby, 2010; Vavrda, 2005).

Bowlby zdůrazňoval kojencovu potřebu bezpečného přimknutí k matce. Přimknutí vidí jako biologicky důležité, matka je pro dítě zdrojem obživy a ochrany, umožňuje tedy přežití. Ke vzniku bezpečného přimknutí je třeba dostatečné citlivosti ze strany matky, aby vhodně a konzistentně reagovala na signály dítěte. V době prvních narozenin dítěte obvykle dvojice matka-dítě má vypracovaný způsob interakce. *„Až na několik málo výjimek cokoli, s čím dítě přijde, co se týče chování, matka už očekává a reaguje na to typickým způsobem; a naopak, s čímkoli přijde matka, dítě to už očekává a reaguje na to obvykle také svým typickým způsobem. Každý z nich formuje toho druhého.“* (Bowlby, 2010, s. 287). Matka vytváří „bezpečnou základnu“, díky níž dítě získává odvahu prozkoumávat okolí a v případě potřeby se vrátí zpět. Vztahová vazba je tedy propojena s exploračním systémem; bezpečná vazba umožňuje exploraci, zatímco systém strachu aktivuje vazebné chování (Fonagy, Target, 2005). Nutno dodat, že vztah matka-dítě není dán pouze citlivostí matky a jejími reprezentacemi vztahové vazby, záleží také na dráždivosti a temperamentu dítěte (Mikulincer, Shaver, 2007).

## Vnitřní pracovní model

Na základě zkušenosti s primární pečující osobou si dítě v raném dětství vytváří *vnitřní pracovní model* (internal working model), který zpočátku bývá flexibilní, ale časem se stabilizuje a vytváří tzv. mentální reprezentaci vztahové vazby. Je zčásti vědomý, zčásti funguje na nevědomé rovině. Vnitřní modely obsahují očekávání, pocity, chování ve vztahu k citově blízké osobě. V průběhu života může být vnitřní model ovlivněn jak v pozitivním smyslu například díky psychoterapii, tak v negativním po vystavení traumatické situaci. Obecně je s rostoucím věkem ovlivnění zmíněné mentální reprezentace obtížnější (Brisch, 2011; Kulísek, 2000).

Může se stát, že jedinec používá vůči jedné osobě několik vnitřních modelů, které bývají značně odlišné až protichůdné a mohou se stát zdrojem vnitřních konfliktů. Vznikají například v důsledku traumatizující události nebo v případě, kdy rodiče opakovaně žádají po dítěti něco, co je v rozporu s jeho prožíváním (aby se dítě nebálo, když prožívá strach) (Kulísek, 2000).

### 3.2 Vývoj vztahové vazby

Na vztahovou vazbu má pravděpodobně vliv již prenatální část života dítěte. Bowlby (2010) rozlišuje čtyři fáze vazebného chování. První fáze zahrnuje přibližně prvních 12 týdnů dítěte. Dítě ještě nerozlišuje specifiky postavy v okolí, interakce s matkou je vázána především na reflexy (sací, úchopový) a na signály, které dítě vysílá. (Bowlby, 2010; Kulísek, 2000). Během druhé fáze dítě začíná diferencovat známé a neznámé tváře; roste intenzita úsměvů při spatření známých tváří. Fáze končí přibližně v 6 – 7 měsících. Ve třetí fázi je vazba k mateřské postavě již zřetelně viditelná. Naopak cizí lidé vyvolávají spíše obavy a odstup. Čtvrtá fáze se vyznačuje v případě vytvoření bezpečné vazby v předchozích fázích větší autonomií a nezávislostí dítěte. Dítě dokáže pochopit, že i matka a další osoby mají své potřeby. Neustálá blízkost matky již není nutná. Tato fáze nastává přibližně ve čtyřech letech a dále postupně probíhá proces separace (Bowlby, 2010; Kulísek, 2000).

### 3.3 Strange situation test a typy vztahové vazby

Pravděpodobně nejznámější metodou stanovení kvality vztahové vazby je Strange situation test (SST) – Test neznámé situace. Je to pozorovací metoda interakce dítěte a matky vyvinutá Mary Ainsworthovou, Bowlbyho následovnicí. Dítě je po přesně vymezené časové úseky v místnosti s matkou, s matkou a s cizí osobou současně, s cizí osobou bez matky. Zaznamenávají se vnější projevy dítěte (Kulísek, 2000).

Na základě chování dítěte v testové situaci byly rozlišeny dva základní typy vztahové vazby – jistý, bezpečný (secure) a nejistý (insecure, anxious), který byl dále rozdělen na úzkostně–vyhýbavý (avoidant), úzkostně–odmítavý, ambivalentní (resistant, ambivalent). Později byl přiřazen typ dezorganizovaný, dezorientovaný (disorganised, disoriented) (Kulísek, 2000).

- ***Jistý typ vztahové vazby (secure) – kategorie B***

Pro děti v této kategorii představuje matka opravdu bezpečnou základnu. V testové situaci se nebojí prozkoumávat místnost. Po odchodu matky jsou zneklidněny, avšak po jejím návratu ji radostně vítají. Dítě kontakt s matkou aktivně vyhledává a je pro něj zdrojem bezpečí a uklidnění (Kulísek, 2000).

- ***Úzkostně–vyhýbavý typ vztahové vazby (anxious–avoidant) – kategorie A***

Děti s tímto typem vazby neudržují s matkou blízký kontakt. Během nepřítomnosti matky nevykazují změny chování, s cizí osobou si někdy hrají. Po návratu matky se kontaktu s matkou spíše vyhýbají. Někdy je zřetelný konflikt přiblížení a odstupu ve vztahu k matce; např. se k ní rozběhnou a náhle změni směr. Při měření srdeční činnosti při stresujících situacích během SST měly děti shodnou srdeční odezvu jako děti z kategorie B, avšak vnější projevy těchto dětí jsou inhibovány. Děti této kategorie jsou nejvíce zlostné ze všech skupin, většinou však k předmětům (Bowlby, 2010; Kulísek, 2000).

- ***Úzkostně–ambivalentní, vzdorovitý, odmítavý typ vztahové vazby (anxious–ambivalent, resistant) – kategorie C***

Děti v kategorii C oscilují mezi vyhledáváním a odmítáním blízkosti a kontaktu s matkou. Děti se bojí separace, proto se matky snaží držet i fyzicky, po jejím odchodu jsou obtížně utěšitelné. Je více pasivní v situacích, kdy si ostatní děti aktivně hrají. Odmítavé chování se nejvíce projevuje po návratu matky. Podtyp C1 aktivně projevuje agresi vůči cizí osobě i vůči matce při příchodu, kope, kouše, hází hračky. Podtyp C2 je více pasivní, dítě vypadá spíše bezmocně a opuštěně (Bowlby, 2010; Kulísek, 2000).

- *Úzkostně–dezorganizovaný, dezorientovaný typ vazby (anxious–disorganized, disoriented) – kategorie D*

Mnohé z dětí během pozorování nebyly zařaditelné do žádné z předchozích kategorií a vykazovaly podobné známky chování. Proto byla Mainovou (Main, Solomon, 1986, in Brisch, 2011) vytvořena tato kategorie. Děti s dezorganizovanou vazbou mají často protichůdné reakce a chování (přibližování matce s prvky agrese nebo averze), jejich projevy se rychle střídají. Jejich gestikulace a pohyby jsou často stereotypní, někdy v průběhu pohybu ustrnou a „zamrznou“. Děti s dezorganizovaným chováním se nacházejí častěji v rizikové a klinické populaci a také u rodičů s nezpracovanou traumatickou zkušeností v anamnéze (Brisch, 2011; Kulísek, 2000).

### **3.4 Vztahová vazba v dospělosti**

Během dospívání se intenzita vazby k rodičům mění, část vazebného chování může být zaměřena na osoby mimo rodinu, ale i na skupiny a instituce (náboženská skupina, škola). V nemoci a neštěstí se lidé obracejí k blízkým osobám a hledají pomoc, utěšení a blízkost druhé osoby (Bowlby, 2010). Pro dítě znamená vazba bezpečí a ochranu, v adolescenci a dospělosti směřuje vazebné chování spíše k podpoře (Slaměník, 2011). Vztahová vazba v dospělosti závisí na více faktorech. Jedním z nich je právě raná vztahová vazba. Tuto vztahovou vazbu mohou ovlivnit další okolnosti v životě během dětství a dospívání, např. ztráta rodiče, rozvod. Závisí také na kvalitě současných vztahů a současných životních podmínkách (Mikulincer, Shaver, 2007). Meta-analýza zjistila vyšší stabilitu vazby v čase u jistě připoutaných jedinců; toto zjištění je vysvětlováno vyšší odolností vůči rizikovým okolnostem v životě u osob s bezpečnou vazbou (Pinquart et al., 2013). Naštěstí i nejistá vazba může být ovlivněna směrem k bezpečné vazbě. Děje se tak např. v psychoterapii díky vytvoření bezpečného terapeutického vztahu (Mikulincer, Shaver, 2007).

#### **3.4.1 Sekundární vazebné strategie**

V případě opakované nepřítomnosti vazebné osoby v situacích potřeby vazebného chování (při dlouhodobějším odloučení, ztrátě pečující osoby) je jedinec vystaven velice bolestivým pocitům. Jedná se především o pocit bezmoci, zranitelnosti, samoty, ve vztahu

k vazebné osobě může pociťovat zklamání, selhání. Aby se jedinec těmto nepříjemným pocitům vyhnul, může využít jiné pomocné strategie – byly popsány strategie **hyperaktivace** a **deaktivace** (Mikulincer, Shaver, 2007).

Cílem strategie hyperaktivace je upoutat pozornost vazebné osoby. Vztah s druhou osobou je velice těsný, jedinec potřebuje ujišťování o pevnosti vztahu, vyžaduje neustálou pozornost a péči, ukazuje závislost na vztahové osobě. Tato strategie souvisí se vztahovou úzkostností. Naopak deaktivace souvisí se vztahovou vyhýbavostí. Jedinec má tendenci vztahové osoby znehodnotit ve své mysli; nepovažuje je za důvěryhodné a bezpečné. Proto se vyhýbá intimitě a preferuje uzavřenost (Mikulincer, Shaver, 2007).

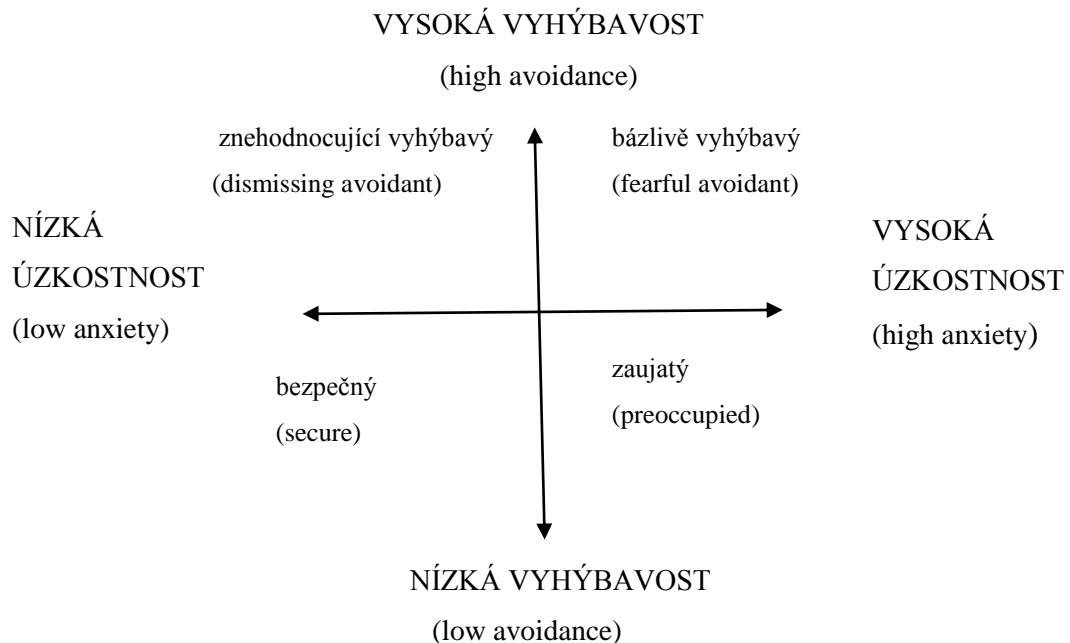
### 3.4.2 Vztahová úzkostnost a vztahová vyhýbavost

Již Ainsworthová (1978, in Mikulincer, Shaver, 2007) během pozorování interakce dítěte a matky zjistila, že strategie chování dětí mohou být zařazeny do dvou kategorií: **úzkostnost** (pláč, hněv, protest) a **vyhýbavost** (potlačení emocí, uzavření se). Tyto dvě dimenze se zdají být podstatné i při zjišťování vztahové vazby v dospělosti. Výzkumem vztahové vazby v partnerských vztazích se dlouhá léta věnovali Hazan a Shaver (1987, 1990, in Mikulincer, Shaver, 2007). Vytvořili tři prototypy vztahové vazby – vazba jistá, úzkostná a vyhýbavá.

Bartholomew (1990, in Mikulincer, Shaver, 2007) interpretuje tyto dvě dimenze vztahové vazby po vzoru Bowlbyho jako vnitřní pracovní modely, a to **model sebehodnocení** související s úzkostností a **model hodnocení druhých**, který souvisí s vyhýbavostí. Na základě tohoto předpokladu vytvořila čtyři následující kategorie:

- *Secure (bezpečný)*: pozitivní náhled jak na sebe, tak na druhé; nebojí se blízkosti ve vztazích, ale dokáže být sám.
- *Dismissing (znehodnocující)*: pozitivní hodnocení sebe, ale negativní druhých; pro takového jedince je důležitá nezávislost a soběstačnost, a to i v blízkých vztazích.
- *Preoccupied (zaujatý)*: pozitivní náhled na druhé, ale negativní na sebe; potřebuje blízkost mnohdy vyšší, než mu druzí jsou schopni dát, současně může mít obavu, že jsou druzí lepší než on a že před nimi neobstojí.
- *Fearful avoidant (bázlivě vyhýbavý)*: negativní náhled jak na sebe, tak na druhé; po blízkých vztazích touží, ale současně se jich obává (Mikulincer, Shaver, 2007).

Následující schéma znázorňuje možné vztahy mezi výše popsanými dimenzemi a kategoriemi.



Obr. 1: Model vztahové vazby (Bartholomew, 1990, in Mikulincer, Shaver, 2007)

### 3.4.3 Přístupy ke zjišťování vztahové vazby v dospělosti

V současné době existují dva základní přístupy ke zjišťování vztahové vazby. Prvním z nich je snaha zjistit na základě dotazování na zážitky z dětství reprezentaci vztahové vazby v dětství. Do této kategorie patří narativní metody (Adult Attachment Interview) a projektní techniky (Adult Attachment Projective). Druhým přístupem je zjišťování vztahové vazby v současných blízkých vztazích. V této skupině existuje množství dotazníků a inventářů postavených na sebesouzení jedince. Tyto dvě linie mají své místo ve výzkumu vztahové vazby a nelze je zcela směřovat. Jedním z důvodů je psychodynamický přístup počítající s nevědomými procesy v rámci vytváření vztahů a regulace emocí u první kategorie, zatímco sebesouzovací metody jsou zaměřeny na vědomé posouzení blízkých vztahů jedince. V rámci sebesouzovacích metod zjišťování attachmentu se nachází měření *kategoriální*, nebo *dimenzionální* (Mikulincer, Shaver, 2007).



### 3.4.3.1 *Adult Attachment Interview (AAI)*

Metodu AAI vytvořila Main se svými spolupracovníky. Smyslem interview bylo na základě otázek na dětství zjistit vztahovou vazbu v dětství. Respondenti jsou dotazováni na konkrétní vzpomínky, kdy rodiče poskytli oporu, na vzpomínky týkající se odloučení a ztrát. Hodnotí se koherence, srozumitelnost, relevance. Na základě odpovědí jsou rozlišovány čtyři typy vazby (Brisch, 2011).

- ***Jistý, bezpečný typ vazby (secure attachment) (F)***

Tento typ vazby odpovídá kategorii B vztahové vazby dětství. Bývá také označována jako svobodná, autonomní. Osoba tohoto typu vazby vnímá vztahové osoby relativně objektivně a považuje je za důležité ve svém životě. Dokáže hovořit o kladných i záporných životních zkušenostech a hodnotit události z dnešního pohledu. Uvědomuje si hodnotu vztahů pro svůj život, současně si uvědomuje, že žádný člověk není dokonalý (Hašto, 2005).

- ***Znehodnocující distancovaně vyhýbavý typ vazby (dismissing avoidant attachment) (DS)***

Tento typ vazby odpovídá kategorii *nejistá – vyhýbavá* vztahová vazba. Bývá označována znehodnocující (dismissive), nebo odpojená, distancovaná (Hašto, 2005), opomíjející (Vavřda, 2005). Osoba patřící do této kategorie snižuje význam vztahů a jejich vliv na život jedince, spíše zdůrazňuje vlastní sílu a soběstačnost. Negativní vzpomínky bagatelizuje nebo o nich hovoří bez emocí. Často zdůrazňují, že si na zážitky z dětství nevzpomínají (Hašto, 2005).

- ***Zaujatý, zapletený typ vazby (preoccupied, enmeshed attachment) (E)***

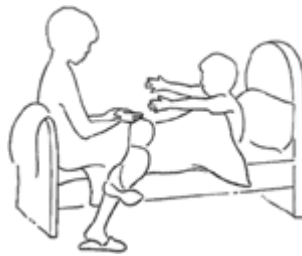
Vyprávění osoby se zaujatým typem vazby bývá často chaotické, s množstvím nedůležitých detailů. Popis bývá rozporuplný, někdy jsou smíšeny současné zážitky a minulé vzpomínky. Vztahy k blízkým osobám není takováto osoba schopna reflektovat, při vyprávění bývá zahlcena emocemi (Brisch, 2011; Hašto, 2005). Odpovídá kategorii *úzkostně – ambivalentní* vztahové vazby v dětství.

- ***Bázlivě vyhýbavý typ vazby (fearful avoidant attachment) (U - unresolved)***

Bázlivě vyhýbavý typ vazby odpovídá dezorganizovanému typu vazby v dětství. Předpokládá se, že osoby s tímto typem vazby mají nezpracované trauma týkající se vztahové vazby v anamnéze, např. předčasné úmrtí nebo vážná nemoc vztahové osoby, sourozence, týrání, zneužívání. Osoba s tímto typem vazby hovoří o minulosti se smutkem, mohou se vyskytovat nelogické souvislosti, pocity viny (Hašto, 2005).

### 3.4.3.2 *Adult Attachment Projective Test (AAP)*

AAP je projektivní metodou zjišťující reprezentaci vztahové vazby u dospělých. Metodu vytvořila Carol George se svými kolegy. Vyšetřované osobě je ukázáno 8 tabulí, které znázorňují situace oslovující vztahovou vazbu. Jedinec má za úkol ke každé tabuli vyprávět příběh. Obrázky jsou malovány bez detailů z důvodu zvýšení projekce (George, West, 2012).



*Obr. 2: AAP, ukázka tabule*

Získáno 30.8.2015 z [http://www.frontiersin.org/files/Articles/26943/fnhum-06-00239-HTML/image\\_m/fnhum-06-00239-g006.jpg](http://www.frontiersin.org/files/Articles/26943/fnhum-06-00239-HTML/image_m/fnhum-06-00239-g006.jpg).

### 3.4.3.3. *Dotazníky a inventáře*

Dotazníky a inventáře jsou založeny na sebeposouzení, sebehodnocení a výpovědi respondentů. Prvním z nich byl **Adult Attachment Questionnaire (AAQ)**, vytvořený na základě modelu Hazan a Shaver. V současné době je nejznámější a nejpoužívanější škála prožívání blízkých vztahů, (**Experiences in Close Relationships, ECR**), která bude blíže popsána v empirické části. Z dalších škál lze jmenovat **Adult Attachment Scale (AAS)**, **Attachment Style Questionnaire (ASQ)**, **Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)**, **Parental Attachment Questionnaire (PAQ)** (Mikulincer, Shaver, 2007).

### 3.4.4 **Psychopatologie související se vztahovou vazbou**

Mnohé výzkumy prokázaly vliv vztahové vazby na psychické zdraví. Bezpečná vazba je spojována s menším rizikem vzniku psychické nemoci, zatímco nejisté vazby jsou rizikovým faktorem výskytu psychopatologie. Významný vliv je popsán u úzkostných poruch, depresivních symptomů, posttraumatické stresové poruchy, suicidálních tendencí,

poruch osobnosti, závislostí a poruch příjmu potravy. Nejistě připoutaní jedinci mohou mít potíže v oblasti kognitivního ohodnocení stresové situace, v oblasti regulace emocí, sebepřijetí a sebeřízení, mohou být tedy zranitelnější. Je pro ně též obtížnější hledat adekvátní sociální oporu (Mikulincer, Shaver, 2007). Osoby s vyhýbavou vazbou mohou ve chvílích úzkosti a zvýšeného stresu reagovat zlostně a odmítavě, což může u blízkých osob vyvolat negativní odezvu a rozpaky, jak mohou pomoci. Vyhýbavě připoutaní jedinci mají tendenci vnímat pomoc blízké osoby jako málo účinnou v porovnání s těmi, kdo pomoc poskytují (Rholes, Simpson, 2004).

Depresivní symptomy souvisejí především s úzkostnou vazbou, u vazby vyhýbavé nejsou výsledky konzistentní. Depresivní jedinci s úzkostnou vazbou se projevují častěji vyšší závislostí na druhé osobě, pocity bezmocnosti a neschopnosti, zatímco jedinci s vyhýbavou vazbou mají depresivní symptomy jako zvýšenou sebekritiku, sebeponižování, sklony k perfekcionismu (Mikulincer, Shaver, 2007).

V souvislosti s traumatem se hovoří o jisté vazbě jako o protektivním faktoru vzniku PTSD. Bezpečně připoutaní jedinci mají stabilnější vnitřní model a snáze hledají pomoc a oporu u svých blízkých. Lze u nich nalézt vyšší otevřenost vůči zkušenostem, což otevírá cestu k posttraumatickému růstu (Franson et al., 2013; Mikulincer, Shaver, 2007).

Zdá se, že poruchy příjmu potravy (PPP) souvisejí jak s úzkostnou, tak s vyhýbavou vztahovou vazbou. Úzkostná vazba souvisí především se separačními problémy, se sociálním srovnáváním, které se manifestuje nespokojeností se svým fyzickým vzhledem. Vztahová vyhýbavost může souviset s emoční disociací emocí během onemocnění PPP, které je řešeno restriktivními jídelními praktikami (Koskina, Giovazolias, 2010; Ty, Francis, 2013).

### **3.5 Sny a noční můry ve vztahu ke vztahové vazbě**

Předpokládá se, že kvalita vztahové vazby se projevuje i v nevědomých procesech. Jednou z těchto oblastí jsou sny. Byla nalezena souvislost mezi obsahem snů, denním stresem a vztahovou vazbou měřenou dotazníkem ECR. Jedinci s vysokým skórem vyhýbavosti měli vztahově vyhýbavé tendence i ve snech. Současně se v jejich snech vyskytovalo nízké hodnocení druhých lidí. Jedinci s vyšším skórem vyhýbavosti snili častěji o blízkosti s druhými lidmi. Sami sebe vnímali ve snech negativně. Tyto tendence byly častější ve stresových životních obdobích (Mikulincer, Shaver, Avihou-Kanza, 2011).

Další studie (Csóka et al., 2011) poukazuje na vyšší výskyt nočních můr a zlých snů v dospělosti v případě časně separace od matky v anamnéze jedince. McNamara se spolupracovníky (2011) zjistili vyšší výskyt snů se sebeponižujícími a agresivními tématy v REM spánku u osob nejistě připoutaných. Je možné, že bezpečná vazba může být jedním z protektivních faktorů výskytu nočních můr, stejně tak jako je protektivním faktorem PTSD.

## 4 HRANICE V MYSLI

Následující kapitola se podrobněji zabývá teorií hranic v mysli, jejíž autorem je Ernest Hartmann. Dle Hartmanna (2011) je kvalita hranic jedince (jejich síla či propustnost) jednou z charakteristik osobnosti. Ovlivňuje její chování, prožívání a celkový životní styl. Tak jako hranice nacházíme všude kolem nás, existují i uvnitř nás. Jedná se například o hranice percepční, hranice mezi myšlením a cítěním, mezi spánkem, snem a bdělým stavem, hranice vztažené k paměti, tělesné hranice, hranice v mezilidských vztazích, hranice týkající se sexuální identity, hranice v oblasti tvorby názorů a hodnocení (Hartmann, 2011).

### 4.1 Koncept hranic u jiných autorů

Hartmann není první, kdo se zabýval hranicemi. V pracích mnoha autorů se můžeme setkat s konceptem hranic. *William James* rozdělil osoby podle temperamentu na „tvrdohlavé empiriky“ a „útlocitné racionalisty“. James charakterizuje empiriky jako osoby materialistické, pesimistické, nezbožné, fatalistické, pluralistické a skeptické, zatímco racionalisty jako osoby idealistické, optimistické, zbožné až dogmatické (James, 1977, in Novotná, 2008). Podle Hartmanna (2011) mají empirici silné hranice a racionalisté tenké hranice.

*Kurt Lewin* předpokládal, že lidská mysl je rozdělena do několika oblastí, které jsou od sebe odděleny. Hranice mezi těmito oblastmi jsou různě silné (Hartmann, 2011).

V díle *Sigmunda Freuda* se s hranicemi setkáme v pojmu „Reizschutz“, což je ochranná bariéra jedince proti vnějšímu ohrožení (Hartmann, 2011). Ve větší míře je pojem hranic rozpracován některými Freudovými následovníky. Například *Otto Kernberg* v návaznosti na Edith Jacobsonovou se domnívá, že dítě po narození nemá hranice, cítí se spojené s matkou. Postupné vytváření hranic je prvním vývojovým úkolem dítěte. Nevytvoření hranic mezi sebou a druhými je podle Kernberga příčinou psychotických stavů. Druhým úkolem je integrace protichůdných pocitů lásky a nenávisti do plnějšího vztahu s druhými lidmi. Neschopností propojit dobré a špatné pocity k jedné osobě trpí jedinci s hraniční poruchou osobnosti (Fonagy, Target, 2005; Mitchell, Blacková, 1999).

*Adorno* se svými spolupracovníky popsali „autoritářskou osobnost“, jejíž popis přibližně odpovídá charakteristice osoby s velmi silnými hranicemi (Hartmann, 2011).

## 4.2 Silné a tenké hranice

Jak již bylo řečeno, v naší mysli existují různé hranice, které mohou mít různou tloušťku neboli propustnost. Existují osoby se spíše tenkými hranicemi, některé osoby mají naopak hranice spíše silné. Bývá běžné, že v určité oblasti mají jedinci silnější hranice, zatímco v jiné oblasti naopak hranice spíše tenčí. Nicméně výzkumy ukázaly jistou konzistenci v propustnosti hranic u jednotlivých osob (Hartmann, 2011). V následujících řádcích se pro názornost pokusíme popsat extrémní případy tenkých a silných hranic, avšak ve skutečnosti většina lidí nedosahuje těchto krajních případů a propustnost hranic jednotlivých osob můžeme chápat jako kontinuum mezi těmito krajními případy.

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

Oproti tomu lidé s velmi tenkými hranicemi jsou často takřka zavaleni velkým množstvím podnětů, mají potíže s koncentrací pozornosti. Jejich myšlení je ovlivňováno emocemi. Mohou to být osoby se synestezí<sup>6</sup>. Tito lidé nemají zřetelně oddělen stav bdění a spánku, často se v bdělém stavu přenesou do denního snu (daydreaming) nebo se zasní (reverie), není vždy u nich jasná hranice mezi reálným a fantazijním světem. Jejich vnímání času a prostoru není tak zřetelně ohraničené, svou pohlavní identitu nevnímají zcela jednoznačně (např. muž si uvědomuje i své „ženské vlastnosti“). Svět vidí spíše v různých odstínech šedé, při hodnocení událostí se snaží vidět související okolnosti. Lidé s tenkými hranicemi se často nacházejí mezi umělci, sociálními pracovníky a terapeuty (Hartmann, 2011).

---

<sup>6</sup> Schopnost propojení smyslových vjemů, např. spojení písmene s barvou, tónu s barvou apod.

### 4.3 Typy hranic

Hartmann rozlišuje různé typy hranic, jejichž přehled uvádíme v Tabulce 1. V této práci se budeme podrobněji zabývat pouze některými typy hranic, konkrétně těmi, které se týkají bdění, spánku a snění.

Tabulka 1:

*Typy hranic osobnosti*

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

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

### 4.4 Vývoj hranic

Hartmann (2011) předpokládá, že základy hranic se vytvářejí již v dětství. Dítě se od útlého věku učí rozlišovat a kategorizovat. Je možné, že osoby se silnými hranicemi

internalizovaly kategorie a hranice svých rodičů nebo pečujících osob bez vlastního zkoumání a ověřování. U osob s tenkými hranicemi možná chyběla v dětství osoba vymezující hranice, nebo naopak mohlo být určování hranic rodiči rigidní a nekompromisní, že se tyto hranice záhy staly těsnými a vyvolaly potřebu spíše hranice bořit nebo nerespektovat (Hartmann, 2011).

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

#### **4.5 Proměny hranic osobnosti**

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

Dojde-li ke stavu ohrožení jedince, dochází k tzv. „*principu měňavky (améby)*“ (Hartmann, 2011). Měňavka je živočich pohybuující se pomocí panožek a je schopna měnit tvar. V případě, že se setká s nebezpečným objektem, se její membrána zesílí a měňavka se smrští. Princip chování měňavky Hartmann aplikoval na proměnu hranic jedince v průběhu života. Jako příklad použil období po událostech teroristických útoků 11. září 2001. Mnoho lidí po těchto událostech, kdy mohl být otřesen jejich pocit bezpečí, zesílilo své vnitřní hranice. To se projevilo například tendencí myslet v kategoriích my a oni, dobro a zlo, přítel a nepřítel. Hranice tedy obecně mohou být ovlivněny vnějšími okolnostmi, obzvláště jedná-li se o stav ohrožení, nebezpečí a období dlouhotrvajícího stresu (Hartmann, 2011).



## 4.6 Dotazníky hranic

Pro potřeby měření hranic Hartmann vyvinul Dotazník hranic, **The Boundary Questionnaire, BQ**. Obsahuje 138 položek týkajících se všech oblastí hranic uvedených v Tabulce 1. Respondent vyznačí svůj postoj k tvrzení u jednotlivých položek na pětibodové škále (od silně nesouhlasím po silně souhlasím). Třetina položek dotazníku je reverzních, je tedy nutné při sčítání skóru bodové ohodnocení obrátit. Čím vyšší je získaný celkový skór (SumBound), tím tenčí má respondent hranice (Hartmann, 2011).

Pomocí faktorové analýzy bylo získáno 13 následujících faktorů: Myšlení v primárním procesu, Preference jasně vyjádřených hranic, Identifikace s dětmi, Zranitelnost, Jasnouřivost, Otevřenost, Organizované plánování, Přesvědčení o neproniknutelnosti hranic mezi skupinami, Flexibilita, Nadměrné pohroužení se do činnosti, Preference jednoduchých geometrických tvarů, Izolace od silných emocí, Neinterpretovatelný faktor (Hartmann, 2011).

Hodnota Cronbachova koeficientu  $\alpha$  zjišťující vnitřní konzistenci testu byla naměřena 0,925 (Hartmann, 2011).

### 4.6.1 Vztah BQ k dalším nástrojům zjišťujícím charakteristiky osobnosti

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

Ve vztahu k osobnostním dimenzím **Pětifaktorového modelu osobnosti NEO** byla zjištěna pozitivní korelace mezi tenkými hranicemi a *Otevřeností vůči zkušenosti* (Costa, McCrae, 1992, in Hartmann, 2011). Otevřenost je jedním z faktorů BQ získaných faktorovou analýzou, avšak oproti dimenzi NEO Big Five zahrnuje jak pozitivní, tak negativní aspekty (Hartmann, 2011). Dále byla zjištěna pozitivní korelace mezi tenkými hranicemi a *Neuroticismem* a negativní se *Svědomitostí* (Schredl et al., 2009).

V **Rorschachově testu** byla zjištěna signifikantně nižší kvalita formy u osob s tenkými hranicemi než u osob se silnými hranicemi (Levin, Gilmartin, Lamontonaro, 1998-1999, in Hartmann, 2011).

Některé studie se zaměřily na výzkum hranic v souvislosti s mezilidskými vztahy. Byla nalezena souvislost mezi tenkými hranicemi a nejistou vztahovou vazbou (Hartmann, Zborowski, 2001, in Hartmann, 2011).

#### 4.6.2 Zkrácené dotazníky hranic

Kunzendorf se svými spolupracovníky (1997) vytvořili zkrácenou verzi dotazníku obsahující pouze 18 položek, označený jako **BQ-18**. Tento dotazník silně koreluje s BQ ( $r = 0,87$ ) (Kunzendorf et al., 1997).<sup>7</sup>

Dalším z používaných dotazníků hranic nesoucí název Dotazník hranic osobnosti, **Boundary Personality Questionnaire (BPQ)**, vytvořil Schredl se svými spolupracovníky. Jejich cílem bylo odstranit z dotazníku položky korelující s neuroticismem. Dotazník obsahuje dvacet položek, jedná se tedy taktéž o zkrácenou verzi dotazníku BQ (Schredl et al., 2009). Dotazník však, stejně jako BQ, pozitivně koreluje s otevřeností vůči zkušenosti a negativně se svědomitostí (Schredl et al., 2009; Klůzová Kráčmarová, 2015b).

Dále byla z původního dotazníku BQ pomocí faktorové analýzy odvozena zkrácená verze **BQ-sh**, která obsahuje 46 položek. Položky jsou zahrnuty do subškál Neobvyklé zážitky, Potřeba pořádku, Důvěra, Vnímané schopnosti, Citlivost a Identifikace s dětstvím. Korelace celkového skóru BQ-sh se skórem originálního dotazníku BQ byla zjištěna vysoká ( $r = 0.88$ ) (Rawlings, 2001).

### 4.7 Hranice ve vztahu ke zdravotnímu stavu jedince

Na začátku kapitoly považujeme za vhodné zdůraznit, že zvýšeně silné nebo naopak zvýšeně tenké hranice nutně neznamenají výskyt poruchy osobnosti nebo jiné patologie. Na tuto skutečnost upozorňuje i Hartmann (2011).

#### 4.7.1 Hranice a poruchy osobnosti

Jedinci se silnými hranicemi mohou mít blízko *k obsedantně-kompulzivní poruše osobnosti* (Hartmann, 2011). Tato porucha osobnosti je klasifikována v DSM-5 (Raboch

---

<sup>7</sup> Oba tyto dotazníky lze nalézt jako přílohy A, B v Hartmann, E. (2011). *Boundaries: a new way to look at the world*. Summerland: CIRCC EverPress.

et al., 2015), v Mezinárodní klasifikaci nemocí odpovídá **anankastické poruše osobnosti** (Světová zdravotnická organizace, 2014). Jedinci se zmíněnou poruchou osobnosti se vyznačují častými pocity nejistoty a pochyb. Jsou nadměrně svědomití, zaměstnávají se příliš detaily, kontrolují sebe i ostatní lidi kolem sebe. Dále bývají tvrdohlaví, opatrní a rigidní. Mohou mít vtíravé a nevíтанé myšlenky (Světová zdravotnická organizace, 2014). McWilliams (2015) pokládá za jeden ze znaků této poruchy oddělení racionálního myšlení od emocionálního prožívání. Prožívání je upozaděno, jako obranný mechanismus je použita izolace afektu (Fenichel, 1928, in McWilliams, 2015). Lidé s anankastickou poruchou osobnosti mohou mít tedy velmi silné hranice ve své mysli. Léčivé může být pro tyto jedince právě zvýšení propustnosti jejich hranic.

Naopak osoby s **hraniční poruchou osobnosti** mívají dle výzkumů tenké hranice (Hartmann, 2011). V MKN-10 (Světová zdravotnická organizace, 2014) spadá hraniční porucha osobnosti pod emočně-nestabilní poruchu osobnosti (F60.3). Osoby takto diagnostikované jsou dle MKN-10 náchylné ke zkratkovitému chování, jejich nálada je vrtošivá, mohou mít tendenci k emočním výbuchům, které obtížně kontrolují. Hraniční typ dále charakterizují poruchy představy o sobě, pocity prázdnoty, nestabilní vztahy a tendence k sebepoškozujícímu chování (Světová zdravotnická organizace, 2014).

V současné době je pojem „hraniční pacient“ některými autory poněkud rozšířen. Hovoří například o hraničně strukturované osobnosti a dodávají, že se jedná o celou škálu potíží s různou závažností. Hraniční uspořádání osobnosti bývá někdy považováno za jakési zastavení ve vývoji osobnosti v kombinaci s vrozenými dispozicemi jedince. Nověji je poukazováno na vliv traumatizace, zejména ve spojení se vztahovou vazbou (McWilliams, 2015).

McWilliams (2015) zdůrazňuje důležitost struktury při psychoterapii hraničně strukturovaných osob. Za jednu z hlavních aspektů léčby považuje nastavení jasných hranic a jejich dodržování. Týká se to jak terapeutického rámce (času, placení), ale i jasných dohod, důsledků jednání, pravidel léčby. Cílem terapie je dle autorky rozvíjení celistvého a pozitivně hodnoceného já. Společně s tím se rozvíjí i schopnost přijímat druhé lidi s jejich klady i nedostatky a schopnost regulovat emoce.

S tenkými hranicemi může dále souviset **schizotypní porucha osobnosti** (Hartmann, 2011), která je dle DSM-5 charakterizována percepčním a myšlenkovým zkreslením, zvláštními zrakovými a sluchovými iluzemi, magickým myšlením, zvláštnostech v chování a v projevu (Raboch et al., 2015).

#### 4.7.2 Hranice a alexithymie

Hartmann (2011) dále poukazuje na souvislost alexithymie a silných hranic. Tato porucha není klasifikována ani v MKN-10, ani v DSM-5. Alexithymie je Procházkou (2009) charakterizována jako porucha zpracování, regulace a vyjádření emocí. Alexithymický jedinec nedokáže popsat své pocity, současně není schopen sám jim dostatečně porozumět. Vztah alexithymie a silných hranic byl nalezen v nedávné výzkumné studii Klůzové Kráčmarové a Plhákové (2015b). Byla zjištěna korelace mezi celkovým skórem Torontské škály alexithymie (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20) a Dotazníkem hranic osobnosti. Z jednotlivých subškál TAS-20 korelují s BPQ Potíže při popisování pocitů a Externě orientované myšlení.

#### 4.7.3 Hranice a obstrukční spánková apnoe

Z jiných než psychiatrických diagnóz byl zjištěn vztah mezi silnými hranicemi a obstrukční spánkovou apnoe (Hartmann, 2011). Onemocnění je charakterizováno apnoickými pauzami zakončenými chrápáním. Chrápání je vnější projev, který obtěžuje spíše okolí spícího. Hlavní potíží je především v nedostatečném zásobení hemoglobinu kyslíkem v průběhu apnoických pauz. To vede většinou k aktivaci sympatiku a následně k mikroprobouzecí reakci. V důsledku toho je spánek fragmentovaný a povrchnější a jedinec se přes den může cítit ospalý a neodpočínutý (Pretl, 2007). Hartmann (2011) předpokládá, že k zesílení hranic může docházet zapříčiněním nedostatečného odpočínutí a ospalostí. Silnější hranice by tedy mohly v tomto případě pomáhat k lepšímu fungování a adaptaci jedince.

#### 4.8 Hranice a snění

Osoby se silnými hranicemi mají ostře odděleny stavy spánku-snění a bdění, zatímco u osob s tenkými hranicemi se tyto stavy mohou prolínat. Propustnost hranic může mít vliv jak na množství vybavených snů, tak i jejich obsah. Kvantitativním hlediskem při posuzování snů je **Frekvence vybavování snů** (Dream recall frequency, DRF). Několika výzkumy byla zjištěna pozitivní korelace mezi DRF a skórem dotazníku hranic (Aumann,

Lahl, Pietrowsky, 2012; Hartmann, Elkin, Garg, 1991; Schredl, Kleinfelchner, Gell, 1996). Z výsledku výzkumů vyplývá, že osoby s tenkými hranicemi si vybavují více snů.

Frekvencí vybavování snů se zabývají i některé domácí studie. Šídlová (2014) zkoumala souvislost Frekvence vybavování snů s propustností hranic měřenou dotazníkem BPQ. Výzkum byl proveden na dospělé populaci. Zúčastnilo se 229 participantů (162 žen a 67 mužů) ve věkovém rozmezí 18 – 82 let. Byla nalezena signifikantní korelace mezi DRF a BPQ ( $\rho = 0,36$ ). Výzkum též potvrdil souvislost Frekvence vybavování snů s kvalitou spánku, se zájmem o sny, negativní korelaci DRF s věkem a vyšší výskyt zapamatovaných snů u žen. Vztah mezi DRF a hranicemi v mysli zjistila také Kráčmarová (2013) na české populaci vysokoškolských studentů. Naopak Dvořák (2014) a Výleta (2014) ve svých pracích tento vztah nepotvrdili.

Osoby s tenkými hranicemi mají podle výsledků studií i více nočních můr než osoby se silnými hranicemi (Pietrowski, Köthe, 2003; Kráčmarová, 2013; Šídlová, 2014; Výleta, 2014). Klůzová Kráčmarová a Plháková (2015a) posuzovaly souvislost síly hranic měřenou dotazníkem BQ-18 s nočními můrami. Frekvence nočních můr a jejich závažnost byla zjišťována Indexem závažnosti nočních můr (DDNSI). Výsledky ukazují, že osoby s tenkými hranicemi mají nejen vyšší počet nočních můr, ale i jejich zvýšenou závažnost. Studie též prokázala vztah hranic v mysli a stresu souvisejícím s nočními můrami.

Zdá se, že lidé s tenkými hranicemi mají také více lucidních snů oproti osobám se silnými hranicemi (Kračmarová, 2013; Schredl, Erlacher, 2004).

Co se týče obsahu snů, osoby s tenkými hranicemi mají sny živější, s intenzivnějším emocionálním prožitkem než osoby se silnými hranicemi. Jejich sny se častěji vymykají realitě. U osob se silnými hranicemi se vyskytují převážně sny recentní, tedy podobné běžnému životu, které mohou navazovat na zážitky předchozího dne (Hartmann, Kunzendorf, 2006 – 2007).

## *EMPIRICKÁ ČÁST*

## 5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Ačkoliv jsou zlé sny a noční můry „jen sny“, v životě jedince, který jimi trpí, mohou působit značné nesnáze. V bakalářské diplomové práci (Šídlová, 2014) jsem zkoumala sny a noční můry vzhledem k hranicím v mysli, kvalitě spánku a některým dalším charakteristikám. Došla jsem ke zjištění, že noční můry ve frekvenci jedenkrát měsíčně a častěji udávalo 16 % osob z výběrového souboru, což rozhodně není zanedbatelná část. Proto jsem se rozhodla zaměřit na noční můry větší pozornost. Výzkum bakalářské diplomové práce dále ukázal souvislost mezi frekvencí nočních můr, propustností hranic v mysli a sníženou kvalitou spánku (Šídlová, 2014). Ráda bych v této práci hlouběji prozkoumala další souvislosti ve vztahu k nočním můrám. Tyto sny jsou jedním ze symptomů PTSD, proto je zjišťována souvislost mezi nimi a dalšími symptomy traumatu. Hranice v mysli jsou jednou z charakteristik osobnosti, u které byl mnoha studiemi zjištěn vztah k nočním můrám. Studie podporující tento předpoklad byly blíže popsány v teoretické části. Naše prožívání ovlivňují i mezilidské vztahy, které máme nebo které jsme v minulosti mohli prožít. Možná souvislost vztahové vazby s nočními můrami je také předmětem zájmu v této práci. Výzkumy z oblasti vztahové vazby jsou taktéž uvedeny v teoretické části. K posouzení nočních můr v této studii je zvolen Index závažnosti nočních můr (DDNSI), který posuzuje nejen frekvenci nočních můr, ale i jejich subjektivní závažnost. V souladu s autorem dotazníku Barry Krakowem (2006) jsem nerozlišovala mezi nočními můrami a zlými sny. V posuzování těchto snů tedy kladu důraz na jejich negativní obsah a příslušný emocionální doprovod, méně na probuzení v průběhu snu.

Vzhledem ke zvolenému tématu byl vybírán i výzkumný soubor, který se skládá nejen z neklinické populace, ale do výzkumného souboru byla zahrnuta ve spolupráci s institucemi i klinická populace, u níž jsem předpokládala vyšší výskyt nočních můr. Na základě studia literatury a porovnání výsledků studií byly stanoveny cíle výzkumu a hypotézy, které byly následně ověřovány statistickými metodami.

### 5.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, zda některé oblasti života jedince mají vliv na závažnost nočních můr. Chtěla bych ověřit, zda závažnost nočních můr souvisí s hranicemi v mysli,

s traumatickou zkušeností v životě jedince a s jeho vztahovou vazbou. Výsledky práce by mohly vést k hlubšímu pochopení problematiky nočních můr.

## 5.2 Hypotézy

Má vliv závažnost nočních můr na kvalitu života? S touto otázkou souvisí hypotéza H1.

**H1: Závažnost nočních můr, měřená Indexem závažnosti nočních můr (DDNSI), pozitivně koreluje s vlivem nočních můr na kvalitu života měřenou Dotazníkem na následky nočních můr (NES).**

Hypotézy H2 – H5 hledají možnou souvislost mezi závažností nočních můr, propustností hranic v mysli, symptomy traumatu, vztahovou úzkostností a vztahovou vyhýbavostí. Hypotézy byly stanoveny na základě studia dostupné literatury a jsou podloženy výzkumnými studiemi uvedenými v teoretické části této práce. Výzkumná otázka VO1 se týká souvislosti jednotlivých symptomů traumatu a je zpřesněním hypotézy H3.

**H2: Závažnost nočních můr, měřená DDNSI, pozitivně koreluje s propustností hranic v mysli, měřenou Dotazníkem mentálních hranic (BQ-18).**

**H3: Závažnost nočních můr, měřená DDNSI, pozitivně koreluje se symptomy traumatu, měřenými Seznamem traumatických symptomů (TSC-40).**

**VO1: Které subškály TSC-40 nejvíce korelují s DDNSI?**

**H4: Závažnost nočních můr, měřená Indexem závažnosti nočních můr (DDNSI), pozitivně koreluje se vztahovou vyhýbavostí, měřenou Škálou prožívání blízkých vztahů (ECR).**

**H5: Závažnost nočních můr, měřená DDNSI, pozitivně koreluje se vztahovou úzkostností, měřenou Škálou prožívání blízkých vztahů (ECR).**



Hypotéza H6 se týká rozdílu závažnosti nočních můr v závislosti na pohlaví. Rozdíl mezi muži a ženami ve frekvenci nočních můr byl nalezen v bakalářské diplomové práci (Šídllová, 2014), jako i v dalších výzkumech uvedených v teoretické části. Výzkumná otázka VO2 je zaměřena na rozdíl v závažnosti nočních můr mezi jednotlivými výběrovými soubory.

**H6: Vnímaná míra závažnosti nočních můr, měřená DDNSI, je rozdílná mezi muži a ženami.**

**VO2: Liší se vnímaná míra závažnosti nočních můr, měřená DDNSI, u jedinců z neklinické populace, u jedinců s úzkostně-depresivní poruchou a u jedinců s poruchami příjmu potravy?**

## 6 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V následující kapitole se zabývám metodologií výzkumu. V první kapitole je charakterizován typ výzkumu. V následujících kapitolách jsou podrobněji popsány metody získání a zpracování dat a charakteristiky výzkumného souboru. V neposlední řadě se zabývám etickými otázkami souvisejícími především se sběrem dat a s jejich zpracováním.

### 6.1 Typ výzkumu

K prozkoumání problematiky nočních můr jsem použila kvantitativní typ výzkumu s vědomím jeho předností i nedostatků. Jednou z výhod je poměrně jednoduché získání dat, díky čemuž lze oslovit větší množství osob. Získaná data mají numerický charakter. V kvantitativním výzkumu dochází k redukci daného problému. Postupuje se tak, že z mnohorozměrného objektu zkoumání jsou vybrány pouze některé přesně stanovené aspekty, které jsou pak statisticky zpracovány a zkoumány. Zjištění pak mohou být přesnější a pečlivější. Nevýhodou tohoto přístupu však může být přílišné zjednodušení problému a chybějící kontext. Kvantitativní výzkum má deduktivní charakter, jedná se o ověřování hypotéz (Ferjenčík, 2010).

### 6.2 Popis souboru

Od účastníků výzkumu jsem získala celkem 314 dotazníků. Z důvodu neúplného vyplnění bylo 17 z nich vyřazeno, celkový počet dotazníků zahrnutých do výzkumu je 297, z toho 237 žen a 60 mužů. Věkové rozmezí výzkumného souboru se pohybuje v rozmezí mezi 17 – 85 roky, věkový průměr má hodnotu 37,57 (SD = 12,71). Z demografických údajů jsem sledovala ještě počet roků vzdělání. Průměrná délka vzdělání v souboru je 15,26 let (SD = 3,06), minimální hodnota je 10 let, maximální 27 let.

Soubor z neklinické populace zahrnuje 190 osob (153 žen a 37 mužů). Průměrný věk tohoto souboru je 38,34 let (SD = 12,52).

Soubor z klinické populace čítá celkově 107 osob, které lze podle charakteru onemocnění rozdělit do dvou skupin. První skupinou jsou osoby s psychickými obtížemi vyznačujícími se převážně symptomy úzkosti, fobií a s poruchami afektivity. Skupina zahrnuje 79 jedinců (59 žen a 20 mužů), věkový průměr je 40,84 roků (SD = 11,74).

Druhou skupinou z klinického souboru je 28 osob (25 žen a 3 muži) s poruchami příjmu potravy, věkový průměr 23,14 let (SD = 5,48).

Na závěr této kapitoly je nutno upozornit na skutečnost, že jsem nezjišťovala žádnou položkou dotazníku, zda trpí a jsou léčeni pro nějakou duševní chorobou. Do souboru z klinické populace byly zařazeny osoby, které jsou pro závažnost svých obtíží hospitalizovány, nebo jsou minimálně v psychiatrické péči ambulantní. Nelze tedy vyloučit, že neklinickém souboru se nevyskytují osoby s úzkostmi, poruchami afektivity nebo s poruchami příjmu potravy.

### **6.3 Metody získávání dat**

K získání potřebných dat byly použity následující dotazníky a inventáře: Index závažnosti znepokojivých snů a nočních můr (The Disturbing Dream and Nightmare Severity Index, DDNSI), Dotazník na následky nočních můr (The Nightmare Effect Survey, NES), Dotazník mentálních hranic-18 (Boundary Questionnaire-18, BQ-18), Seznam traumatických symptomů-40 (Trauma Symptom Checklist-40, TSC-40) a Škála prožívání blízkých vztahů (Experiences in Close Relationships, ECR).

#### **6.3.1 Index závažnosti znepokojivých snů a nočních můr (DDNSI)**

Index závažnosti znepokojivých snů a nočních můr (The Disturbing Dream and Nightmare Severity Index), jehož autorem je Barry Krakow, vznikl rozšířením jeho původního dotazníku Nightmare Frequency Questionnaire (Krakow et al., 2002; Krakow, 2006). Do češtiny jej přeložila se souhlasem autora Lucie Klůzová Kráčmarová (Klůzová Kráčmarová, Plháková, 2015a). Dotazník nerozlišuje mezi zlými sny a nočními můrami, neboť Krakow (2006) při práci s lidmi trpícími nočními můrami zjistil, že většina lidí má potíže rozlišit noční můru od zlého snu a dopady na život jedince bývají podobné. Dotazníkem je zjišťována nejprve frekvence nočních můr. Respondent označí, kolik zlých snů a nočních můr a s jakou frekvencí si vybavuje ročně, měsíčně, případně týdně. Dále odhadne délku trvání obtíží. Následující otázky jsou zaměřeny na závažnost a intenzitu zlých snů a nočních můr (hodnocení je na sedmibodové škále) a vzbuzení se v průběhu snu (hodnocení je na pětibodové škále). Čím je výsledný skóre vyšší, tím vyšší je závažnost zlých snů a nočních můr.

### **6.3.2 Dotazník na následky nočních můr (NES)**

Dotazník na následky nočních můr (The Nightmare Effects Survey) navazuje na DDNSI. Jeho smyslem je kvantifikovat vliv zlých snů a nočních můr na kvalitu spánku a následně na kvalitu života. Zahrnuje 10 otázek vztahujících se k mentálnímu zdraví, fyzickému zdraví, společenskému životu, vztahům a běžným denním aktivitám. Odpovědi jsou posuzovány podle intenzity obtíží vzestupně na čtyřbodové škále (Krakow et al., 2002; Krakow, 2006). Do češtiny byl přeložen Lucií Klůzovou Kráčmarovou.

### **6.3.3 Dotazník mentálních hranic-18 (BQ-18)**

Dotazník mentálních hranic-18 (Boundary Questionnaire-18) je zkrácenou verzí původního Hartmannova dotazníku BQ. Byl vytvořen Robertem Kunzendorfem a jeho spolupracovníky (1997). Do češtiny byl přeložen Lucií Klůzovou Kráčmarovou a je používán pro výzkumné účely. Ačkoliv se v názvu objevuje slovo dotazník, jedná se spíše o inventář. Obsahuje 18 tvrzení ve formě oznamovacích vět. Respondent má za úkol vyjádřit svůj souhlas nebo nesouhlas na pětibodové škále (0 – 4). Při vyhodnocení je nutné si uvědomit, že položky 5, 6, 7 a 16 jsou reverzní. Výsledný skór je získán součtem bodů získaných při hodnocení všech osmnácti tvrzení po předchozím přepočtu reverzních položek. Čím vyšší výsledný skór je, tím má jedinec hranice propustnější (Hartmann, 2011).

### **6.3.4 Seznam traumatických symptomů-40 (TSC-40)<sup>8</sup>**

Trauma Symptom Checklist-40, česky Seznam traumatických symptomů, se dotazuje na příznaky, které se mohou vyskytnout u jedinců po prožitém traumatu. Symptomy se týkají především fyzického zdraví, emocionality, sebepojetí a sexuality. Na prožité trauma se tedy dotazujeme nepřímou. Posouzení intenzity příznaků se děje na čtyřbodové škále (0 – nikdy, 1 – zřídka, 2 – někdy, 3 – často). Výsledný skór získáme součtem bodů všech čtyřiceti položek. Dále lze vypočítat skóry jednotlivých subškál: Disociace, Anxieta,

---

<sup>8</sup> Český překlad TSC-40 včetně jeho vyhodnocení lze nalézt v: Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny*. Praha: Portál.

Deprese, Index traumatu sexuálního zneužívání (Sexual abuse trauma index – SATI), Spánkové poruchy, Sexuální problémy. Oproti původnímu dotazníku TSC-33 (Briere, Runtz, 1989) je obohacen o 7 položek sytících subškálu Sexuální problémy (Elliott, Briere, 1992; Briere, Runtz, 1996). Dle autorů zvýšený skóre TSC-40 může poukazovat na prožité trauma v dětství nebo později. Dle výzkumů skórují vysoko obzvláště osoby sexuálně zneužívané v dětství, a to zejména v subškálách SATI a Disociace. Na rozvoj symptomů má vliv věk traumatizované osoby, způsob traumatizace a délka trvání traumatizace (Elliott, Briere, 1992). Dle jiných výzkumů (Neal, Nagle, 2013) se nemusí jednat pouze o trauma sexuálního zneužití, ale i o jiné způsoby traumatizace, které překračují fyzické nebo psychické hranice jedince.

### **6.3.5 Škála prožívání blízkých vztahů (ECR)**

Autory Škály prožívání blízkých vztahů (Experiences in Close Relationships) jsou Brennan, Clark a Shaver (1998). Pro českou populaci byl přeložen Lečbychem a Pospíšilíkovou (2012), kteří současně provedli pilotní srovnávací studii českého a originálního překladu. Škála zahrnuje 36 položek rozdělených do dvou subškál: Vztahová úzkostnost (Attachment anxiety) a Vztahová vyhýbavost (Attachment avoidance). Škála vyhýbavosti je tvořena z lichých tvrzení, zatímco škála úzkostnosti je tvořena z tvrzení sudých. Respondent hodnotí jednotlivá tvrzení podle míry souhlasu na sedmibodové škále (1 – rozhodně nesouhlasím; 7 – rozhodně souhlasím) (Lečbych, Pospíšilíková, 2012). Jedná se o sebeposuzovací metodu, která zjišťuje kvalitu současných blízkých vztahů. Výsledky mají dimenzionální charakter.

## **6.4 Sběr dat**

Sběr dat probíhal od poloviny dubna 2015 do poloviny listopadu 2015. Data byla získávána od osob z neklinické i z klinické populace. Výzkumný soubor není reprezentativní, byl získán na základě dostupnosti a přes instituce. Z neklinické populace byla převážná většina dat získána od klientů Lékárny Bílovice (po předchozí dohodě s majiteli lékárny). Dále byli osloveni občané obce Skočice. Zbývající část neklinického souboru byla získána příležitostným výběrem. Data z klinické populace byla získána od respondentů z celkem šesti zdravotnických zařízení. Jednalo se o dvě psychiatrické kliniky,

tří psychiatrické nemocnice a ambulanci psychiatra. Bližší popis zařízení není možný vzhledem k přání vedení většiny těchto zařízení a vzhledem k ochraně soukromí hospitalizovaných pacientů. Návratnost dotazníků byla 71 %.

Všechny dotazníky byly vyplňovány formou tužka – papír. Tato forma mně připadala vhodnější z důvodu možnosti oslovení i osob dříve narozených a vzhledem ke klinické populaci. Forma tužka – papír mi také umožnila osobní kontakt s respondenty. Bylo možno vysvětlit smysl výzkumu a odpovědět na případné dotazy. Celkový čas potřebný pro vyplnění celé baterie dotazníků byl přibližně 20 – 25 min. Klienti lékárny měli možnost odnést si baterii dotazníků domů, kde je mohli vyplnit. Měli možnost přinést dotazníky osobně nebo je vhodit do schránky, která byla pravidelně vybírána, a přístup do ní byl zamezen jiným osobám. Respondenti z klinické populace vyplňovali dotazníky v průběhu hospitalizace na oddělení, a to buď hromadně, nebo měli v některých případech příležitost vyplnit dotazníky individuálně na pokoji.

Baterie testů byla opatřena průvodním dopisem stručně popisujícím účel, ke kterému budou zjištěné informace z dotazníků použity. Bylo též vyjádřeno poděkování za účast ve výzkumu. Pro případné dotazy byla uvedena emailová adresa řešitelky výzkumného šetření. Těto cesty dotazování využila pouze jedna osoba, ostatní dotazy byly kladeny v osobním kontaktu. Průvodní dopis je součástí Přílohy 4.

## 6.5 Metody zpracování a analýzy dat

Převedení získaných dat do elektronické podoby a jejich zpracování proběhlo v programu Microsoft Office Excel 2013 a v programu Statistica 12 vytvořeném firmou StatSoft. Při zpracování dat byla použita nejprve popisná statistika. Pro popis souboru a výsledků jednotlivých dotazníků byly použity četnosti, dále míry centrální tendence (aritmetický průměr, medián, modus) a míry rozptýlenosti (minimální a maximální hodnota, směrodatná odchylka). Před testováním hypotéz bylo provedeno testování normality proměnných, aby bylo možné rozhodnout se, zda zvolit parametrické, nebo neparametrické metody. Vzhledem ke skutečnosti, že naprostá většina proměnných nemá normální rozložení, byla zvolena neparametrická statistika. Hledání souvislostí mezi proměnnými bylo provedeno korelací a vyjádřeno pomocí *Spearmanova korelačního koeficientu rho*. Výpočet tohoto koeficientu se provádí korelací pořadí dvou proměnných. Není proto citlivý na odlehlé hodnoty. Nabývá hodnot v intervalu  $<-1;1>$ . Čím více se

hodnota blíží 0, tím je nižší korelace, hodnota 0 znamená neexistenci korelace. Hodnoty blíží se 1 nebo -1 znamenají těsný vztah. Záporné hodnoty rho znamenají nepřímo úměrný vztah mezi proměnnými. Používá se, když vztah mezi proměnnými není lineární nebo v případě, že proměnné X a Y nemají normální rozložení (Hendl, 2012).

Přesnější popis vztahu mezi proměnnými umožňuje *regresní analýza*. Závisle proměnná Y bývá někdy označována jako regresand. Nezávislých proměnných X může být více a jsou označovány jako regresor nebo prediktor. Vztah mezi proměnnými je vyjádřen matematicky rovnicí spojující proměnné X a Y a pravděpodobnostními předpoklady, které by měl vztah splňovat. Jestliže je vztah mezi proměnnými lineární, hovoříme o lineárním regresním modelu. Vztah pak lze vyjádřit graficky přímkou. Regresní analýza umožňuje mimo jiné predikci hodnot závisle proměnné. **Koeficient determinace**  $R^2$  udává v procentech tu část celkové variability závisle proměnné, která je vysvětlena hodnotami nezávislých proměnných (Hendl, 2012).

Z metod pro testování rozdílů byl použit *Mann-Whitneyův U-test* pro dva nezávislé výběry, který je jedním z nejsilnějších neparametrických testů. U-test vychází z pořadových hodnot a zjišťuje významnost rozdílu pořadových hodnot nezávislých výběrů (Reiterová, 2008). Pro testování více než dvou nezávislých výběrů byl použit neparametrický *Kruskallův-Wallisův test*. Tento test porovnává mediány výběrů a lze jej použít i v případě, pokud nelze předpokládat normální rozložení hodnot (Hendl, 2012).

## 6.6 Etické aspekty výzkumu

Účast na výzkumu byla dobrovolná a anonymní, bez nároku na finanční odměnu. Nikdo nebyl k účasti na výzkumu nucen, nikdo nebyl vystaven klamavým informacím. Respondent měl možnost v průběhu vyplňování dotazníků svou účast ve výzkumu ukončit, a to bez udání důvodu. Anonymní vyplnění dotazníků nevyžaduje písemný informovaný souhlas respondentů. Přesto byl na žádost některých zdravotnických zařízení písemný informovaný souhlas vytvořen (Příloha 5). Ten byl pak s podpisem respondenta a řešitelky výzkumu vložen do zdravotnické dokumentace. Získaná data zůstala anonymní.

Baterie dotazníků byla sestavena tak, aby otázky nebo tvrzení nebyly pro respondenty zatěžující. Proto byl ke zjišťování možného traumatu v anamnéze jedince použit TSC-40, který se zabývá pouze možnými příznaky souvisejícími s traumatem, a nejsou kladeny přímé otázky na trauma.

Sběr dat ve zdravotnických zařízeních byl proveden se souhlasem vedení nemocnice (primáře, přednosta) na základě žádosti (Příloha 3), předloženého výzkumného záměru a dotazníkové baterie (Přílohy 6 – 9). V jednom případě vyžadovalo zdravotnické zařízení souhlas etické komise daného zařízení. Po předložení potřebných dokumentů se etická komise vyjádřila k možnosti výzkumu kladně.



## 7 VÝSLEDKY

V následující kapitole jsou shrnuty dosažené výsledky. Nejprve je vyhodnocena reliabilita testových metod, dále jsou deskriptivně vyhodnoceny jednotlivé dotazníky, další kapitoly se zabývají testováním hypotéz a hledáním souvislostí mezi proměnnými.

### 7.1 Reliabilita použitých metod

Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o dotazníky či škály přeložené do češtiny z cizojazyčných originálů, byla ověřena reliabilita testových metod; bylo vypočítáno Cronbachovo alfa. Všechny testové metody vykazují uspokojivou reliabilitu. Konkrétní hodnoty jsou uvedeny v Tabulce 2.

Tabulka 2

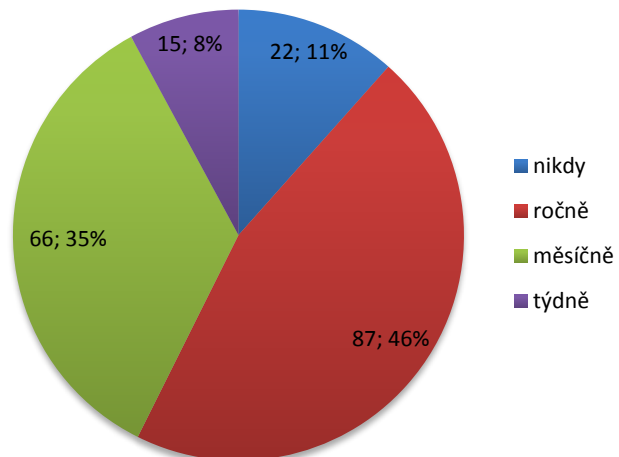
*Reliabilita použitých metod: DDNSI, NES, BQ-18, TSC-40, ECR*

Metoda	Cronbachovo alfa	N
DDNSI	<b>0,815</b>	297
NES	<b>0,965</b>	150
BQ-18	<b>0,658</b>	297
TSC-40	<b>0,946</b>	297
Vztahová vyhýbavost	<b>0,885</b>	297
Vztahová úzkostnost	<b>0,893</b>	297

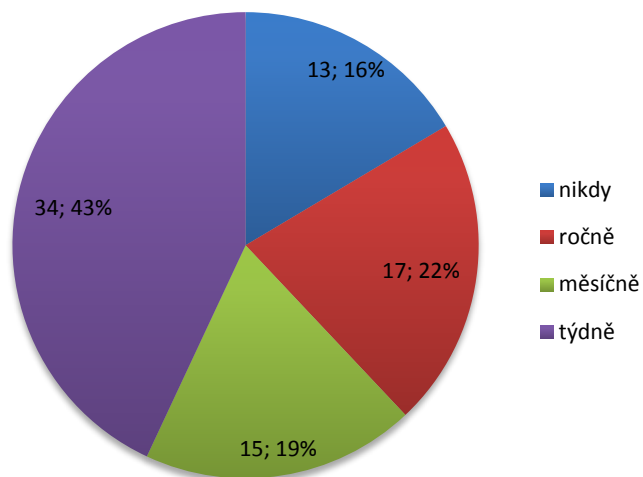
### 7.2 Vyhodnocení DDNSI a NES

Úvodní část DDNSI zjišťovala frekvenci zlých snů a nočních můr. Četnosti a procentuální zastoupení této veličiny byly vypočítány jednotlivě pro soubor neklinické populace, soubor klinické populace s úzkostně-depresivními symptomy a soubor osob s poruchami příjmu potravy. Grafy 1, 2 a 3 názorně shrnují výsledky.

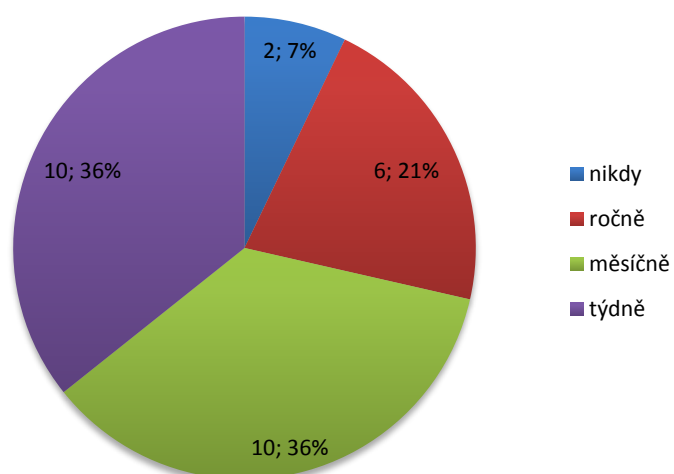
**Graf 1: Frekvence nočních můr u souboru z neklinické populace**



**Graf 2: Frekvence nočních můr u souboru s úzkostně-depresivní symptomatikou**

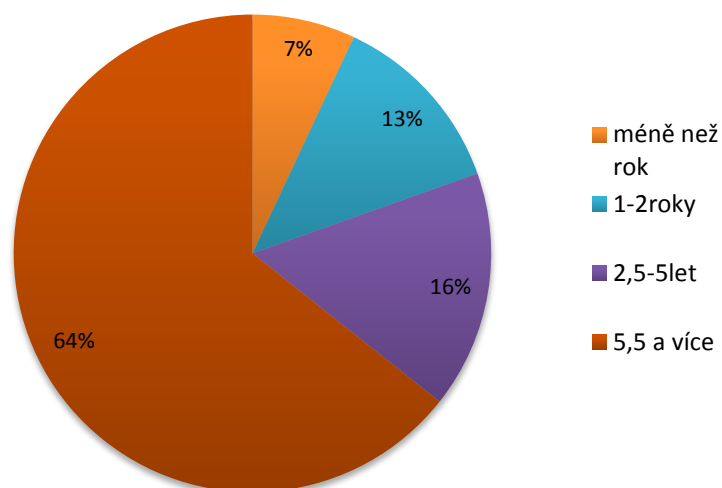


**Graf 3: Frekvence nočních můr u osob s poruchami příjmu potravy**



Ti, kteří uvedli frekvenci nočních můr minimálně měsíčně, vyznačili také, jak dlouho nočními můrami trpí. Výsledky zobrazuje Graf 4. Pro srovnání intenzity a závažnosti nočních můr dle délky trvání nebylo dostatek participantů s krátkodobým trváním potíží.

**Graf 4: Uváděná doba trvání nočních můr**



Tabulka 3 shrnuje charakteristiky výsledných skóreů pro DDNSI a NES. Dotazník NES vyplňovali pouze jedinci, kteří trpí těmito sny měsíčně a častěji. Popisná statistika pro dotazník NES tedy zahrnuje 150 případů.

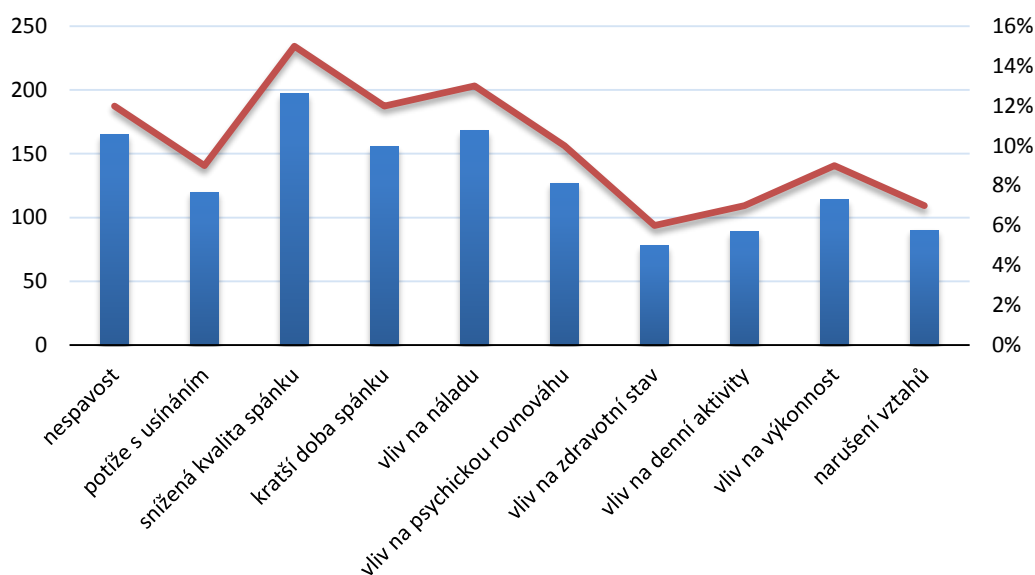
Tabulka 3

*Míry centrální tendence a míry rozptýlenosti DDNSI a NES*

Proměnná	<i>N</i>	<i>Průměr</i>	<i>Medián</i>	<i>Modus</i>	<i>Četnost modu</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>SD</i>
DDNSI	297	5,38	0,83	0	37	0	37	7,02
NES	150	8,69	6,00	2	20	0	28	7,30

Graf 5 zobrazuje podrobnější výsledky dotazníku NES týkajícího se vlivu nočních můr na kvalitu života jedince. Noční můry nejvíce snižují kvalitu a délku spánku, dále mají vliv na náladu, psychickou rovnováhu a také je ovlivněna výkonnost v průběhu dne.

**Graf 5: Výsledky dotazníku NES – zastoupení jednotlivých oblastí vlivu nočních můr na každodenní život ve výzkumném souboru**



Vysvětlivky: Osa x – oblasti vlivu nočních můr, osa y – součet participantů, kteří sledovaný problém uvedli, a číselně vyjádřené míry závažnosti potíží, červená křivka – procentuální vyjádření zastoupení jednotlivých oblastí vlivu nočních můr

### 7.3 Deskriptivní vyhodnocení dotazníku BQ-18

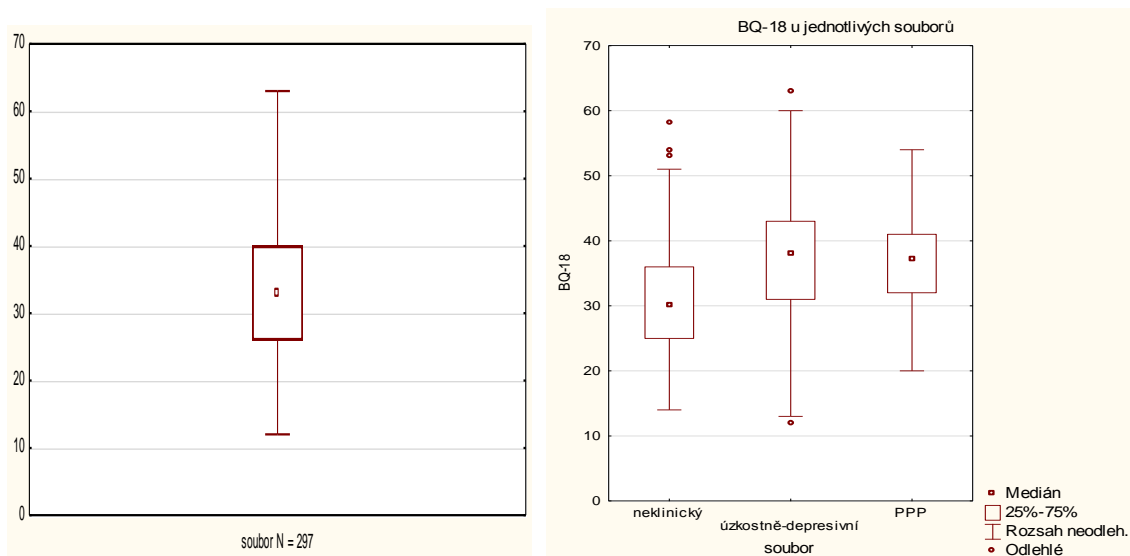
V dotazníku BQ-18 lze teoreticky získat 0 – 72 bodů ve výsledném skóru. Charakteristiky vzhledem k míře rozptýlenosti i k míře centrální tendence jsou číselně shrnuty v následné Tabulce 4 a Grafu 4. Skóry výzkumného souboru mají normální rozložení, průměr i medián jsou pouze mírně posunuty směrem k nižším hodnotám, tedy k silnějším hranicím. Extrémně silné nebo naopak extrémně tenké hranice má menšina jedinců.

Tabulka 4

*Míry centrální tendence a míry rozptýlenosti BQ-18 (N = 297)*

Proměnná	N	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum	SD
BQ-18	297	33,40	33	31	17	12	63	9,53

**Graf 6: Rozložení skóre dotazníku BQ-18 ve výběrovém souboru celkově (N = 297) a jednotlivě podle souborů: neklinický soubor, soubor se symptomy úzkosti a deprese a soubor s poruchami příjmu potravy**



## 7.4 Deskriptivní vyhodnocení dotazníku TSC-40

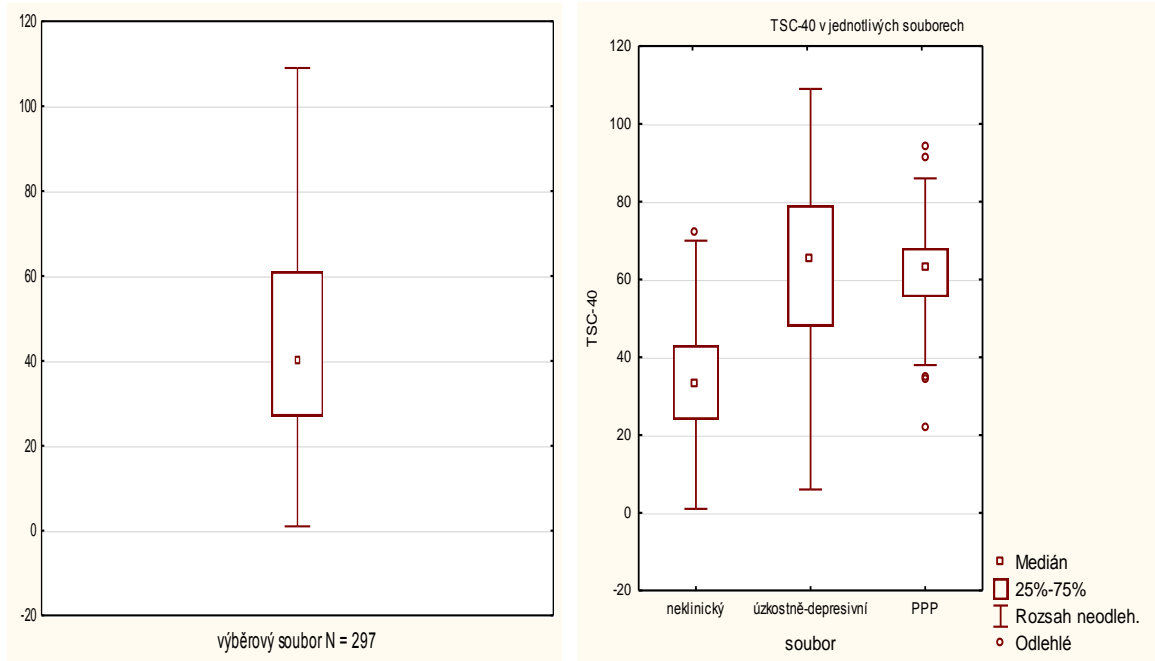
Celkový skóre dotazníku TSC-40 může nabývat hodnot od 0 do 120. Těchto hodnot nikdo z respondentů nedosáhl, avšak hranice minima byla v našem souboru vyšší pouze o bod a hranice maxima byla nižší o 11 bodů. Byly též spočítány skóre jednotlivých subškál a jejich popisné charakteristiky. Data nemají normální rozložení. Následující Tabulka 5 a Grafy 7, 8 shrnují výsledky v číselných hodnotách.

Tabulka 5

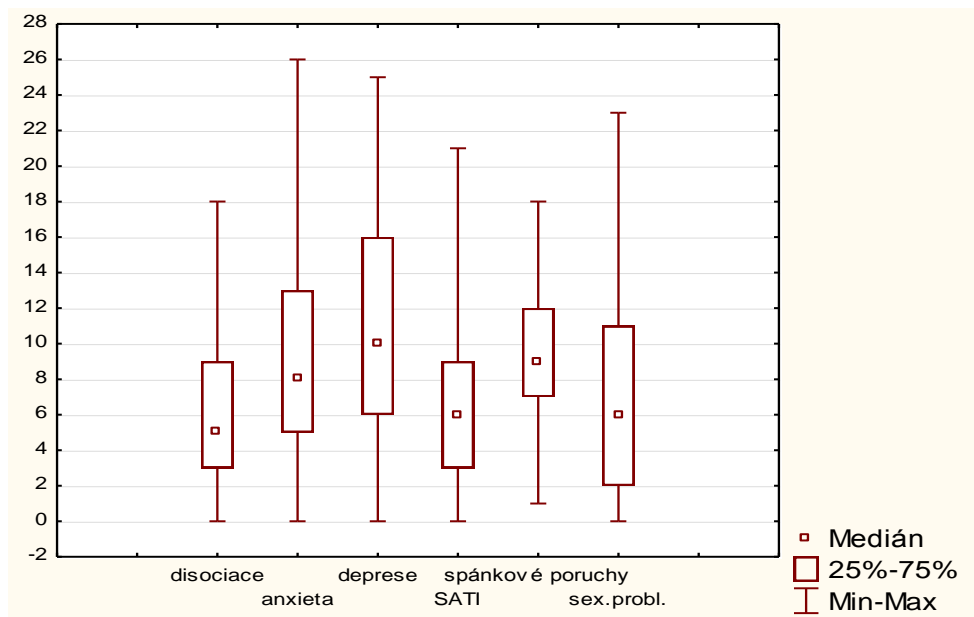
*Míry centrální tendence a míry rozptýlenosti TSC-40 (N = 297)*

Proměnná	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min	Max	SD
<b>TSC-40</b>	<b>44,22</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>109</b>	<b>22,21</b>
Disociace	6,30	5	5	35	0	18	4,44
Anxieta	9,34	8	6	29	0	26	5,60
Deprese	11,03	10	9	28	0	25	5,81
SATI	6,57	6	2	31	0	21	4,76
Spánkové poruchy	9,47	9	7	42	1	18	3,64
Sex. problémy	7,10	6	0	39	0	23	5,91

**Graf 7: Rozložení skóre TSC-40 ve výběrovém souboru celkově (N = 297) a jednotlivě podle souborů: neklinický soubor, soubor se symptomy úzkosti a deprese a soubor s poruchami příjmu potravy**



**Graf 8: Rozložení jednotlivých skóre subškál TSC-40 ve výběrovém souboru celkově (N = 297)**



## 7.5 Deskriptivní vyhodnocení škály ECR

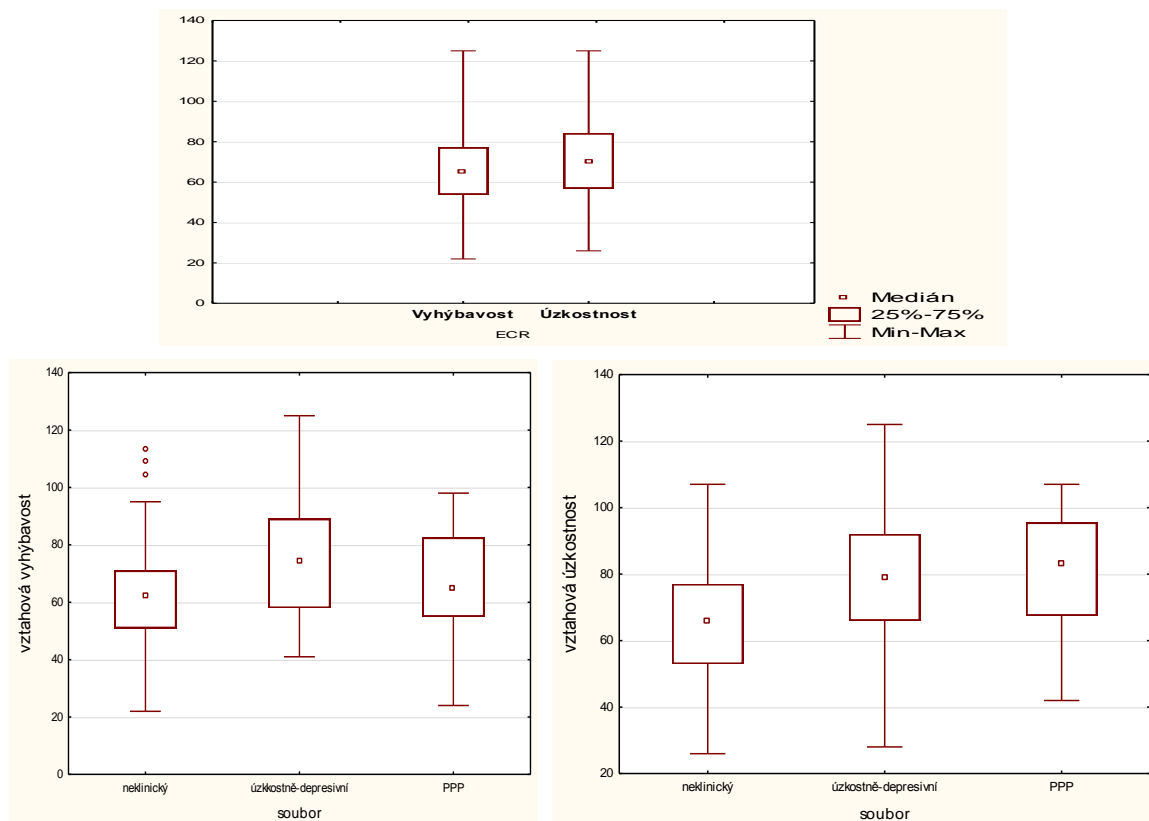
U ECR jsou vyhodnocovány skóry dvou škál – Vztahová vyhýbavost (Attachment avoidance) a Vztahová úzkostnost (Attachment anxiety). U každé z obou škál lze dosáhnout minimálního skóru 18 bodů a maximálního skóru 126 bodů. Vztahová úzkostnost má ve výzkumném souboru normální rozložení, skór Vztahové vyhýbavosti se normálnímu rozložení velice blíží. Deskriptivní charakteristiky obou škál jsou zachyceny v Tabulce 6 a Grafu 9.

Tabulka 6

*Míry centrální tendence a míry rozptýlenosti pro škály Vztahové úzkostnosti a Vztahové vyhýbavosti dotazníku ECR (N = 297)*

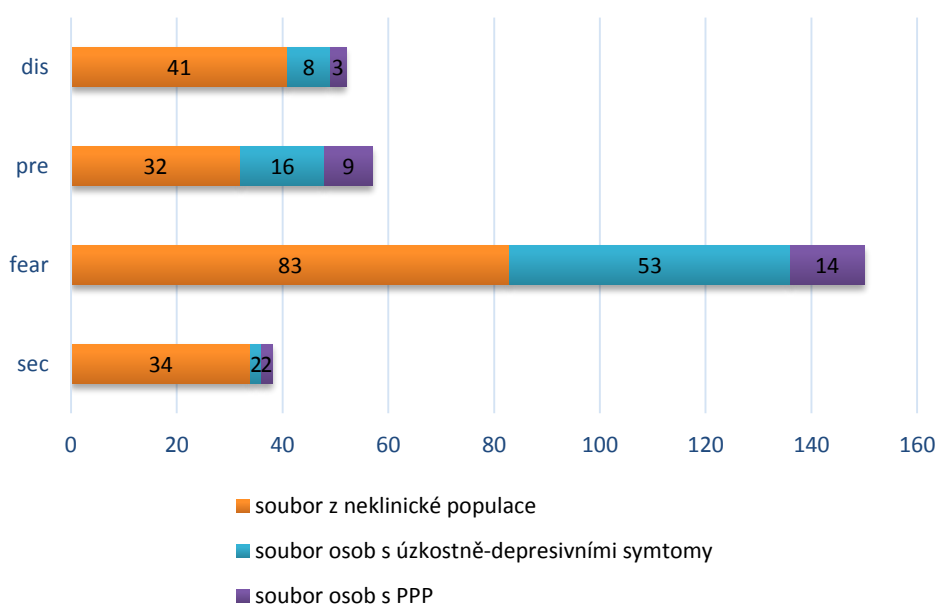
Proměnná	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min	Max	SD
Vztahová vyhýbavost	66,33	65	69	12	22	125	17,79
Vztahová úzkostnost	71,23	70	69	12	26	125	18,76

**Graf 9: Rozložení skóru škál Vztahové vyhýbavosti a Vztahové úzkostnosti dotazníku ECR výběrovém souboru celkově (N = 297) a jednotlivě podle souborů: neklinický soubor, soubor se symptomy úzkosti a deprese a soubor s poruchami příjmu potravy**



Spíše pro zajímavost byl podle doporučení autorů ERC proveden přepočítání výsledku dimenzionálního do formy kategoriální (Brennan, Clark, Shaver, 1998). Vznikly tak čtyři kategorie vazeb, které byly blíže popsány v teoretické části – vazba jistá (sec), vazba distancovaně vyhýbavá (dis), vazba úzkostná zapletená, zaujatá (pre), vazba bázlivě vyhýbavá (fear). Graf 10 shrnuje výsledky zastoupení čtyř kategorií vztahových vazeb v jednotlivých souborech.

**Graf 10: Zastoupení typů vztahové vazby ve zkoumaných souborech: neklinický soubor, soubor se symptomy úzkosti a deprese a soubor s poruchami příjmu potravy**



Největší procento zaujímá překvapivě vazba bázlivě vyhýbavá. Tato skutečnost může být částečně způsobena výběrem souboru. Jak je vidět z Grafu 10, jistou vazbu má většina osob ze souboru neklinické populace.

V souboru neklinické populace má 18 % osob jistou vazbu, 21 % osob vazbu distancovaně vyhýbavou, 17 % osob vazbu úzkostnou a 44 % osob vazbu bázlivě vyhýbavou.

V souboru osob s úzkostně-depresivními symptomy má jistou vazbu 3 % jedinců, 10 % osob vazbu distancovaně vyhýbavou, 20 % osob vazbu úzkostnou a 67 % osob vazbu bázlivě vyhýbavou.

V souboru participantů s poruchami příjmu potravy má jistou vazbu 7 % jedinců, 11 % jedinců má vazbu distancovaně vyhýbavou, 32 % osob má vazbu úzkostnou a 50 % z tohoto souboru má vazbu bázlivě vyhýbavou.



## 7.6 Ověřování hypotéz a odpovědi na výzkumné otázky

V této kapitole uvádím výsledky ověřování platnosti hypotéz a zodpovídám předem stanovené výzkumné otázky.

### 7.6.1 Závažnost nočních můr ve vztahu ke sledovaným proměnným

**H1: Závažnost nočních můr, měřená DDNSI, pozitivně koreluje s vlivem nočních můr na kvalitu života, měřenou NES.**

**Hypotézu 1 přijímám.** Byla nalezena pozitivní korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ . Čím vyšší intenzitu nočních můr jedinec vnímá, tím nižší uvádí kvalitu spánku, fyzickou a duševní pohodu v denním životě. Číselné hodnoty shrnuje Tabulka 7.

Tabulka 7

*Spearmanova korelace DDNSI a NES*

Celkový skór DDNSI &	<i>N</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>
NES	150	<b>0,74***</b>	0,0000

Vysvětlivky: \*\*\* korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.001$

**H2: Závažnost nočních můr, měřená DDNSI, pozitivně koreluje s propustností hranic v mysli, měřenou BQ-18.**

**Hypotézu 2 přijímám.** Byla nalezena pozitivní korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ . Závažnost nočních můr a zlých snů souvisí s propustností hranic v mysli. Číselné hodnoty shrnuje Tabulka 8.

Tabulka 8

*Spearmanova korelace DDNSI a BQ-18*

Celkový skór DDNSI &	<i>N</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>
BQ-18	297	<b>0,42***</b>	0,0000

Vysvětlivky: \*\*\* korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.001$

**H3: Závažnost nočních můr, měřená DDNSI, pozitivně koreluje se symptomy traumatu, měřenými TSC-40.**

**Hypotézu 3 přijímám.** Výsledný skór Seznamu symptomů traumatu TSC-40 pozitivně koreluje s celkovým skórem DDNSI na hladině  $\alpha = 0,001$  ( $\rho = 0,50$ ). Traumatické zkušenosti v historii jedince mají vztah k závažnosti nočních můr.

**VO 1: Které subškály TSC-40 nejvíce korelují s DDNSI?**

Na hladině  $\alpha = 0,001$  korelují všechny subškály TSC-40, nejvyšší korelace je mezi DDNSI a SATI (Index traumatu sexuálního zneužívání).

Hodnoty korelací TSC-40 související s H3 a VO1 shrnuje Tabulka 9.

Tabulka 9

*Spearmanova korelace DDNSI, dotazníku TSC-40 a jeho subškál*

Celkový skór DDNSI &	<i>N</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>
<b>Celkový skór TSC-40</b>	<b>297</b>	<b>0,50***</b>	<b>0,0000</b>
Disociace	297	<b>0,48***</b>	0,0000
Anxieta	297	<b>0,49***</b>	0,0000
Deprese	297	<b>0,44***</b>	0,0000
SATI	297	<b>0,52***</b>	0,0000
Spánkové poruchy	297	<b>0,43***</b>	0,0000
Sexuální problémy	297	<b>0,27***</b>	0,0000

Vysvětlivky: \*\*\* korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.001$

**H4: Závažnost nočních můr, měřená DDNSI, pozitivně koreluje se vztahovou vyhýbavostí, měřenou ECR.**

**Hypotézu 4 přijímám.** Byla nalezena pozitivní korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  mezi celkovým skórem DDNSI a skórem vyhýbavosti škály ECR. Závažnost nočních můr souvisí s vyhýbavostí v blízkých vztazích (Tab. 10).

**H5: Závažnost nočních můr, měřená DDNSI, pozitivně koreluje se vztahovou úzkostností měřenou ECR.**

**Hypotézu 5 přijímám.** Byla nalezena pozitivní korelace mezi celkovým skórem DDNSI a skórem úzkostnosti škály ECR na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ . Závažnost nočních můr souvisí s úzkostností v blízkých vztazích (Tab. 10).

Tabulka 10

*Spearmanova korelace DDNSI a škál Vztahové vyhýbavosti a Vztahové úzkostnosti ECR*

Celkový skór DDNSI &	<i>N</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>
Vztahová vyhýbavost	297	<b>0,19**</b>	0,0010
Vztahová úzkostnost	297	<b>0,26***</b>	0,0001

Vysvětlivky: \*\*\* korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.001$ , \*\* korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.01$

### 7.6.2 Rozdíly ve sledovaných proměnných mezi zkoumanými soubory

**H6: Vnímaná míra závažnosti nočních můr, měřená DDNSI, je rozdílná mezi muži a ženami.**

**Hypotézu 6 zamítám.** Nebyl nalezen rozdíl ve výsledném skóru DDNSI mezi muži a ženami, vliv pohlaví na závažnost nočních můr nebyl prokázán.

Tabulka 11

*Mann-Whitneyův test pro DDNSI a pohlaví jako nezávislou proměnnou*

Proměnná	<i>N</i> (muži/ženy)	Součet pořadí		<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
		Muži	Ženy			
DDNSI	297 (60/237)	35856,50	8396,50	6566,50	0,91	0,3608

Vypočetla jsem vliv pohlaví pro ostatní proměnné, výsledky shrnuje Tabulka 12. V tomto souboru byl nalezen signifikantní rozdíl pouze u skóru dotazníku BQ-18, ženy v souboru mají propustnější vnitřní hranice oproti mužům.

Tabulka 12

*Mann-Whitneův test pro NES, BQ-18, TSC-40, Vztahovou vyhýbavost, Vztahovou úzkostnost a pohlaví jako nezávislou proměnnou*

Proměnná	N (muži/ženy)	Součet pořadí		U	Z	p
		Muži	Ženy			
NES	150 (27/123)	2196,50	9128,50	1502,50	-0,77	0,4396
<b>BQ-18</b>	<b>297(60/237)</b>	<b>7598,00</b>	<b>36655,00</b>	<b>5768,00</b>	<b>2,26*</b>	<b>0,0239</b>
TSC-40	297 (60/237)	8831,50	35421,50	7001,50	0,18	0,8558
Vztahová vyhýbavost	297 (60/237)	9909,50	34343,50	6410,50	-1,63	0,1029
Vztahová úzkostnost	297 (60/237)	8997,50	3255,50	7052,50	-0,09	0,9236

Vysvětlivky: \* korelace je signifikantní na hladině  $\alpha = 0.05$

**VO2: Liší se vnímaná míra závažnosti nočních můr, měřená DDNSI, u jedinců z neklinické populace, jedinců s úzkostně-depresivní poruchou a jedinců s poruchami příjmu potravy?**

Byl nalezen rozdíl v závažnosti nočních můr u výběrových souborů z populace neklinické, u osob léčených pro úzkostně-depresivní symptomy a u osob léčených pro poruchy příjmu potravy. Největší závažnost nočních můr je u osob výběrového souboru z klinické populace s úzkostně-depresivní symptomatikou, nejmenší u výběrového souboru z neklinické populace.

Tabulka 13

*Kruskallův-Wallisův test pro DDNSI jako závislou proměnnou a výběrový soubor jako nezávislou proměnnou*

	N	Součet pořadí	Průměr pořadí
Soubor z neklinické populace	190	2446,50	128,67
Soubor s úzkostně-depresivní sympt.	79	14654,00	185,49
Soubor s PPP	28	5152,50	184,01
H (2, 297) = 29,66 p = 0,0000			

## 7.7 Regresní analýza

Pro lepší vhléd do souvislostí mezi proměnnými byla použita regresní analýza. Zajímala mě velikost vlivu prediktoru na závisle proměnnou. Došla jsem k následujícím výsledkům. BQ-18 jako prediktor vysvětluje 16,27 % z celkové variability DDNSI, TSC-40 vysvětluje 39,48 %, Vztahová vyhýbavost jako prediktor vysvětluje 11,79 % a Vztahová úzkostnost vysvětluje 7,13 % z celkové variability DDNSI.

S vědomím vzájemné korelace některých nezávisle proměnných (Příloha 10) byl sestaven regresní model. Do tohoto modelu byly jako prediktory závažnosti nočních můr (DDNSI) zahrnuty proměnné: BQ-18, TSC-40, Vztahová úzkostnost, Vztahová vyhýbavost, dále interakce mezi TSC-40 s ostatními nezávisle proměnnými. Podle koeficientu determinace  $R^2$  vysvětluje tento model 44,8 % variability závislé proměnné. Do tohoto modelu nejvíce přispívá interakce skóru TSC-40 se skórem Vztahové vyhýbavosti, dále interakce skóru TSC-40 se skórem BQ-18 a samotný skór Vztahové vyhýbavosti. Lze se tedy domnívat, že traumatická zkušenost se současnou tendencí k vyhýbavosti ve vztazích a traumatická zkušenost u jedince s tenkými hranicemi mají významný vliv na závažnost nočních můr v jejich životě. Naopak se jeví, že jedinci vysoce skórující ve škále Vztahové vyhýbavosti současně bez symptomů traumatu mají nižší závažnost nočních můr.

Tabulka 14:

*Regresní model pro závislou proměnnou DDNSI s prediktory: TSC-40, BQ-18, Vztahová úzkostnost, Vztahová vyhýbavost a interakce mezi TSC-40 a ostatními prediktory (N = 297)*

$R = 0,6700; R^2 = 0,4483; \text{upravené } R^2 = 0,4350$				
	<i>b</i>	<i>beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
(konstanta)		6,59	1,79	0,0751
TSC-40	-0,25	-0,08	-1,09	0,2776
BQ-18	-0,11	-0,08	-0,97	0,3336
<b>Vztahová vyhýbavost</b>	<b>-036</b>	<b>-0,14</b>	<b>-3,24</b>	<b>0,013</b>
Vztahová úzkostnost	0,11	0,04	0,99	0,3240
<b>TSC-40 x Vztahová vyhýbavost</b>	<b>0,95</b>	<b>0,00</b>	<b>3,89</b>	<b>0,0001</b>
TSC-40 x Vztahová úzkostnost	-0,29	0,00	-1,20	0,2327
<b>TSC-40xBQ-18</b>	<b>0,50</b>	<b>0,00</b>	<b>2,00</b>	<b>0,0461</b>

Vysvětlivky: x mezi proměnnými – interakce

Zvýrazněné položky jsou statisticky významné minimálně na hladině  $\alpha = 0.05$

Pro zjištění optimální množiny prediktorů byla použita metoda krokové zpětné regrese. Tento postup spočívá v postupném odebrání z možných prediktorů ty, jejichž predikční hodnota je malá (Hendl, 2012). Po provedení této operace se ukázaly jako nejvýznamnější ve vztahu k posuzované závažnosti nočních můr tyto prediktory: Vztahová vyhýbavost a interakce TSC-40 a Vztahové vyhýbavosti. Číselné hodnoty jsou uvedeny v Tabulce 15.

Tabulka 15

*Výsledné hodnoty zpětné regrese pro závislou proměnnou DDNSI (N = 297)*

$R = 0,6589; R^2 = 0,4342; \text{upravené } R^2 = 0,4303$				
	b	beta	t	p
Konstanta		5,26	3,83	0,0002
Vztahová vyhýbavost	-0,33	-0,13	-4,77	0,0000
TSC-40 x Vztahová vyhýbavost	0,87	0,00	12,82	0,0000

Vysvětlivky: x mezi proměnnými – interakce

## DISKUZE

Téma nočních můr se vyskytuje jak v mnoha zahraničních, tak již i v českých výzkumech. V této práci jsem se pokusila zmapovat nejen frekvenci nočních můr, ale i jejich závažnost a jejich vliv na kvalitu života jedince. Dále jsem hledala souvislosti mezi výskytem a závažností nočních můr a vnitřními hranicemi jedince, možným traumatem a vztahovou vazbou. Všechny hypotézy byly stanoveny na základě teoretického studia problematiky.

Výběr výzkumného souboru byl proveden vzhledem k tématu nočních můr, proto zahrnuje jak neklinickou, tak klinickou část, u které lze předpokládat vyšší výskyt nočních můr (Blagrove, Fisher, 2009; Schredl, Landgraf, Zeiler, 2003). Soubor zahrnuje muže i ženy, celkový počet 297 kompletně vyplněných dotazníků je pro statistickou analýzu postačující.

Ke zjištění frekvence a míry závažnosti nočních můr byl použit dotazník DDNSI a ke zjištění jejich efektu na kvalitu života byl použit dotazník NES. V souladu s autorem indexu nerozlišuji v této práci mezi nočními můrami a zlými sny. U obou dotazníků se jedná o retrospektivní subjektivní posouzení daného problému. Oba tyto faktory mohou mít vliv na výsledná zjištění. Jak bylo prokázáno v jiných výzkumech, jedinci mající časté noční můry mohou při zpětném posouzení jejich počet nadhodnocovat. Naopak osoby s nízkou frekvencí nočních můr mohou jejich počet podhodnocovat (Beaulieu-Prévoist, Zadra, 2007). Otázka subjektivity se týká všech dotaznickových metod. Kvantifikace problému pomocí škály může být ovlivněna např. tendencí přiklánět se spíše ke středovým hodnotám, či spíše volba krajních hodnot (Ferjenčík, 2010; Svoboda, Humpolíček, Šnorek, 2013).

Vyšší frekvence nočních můr (několik měsíčně) se v zahraničních studiích pohybuje v rozmezí 2 – 6 % (Schredl, 2010; Robert, Zadra, 2008). Kráčmarová (2013) zjistila častý výskyt nočních můr v přibližně 16 % případů v souboru vysokoškolských studentů. Šídlová (2014) zachytila výskyt nočních můr ve frekvenci několikrát do měsíce v 9 % případů, což přibližně odpovídá frekvenci nočních můr zjištěné v této práci u výzkumného souboru z neklinické populace. Zato v obou souborech z klinické populace je výskyt nočních můr několikanásobně vyšší. Necelá polovina osob s potížemi v oblasti afektivity trpí nočními můrami týdně a častěji.

Tato práce se však nezaměřuje pouze na frekvenci, ale i posouzení závažnosti nočních můr. Mezi závažností nočních můr a jejich efektem na ostatní životní oblasti jedince byla nalezena velmi vysoce signifikantní korelace. Noční můry se tedy vyskytují současně se sníženou kvalitou života jedince. Na tuto skutečnost upozorňují zahraniční výzkumy (Roberts, Lennings, Heard, 2009; Lancee, Schrijnemaekers, 2013; Köthe, Pietrowsky, 2001). Podle výsledků této studie souvisí noční můry nejvíce s nízkou kvalitou spánku, zhoršenou náladou a sníženou výkonností jedince.

Ve většině případů uváděli účastníci výskyt nočních můr rok a déle. Pouze 7 % osob má noční můry krátkodobě, a to maximálně jeden rok. Lze předpokládat, že noční můry trvající řádově měsíce mohou souviset s předchozím traumatem či aktuálním psychickým stavem. Noční můry vyskytující se i desítky let mohou spíše souviset s osobnostními charakteristikami, např. tenkými hranicemi (Hartmann, 2011). Tuto hypotézu nebylo možné ověřit pro nízký počet osob s akutním trváním nočních můr ve výzkumném souboru.

K měření propustnosti hranic v mysli byl použit zkrácený dotazník BQ-18, ačkoliv v bakalářské diplomové práci (Šídlová, 2014) jsem ke stejným účelům použila Schredlův dotazník BPQ (Schredl et al., 2009). Tento dotazník je určen převážně pro neklinickou populaci (Kráčmarová, 2013). Rozhodla jsem se pro dotazník BQ-18, protože, jak se zdá, více odpovídá Hartmannovu konceptu hranic a vysoce koreluje s původním nezkráceným dotazníkem BQ (Kunzendorf et al., 1997). Byla prokázána souvislost mezi závažností nočních můr a propustností hranic v mysli, což koresponduje s výsledky Lucie Klůzové Kráčmarové a Aleny Plhákové (2015a). Síla vztahu byla nalezena vyšší než při zjišťování pouze frekvence nočních můr v českých studiích (Kráčmarová, 2013; Šídlová, 2014; Výleta, 2014). Toto zjištění lze interpretovat tak, že osoby s tenkými hranicemi mají nejen vyšší frekvenci nočních můr, ale i jejich noční můry mají vyšší intenzitu a jsou vnímány jako závažné. Výsledky regresní analýzy ukazují, že pro výskyt nočních můr a jejich závažnost mají vliv nejen tenké hranice jedince, ale současný výskyt symptomů traumatu u jedinců s tenkými hranicemi. Tento výsledek také odpovídá Hartmannovu předpokladu (1998), že osoby s tenkými hranicemi nemají příliš oddělen stav bdění a stav spánku, proto u nich náročné životní situace snadněji proniknou do snu.

Ke zjištění přítomnosti traumatických zkušeností v anamnéze účastníků byl použit dotazník TSC-40 z etických důvodů. Přímé dotazování na prožité trauma by mohlo vyvolat bolestivé vzpomínky, v krajním případě by mohlo vést k retraumatizaci. Dotazník TSC-40 se týká pouze symptomů traumatu, ne přímo traumatické události. Vyšší skóre může



signalizovat známky prožitého traumatu a z podskórů můžeme usuzovat o oblasti traumatizace, nedozvíme se však nic o tom, jednalo-li se o jednorázové trauma či o kumulativní traumatizující zážitky, kdy se daná událost odehrála, co se konkrétně stalo apod. Také je nutné počítat s možným nadhodnocením závažnosti potíží obzvláště u klinické populace. Proto považují za vhodné interpretovat výsledky tohoto dotazníku s opatrností. Nicméně byla nalezena velmi vysoce signifikantní korelace mezi symptomy traumatu a závažností nočních můr, prožité trauma tedy může mít vliv na jejich výskyt. Ostatně noční můry jsou jedním z příznaků PTSD (Světová zdravotnická organizace, 2014). Výsledek též koresponduje s výsledky výzkumů zabývajících se traumatem a nočními můrami (Krakow et al., 2001; Krakow et al., 2002).

Škála ECR zjišťuje kvalitu vztahové vazby v současných vztazích v dospělosti na základě dimenzí vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti. Obě škály korelují se závažností nočních můr. Výsledky regresní analýzy vypovídají o vlivu vztahové vazby na výskyt nočních můr v souvislosti s možnou přítomností známek traumatu. Přítomnost symptomů traumatu současně se vztahovou vyhýbavostí závažnost nočních můr u jedinců zvyšují. Samotná vztahová vyhýbavost však pravděpodobnost výskytu nočních můr snižuje. Je možné se domnívat, že traumatické zkušenosti způsobily, že se pro poškozenou osobu stal svět nebezpečným a ohrožujícím, že kvůli tomu nedůvěřuje druhým lidem a blízkosti ve vztazích se vyhýbá. V tom případě by se jednalo o obrannou reakci, avšak za tu cenu, že traumatické situace zůstávají nezpracovány a mohou se promítat i do nočních snů. Současně může tento výsledek podporovat tvrzení o důležitosti blízkých vztahů a sociální opory při zpracování traumatu v souvislosti s výskytem nočních můr (Van der Kolk et al., 1991, in Kamarádová et al., 2013). V případě, že je jedinec traumatizován, ale současně má kolem sebe blízké lidi, kterým se může svěřit a kterým může důvěřovat, pravděpodobnost výskytu nočních můr a jejich závažnosti je nižší než v opačném případě. V tomto světle se může jevit jako účinný faktor při léčbě nočních můr psychoterapie s navázáním bezpečného terapeutického vztahu.

Pro lepší vzhled do problematiky byl sestaven regresní model. Závislou proměnnou je zde vnímaná závažnost nočních můr s následujícími prediktory: BQ-18, TSC-40, Vztahová vyhýbavost, Vztahová úzkostnost, dále interakce mezi TSC-40 s ostatními nezávisle proměnnými. Tímto modelem lze podle výsledku koeficientu determinace vysvětlit 44,8 % z celkové variability závislé proměnné. Nutno říci, že nebyla ověřována multikolinearita. Metodou zpětné regrese byla nejvýznamnější predikční hodnota zjištěna u Vztahové vyhýbavosti a interakce skórů TSC-40 a Vztahové vyhýbavosti.

V bakalářské diplomové práci byla zjištěna vyšší frekvence nočních můr u žen (Šídlová, 2014) a také zahraniční výzkumy udávají vyšší výskyt nočních můr u ženského pohlaví (Schredl, Reinhard, 2011). Klůzová Kráčmarová a Plháková (2015a) zjistily u žen vyšší dopad nočních můr na kvalitu života a denní činnosti. V této studii vliv pohlaví na závažnost nočních můr nebyl prokázán. Rozdíl mezi muži a ženami byl zjištěn pouze v propustnosti hranic v mysli, ženy skórují výše v dotazníku BQ-18. Toto odlišné zjištění může být způsobeno výběrem souboru a vyšším zastoupením žen než mužů ve studii.

Rozdíl v závažnosti nočních můr u neklinické populace, jedinců léčených pro afektivní poruchy a jedinců s poruchami příjmu potravy je nutné interpretovat též s opatrností. Participanti byli zařazeni do jednotlivých souborů prakticky podle místa sběru dat. Jedinci patřící ke klinické populaci byli pro výzkum získáni v psychiatrických zdravotnických zařízeních, dá se tedy předpokládat, že závažnost jejich potíží je vyšší. Pro srovnávací studii by bylo vhodné přesnější rozdělení do souborů podle přesných kritérií. Nicméně některé předchozí studie poukazují na vztah depresivity k nočním můram (Blagrove, Fisher, 2009; Schredl, Landgraf, Zeiler, 2003), jiné výzkumy prokázaly souvislost mezi anxiétou, zvýšeným strachem a nočními můrami (Roberts, Lennings, Heard, 2009; Antunes-Alves, De Konick, 2012). Vyšší závažnost nočních můr u souboru osob s úzkostně-depresivní symptomatikou je tedy v souladu s předchozími zjištěními. Nalezená vyšší závažnost nočních můr u osob s poruchami příjmu potravy může mít více příčin. Někteří autoři popisují vyšší úzkostnost u těchto osob (Keel, 2013; Tasca, Balfour, 2014). Některé výzkumy potvrdily souvislost s nejistou vztahovou vazbou a poruchami příjmu potravy (Farber, 2008). Tato problematika by však vyžadovala podrobnější zkoumání.

## **8. 1 Limity studie a doporučení pro další výzkum**

Jsem si vědoma, že tato studie má své limity a omezení, které mohou vést ke zkreslení při popisování dané problematiky. Jedním z těchto limitů je výběr souboru. Výzkumný soubor byl získán i v souladu s možnostmi a příležitostmi, není tedy reprezentativní. Pro hledání souvislostí mezi proměnnými však reprezentativnost vzorku není nezbytná. Dalším problematickým bodem by mohlo být věkové rozmezí participantů v souboru, které je relativně široké. Bylo tedy ověřeno, že proměnná „věk“ v tomto výzkumu nekoreluje se závažností nočních můr. Soubor zahrnuje větší procento žen oproti mužům z důvodu větší ochoty účastnit se výzkumu u žen. Ženy projevují dle výzkumů vyšší zájem o sny než muži

(Schredl, 2013; Schredl, Reinhard, 2008), což může mít vliv i na jejich ochotu vyplnit baterii dotazníků týkajících se snů.

Dalším limitem studie je výběr klinické populace. Pro možnou srovnávací studii v budoucnosti by bylo vhodné provést zařazení do jednotlivých souborů dle jednotných kritérií a jednotlivé soubory vyrovnat vzhledem k počtu a dalším proměnným (např. k věku a k pohlaví).

Jedním z omezení je také rozsah práce. Noční můry jsou tématem rozsáhlým, bylo možné zachytit pouze část dané problematiky. V budoucích výzkumech by bylo jistě zajímavé věnovat se problematice akutních a chronických nočních můr. Dále by bylo možné zkoumat obsah těchto snů a jeho vývoj u replikativních nočních můr. Pro přesah do psychoterapie by bylo vhodné věnovat se strategiím, které vedou ke zmírnění potíží s nočními můrami.

## 9 ZÁVĚRY

Cílem této práce bylo zjistit možné vztahy situačních a osobnostních proměnných k výskytu a závažnosti nočních můr. Pomocí statistických metod jsem dospěla k následujícím zjištěním.

- Byla zjištěna souvislost mezi závažností nočních můr a jejich vlivem na kvalitu života. Efekt nočních můr se projevuje nejvíce ve snížené kvalitě spánku, zhoršené náladě, dále ovlivňují psychickou rovnováhu jedince a výkonnost v průběhu dne.
- Byla nalezena korelace mezi propustností hranic v mysli a závažností nočních můr. Čím slabší hranice jedinec má, tím větší je u něj pravděpodobnost výskytu nočních můr.
- Vyšší závažnost nočních můr má vztah k přítomnosti symptomů traumatu. Zdá se, že traumatická zkušenost má vliv na výskyt nočních můr a jejich závažnost. Korelace se závažností nočních můr byla zjištěna i u všech jednotlivých subškál TSC-40.
- Byla nalezena souvislost mezi vztahovou vyhýbavostí a závažností nočních můr. Souvislost s nočními můrami byla nalezena i u vztahové úzkostnosti. Významným prediktorem závažnosti nočních můr je současná přítomnost vztahové vyhýbavosti a známek traumatu.
- Vliv pohlaví na závažnost nočních můr nebyl potvrzen.
- Závažnost nočních můr je vyšší u jedinců se symptomy úzkosti a depresivity než u jedinců s poruchami příjmu potravy a než u neklinické populace.

## SOUHRN

Sny jsou odpradávná předmětem zájmu některých lidí, což dokládají staré texty a historické prameny. Ve dvacátém století, s objevením REM a NREM spánku, se začaly sny zkoumat ve spánkových laboratořích. Objevy na úrovni neurobiologie stále pokračují a zpřesňují či upravují dosavadní poznatky. V současné době existuje paralelně několik teorií snění. Psychoanalýza využívá práci se sny v terapeutickém procesu. Hlavní vlivná teorie snění v psychoanalýze pochází od Sigmunda Freuda. Pro Freuda sny odhalují nevědomé procesy. Hlavním cílem snů v jeho pojetí je splnění přání. Wilfred R. Bion a na něj navazující Thomas Ogden se pokoušejí vysvětlit noční můry a noční děsy na základě nezpracovaných a nepojmenovaných zážitků – beta elementů. Tyto sny jsou selháním alfa funkce, tedy zpracováním sensorických a emocionálních zážitků. Carl Gustav Jung obohatil výklad snů o subjektivní a objektivní aspekt. Zabýval se též archetypovým významem snů a snovými sériemi. Neurobiologické a neurokognitivní teorie se pokoušejí vysvětlit sny na úrovni mozkových struktur a kognitivních procesů.

Jedním z typů snů jsou noční můry. Vyznačují se negativním obsahem s intenzivním emocionálním doprovodem a probuzením v průběhu snu. Jsou jedním ze symptomů posttraumatické stresové poruchy. Mnohé studie poukázaly na souvislost nočních můr s prožívaným stresem. Současně samy mohou být významným stresorem a mohou ovlivňovat kvalitu života. Byl nalezen vztah i k některým osobnostním charakteristikám. Jednou z nich je propustnost hranic v mysli. Zdá se, že výskyt nočních můr je ovlivněn minulými blízkými vztahy i současnou sociální oporou. Noční můry mohou být vyvolány i některými farmaky. Způsoby léčby nočních můr mohou být farmakologické i psychoterapeutické.

Psychické trauma může zapříčinit mnohé somatické i psychické komplikace. V Mezinárodní klasifikaci nemocí je zakotvena a popsána posttraumatická stresová porucha. Někteří autoři pojem traumatu rozšiřují a upozorňují na kumulaci traumatických zkušeností, trauma způsobené narušením důležitých vztahových vazeb a na možný transgenerační přenos traumatu. U některých osob má trauma spíše destruktivní vliv, některým osobám překonání traumatu umožnilo psychický růst.

Vztahová vazba je pojem, který jako první použil John Bowlby. Rozuměl jí emoční pouto mezi dítětem a pečující osobou. Na základě zkušenosti s touto osobou si dítě vytvoří tzv. vnitřní pracovní model, podle kterého se pak vztahuje ke světu. Toto pevné citové

pouto může být jisté, bezpečné, nebo naopak nejisté. Na Bowlbyho navázala Mary Ainsworthová, která vytvořila tři kategorie vazby, později byla přidána čtvrtá kategorie. Vazba vytvořená v dětství do jisté míry může ovlivnit i vztahy v dospělosti. V současné době existují dva přístupy ke zjištění vztahové vazby. První z nich je rozvzpomínání se na zážitky z dětství, kam patří narativní a projektivní metody (AAI, AAP). Druhým ze způsobů jsou sebesuzovací škály, kam řadíme ECR. Tato škála posuzuje vztahovou vazbu v současných blízkých vztazích na základě dimenzí vztahové úzkosti a vztahové vyhublosti. Zdá se, že bezpečná vazba je jedním z protektivních faktorů výskytu nočních můr.

Propustnost hranic v mysli může být jednou z charakteristik osobnosti, která má vliv na výskyt nočních můr. Koncept hranic vytvořil Ernest Hartmann, který předpokládá, že existují v mysli jedince hranice mezi jednotlivými psychickými procesy. Jedná se například o hranice percepční, hranice mezi myšlením a cítěním, mezi spánkem, snem a bdělým stavem, hranice vztažené k paměti, tělesné hranice, hranice v mezilidských vztazích, hranice týkající se sexuální identity, hranice v oblasti tvorby názorů a hodnocení. Zvýšená propustnost hranic může mít podle této teorie vliv na vyšší počet vybavených snů jedince, i na výskyt nočních můr. K měření síly hranic byl autorem konceptu vytvořen Dotazník hranic, později byly vytvořeny jeho zkrácené verze. Jednou z nich je dotazník BQ-18.

Výzkumná část měla za cíl zjistit souvislost mezi závažností nočních můr, propustností hranic v mysli, symptomy traumatu a vztahovou vazbou. Cíl byl stanoven na základě studia odborné literatury a výsledků předchozích studií, které jsou uvedeny v teoretické části. Soubor byl vybrán z klinické i neklinické populace a čítal 297 osob, 237 žen a 60 mužů ve věku 17 – 85 let. Jednalo se o kvantitativní výzkum a byly použity následující dotazníky: Index závažnosti znepokojivých snů a nočních můr (The Disturbing Dream and Nightmare Severity Index), Dotazník na následky nočních můr (The Nightmare Effect Survey), Dotazník mentálních hranic (Boundary Questionnaire-18), Seznam traumatických symptomů (Trauma Symptom Checklist-40) a Škála prožívání blízkých vztahů (Experiences in Close Relationships). Byla nalezena souvislost mezi závažností nočních můr a jejich vlivem na kvalitu života. Efekt nočních můr se projevil převážně v oblastech snížené kvality spánku, zhoršené nálady, ovlivnění psychické rovnováhy a snížené výkonnosti v denních činnostech. Byla též nalezena korelace mezi propustností hranic v mysli a závažností nočních můr. Potvrzen byl vztah mezi symptomy traumatu a závažností nočních můr. Všechny subškály dotazníku TSC-40 (Disociace, Anxieta,

Deprese, Index traumatu sexuálního zneužívání, Spánkové poruchy, Sexuální problémy) korelují se závažností nočních můr. Souvislost byla nalezena i mezi závažností nočních můr a škálami dotazníku ECR – Vztahovou vyhýbavostí a Vztahovou úzkostí. Rozdíl mezi ženami v závažnosti nočních můr nebyl nalezen. Byl však nalezen rozdíl v jednotlivých souborech. Největší závažnost nočních můr má soubor se symptomy úzkosti a depresivity, dále soubor s poruchami příjmu potravy, nejnižší závažnost nočních můr byla nalezena u neklinické populace.

V budoucím výzkumu by bylo možné věnovat se nočním můrám v kontextu jednotlivých onemocnění, například formou srovnávací studie. Dále by bylo vhodné prozkoumat problematiku akutních a chronických nočních můr a zjišťovat efektivitu léčby a strategie zvládnutí při výskytu nočních můr.

## POUŽITÉ ZKRATKY

AAI	Adult Attachment Interview
AAP	Adult Attachment Projective Test
AMPHAC	amygdala, mediální prefrontální kůra, hippocampus a oblast cingula
BQ	Boundary Questionnaire – Dotazník hranic
BPQ	Boundary Personality Questionnaire - Osobnostní dotazník hranic
BQ-18	zkrácená verze Dotazníku hranic
BQ-sh	zkrácená verze Dotazníku hranic
DDNSI	The Disturbing Dream and Nightmare Severity Index - Index závažnosti znepokojivých snů a nočních můr
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, Fifth Edition - Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, páté vydání
ECR	Experiences in Close Relationships - Škála prožívání blízkých vztahů
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing - desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů
IRT	Imagery rehearsal therapy - modifikace snů v imaginaci
LDT	Lucid dreaming therapy - terapie pomocí lucidního snění
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize
NES	Nightmare Effects Survey - Dotazník na následky nočních můr
PPP	poruchy příjmu potravy
REM, NREM	rapid eye movement, non-rapid eye movement - fáze spánku
SSRI	selective serotonin reuptake inhibitor, selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu, druh antidepressiva
SST	Strange situation test – Test neznámé situace
SumBound	celkový skór BQ
TAS-20	Toronto Alexithymia Scale - Torontská škála alexithymie
TSC-40	Trauma symptom Checklist-40 - Seznam traumatických symptomů-40



## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. Antunes-Alves, S., & De Koninck, J. (2012). Pre-and post-sleep stress levels and negative emotions in a sample dream among frequent and non-frequent nightmare sufferers. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 11-6. Získáno dne 4. 10. 2015 z [http://archivespp.pl/uploads/images/2012\\_14\\_2/11AntunesAlves\\_Archives2\\_2012.pdf](http://archivespp.pl/uploads/images/2012_14_2/11AntunesAlves_Archives2_2012.pdf)
2. Aumann, C., Lahl, O., & Pietrowsky, R. (2012). Relationship between dream structure, boundary structure and the Big Five personality dimensions. *Dreaming*, 22(2), 124-135. doi: 10.1037/a0028977
3. Aurora, R. N., Zak, R. S., Auerbach, S. H., Casey, K. R., Chowdhuri, S., Karippot, A., ...Morgenthaler, T. I. (2010). Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 6(4), 389 – 401. Získáno dne 19. 10. 2015 z databáze EBSCOhost.
4. Beaulieu-Prévost, D., & Zadra, A. (2007). Absorption, psychological boundaries and attitude towards dreams as correlates of dream recall: two decades of research seen through a meta-analysis. *Journal Of Sleep Research*, 16(1), 51-59. doi:10.1111/j.1365-2869.2007.00572
5. Bermann, A. (2012). Posttraumatická ublíženost – mezi kompenzací a uzdravením. In Jírová, E., & Klímová, H. (2012). *Jak se znovu rodí násilí - Jak se odpouštějí či neodpouštějí viny - K čemu je víra: výběr textů ze seminářů Prix Irene Trauma a víra, (2010) a Trauma a zodpovědnost (2011)*, (41 - 49). Praha: Výbor pro péči o Prix Irene.
6. *Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona* (včetně deuterokanonických knih). (1995). Praha: Česká biblická společnost.
7. Blagrove, M., & Fisher, S. (2009). Trait–State interactions in the etiology of nightmares. *Dreaming*, 19(2), 65-74. doi: 10.1037/a0016294
8. Böckermann, M., Giesemann, A., Pietrowski, R. (2014). What does nightmare distress mean? Factorial structure and psychometric properties of the nightmare distress questionnaire (NDQ). *Dreaming*, 24(4), 279 – 289. doi:10.1037/a0037749
9. Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
10. Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Selfreport measurement of adult attachment: An integrative overview. In Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (s. 46–76). New York: Guilford.

11. Briere, J., & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33) Early data on a new scale. *Journal of interpersonal violence*, 4(2), 151-163. Získáno 12. 11. 2015 z [https://www.researchgate.net/profile/Marsha\\_Runtz/publication/249723656\\_The\\_Trauma\\_Symptom\\_Checklist\\_%28TSC-33%29\\_Early\\_data\\_on\\_a\\_new\\_scale/links/00b4952ab6ebdf2cda000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marsha_Runtz/publication/249723656_The_Trauma_Symptom_Checklist_%28TSC-33%29_Early_data_on_a_new_scale/links/00b4952ab6ebdf2cda000000.pdf)
12. Briere, J., & Runtz, M. (1996). Trauma Symptom Check-list 33 and 40 (TSC-33 and TSC-40). *Unpublished text, adapted from Briere, J.* Získáno dne 13. 11. 2015 z <http://wellspringcounselingllc.com/resources/Trauma+Symptom+Checklist+33+and+40.pdf>
13. Brisch, K. H. (2011). *Poruchy vztahové vazby*. Praha: Portál.
14. Csóka, S., Simor, P., Szabo, G., Kopp, M. S. & Bodizs, R. (2011). Early maternal separation, nightmares, and bad dreams: Results from the Hungarostudy epidemiological panel. *Attachment & Human Development*, 13(2), 125-140. doi:10.1080/14616734.2011.553991
15. Černoušek, M. (1988). *Sen a snění*. Praha: Horizont.
16. Davis, J., Pruiksma, K. E., Rhudy, J. L., & Byrd, P. (2011). A comparison of lifelong and posttrauma nightmares in a civilian trauma sample: Nightmare characteristics, psychopathology, and treatment outcome. *Dreaming*, 21(1), 70 – 80. doi:10.1037/a0022862
17. Dieckmann, H. (2004). *Sny jako řeč duše*. Praha: Portál.
18. Dvořák, I. (2014). *Kreativita a snění*. Bakalářská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta.
19. Elliott, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child abuse & neglect*, 16(3), 391-398. Získáno 12. 11. 2015 z <http://www.johnbriere.com/CAN%20TSC40.pdf>
20. Farber, S. K. (2008). Dissociation, Traumatic Attachments, and Self-Harm: Eating Disorders and Self-Mutilation. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 63-72. doi:10.1007/s10615-007-0104-6
21. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
22. Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie*. Praha: Portál.
23. Franson, M., Granqvist, P., Bohlin, G., & Hagekull, B. (2013). Interlinkages between attachment and the Five-Factor Model of personality in middle childhood and young

- adulthood: A longitudinal approach. *Attachment & human development*, 15(2), 219-239. doi:10.1080/14616734.2013.754985
24. Freud, S. (1991). *Vybrané spisy I*. (1 Přednášky k úvodu do psychoanalýzy, 2 Nová řada přednášek k úvodu do psychoanalýzy). Praha: Avicenum.
  25. Freud, S. (1994). *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna.
  26. Friedmann, R. (2013). Sný, trauma, nenávist a dialog. In Jírová, E., & Klímová, H. (2013). *Trauma, sen, vědomí: traumatizované skupiny - hojení - identita: výběr textů z mezinárodní mezioborové konference Prix Irene 2012, Praha*, (116 - 123). Praha: Výbor pro péči o Prix Irene.
  27. George, C., & West, M. (2012). *The Adult Attachment Projective Picture. Attachment Theory and Assessment in Adults*. New York: The Guilford Press.
  28. Hall, J. A. (2005). *Jungiánský výklad snů. Příručka pro teorii a praxi*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
  29. Hartmann, E. (1998). *Dreams and Nightmares: The New Theory on the Meaning of Dreams*. New York: Plenum Press.
  30. Hartmann, E. (2011). *Boundaries: a new way to look at the world*. Summerland: CIRCC EverPress.
  31. Hartmann, E., Elkin, R., & Garg, M. (1991). Personality and dreaming: The dreams of people with very thick or very thin boundaries. *Dreaming*, 1(4), 311-324. doi:1053-0797/91/1200-0311
  32. Hartmann, E., Harrison, R., & Zborowski, M. (2001). Boundaries in the mind: Past research and future directions. *North American Journal of Psychology*, 3(3), 347-368. Získáno 1. 10. 2015 z databáze EBSCOhost.
  33. Hartmann, E., & Kunzendorf, R., G. (2006 – 2007). Boundaries at dreams. *Imagination, Cognition and Personality*, 26, 101 – 115.
  34. Hašto, J. (2005). *Vztahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
  35. Hašto, J., & Vojtová, H. (2012). *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogenny tréning pri pretrvávajúcom ohrození, prípadová štúdia*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
  36. Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod*. Praha: Portál.
  37. Hobson, J. A. (2009). REM sleep and dreaming: towards a theory of protoconsciousness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(11), 803-813. doi:10.1038/nrn2716

38. Jacobi, J. (2013). *Psychologie C. G. Junga*. Praha: Portál.
39. Jung., C. G. (1996). *Výbor z díla I*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
40. Kamarádová, D., Praško, J., Jelenová, D., Grambal, A., & Látalová, K. (2013). Noční můry a možnosti jejich léčby. *Psychiatrie pro praxi*, 14(3), 116-122.
41. Keel, P. K. (2013). Commentary on empirical examinations of the association between anxiety and eating disorders. *Cognitive therapy and research*, 37(5), 964-967.  
doi:10.1007/s10608-013-9566-8
42. Koskina, N., & Giovazolias, T. (2010). The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: The role of body dissatisfaction. *The Journal of psychology*, 144(5), 449-471. doi:10.1080/00223980.2010.496651
43. Köthe, M., & Pietrowsky, R. (2001). Behavioral effects of nightmares nad their correlations to personality patterns. *Dreaming*, 11(1), 43 – 52. doi:1053079710110300-0043
44. Klůzová Kráčmarová, L., & Plháková, A. (2015a). Nightmares and Their Consequences in Relation to State Factors, Absorption, and Boundaries. *Dreaming*, 7, 1-9. Advance online publication. doi:10.1037/a0039712.
45. Klůzová Kráčmarová, L., & Plháková, A. (2015b). Frekvence vybavování snů a nočních můr ve vztahu k alexithymii a dalším osobnostním proměnným. *Československá psychologie*, 59(5), 432-443.
46. Kráčmarová, L. (2013). Vybavování snů a frekvence nočních můr ve vztahu k některým osobnostním proměnným. Rigorózní práce. Olomouc, Univerzita Palackého.
47. Krakow, B. (2006). Nightmare complaints in treatment-seeking patients in clinical sleep medicine settings: Diagnostic and treatment implications. *Sleep: Journal Of Sleep And Sleep Disorders Research*, 29(10), 1313-1319. Získáno 13. 10. 2015 z <http://www.journalsleep.org/Articles/291008.pdf>
48. Krakow, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T. D., ... & Prince, H. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Jama*, 286(5), 537-545. doi:10.1001/jama.286.5.611
49. Krakow, B., Schrader, R., Tandberg, D., Hollifield, M., Koss, M. P., Yau, C. L., & Cheng, D. T. (2002). Nightmare frequency in sexual assault survivors with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 175–190. [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00093-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00093-2).

50. Kramer, M. (1991). The nightmare: A failure in dream function. *Dreaming*, 1(4), 277-285. Získáno 20. 10. 2015 z databáze EBSCOhost.
51. Kulísek, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). *Československá psychologie*, 44(5), 404 – 423.
52. Kulišťák, P. (2011). *Neuropsychologie* (druhé, přepracované vydání). Praha: Portál.
53. Kunzendorf, R. G., Hartmann, E., Cohen, R., & Cutler, J. (1997). Bizarreness of the dreams and daydreams reported by individuals with thin and thick boundaries. *Dreaming*, 7(4), 265-271. doi: 10.1037/h0094482
54. Lancee, J., & Schrijnemaekers, N., C. (2013). The association between nightmares and daily distress. *Sleep & Biological Rhythms*, 11(1), 14 - 19. doi:10.1111/j.1479-8425.2012.00586.x
55. Lečbych, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*, 6(3), 1-11. Získáno dne 13. 11. 2015 z <http://e-psycholog.eu/pdf/lechbych-pospisilikova.pdf>
56. Levin, R., & Nielsen, T. A. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: a review and neurocognitive model. *Psychological bulletin*, 133(3), 482 – 528. doi:10.1037/0033-2909.133.3.482
57. Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.
58. McNamara, P., Pace-Schott, E. F., Johnson, P., Harris, E., & Auerbach, S. (2011). Sleep architecture and sleep-related mentation in securely and insecurely attached people. *Attachment & human development*, 13(2), 141-154. doi: 10.1080/14616734.2011.553999
59. McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza*. Praha: Portál.
60. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: The Guilford Press.
61. Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Avihou-Kanza, N. (2011). Individual differences in adult attachment are systematically related to dream narratives. *Attachment & human development*, 13(2), 105-123. doi:10.1080/14616734.2011.553918
62. Mitchell, S., A., & Blacková, M., J. (1999). *Freud a po Freudovi*. Praha: Tritton.
63. Naranjo, C. A., Busto, U., Sellers, E. M., Sandor, P., Ruiz, I., Roberts, E. A., ... & Greenblatt, D. J. (1981). A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 30(2), 239-245. Získáno dne 12. 11. 2015 z databáze EBSCOhost

64. Neal, T. S., & Nagle, J. E. (2013). Measuring Abuse Sequelae: Validating and Extending the Trauma Symptom Checklist-40. *Journal Of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(3), 231-247. doi:10.1080/10926771.2013.76495
65. Novotná, K. (2008). *K pojetí kategorie self v dílech vybraných amerických filozofů*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.
66. Ogden, T. H. (2004a). On holding and containing, being and dreaming. *International Journal Of Psychoanalysis*, 85(6), 1349 – 1364. doi:10.1516/0020757042684078
67. Ogden, T. H. (2004b). This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries. *International Journal Of Psychoanalysis*, 85(4), 857 - 877.
68. Ogden, T. H. (2007) On talking-as-dreaming. *International Journal Of Psychoanalysis*, 88(3), 575 - 579. doi: 10.1516/PU23-5627-04K0-7502.
69. Orel, M. (2012) Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. In Orel, M., et al, ed. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
70. Orel, M., & Facová, V. (2009). Když bdíme a když spíme. In Orel, M., & Facová, V. (Ed.). *Člověk, mozek a jeho svět* (99 – 106). Praha: Grada.
71. Pagel, J. F., Blagrove, M., Levin, R., States, B., Stickgold, B., & White, S. (2001). Definitions of dream: A paradigm for comparing field descriptive specific studies of dream. *Dreaming*, 11(4), 195-202. doi:10.1023/A:1012240307661
72. Pagel, J. F., & Helfter, P. (2003). Drug induced nightmares - an etiology based review. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 18(1), 59-67. doi: 10.1002/hup.465
73. Pietrowsky, R., & Köthe, M. (2003). Personal Boundaries and Nightmare Consequences in Frequent Nightmare Sufferers. *Dreaming*, 13(4), 245-254. doi:10.1023/B:DREM.0000003146.11946.4c
74. Piquart, M., Feußner, C., & Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment & human development*, 15(2), 189-218. doi:10.1080/14616734.2013.746257
75. Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada.
76. Plháková, A. (2010). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
77. Plháková, A. (2013). *Spánek a snění*. Praha: Portál.
78. Poněšický, J. (2012). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*, 3. vydání. Praha: Triton.
79. Pretl, M. (2007). Spánek a jeho nejčastější poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 126 – 128.

80. Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *E-psychologie* [online]. 3(3), 34-45. Získáno dne 16. 9. 2015 z www: <http://e-psycholog.eu/pdf/prochazka.pdf>
81. Příhodová, I., & Šonka, K. (2007). Parasomnie. In Nevšímalová, S., Šonka, K., et al. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Galén.
82. Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, & P. Ptáček, R. (Ed.) (2015). *DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
83. Rawlings, D. (2001). An Exploratory factor analysis of Hartmann's Boundary questionnaire and empirically-derived short version. *Imagination, Cognition And Personality*, 21(2), 131-144. doi:10.2190/3XM9-LGA6-MJ76-X658
84. Reiterová, E. (2008). *Psychometrie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
85. Rholes, S. W., & Simpson, J. A. (2004). Ambivalent attachment and depressive symptoms: The role of romantic and parent-child relationships. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(1), 67-78. doi:10.1891/jcop.18.1.67.28049
86. Roberts, J. J., Lennings, C., & Heard, R. (2009). Nightmares, life stress, and anxiety: An examination of tension reduction. *Dreaming*, 19(1), 17-29. doi: 10.1037/a0014787
87. Robert, G., & Zadra, A. (2008). Measuring nightmare and bad dream frequency: impact of retrospective and prospective instruments. *Journal of Sleep Research*, 17, 132-139. doi: 10.11111/1.2869.2008.00649.x
88. Ruppert, F. (2014). Trauma a rodinné konstelace. Praha: Portál.
89. Schredl, M. (2009). Nightmare frequency in patients with primary insomnia. *International Journal of Dream Research*, 2(2), 85 – 88. doi:10.11588/ijodr.2009.2.452
90. Schredl, M. (2010). Nightmare frequency and nightmare topics in a representative German sample. *European Archives Of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 260(8), 565-570. doi: 10.1007/s00406-010-0112-3
91. Schredl, M. (2013). Positive and Negative Attitudes Towards Dreaming: A Representative Study. *Dreaming*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0032477.
92. Schredl, M., Bocklage, A., Engelhardt, J., & Mingeback, T. (2009). Psychological Boundaries, Dream Recall, and Nightmare Frequency: A New Boundary Personality Questionnaire (BPQ). *International Journal of Dream Research*, 1(2), 12-19. Získáno dne 25. 8. 2015 z [http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/ojs/index.php/IJoDR/article/view/162/130\\_Psychological%20Boundaries](http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/ojs/index.php/IJoDR/article/view/162/130_Psychological%20Boundaries)
93. Schredl, M., & Erlacher, D. (2004) Lucid dreaming frequency and personality. *Personality and Individual Differences*, 37, 1463-1473. doi:10.1016/j.paid.2004.02.003

94. Schredl, M., & Göritz, A. S. (2015). Changes in dream recall frequency, nightmare frequency, and lucid dream frequency over a 3-year period. *Dreaming*, 25(2), 81-87. doi:10.1037/a0039165.
95. Schredl, M., Kleinferchner, P., & Gell, T. (1996). Dreaming and personality: Thick vs. thin boundaries. *Dreaming*, 6(3), 219-223. doi:10.1037/h0094456.
96. Schredl, M., & Reinhard, I. (2008). Gender differences in dream recall: a meta-analysis. *Journal of Sleep Research*, 17(2), 125–131. doi:10.1111/j.1365-2869.2008.00626.x
97. Schredl, M., & Reinhard, I. (2011). Gender differences in nightmare frequency: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 15115-121. doi:10.1111/j.13652869.2008.00626.x
98. Schredl, M., Landgraf, C., & Zeiler, O. (2003). Nightmare frequency, nightmare distress and neuroticism. *North American Journal Of Psychology*, 5(3), 345-350. Získáno dne 12. 11. 2015 z databáze EBSCOhost
99. Simor, P., Horváth, K., Gombos, F., Takács, K. P., & Bódizs, R. (2012). Disturbed dreaming and sleep quality: altered sleep architecture in subjects with frequent nightmares. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(8), 687-696. doi:10.1007/s00406-012-0318-7
100. Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada Publishing.
101. Solms, M. (1999). Zur Integration von Psychoanalyse und Neurowissenschaften Teil 2: Die Syndromanalyse psychischer Funktionen. *Forum Der Psychoanalyse*, 15(1), 58 - 70. doi: 10.1007/s004510050036
102. Solms, M., & Turnbull, O. (2014). *Možek a vnitřní svět*. Praha: Portál.
103. Spoormaker, V. I., & Van Den Bout, J. (2006). Lucid dreaming treatment for nightmares: a pilot study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(6), 389-394. doi:10.1016/j.smrv.2005.06.001
104. Stigler, M., & Pokorný, D. (2008). Hledání čerstvých stop. Aktivace primárního procesu jako účinný faktor imaginace. In Bürgi-Kraus, M., Kottje-Birnbacherová, L., Reichmannová, I., & Wilke, E., eds. *Vývoj v imaginaci – imaginativní vývoj*, 275 – 289. Háj ve Slezsku: MAJ.
105. Světová zdravotnická organizace (2014). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. 10. revize (MKN-10)*. (aktualizovaná verze k 1. 4. 2014). Získáno dne 3. 8. 2015 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>



106. Svoboda, M., Humpolíček, P., Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
107. Šídlová, V. (2014). *Vybavování snů ve vztahu ke kvalitě spánku a vnitřním hranicím*. Bakalářská diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, katedra psychologie.
108. Šídlová, V. (2015). Vybavování snů a nočních můr ve vztahu ke kvalitě spánku a vnitřním hranicím. *E- psychologie*, 9(2), 14-25. Získáno dne 20. 10. 2015 z <http://e-psycholog.eu/pdf/sidlova.pdf>
109. Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Eating disorders and attachment: a contemporary psychodynamic perspective. *Psychodynamic psychiatry*, 42(2), 257. Získáno 8. 2. 2016 z databáze EBSCOhost.
110. Thomä, H., & Kächele, H. (1993). *Psychoanalytická praxe* (1. díl - teorie). Hradec Králové: Mach.
111. Thompson, D. F., & Pierce, D. R. (1999). Drug-induced nightmares. *Annals of Pharmacotherapy*, 33(1), 93-98. doi:10.1345/aph.18150
112. Thünker, J., & Pietrowsky, R. (2012). Effectiveness of a manualized imagery rehearsal therapy for patients suffering from nightmare disorders with and without a comorbidity of depression or PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2012), 558 – 564. doi: 10.1089/jwh.2011.2781
113. Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny*. Praha: Portál.
114. Ty, M., & Francis, A. J. P. (2013). Insecure Attachment and Disordered Eating in Women: The Mediating Processes of Social Comparison and Emotion Dysregulation. *Eating Disorders*, 21(2), 154 – 174. doi: 10.1111/j.1365- 2869.2008.00626.x
115. Vaněk, J. (2010). *Lucidní snění jako coping mechanismus*. Praha: Triton.
116. Vavrda, V. (2005). *Otázky soudobé psychoanalýzy: tradice a současnost*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
117. Výleta, V. (2014). *Noční můry ve vztahu k mentálním hranicím jedince*. Bakalářská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta.
118. Wittmann, L., Zehnder, D., Schredl, M., Jenni, O. G., & Landolt, M. A. (2010). Posttraumatic nightmares and psychopathology in children after road traffic accidents. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 232 – 239. doi: 10.1002/jts.20514
119. Zadra, A., Pilon, M., & Donderi, D. C. (2006). Variety and intensity of emotions in nightmares and bad dreams. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 194(4), 249-254. doi:10.1097/01.nmd.0000207359.46223.dc

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Formulář zadání magisterské diplomové práce

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

Příloha 3: Žádost o spolupráci na výzkumném projektu

Příloha 4: Úvodní dopis

Příloha 5: Informovaný souhlas

Příloha 6: Index závažnosti znepokojivých snů a nočních můr, Dotazník na následky nočních můr

Příloha 7: Dotazník mentálních hranic-18 (BQ-18)

Příloha 8: Seznam traumatických symptomů-40 (TSC-40)

Příloha 9: Škála prožívání blízkých vztahů (ECR)

Příloha 10: Korelační matice

Příloha 11: Ukázka výchozích dat

# Příloha 1: Formulář zadání magisterské diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie  
Forma: Kombinovaná  
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

## Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Mgr. Bc. ŠÍDLOVÁ Vladimíra	Skočice 30, Skočice	F140638

### TÉMA ČESKY:

Noční můry ve vztahu k hranicím v mysli, traumatickým zkušenostem a vztahové vazbě

### TÉMA ANGLICKY:

Nightmares in relation to boundaries in the mind, traumatic experiences and attachment

### VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium relevantní literatury
2. Formulace výzkumného záměru, hypotéz
3. Vytvoření teoretické části práce
4. Empirická část - kvantitativní výzkum, použití dotazníků:  
Index závažnosti znepokojivých snů a nočních můr  
Trauma Symptom Checklist (TSC-40)  
Dotazník hranic (BQ-18)  
Experiences in Close Relationships (ECR)
5. Sběr dat, jejich zpracování a interpretace
6. Vlastní zpracování diplomové práce

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Bowlby, J. (2010). Vazba. Praha: Portál.  
Hartmann, E. (1998). Dreams and Nightmares: The New Theory on the Meaning of Dreams. New York: Plenum Press.  
Hartmann, E. (2011). Boundaries: a new way to look at the world. Summerland: CIRCC EverPress.  
Hašto, J. (2005). Vztahová vazba. Trenčín: Vydavatelstvo F.  
Obegi, J. H. & Berant, E. ed. (2009). Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults. New York: The Guildford Press.  
Plháková, A. (2013). Spánek a snění. Praha: Portál.

Podpis studenta: .....

Datum: .....

Podpis vedoucího práce: .....

Datum: .....

## **Příloha 2: ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Noční můry ve vztahu k hranicím v mysli, traumatickým zkušenostem a vztahové vazbě

**Autor práce:** Mgr. Bc. Vladimíra Šídlová

**Vedoucí práce:** PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová

**Počet stran a znaků:** 98 stran, 180359 znaků

**Počet příloh:** 11

**Počet použité literatury:** 119

**Abstrakt:** Noční můry jsou sny typické negativním obsahem a předčasným probuzením. Smyslem této studie bylo prokázat souvislost nočních můr s propustností hranic v mysli, traumatickými zkušenostmi a se vztahovou vazbou. Výzkumu se zúčastnilo 297 osob (237 žen a 60 mužů) z klinické i neklinické populace. Byly použity následující dotazníky: Index závažnosti znepokojivých snů a nočních můr, Dotazník na následky nočních můr, Dotazník mentálních hranic-18, Seznam traumatických symptomů-40 a Škála prožívání blízkých vztahů. Byla prokázána souvislost mezi závažností nočních můr a kvalitou života. Dále byl nalezen vztah mezi tenkými hranicemi v mysli, příznaky traumatu, vztahovou úzkostností a vztahovou vyhýbavostí k závažnosti nočních můr. Vliv pohlaví na závažnost nočních můr prokázán nebyl. Byl však zjištěn rozdíl mezi souborem z neklinické populace, osobami s poruchami afektivity a osobami s poruchami příjmu potravy.

**Klíčová slova:** noční můry, hranice v mysli, trauma, vztahová úzkostnost, vztahová vyhýbavost

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Nightmares in relation to boundaries in the mind, traumatic experiences and attachment

**Author:** Mgr. Bc. Vladimíra Šídlová

**Supervisor:** PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová

**Number of pages and characters:** 98 pages, 180359 characters

**Number of appendices:** 11

**Number of references:** 119

**Abstract:** A negative content and a precocious awakening are the typical features for the nightmares. The aim of this study was to demonstrate a correlation between severity of nightmares and boundary permeability, traumatic experiences and attachment. 297 persons were involved in the study (237 women and 60 men), from clinical and nonclinical population. Several types of questionnaires were used, such as: The Disturbing Dream and Nightmare Severity Index, The Nightmare Effect Survey, Boundary Questionnaire-18, Trauma Symptom Checklist-40, Experiences in Close Relationships. The correlation between nightmare severity and quality of life was found. Moreover, a relation of thin boundaries, trauma symptoms, attachment anxiety and attachment avoidance to the severity of nightmares was found. An effect of sex on nightmare severity wasn't demonstrated. However, a difference between the sample from the clinical population, persons with affectivity problems and persons with eating disorders was found.

**Key words:** nightmares, boundaries in the mind, trauma, attachment anxiety, attachment avoidance

## **Příloha 3:**

### **Žádost o spolupráci na výzkumném projektu**

Prosíme o spolupráci při výzkumu „Noční můry ve vztahu k hranicím v mysli, traumatickým zkušenostem a vztahové vazbě“.

Cílem výzkumu bude ověřit souvislost mezi frekvencí nočních můr, propustností hranic v mysli, možnému prožití traumatu a vztahovou vazbou. Tento výzkum má umožnit orientaci v etiopatogenezi nočních můr. Výzkum může v budoucnosti pomoci lidem, kteří trpí nočními můrami nebo zlými sny a také lidem, kteří prožili traumatickou zkušenost.

Výzkum probíhá formou dotazníků, k jejichž vyplnění je třeba přibližně 30 min času. Účast na výzkumu je dobrovolná a anonymní.

Výzkum je zaštitěn Katedrou psychologie Univerzity Palackého v Olomouci a bude použit v rámci magisterské diplomové práce.

Řešitelkami projektu jsou Mgr. Bc. Vladimíra Šídlová, která provede sběr dat a jejich vyhodnocení, a PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová, která je supervizorkou výzkumu a tématikou snů a nočních můr se dlouhodobě zabývá.

V případě doplňujících otázek kontaktujte Mgr. Bc. Šídlovou emailem: vladkasidlo@seznam.cz, případně telefonicky na čísle: 604868776.

Děkujeme za Vaši ochotu.

Mgr. Bc. Vladimíra Šídlová

PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová

## **Příloha 4: Úvodní dopis**

Dobrý den,

prosím o spolupráci při výzkumu nočních můr a možných příčin jejich výskytu, který bude součástí magisterské diplomové práce na Katedře psychologie Univerzity Palackého v Olomouci.

Výzkum probíhá formou dotazníků, k jejichž vyplnění je třeba přibližně 30 min času. Účast na výzkumu je dobrovolná, v průběhu výzkumu je možné odstoupit. Získaná data jsou anonymní. Vyplňte prosím všechny položky.

V případě nejasností nebo dotazů ohledně výzkumu mě neváhejte kontaktovat na emailu: [vladkasidlo@seznam.cz](mailto:vladkasidlo@seznam.cz).

Děkuji za Vaši ochotu a za Váš čas strávený vyplněním dotazníků.

Řešitelka výzkumu: Mgr. Bc. Vladimíra Šídlová

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová

## **Příloha 5:**

### **Souhlas s účastí na výzkumu**

Souhlasím s účastí na výzkumu s názvem Noční můry ve vztahu k hranicím v mysli, traumatickým zkušenostem a vztahové vazbě.

Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány. Jsem informován/a o tom, že získané údaje budou anonymní a budou použity jen pro účely výzkumu.

Měl/a jsem možnost vše si řádně zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a uspokojivou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce v průběhu výzkumu odstoupit.

Jméno, příjmení a podpis řešitele výzkumného projektu:

Mgr. Bc. Vladimíra Šídlová

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu:

\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_



**Přílohy 6 – 9:**

**Plné znění použitých metod je uvedeno v tištěné verzi práce.**

**Příloha 10: Korelační matice proměnných (Spearman, N = 297)**

Proměnná	<i>DDNSI</i>	<i>BQ-18</i>	<i>TSC-40</i>	<i>Vyhýbavost</i>	<i>Úzkostnost</i>
<i>DDNSI</i>	1,00	0,42	0,50	0,19	0,26
<i>BQ-18</i>	0,42	1,00	0,55	0,25	0,34
<i>TSC-40</i>	0,50	0,55	1,00	0,47	0,48
<i>Vyhýbavost</i>	0,19	0,25	0,47	1,00	0,22
<i>Úzkostnost</i>	0,26	0,34	0,48	0,22	1,00

## Příloha 11: Ukázka výchozích dat

účastník	skupina	pohlaví	věk	vzdělání	DNISI	NES	BQ-18	disociace	anxieta	deprese	SATI	spánek-por	sex:probl.	TSC-40	AVOIDAN ANXIETY
208	1	2	27	18	0,5	2	33	3	7	3	2	7	4	24	71
209	1	1	63	17	0,083333	0	17	3	3	10	1	7	3	25	45
210	1	2	57	19	0,083333	0	27	4	5	5	5	9	4	27	45
211	1	2	48	18	3,75	2	28	0	7	11	0	9	0	28	56
212	1	2	18	12	0,833333	0	40	5	8	4	2	9	2	29	79
213	1	2	22	16	0,5	0	47	5	7	8	3	13	1	37	77
214	1	2	28	19	3,5	2	47	2	6	12	5	10	6	36	83
215	1	2	21	15	4,75	2	50	5	7	9	3	9	4	36	33
216	3	2	21	15	21	9	37	11	17	19	7	15	0	64	47
217	3	2	24	14	21	18	44	13	17	23	17	14	13	84	98
218	3	2	19	13	8	7	31	2	8	12	4	9	8	38	64
219	3	1	24	18	3,5	5	34	7	14	23	7	15	9	67	75
220	3	2	23	14	14	5	20	7	17	19	3	11	2	58	79
221	3	2	29	13	11,75	4	37	6	17	16	6	12	7	63	88
222	3	2	21	13	8	7	42	7	13	24	9	13	13	74	71
223	3	2	22	14	0	0	42	14	19	22	16	12	16	86	84
224	3	2	29	13	16	22	42	12	18	20	12	13	7	69	69
225	2	2	55	13	9,5	20	21	7	17	19	13	13	14	71	78
226	2	1	46	13	0	0	33	8	9	15	8	15	10	56	56
227	3	2	19	13	0,416667	0	32	9	9	18	11	7	18	66	59
228	2	2	42	14	17	20	37	12	20	19	13	13	10	72	92
229	2	2	37	12	12,5	16	43	15	16	18	12	15	18	80	78
230	2	2	42	12	18	13	26	16	19	22	14	16	11	87	107

Vysvětlivky:

Skupina: 1 – neklinický soubor, 2 – soubor s úzkostně depresivní symptomatikou, 3 – soubor s poruchami příjmu potravy

Pohlaví: 1 – muži, 2 - ženy