

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Hekrova 805, 149 00 Praha 4



Emoční regulace u osob s vybranými poruchami nálady

Bc. Lucie Karvanová

Diplomová práce

Studijní program: Jednooborová psychologie

Vedoucí práce: Mgr. Julie Pikola

Praha 2023

Prague College of Psychosocial Studies

Hekrova 805, 149 00 Praha 4



Emotion regulation in individuals with selected mood disorders

Bc. Lucie Karvanová

Diploma Thesis

Field of Study: Psychology

Diploma Thesis Supervisor: Mgr. Julie Pikola

Prague 2023

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 31. 7. 2023

.....

Bc. Lucie Karvanová

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Julii Pikole za vedení práce, laskavý přístup a její odborné připomínky. Děkuji Mgr. Ondřejovi Vaníčkovi. Velice děkuji respondentům.

ANOTACE

Tato diplomová práce se zabývá souvislostí emoční regulace s poruchami nálad. Cílem této práce je zjistit, zda užívání jednotlivých adaptivních a maladaptivních strategií emoční regulace se objevuje u jednotlivých oblastí a symptomů poruch nálad. Dalším cílem je zjistit, zda pohlaví, věk, vzdělání a povolání souvisí se způsobem regulace emocí. Teoretická část je zaměřena na emoční regulaci, kognitivní emoční regulaci, poruchy nálad a na výzkumy této problematiky. V empirické části je popsána metodologie kvantitativního výzkumu, kterého se zúčastnilo 576 respondentů a skládá se z baterie dotazníků: ERQ (dotazník na emoční regulaci), CERQ (dotazník na kognitivní emoční regulaci), STAI-X-2 (dotazník na úzkostné symptomy), BDI-II (Beckův inventář deprese).

Klíčová slova

emoce, emoční regulace, poruchy nálad, ERQ, CERQ, BDI-II, STAI-X-2

ABSTRACT

This diploma thesis examines the association of emotion regulation with mood disorders. The aim of this thesis is to examine whether the use of particular adaptive and maladaptive emotion regulation strategies is found in different areas of mood disorders and symptoms. Further, the aim is to examine if gender, age, education and profession are related to emotion regulation. The theoretical section focuses on emotion regulation, cognitive emotion regulation, mood disorders, and research in this area. The empirical part presents the methodology of the quantitative research, which involved 576 respondents and consisted of a battery of questionnaires: the ERQ (*the Emotion Regulation Questionnaire*), CERQ (*the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*), STAI-X-2 (*The State-Trait Anxiety Inventory*), BDI-II (*the Beck Depression Inventory*).

Key Words

emotions, emotion regulation, mood disorders, ERQ, CERQ, BDI-II, STAI-X-2

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Emoční regulace	10
1.1 Stručný popis afektivních jevů	10
1.2 Emoční regulace	12
1.3 Fáze emoční regulace.....	13
1.4 Strategie emoční regulace	15
1.5 Adaptivní strategie emoční regulace.....	16
1.6 Maladaptivní strategie emoční regulace	17
1.7 Emoční regulace u psychických poruch	18
1.8 Výzkumy emoční regulace	20
2 Kognitivní emoční regulace	25
2.1 Kognitivní emoční regulace.....	25
2.2 Strategie kognitivní emoční regulace	26
2.3 Výzkum kognitivní emoční regulace	28
3 Poruchy nálad	32
3.1 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	32
3.1.1 Fobické úzkostné poruchy	33
3.1.2 Jiné anxiózní poruchy (úzkostné poruchy)	34
3.1.3 Obsedantně-nutková porucha.....	35
3.1.4 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení.....	35
3.1.5 Somatoformní poruchy	37
3.2 Afektivní poruchy (poruchy nálad).....	38
3.2.1 Deprese	39
3.2.2 Bipolární afektivní porucha	40
EMPIRICKÁ ČÁST	41
4 Metodologie výzkumu	41
4.1 Výzkumný problém	41
4.1.1 Emoční regulace a psychické poruchy.....	41
4.1.2 Faktory působící na emoční regulaci	42
4.2 Cíle výzkumného šetření	43

4.3	Zkoumané proměnné	43
4.4	Hypotézy	44
4.5	Výzkumný soubor	45
4.6	Technika sběru dat	48
4.7	Dotazníkové šetření	51
4.8	Analýza dat	53
5	Výsledky	55
5.1	Emoční regulace a psychické poruchy	55
5.2	Klinická a neklinická populace	57
5.3	Faktory působící na emoční regulaci	60
5.4	Shrnutí výsledků	62
6	Diskuse.....	63
6.1	Emoční regulace a psychické poruchy	63
6.2	Faktory působící na emoční regulaci	65
ZÁVĚR	68
Seznam zdrojů	70
Seznam tabulek	77
Seznam grafů	78
Přílohy	I

ÚVOD

Emoční regulace hraje významnou roli v životech každého z nás. To, jak regulujeme vlastní emoce, determinuje, do jaké míry jsme schopní čelit nejrůznějším výzvám a fungovat v nejrůznějších životních situacích. Emoční prožívání je základem duševní pohody či psychických obtíží. Emoční regulace je zcela jistě velice komplexním procesem, který je ovlivněn mnoha aspekty. Emoční regulaci lze rozdělit na řadu strategií. Klíčové je dělení strategií na adaptivní a maladaptivní. Adaptivní emoční regulace je spojována s duševní pohodou a funkčností, naopak maladaptivní emoční regulace je pokládána za příčinu mnoha duševních poruch. Tento výzkumný projekt je zaměřen na mapování emoční regulace a kognitivní emoční regulace u osob s poruchami nálad. Poruchy nálad jsou především rozděleny na tři hlavní oblasti: neurotické, somatoformní, stresové, dále poruchy afektivní a poslední oblastí je kombinace těchto poruch. Konkrétní strategie emoční regulace byly zjišťovány pomocí dotazníku měřícího emoční regulaci (*the Emotion Regulation Questionnaire*) a dotazníku měřícího kognitivní emoční regulaci (*the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*). Prvním cílem tohoto výzkumného šetření je zjistit, zda je jedna ze strategií emoční regulace typická pro určenou oblast poruchy či konkrétní diagnózu. Druhým cílem je porovnat modulaci emocí u klinické populace a lidí bez diagnostikované poruchy. V tomto výzkumném šetření byly měřeny symptomy poruch nálad. Ke zjištění depresivních symptomů byl využit Beckův inventář depresivních symptomů, 2. revize (*the Beck Depression Inventory-II*). Ke změření úzkostnosti byl využit Inventář úzkostných stavů (*the State-Trait Anxiety Inventory-X 2*). Třetím cílem je zjistit, zda souvisejí depresivní a úzkostné symptomy s jednotlivými strategiemi modulace emocí. Jedním z posledních cílů je prozkoumat, zda se v emoční regulaci liší ženy a muži. Tato práce se dále zabývá tím, zda obor, ve kterém jedinec působí, míra vzdělání a věk ovlivňuje jeho způsob emoční regulace. V teoretické části je cílem prezentovat aktuální teoretické poznatky, aby bylo možné porozumět části praktické. V úvodních kapitolách jsou popsány afektivní jevy, emoční regulace, jednotlivé strategie a výzkumy, které se touto oblastí zabíraly. Dále je popsána kognitivní emoční regulace a jednotlivé způsoby regulování. V poslední sekci teoretické části jsou popsány oblasti poruch nálad a jednotlivé diagnózy k nim se vztahující. V empirické části je popsána metodologie celého výzkumného šetření, výběr vzorku respondentů. Na závěr jsou prezentovány a diskutovány výsledky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Emoční regulace

1.1 Stručný popis afektivních jevů

V této kapitole budou uvedeny a definovány afektivní procesy. Klíčové je nastínit základy teorie pro snazší pochopení procesu emoční regulace.

Afektivní jevy řadíme do primárních psychických procesů. Tyto jevy dělíme na afekty, emoce a nálady. Dílčí afektivní jevy se mezi sebou liší zejména délkou trvání, funkcí a intenzitou (Poláčková, 2018).

Pro definici afektu existují dvě základní pojetí. První pojetí afektu, které se využívá zejména v českém prostředí, ve forenzní psychologii (Poláčková, 2018) a Plháková (2003) ho definuje, jako „velmi silné, bouřlivě probíhající emoce, jež se projevují zúžením vědomí, oslabením racionální kontroly, poruchami motorické koordinace a mohutným vegetativním doprovodem.“ (s. 401-402). Druhé pojetí afektu vysvětluje afekt, jako základní komponentu veškerých afektivních jevů (Poláčková, 2018). Podle Scherera (1984) se veškeré citové prožívání skládá z afektů a afekty s sebou přinášejí informaci ohledně libosti či nelibosti afektivního jevu. Zároveň je nutné podotknout, že afekt nemusí být detekovatelný v prožívání a oproti ostatním afektivním jevům nemá signální funkci (Manstead & Oatley, 2000).

Oproti afektu jsou emoce velice komplexními jevy. Jejich základem je citlivost a proměnlivost. Jednotlivé emoce se mezi sebou v mnoha směrech liší, ale většina z nich má společné rysy (Stuchlíková, 2002). Emoce jsou intenzivní, citově zabarvené prožitky, které mají relativně krátkou délku trvání (Frijda, 1988). Emoce mají informativní charakter, tedy signální funkci (Tooby et al., 2015) a povětšinou zjistitelnou příčinu, která nemusí být nutně uvědomovaná (Frijda, 1988).

David Matsumoto definuje emoce takto: „Emoce vybarvují naše životní zkušenosti. Informují nás o tom, kdo jsme, jaké jsou naše vztahy s jinými lidmi a jak se chovat. Emoce dávají událostem v našem životě smysl.“ (2016, s. 225)

Emoce se vyznačují, jako změny v několika dimenzích. Mění se chování, fyziologie, mají určitou intenzitu a délku, frekvenci (Stuchlíková, 2002). Podle Slaměníka (2011) se emocionální proces skládá ze čtyř komponent. První komponentou je podnětová

situace, ze které emoce vzniká. Jedná se o situaci, která je pro jedince nějakým způsobem významná. Významná situace se vyznačuje tím, že jsme interpersonálně nebo intrapersonálně motivováni dosáhnout nějakého cíle. Další komponentou je vlastní vědomý prožitek, při kterém pocítujeme polaritu emoce (libost a nelibost). Následně se emoční prožitek projeví na fyziologické úrovni (*arousal*). Poslední komponentou je samotné chování, které vyvstává z emocionálního prožitku (Slaměník, 2011).

Emoce mají významný vliv v našich životech. Jsou to biologicky podmíněné reakce, u kterých se může zdát, že jdou mimo naši kontrolu. Ale zároveň prožívání emocí našich i ostatních jedinců běžně ovlivňujeme, a formujeme včetně jejich projevů. Emoce mají přímý vliv na mnoho dalších základních psychických procesů, jakými jsou paměť, rozhodování, chování (Gross & Muñoz, 1995).

Emoce jsou velice důležitou součástí lidského života. Bez nich bychom neprožívali radost z vítězství nebo utrpení z porážky, ani lásku nebo zoufalství ze ztráty. Emoce nám umožňují efektivně reagovat na nejrůznější výzvy, s nimiž se setkáváme (Lazarus, 1991). Nejsou však pouze užitečné. Mohou být naopak destruktivní, a to v případě, že je prožíváme v nevhodné míře nebo kontextu (Gross & Jazaieri, 2014).

V souvislosti s emoční regulací je klíčové zmínit kognitivní model emocí podle Frijdy a Mesquity (1992). Emoce v tomto modelu obsahuje sedm základních komponent. První komponentou je podnětová událost (*antecedent event*), což stejně jako podle Slaměníka (2011) je subjektivně významná událost, na kterou jedinec reaguje (Mesquita & Frijda, 1992). Určité skupiny jedinců se setkávají s odlišnými událostmi a také na ně individuálním způsobem reagují. Poté následuje kódování události (*event coding*), což je kognitivní zarámování do pochopitelného schématu, které se liší v návaznosti na kulturní prostředí, ve kterém jedinec žije. Následně jedinec situaci hodnotí (*appraisal*) vzhledem k aktuálnímu stavu (*well being*) a jeho možnostem, jak se se situací vypořádat. Poté následuje fyziologická autonomní reakce (*Physiological reaction pattern*). Zde záleží na předešlé zkušenosti, očekávání a typu emoce. Po tom, co je aktivizována tělesná složka emočního prožitku nastává připravenost jednat (*action readiness*). Konkrétní připravenost jednat se liší dle typu emoce. Připravenost jednat se transformuje do emočního chování (*emotion behavior*). Poslední velmi významnou komponentou v kognitivním modelu je emoční regulace (*regulation*). Jedná se o modulaci emočního

prožitku, která může mít vliv na veškeré předchozí komponenty (Mesquita & Frijda, 1992).

Posledním typem afektivních jevů jsou nálady. Jsou to jevy, které jsou z hlediska prožívané intenzity slabší než emoce a z hlediska času naopak delší než emoce (Morris, 2000). Nálada má stejně, jako emoce komponenty: subjektivní prožitek, fyziologické změny, kognitivní, motivační a behaviorálně expresivní a regulační komponentu (Poláčková, 2018). Náklady nemusejí mít nutně definovatelnou příčinu, ale mohou přinášet důležitou informaci ohledně kondice našeho vnitřního emočního prožívání (Morris, 2000). Také s sebou mohou přinášet informaci o našem aktuálním energetickém kapitálu, kterým je potřeba šetřit nebo jej naopak nějakým způsobem využít, a zareagovat tak na změny ve vnějším prostředí (Lazarus, 1991).

V této podkapitole byly definovány afektivní jevy: afekty, emoce a nálady. V kapitole následující bude popsána emoční regulace.

1.2 Emoční regulace

Ústředním tématem této diplomové práce je emoční regulace, proto je klíčové si pojem definovat. Emoční regulace je pojem, který je mnohoznačný. Podle Grosse je emoční regulace proces, kterým jedinec ovlivňuje, jaké emoce prožívá, kdy a jak je prožívá a také jak je projevuje. Tento proces může být automatický nebo řízený, vědomý nebo nevědomý (Gross, 1998).

Emoční regulace se týká vnitřních i vnějších procesů. Neboli jedinec reguluje vlastní emoce, ale také emoce druhých, např. když uklidňujeme plačící dítě (Gross & Thompson, 2007).

Regulace emocí se skládá z vnějších a vnitřních procesů odpovědných za monitorování, vyhodnocování a modifikaci emočních reakcí. Modifikace je cílená změna intenzity nebo délky emočního prožitku s cílem dosáhnout svých subjektivních cílů v dané situaci (Thompson, 1994).

Regulace emocí znamená snižování nebo zvyšování pocíťované intenzity emoce, ale i její prodlužování nebo zkracování. Regulujeme negativní i pozitivní emoce. U negativních emocí je zřejmé, že jsme motivováni eliminovat míru a dobu prožívaného strachu, bolesti, hněvu, smutku apod. Zároveň však můžeme regulovat negativní emoce i tak, že jejich intenzitu zvyšujeme (např. při náročném kognitivním úkolu si zvyšujeme

míru stresu, abychom maximalizovali výkon). Snižujeme pocíťovanou intenzitu i pozitivních emocí, např. když se snažíme maskovat, že nám druhý člověk připadá atraktivní, ale v dané situaci není vhodné emoce projevit (Gross, 2013).

Podle Bargha a Williamse (2007) je emoční regulace definována jako procesy, prostřednictvím kterých jedinci vědomě i nevědomě moduluji své emoce. Jsou to hodnotící, percepční a motivační systémy, jež udržují jedince v kontaktu s prostředím. Pokud jsou vědomé procesy zaměřeny jiným směrem, než na vnímaný podnět, tak přichází na řadu nevědomé strategie emoční regulace. Nevědomé strategie pracují okamžitě při setkání se s podnětem, který má pozitivní nebo negativní valenci (Bargh, 2007).

Existuje mnoho definic emoční regulace. Ale dle Poláčkové Šolcové (2018) se autoři shodují na tom, že je to proces, který má svůj cíl a funkci. Také se projevuje na psychické, fyziologické a sociální úrovni. Má svou dynamiku, délku a intenzitu. Emoční regulace je ovlivňována motivací a kognitivními funkcemi, zkušenostmi a situačním kontextem jedince (Poláčková, 2018).

V této kapitole bylo uvedeno několik definic emoční regulace, jejich odlišnosti a co je spojuje. V následující kapitole budou popsány konkrétní fáze procesu emoční regulace.

1.3 Fáze emoční regulace

V této kapitole bude popsána dynamika a konkrétní fáze procesu emoční regulace.

Gross (2015) vytvořil procesní model emoční regulace. V první fázi emoční regulace probíhá valuace (proces hodnocení), ve kterém jedinec určuje, co je pro něj dobré, a co není. V této fázi jedinec porovnává aktuální vnímání situace se situací, po které touží, což vede k hodnocení. Právě emoce jsou zodpovědné za dané hodnocení (Gross, 2015).

Ford a Gross (2018) se zabývali procesem emoční regulace. Ve svém výzkumu označují jednotlivé komponenty procesu následovně: W - svět, P - vnímání, V - hodnocení, A - akce. Autoři popisují fungování valuace následovně. Jedinec se dostane do kontaktu se světem (W). Světem se myslí vnitřní či vnější prostředí. Toto prostředí jedinec vnímá (P) a hodnotí (V). Jedinec může hodnotit svět pozitivně, nebo negativně a může mu přikládat důležitost ve vztahu s vytouženým prostředím.

Následuje motivace k činnosti (A) s cílem odstranit rozdíl mezi realitou a vysněným světem. V kontextu emoční regulace, svět představuje emocionálně podnětovou situaci (W), kterou jedinec vnímá (P) a hodnotí (V) a na základě valuace vzniká emoční reakce (A) (Ford & Gross, 2018).

Proces emoční regulace probíhá, tak že vznikne emoce (W), je vnímána (P), následně probíhá vyhodnocení, zda je potřeba prožitek regulovat (V) a v posledním kroku probíhá aktivizace (A), která má podpořit regulaci emoce (Ford & Gross, 2018).

Podle Grosse a Forda (2018) má emoční regulace 4 etapy. Obecně začíná proces emoční regulace identifikací toho, zda je potřebné pocíťovanou emoci modulovat či regulovat. Další fáze je selekce, při které si jedinec vybírá obecně strategii regulace emoce. Navazující fází je implementace, při níž je vybírána konkrétní strategie a v situaci ji jedinec aplikuje. Poslední fází je monitorace, při které jedinec posuzuje benefity modulace a uvažuje o dalších krocích (ukončit modulaci či změnu procesu apod.) (Ford & Gross, 2018). Pro úplné pochopení procesu, popíšu jednotlivé fáze níže.

Fáze identifikace rozhodovací a hodnotící proces, kdy jedinec posuzuje, zda je potřeba emoci regulovat. Klíčovými úkoly ve fázi identifikace je detekovat emoci (P), dále určit, zda je emoce dostatečně negativní k tomu, aby byla regulována (V) a pokud splňuje podmínky, tak přichází aktivace (A) s cílem emoci regulovat, což mění vnitřní svět (W) (Ford & Gross, 2018).

Další fází je selekce, při níž probíhá výběr konkrétní strategie emoční regulace, která bude použita. Vnímání (P) má pomoci představit strategie emoční regulace (např. kognitivní změna) a také přinést informace ohledně situace (parametry situace, intenzita emoce atd.). Následuje hodnocení (V), při kterém se odhaduje rozdíl výdajů a přínosů užitím konkrétní strategie emoční regulace. Pokud je výsledné hodnocení pozitivní, je strategie emoční regulace použita (A), což mění situaci (W) (Ford & Gross, 2018).

Ve fázi implementace je zvolena konkrétní dílčí forma strategie emoční regulace, vhodná pro danou situaci (např. pozitivní přehodnocení). Cílem vnímání (P) je přinést klíčové mentální reprezentace související s kontextem situace a předložit konkrétní strategie. Následně probíhá zhodnocení (V), což se děje podobně jako v předešlých etapách, zejména po vyhodnocování zisků a ztrát, použitím konkrétní taktiky strategie

emoční regulace. Pokud se jedinci vyplatí konkrétní strategii využít, proběhne aktivace (A) a regulace je realizována. Tento krok je velmi důležitý, protože na něm závisí úspěšnost celého procesu (Ford & Gross, 2018).

Poslední fází je monitorace. Monitorování celého procesu a jeho úspěšnosti. V této etapě se jedinci rozhodují, zda proces posílí, či ukončí (Ford & Gross, 2018).

V této kapitole byl popsán proces a jednotlivé fáze emoční regulace. V následující kapitole budou popsány jednotlivé strategie emoční regulace.

1.4 Strategie emoční regulace

V této kapitole budou popsány konkrétní strategie emoční regulace, které jsou klíčové pro toto výzkumné šetření.

John Gross (2015) uchopil emoční regulaci, jako proces. Výsledkem výzkumů je procesní model, který napomáhá k identifikaci adaptivnosti (spojováno s duševním a fyzickým zdravím) a efektivnosti (dosahování cílů) používaných strategií emoční regulace (Gross, 2015).

Podle procesního modelu (Gross, 2015) začíná proces emoční regulace nesouladem mezi cílovým stavem (tj. emočním stavem, který si jedinec přeje) a skutečným (nebo předpokládaným) stavem. Pokud je zjištěn nesoulad mezi stavy, je to příležitost k emoční regulaci. Následně probíhá volba strategie emoční regulace a ta je pak uplatněna pomocí specifických taktik. Celý proces je vnitřně monitorován, protože je třeba hodnotit, zda emoční regulace napomáhá dosahování subjektivních cílů (Gross, 2015).

Podle Grosse (2015) se emoce noří v momentě, kdy se setkáváme se subjektivně relevantní situací (*situation*), následně se zaměříme na dílčí aspekty situace (*attention*), pak situaci hodnotíme ve vztahu k vlastním cílům (*appraisal*) a v poslední řadě přichází fyziologická, behaviorální a prožitková reakce (*response*). Pokud vnímáme, že je potřeba emoce modulovat, používáme strategie emoční regulace, které jsou rozděleny dle fáze noření emoce (Gross, 2015).

Modulujeme vlastní emoce samotným výběrem situace (probíhá pravděpodobnostní odhad vzniku chtěné nebo nechtěné emoce). Pokud se nacházíme v nepříjemné situaci, nastává cílená situační modifikace vlastního chování. Pokud jsme v situaci, kdy je potřeba modulovat emoce, nejčastěji odvádíme pozornost (např. unikáme

do fantazie či ke vzpomínkám). Při hodnocení situace využíváme strategii emoční regulace přerámování neboli kognitivní změnu. V poslední fázi noření se emoce modulujeme reakci neboli expresi (Gross, 2015).

Konkrétní strategie emoční regulace, která se používá při výběru situace je vyhýbání (*avoidance*), což je odmítnutí se účastnit např. emočně vypjatého rozhovoru. Při situační modifikaci je vznášena přímá žádost (*direct request*). To znamená, že jedinec podnikne kroky k přímému ovlivnění situace, do které je zapojen (např. žádost o přesunutí rozhovoru do soukromí). Pokud je odváděna pozornost je možné se rozptýlit (*distraction*). Jedinec obrátí pozornost dovnitř či ven a soustředí se na aspekty, které nejsou emočně vypjaté. Nebo může proběhnout ruminace (*ruminaton*), což znamená, že je pozornost přesunuta na příčiny a důsledky vzniklých emocí (pozornost je soustředěna na vybrané sekvence rozhovoru). V rámci kognitivní změny nastává kognitivní přehodnocení (*cognitive reappraisal*) a akceptace (*acceptance*). Kognitivní přehodnocení znamená, že jedinec přehodnocuje emočně vypjatou situaci a svoje cíle v ní (např. při pohovoru si řekne, že musí zůstat klidný, protože o práci opravdu stojí). Akceptace je přijímání vlastních emocí bez hodnocení. Ve fázi modulace reakce je možné potlačit expresi (*expressive suppression*) anebo uskutečnit fyziologickou intervenci (*physiological intervention*). Potlačení exprese je utlumení výrazové složky emocí. Neboli jedinec neprojeví emoci výrazem a setrvá expresivně v neutralitě, ačkoliv emoci prožívá. Jedinec může přímo ovlivňovat například rychlost a hloubku svého dechu, což je jev, který je označován, jako fyziologická intervence (Gross, 2015).

Výše byly popsány jednotlivé strategie emoční regulace dle autora Johna Grosse (2015), který se velmi zajímá o výzkum emoční regulace. Následující kapitola je věnována adaptivitě konkrétních strategií emoční regulace.

1.5 Adaptivní strategie emoční regulace

Níže budou popsány strategie emoční regulace a jejich adaptivita.

Konkrétní strategie emoční regulace lze rozdělit na adaptivní a maladaptivní. Adaptivní strategie emoční regulace vedou ke zmírnění stresu a napomáhají duševní pohodě (Gross, 2015). Každá strategie může být adaptivní či maladaptivní, ale záleží na konkrétní situaci, emoci a individuálním kontextu (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012). Obecně se za adaptivní považuje strategie přehodnocování, řešení problému a akceptace.

Přehodnocení zahrnuje generování příznivých nebo pozitivních interpretací nebo perspektiv na problém. Také vede ke zlepšování emoční regulace (Gross, 1998). Strategie orientovaná na řešení problému eliminuje stresory. Může se jednat o krátkodobé zaměření na zvládnutí stresové situace, nebo snaha o eliminaci negativních důsledků problému. Výzkum akceptace jako strategie emoční regulace naznačuje, že použití této strategie podporuje úspěšné zpracování emoce (Hayes et al., 1999). Užívání adaptivních strategií emoční regulace (přehodnocení, řešení problému a akceptace) se považuje za protektivní faktor před vznikem psychických poruch (Aldao & Nolen-Hoeksema et al., 2010).

Výše byly popsány adaptivní strategie emoční regulace a jejich rozdělení. V následující kapitole budou popsány maladaptivní strategie emoční regulace.

1.6 Maladaptivní strategie emoční regulace

V této kapitole jsou popisovány maladaptivní strategie emoční regulace.

Maladaptivní strategie emoční regulace jsou techniky zvládnání emocí, které nejsou efektivní či jsou dokonce kontraproduktivní a mohou vést k negativním dopadům na psychické zdraví (Aldao & Nolen-Hoeksema et al., 2010). Podle Becka (1976) jsou maladaptivní strategie emoční regulace jádrem stresu. Mezi maladaptivní strategie emoční regulace patří emoční potlačování a vyhýbání se (Aldao & Nolen-Hoeksema et al., 2010).

Gross se ve svém modelu (1998) zaměřuje především na potlačování emočních projevů a tvrdí, že ačkoli potlačení emočního projevu může krátkodobě vést k eliminaci negativního prožívání, tak dlouhodobě je méně efektivní při modulaci fyziologických projevů (Gross & Thompson, 2007). Hayes et al. (1999) se zabývali vyhýbáním se a potlačováním celé škály psychických prožitků, včetně myšlenek, emocí a pocitů, vzpomínek a nutkání. Jejich výsledky naznačují, že vyhýbání může vést k různým obtížím, počínaje problémy s náladou až po problémy s užíváním návykových látek, protože paradoxně zvyšuje výskyt negativních myšlenek (Wenzlaff & Wegner, 2000) a brání jedincům v uskutečnění potřebných kroků k úlevě (Hayes et al., 2004). Další maladaptivní strategií je ruminace. Někteří jedinci se namísto vyhýbání a potlačování negativních emočních prožitků zaměřují na opakované přemítání a prožívání emocí a jejich příčin a následků (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Tito jedinci přemítají o svých

obtížích, aby je vyřešili, ale bohužel naopak je ruminace spojována s umocněnou nerozhodností a brání pozitivnímu vyřešení problému (Ward et al., 2003).

Značné využívání maladaptivních strategií (potlačení, vyhýbání se, ruminace) emoční regulace se považuje za rizikový faktor při vzniku psychických poruch (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010).

Výše byly popisovány neadaptivní strategie emoční regulace, které jsou spojovány s psychickými obtížemi. V následující kapitole bude propojováno užívání konkrétních strategií u psychických poruch.

1.7 Emoční regulace u psychických poruch

V této kapitole jsou uvedeny jednotlivé strategie emoční regulace, které mají přímý vliv na duševní zdraví. Je zde prezentováno teoretické zakotvení významných autorů publikujících v této oblasti.

Optimální regulace emocí je základním předpokladem pro duševní zdraví (Gross & Muñoz, 1995). U psychických poruch je emoční regulace méně flexibilní, což zapříčiňuje mnoho souvisejících obtíží (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012). Duševní poruchy mohou souviset s nepohodou, kterou jedinci prožívají v pracovním procesu. V zaměstnání je často kladen důraz na produktivitu, čemuž předchází vlastní práce s myšlenkami (Mohou odvádět pozornost od pracovního úkolu.) a emocemi (Míněna je především emoční exprese ovlivňující běžné fungování jedince v pracovním týmu.). Další velice významnou oblastí života, která je spojována s duševním zdravím, je kvalitní sociální život. Základem přátelských a jiných intimních vztahů je výměna a sdílení emocí (Gross & Muñoz, 1995). Deficit nezbytný pro emoční regulaci může být zábranou v sociálním fungování (Riggio, 1986). Právě maladaptivní strategie emoční regulace jsou důvodem, který brání osobám s různými poruchami osobnosti navazovat dlouhodobé a uspokojivé vztahy (Cardona et al., 2021). Duševní zdraví je také spojováno s pocitem smysluplnosti, pocitem pohody a prožívání sebe sama jako integrovaného celku (Frankl, 1963). Schopnost modulovat emoce pod tlakem ze strany zaměstnavatele nebo společnosti je velmi významné, a právě v takových situacích se může stát, že jedinec psychicky onemocní. V náročných životních okamžicích se mohou vyčerpat psychické zdroje, pokud jedinec dostatečně nepracuje s vlastními emocemi. Právě v těchto okamžicích lidé mohou inklinovat

k maladaptivním strategiím emoční regulace, jako je např. zneužívání návykových látek nebo psychogennímu požívání (Gross & Muñoz, 1995).

Teoretické modely spojují adaptivní emoční regulaci s dobrým zdravotním stavem, s kvalitními vztahy, s úspěchem ve vzdělání a zaměstnání. Naopak maladaptivní emoční regulace je spojována s mnoha psychickými poruchami, jako je hraniční porucha osobnosti, depresivní porucha, bipolární afektivní porucha, generalizovaná úzkostná porucha, sociální fobie, poruchy příjmu potravy, poruchy spojené s užíváním alkoholu a drog (Brackett & Salovey, 2004).

Depresivní a úzkostné poruchy jsou považovány za důsledek obtíží v regulaci emocí (Campbell-Sills & Barlow, 2007). Konkrétně u osob s depresivními a úzkostnými poruchami se často vyskytuje velmi náročné období, ve kterém prožívají vysokou mírou stresu, ze kterého při nedostatečné regulaci může propuknout psychická porucha (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Se vznikem depresivních a úzkostných poruch je spojováno intenzivní využívání strategie emoční regulace, konkrétně ruminace (Nolen-Hoeksema et al., 2007). Nízké orientování na řešení problému (jedna ze strategií emoční regulace) je také spojováno s úzkostnými (Chang et al., 2009) a depresivními poruchami (Billings & Moos, 1981). Nízká akceptace, jako strategie emoční regulace je spojována se vznikem mnoha psychických poruch, ale především s generalizovanou úzkostnou poruchou (McLaughlin et al., 2007) a panickou poruchou (Tull & Roemer, 2007). Strategie vyhýbání může taktéž hrát svou roli v etiologii duševních poruch.

Na základě emoční regulace jsou jedinci schopní vhodně reagovat na požadavky okolního prostředí. Jak již bylo řečeno, emoční regulaci lze vysvětlit, jako kognitivní a behaviorální procesy, které ovlivňují výskyt, intenzitu, délku a expresi pozitivních a negativních emocí. Tyto kognitivní a behaviorální procesy mohou podpořit „up“ regulaci, což je zvýšená odpověď na určitý stimul či „down“ regulaci, což je snížená odpověď na určitý stimul. Právě tato zvýšená či snížená reaktivita na různé druhy podnětů hraje roli při vzniku psychických poruch (Campbell-Skills & Barlow, 2007).

Konkrétní mechanismy, jak dochází k dysregulaci emocí dosud nejsou objasněny (Benda, 2020).

V této kapitole bylo uvedeno, které ze strategií emoční regulace má vliv na duševní zdraví. V následující kapitole budou teorie dokládány výzkumy.

1.8 Výzkumy emoční regulace

V této kapitole jsou prezentovány stěžejní výzkumy, které se věnovaly emoční regulaci v souvislosti s duševním zdravím či poruchami.

Eftekhari et al. (2009) zkoumali vliv strategií emoční regulace, konkrétně vysokou míru potlačování exprese a nízkou úroveň strategie kognitivního přehodnocení na psychopatologii. Ve výzkumu byly zkoumány v jedné skupině ženy traumatizované, ve skupině druhé ženy bez traumatu. Výzkumné studie se zúčastnilo 295 žen ve věku 18-65 let, vysokoškolské studentky oboru psychologie. Průměrný věk byl 18,98, $SD=3,11$. Výzkum byl zaměřen na Posttraumatickou stresovou poruchu a naměřená data pomocí škály pro diagnostiku PTSD naznačují, že 157 žen utrpělo potenciálně traumatický zážitek. Zbýlých 98 žen zažilo vícekrát silně traumatickou událost (Eftekhari et al., 2009). Výzkum vycházel z Grosse a Johna (2003), kteří tvrdili, že vyšší míra exprese a nižší míra kognitivního přehodnocení vedou k vyššímu výskytu symptomů napříč psychickými poruchami (Gross & John, 2003).

Ve výzkumu byl použit dotazník emoční regulace (*the Emotion Regulation Questionnaire*, dále jen ERQ), dotazník měřící úroveň aktuální depresivity (*Beck Depression Inventory*, dále jen BDI), dotazník měřící míru úzkostnosti (*The State-Trait Anxiety Inventory*, dále jen STAI), škála k diagnostikování posttraumatické stresové poruchy (*Posttraumatic stress disorder diagnostic scale*, dále jen PDS), škála pro měření citlivosti úzkosti (*Anxiety Sensitivity Inventory*, dále jen ASI), subškála pro měření ruminace (*Ruminative response subscale*, dále jen RRS). Ve výsledku vyšly 4 skupiny v rámci zkoumání emoční regulace: ženy, které vysoce regulují své emoce, dále ženy, které silně či slabě své emoce potlačují, následně respondentky, které středně či slabě využívají strategii přehodnocení a v poslední skupině byly ženy, které své emoce příliš neregulují. Z výzkumu vyplývá, že ženy, které vysoce přehodnocují a nepatrně potlačují své emoce, uvádějí nižší míru depresivity a úzkosti, tedy symptomy posttraumatické stresové poruchy. Zatímco jedinci, kteří uváděli, že své emoce regulují méně, měli vyšší skóre při měření symptomů deprese a úzkosti. Jedinci, kteří intenzivně své emoce regulují, nebyli spojováni s nejvyššími, ani s nejnižšími skóre pro depresivitu a úzkostnost. Bylo objeveno, že závažnější forma PTSD souvisí s nižším kognitivním přehodnocením. Naopak s méně závažnou formou PTSD jsou spojováni jedinci, kteří využívají efektivně a často strategii přehodnocení a nepatrně své emoce potlačují (Eftekhari et al., 2009).

Z výzkumu také vyplývá, že jedinci mají buďto vysokou míru přehodnocování nebo potlačování a zároveň méně využívají druhou strategii. Vychází najevo, že specifická kombinace těchto dvou strategií může být velmi adaptivní. Lidé, kteří vysoce regulují své emoce, skórovali níže na škálách psychopatologie. Výzkumníci si výsledky vykládají v souvislosti s adaptibilitou jednotlivých strategií emoční regulace. Výzkum potvrzuje, že maladaptivní strategie emoční regulace (lidé, kteří své emoce méně nebo neefektivně regulují) vedou k vyššímu výskytu psychopatologie, a naopak adaptivní strategie vedou ke slabším symptomům úzkosti a deprese. Výzkumníci si výsledky vysvětlují tak, že flexibilní schopnost emoční regulace znamená, že tito lidé jsou schopní zareagovat na podmínky ve vnějším prostředí. Lépe tak zvládají úzkosti či deprese. Také předpokládají, že lidé trpící psychickou poruchou jsou vyčerpaní, tudíž nemají dostatek energie k regulování emocí. Konkrétně lidé trpící posttraumatickou stresovou poruchou jsou znečitlivělí a vyčerpaní z neustálého čelení velmi nepříjemným symptomům (Eftekhari et al., 2009).

Výzkumníci Dixon-Gordon et al. (2014) se při výzkumu emoční regulace v souvislosti s psychickými poruchami zaměřili na kombinaci konkrétních strategií emoční regulace a jejich vlivu na konkrétní symptomy (Dixon-Gordon et al. 2014). Podle Amelie Aldao (2013) se jednotlivé strategie emoční regulace objevují pospolu a umění užívat strategie na sobě závisí (Aldao, 2013). V tomto výzkumu byly kladeny dvě otázky. První otázka je, zda se lidé liší v užívání kombinací strategií ve stresových situacích a druhá otázka byla, zda tyto kombinace mají souvislost se symptomy vybraných poruch. Opět jim ve výzkumu vyšly skupiny: osob s nízkou regulací (N=168), jedinců, kteří vysoce regulují (N=140), jedinců, jež využívají adaptivní formu emoční regulace (N=140), lidí, kteří se hodně obávají a ruminují (N=96) a lidí, kteří se často vyhýbají (N=28). Ve spektru psychických poruch byla zkoumána deprese, úzkost, poruchy příjmu potravy a hraniční porucha osobnosti. Zkoumali 7 strategií emoční regulace (Dixon-Gordon et al. 2014).

Výzkumu se zúčastnilo 531 respondentů, z nichž 73,63 % bylo žen a zbytek muži. Výzkum byl proveden on-line na studentech vysokých škol. Výzkumníci požádali respondenty, aby si vzpomněli na 6 situací a určili úroveň úzkosti, smutku a hněvu. Pro každou kombinaci emocí měli popsat stres související s úspěchem, anebo se stresory související se sociálním životem. Následně hodnotili, do jaké míry využívali jednotlivé

strategie emoční regulace. Ze strategií emoční regulace byla zkoumána akceptace, kognitivní přehodnocení, řešení problémů, vyhýbání se situacím, expresivní potlačování a ruminace. Respondenti hodnotili, do jaké míry jednotlivé strategie využívají na bodové škále od 0= vůbec až do 3=hodně (Dixon-Gordon et al. 2014).

Pro měření symptomů psychických poruch využili dotazník měřící náladu a úzkostné symptomy (*the Mood and Anxiety Symptom Questionnaire-Short Form*, dále jen MASQ-SF). Vybrali subškály měřící depresi a úzkost a využili sebehodnotící inventář k měření sociální úzkosti (*the Fear of Negative Evaluation Scale*, dále jen BFNE). Dále zařadili dotazník pro měření symptomů hraniční poruchy osobnosti (*The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder*, dále jen MSI-BPD) a test pro měření poruch příjmu potravy (*The Eating Attitudes Test*, dále jen EAT-26). Z výsledků vyplývá, že lidé, kteří vysoce regulují své emoce, se silně obávají a ruminují a vykazují vyšší míru psychopatologie. Naopak lidé, kteří méně emoce regulují nebo adaptivně regulují své emoce, vykazovali slabší míru symptomů (Dixon-Gordon et al. 2014).

Výsledky tohoto výzkumu se liší oproti výsledkům výzkumu Eftekhariho (2019). U všech zmíněných poruch, vyjma poruch příjmu potravy, bylo zjištěno, že čím více jedinci své emoce regulují, tím udávají více symptomů psychických poruch. Výsledky si výzkumníci odůvodňují tím, že jedinci trpící poruchou jednoduše zažívají více distresu a potřebují naopak snížit úsilí o regulaci emocí (Dixon-Gordon et al. 2014). Lidé, kteří zažívají více intenzivní emoční prožitky, využívají více strategií emoční regulace (Barett et al., 2001). Výsledky také naznačují, že lidé, kteří vysoce regulují své emoce, používají mnoho strategií napříč situacemi, což je vykládáno tak, že nejsou flexibilní ve volbě jednotlivých strategií přiléhavých k situaci. Oproti tomu lidé, kteří méně regulují své emoce, vykazovali menší variabilitu strategií, což může naznačovat, že prožívají méně distresu a jsou více efektivní v regulaci svých emocí. V tomto výzkumu lidé, kteří využívají strategii vyhýbání se, neskórovali vysoko v míře vykazujících symptomů. Možná proto, že vyhýbání se stresovým situacím je krátkodobě adaptivní, ale z dlouhodobého hlediska škodlivé. Dále skupina lidí, kteří vysoce ruminují, projevovala vyšší míru úzkosti. Tato studie opakovaně prokazuje, že maladaptivní strategie emoční regulace má významný vliv na výskyt psychických poruch. Výzkum je zaměřen na dynamiku repertoáru strategií emoční regulace ve spojitosti s psychopatologií (Dixon-Gordon et al. 2014).

V této metaanalytické studii (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010) bylo shromážděno 114 studií, jež se zabývaly zkoumáním emoční regulace a vztahu k psychopatologii. Analyzován byl opět vztah maladaptivní emoční regulace a 4 oblastí psychopatologie (úzkost, deprese, poruchy příjmu potravy a závislosti). Mezi maladaptivní strategie emoční regulace byla zahrnuta ruminace, potlačování a vyhýbání se. Mezi adaptivní strategie emoční regulace patří akceptace, přehodnocení a řešení problému. Výsledky naznačují, že existuje významná souvislost mezi užíváním maladaptivních strategií emoční regulace a obecně psychopatologií (Symptomy lze nalézt v mnoha oblastech.). Také se zjistilo, že absence adaptivních strategií emoční regulace nesouvisí se vznikem psychopatologie, ale přítomnost maladaptivních strategií emoční regulace ano. V případě jednotlivých maladaptivních strategií se objevila souvislost u jednotlivých typů poruch. U ruminace byla objevena významná souvislost s depresí, s úzkostí a středně silný vztah k poruchám příjmu potravy. Autoři studie si tuto souvislost vysvětlují tak, že s úzkostí a jinými poruchami souvisí zvýšená citlivost vůči ohrožujícím podnětům. Vysoká citlivost vede k emoční dysregulaci a následně k distresu. Bylo zjištěno, že chronický distres vede k nadměrnému užívání alkoholu a jiných návykových látek. Obecně lze říct, že výsledky této objemné a významné metaanalýzy naznačují, že emoční regulace hraje významnou roli v etiologii duševních poruch (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010).

Další tým vědců (Schäfer et al., 2016) zkoumal strategie emoční regulace v návaznosti na depresivní a úzkostné symptomy u adolescentů. Výzkumný projekt je metaanalýzou, která shrnuje a analyzuje data z 35 studií. Strategie emoční regulace rozdělili autoři na adaptivní (kognitivní přehodnocení, řešení problémů a akceptace) a maladaptivní (vyhýbání se, potlačování a ruminaci). V této studii byla klíčová proměnná věk, který byl kontinuálním moderátorem v regresní metaanalýze (Schäfer et al., 2016). Cílem bylo blíže prozkoumat emoční prožívání u adolescentů. Období adolescence je kritická fáze ve vývoji z hlediska propuknutí symptomů mnoha psychických poruch. Tehdy se také povětšinou symptomy poprvé v životě jedince objevují (Lee et al., 2014). Zkoumány byly depresivní a úzkostné poruchy, protože v období adolescence jsou to nejčastěji se vyskytující typy psychických poruch (Polanczyk et al., 2015). Výsledky naznačují, že méně časté užívání adaptivních strategií emoční regulace a četnější užívání maladaptivních strategií kladně koreluje s depresivními a úzkostnými symptomy. Užívání adaptivní emoční regulace koreluje s menším výskytem symptomů. Opět z této studie vyšlo najevo, že maladaptivní emoční

regulace naopak pozitivně koreluje s vyšším výskytem úzkostných a depresivních symptomů. V případě konkrétních strategií bývá u úzkostí a depresí méně využívaná strategie akceptace, a značně využívaná ruminace a vyhýbání se. Se symptomy úzkostných a depresivních poruch souvisí veškeré strategie emoční regulace, tudíž jedinci ze všech kategorií je v životě do jisté míry uplatňují. Zásadním zjištěním je, že souvislost emoční regulace s věkem nevyšla signifikantní (Schäfer et al., 2016).

Další zkoumanou proměnnou v oblasti emoční regulace byl vliv pohlaví. Domes et al. (2009) se ve výzkumu zaměřili na modulaci emočních reakcí u žen a mužů. Výzkumu se zúčastnilo 17 mužů a 16 žen. Výzkumníci měřili aktivitu mozku pomocí funkční magnetické rezonance po vystavení participantů obrázkům. Averzivní podněty byly střídány s neutrálními. Instrukce zněla, že mají své prožívání posílit, či snížit, nebo zachovat. Primárně výsledky naznačují, že existuje rozdíl v aktivovaných oblastech v mozku mezi muži a ženami. Dle tohoto výzkumu muži více regulují své emoce na začátku procesu vystavení se podnětu. Možné vysvětlení je, že ženy vnímaly obrázky více negativně, a proto se také objevila silnější reakce na averzivní či neutrální podněty oproti mužům. Výsledky naznačují, že existuje rozdíl v emočním prožívání a počátečním hodnocením mezi ženami a muži (Domes et al., 2009).

V této kapitole byly uvedeny výzkumy, které se soustředili na emoční regulaci a jejího vlivu na duševní zdraví. V následující kapitole bude definována kognitivní emoční regulace, která se od emoční regulace v určitých směrech liší.

2 Kognitivní emoční regulace

2.1 Kognitivní emoční regulace

V této kapitole je definována kognitivní emoční regulace, jako proces koncepčně odlišný od obecné emoční regulace.

Kognitivní emoční regulace se týká vědomého, kognitivního způsobu zvládnání a zpracování emočně nabitých vstupů. Kognitivní regulace je nedílnou součástí širšího modelu emoční regulace (Garnefski & Kraaij, 2007), a je definována jako: „veškeré vnější a vnitřní procesy zodpovědné za monitorování, vyhodnocování a modifikaci emočních reakcí, zejména jejich intenzity a načasování“ (Thompson, 1994, s. 27). V mnoha výzkumech se projevilo, že pomocí vnímání a myšlení kontrolujeme prožívání emocí během konkrétní situace, ale i po jejím skončení, např. po prožití traumatické a stresující události (Garnefski et al., 2001). Po prožití náročných životních situací mají někteří jedinci tendenci obviňovat sebe nebo druhé. Někteří zase ruminují nad svými pocity nebo situaci akceptují, popřípadě prožitek pozitivně přerámují. Schopnost myšlení a kognitivní regulace se týká všech jedinců, ale existují intraindividuální rozdíly v množství a obsahu produkovaných myšlenek, v používání kognitivních stylů, které jedinci využívají především k modulaci emočních reakcí při stresových a jiných zátěžových okamžicích (Garnefski & Kraaij, 2007). S pojmem kognitivní emoční regulace je spojeno kognitivní zvládnání (cognitive coping). Rozdíl mezi pojmy spočívá v tom, že u kognitivní emoční regulace se předpokládá, že souvisí primárně s myšlením. Narozdíl od kognitivního zvládnání, které v sobě zahrnuje kognitivní a behaviorální (akční) strategie (Garnefski et al., 2001).

Taktéž podle Grosse (2014) má na emoční regulaci silný vliv samotné vnímání emocí. Emoce jsou klíčovými procesy v lidském životě a je pochopitelné, že trávíme mnoho času tím, že o nich přemýšlíme. Jednotlivá přesvědčení o emocích ovlivňují, jak jsme schopni emoce zvládat. Záleží na tom, zda emoce vnímáme, jako užitečné, či nadbytečné. Gross (2014) tvrdí, že právě jedincovo přesvědčení je pro modulaci emocí významné (Gross, 2014).

Konkrétní jedinec tedy (na základě vlastního přesvědčení) vnímá emoce následovně:

a) emoce jsou dobré nebo špatné. Jedinec posuzuje, zda jsou pro něj emoce hodnotné, užitečné, vhodné, nebo naopak škodlivé, protože právě v návaznosti na hodnocení emoce se u něj intrapersonálně odehrává kontrola emočního prožitku a jeho projev (Gross, 2014).

b) emoce jsou vědomě kontrolovatelné či nekontrolovatelné. To samozřejmě buď podporuje, nebo v opačném případě narušuje proces emoční regulace (Gross, 2014).

Tyto dva základní typy přesvědčení dále ovlivňují vnímání jednotlivých afektivních stavů (spokojenost, smutek atd.), specifické emoční zdroje (subjektivita pocitů, emoční exprese a fyziologický doprovod), prožívání emocí v různých kontextech (např. mezi kolegy se emoce neprojevují) (Gross, 2014).

Výše byla vysvětlena a definována kognitivní regulace a v čem se liší od obecného konceptu emoční regulace. V následující kapitole budou popsány jednotlivé strategie kognitivní emoční regulace.

2.2 Strategie kognitivní emoční regulace

V této kapitole budou popsány jednotlivé strategie kognitivní emoční regulace.

Dle Garnefskiho (2007) existuje 9 strategií kognitivní emoční regulace. Všechny se vztahují k přemýšlení o prožité zátěžové či stresující situaci. Tyto strategie jsou vyjmuty a přeformulovány z dotazníků měřící kognitivní zvládnání (De Ridder, 1997) nebo byly přetransformovány z nekognitivních strategií do kognitivních (Garnefski & Kraaij, 2007).

První strategie je sebeobviňování (*self-blaming*). Jedinec obvykle viní sám sebe, za to, co prožil a jak to prožil (Garnefski & Kraaij, 2007). Také se intenzivně soustředí na chyby, které udělal. Nadužívání této strategie je spojováno se symptomy psychických poruch (Garnefski et al. 2001). Druhá strategie je obviňování ostatních (*other blaming*), kdy z toho, co jedinec prožil, obviňuje ostatní zúčastněné či nezúčastněné osoby či prostředí (Garnefski & Kraaij, 2007). Také to znamená časté uvažování o chybách druhých (Garnefski et al., 2001). Ruminace (*ruminatation*) je neustálé přemítání a zaplavování se pocity či myšlenkami spojenými s negativní událostí. Časté používání ruminace je téměř vždy spojováno s příznaky emočních obtíží (Garnefski et al., 2001). Soustředění se na myšlenky (*focus on thought*) znamená, že se jedinec soustředí na negativní myšlenky či pocity spojenými s nepříznivou situací (Garnefski & Kraaij, 2007).

Další strategie je katastrofizace (*catastrophising*), při níž jedinec myslím na strašlivost prožitého zážitku (Garnefski & Kraaij, 2007). Při katastrofizaci má pocit, že nikomu jinému se nic horšího nemohlo stát. Časté využívání této strategie je taktéž spojováno s nejrůznějšími symptomy psychických poruch (Garnefski et al., 2001). Změna perspektivy (*putting into perspective*) znamená, že jedinec relativizuje závažnost prožité situace a porovnává ji s jinými událostmi. Pozitivní zaměření (*positive refocusing*) je vystihováno, jako přemýšlení o příjemných a šťastných aspektech namísto aktuální události (Garnefski & Kraaij, 2007). Využívání této strategie je spojováno se spokojeností v životě neboli well beingem (Garnefski et al., 2001). Pozitivní přehodnocení (*positive reappraisal*) znamená soustředění se na pozitivní význam situace z hlediska potenciálu osobního růstu (Garnefski & Kraaij, 2007). V zásadě je tato strategie považována za pozitivní, ale i v některých případech může značit emoční potíže (např. v případě nepatrného využívání, nebo naopak velmi frekventovaného využívání bez potřebných kroků k nápravě situace) (Garnefski et al., 2001). Akceptace (*acceptance*) je přijetí toho, co jedinec prožil (Garnefski & Kraaij, 2007). Přijetí tedy nezahrnuje hodnocení, jedinec považuje událost za neměnnou, a dále se jí nezabývá. Nepatrné využívání akceptace je spojováno se symptomy nejrůznějších psychických poruch. Velice časté využívání této strategie může značit rezignaci (Garnefski et al. 2001). Přeorientování na plánování (*refocus on planning*) je přemýšlení o tom, jak se s negativní situací vypořádat (Garnefski & Kraaij, 2007). Obecně je tato strategie považována za efektivní a pozitivní. Pouze v případě, že jedinec často strategii využívá, ale reálně nejedná, je spojována tato strategie se symptomy duševních poruch. Taktéž méně časté využívání strategie souvisí s emočními potížemi (Garnefski et al. 2001).

Podle McRae (2016) je jednou z běžně používaných strategií emoční regulace kognitivní přehodnocování. Jak již bylo výše popsáno, je to proces, kdy přerámováváme vnímání dané situace, a tím měníme přemýšlení o situačních aspektech. Cílem je stejně, jako u jiných strategií změna prožívání. Z výzkumů vyplývá, že je tato strategie adaptivnější než jiné (např. potlačení exprese). Záleží primárně na kontextu situace, protože přerámování není adaptivní, např. v situacích, kdy jedinec prožívá velmi silné emoce, do situace je možné přímo zasáhnout a změnit ji (McRae, 2016).

Mnoho vlivných výzkumů zkoumalo vztah kognitivních emočních strategií s psychickými poruchami (Garnefski & Kraaij, 2007). Velmi silný a konzistentní vztah

napříč studii byl objeven mezi ruminací, katastrofizací a sebeobviňováním s afektivními poruchami ve všech věkových skupinách. Tyto výsledky naznačují, že používání výše zmíněných strategií v návaznosti na prožití velmi těžké události mohou vést ke vzniku psychických poruch (Garnefski & Kraaij, 2006). Naopak jedinci, kteří využijí pozitivní přehodnocení či zbylé strategie kognitivní emoční regulace, těžkou situaci lépe zvládají (Garnefski & Kraaij, 2006).

V této kapitole (viz. výše) byly uvedeny jednotlivé strategie kognitivní emoční regulace, čím se vyznačují a s jakými jevy jsou spojovány. Následující kapitola bude věnována aktuálním výzkumům, které podkládají teoretický rámec.

2.3 Výzkum kognitivní emoční regulace

V této kapitole jsou uvedeny stěžejní a aktuální výzkumy, které byly provedeny v zahraničí a potvrzují teoretické zakotvení této práce.

Amelia Aldao a Susan Nolen-Hoeksema (2010) zkoumaly míru vlivu strategií kognitivní emoční regulace v psychopatologii. Snažily se zjistit, zda tyto strategie působí napříč spektrem psychických poruch. Stejně jako předchozí studie rozřadily strategie kognitivní emoční regulace na maladaptivní (ruminaci, potlačování myšlenek) a adaptivní (přehodnocování, řešení problému). Mezi vybrané strategie zařadily: ruminaci, potlačování myšlenek, přehodnocování a řešení zaměřené na problém. Z psychických poruch byly zkoumány poruchy úzkostné, depresivní a poruchy příjmu potravy. Výzkumný vzorek čítalo 252 vysokoškolských studentů. Věkový průměr byl 18,44 se směrodatnou odchylkou 0,66. K měření kognitivních emočních strategií využily škálu emoční regulace (ERQ), ale vyřadily položky měřící suprese, dále využily subškálu k měření řešení problému (*The Coping Orientation to Problems Experienced Inventory*, dále jen COPE), následně škálu k měření ruminace (RRS) a inventář měřící supresi (*The White Bear Suppression Inventory*, dále jen WBSI). Pro změření psychických poruch využily MASQ, který měří náladu a míru úzkosti. Na poruchy příjmu potravy byl využit dotazník k diagnostice poruch příjmu potravy (*The eating disorder examination*, dále jen EDE). Z korelační analýzy vyšlo najevo, že strategie kognitivní emoční regulace spolu navzájem korelují, což může značit, že se od sebe zásadním způsobem neliší. Adaptivní strategie vykazovaly slabší vztah k psychopatologii a konkrétně strategie řešení problému nevykazovala žádný vztah k poruchám příjmu potravy. Strategie řešení problému korelovala se symptomy deprese a úzkosti. Ukázalo se, že adaptivní strategie

hrají menší roli při kognitivní regulaci emocí, což je v souladu se zjištěním v ostatních výzkumech. Výzkumnice nabízejí vysvětlení, že adaptivita strategií je závislá na kontextu (např. přehodnocení může být adaptivní pouze v případě, že situace umožňuje vícero vysvětlení), více než maladaptivita všech maladaptivních strategií (Ty jsou povětšinou maladaptivní ve všech kontextech.). Potlačování, ruminace a vyhýbání se je dáváno do souvislosti s úzkostmi, depresemi i poruchami příjmu potravy (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Výzkumníci naznačují, že pohlaví ovlivňuje používání maladaptivních či adaptivních strategií, a tím i míru prožívání distresu a míru úzkosti (Zlomke & Hahn, 2010). Toto je jeden z mnoha výzkumů, který dokazuje, že i maladaptivní strategie kognitivní emoční regulace souvisí s vyšší mírou výskytu symptomatologie vybraných psychických poruch. Ale nevyužívání adaptivních strategií kognitivní emoční regulace v průběhu psychických poruch zásadní roli nehraje. Novým zjištěním je, že latentní faktor kognitivní emoční regulace hraje významnou roli ve výskytu psychotické ataky u všech tří poruch. Dalším latentním faktorem v kognitivním regulování emocí je přehodnocení. Výzkumnice naznačují, že by mohlo být velmi užitečné sbírat informace o kognitivní regulaci při diagnostickém procesu napříč psychickými poruchami (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010).

Garnefski a Kraaij (2006) zkoumali kognitivní emoční regulaci z poněkud odlišné perspektivy než předešlé studie. Přínosem této studie je zaměření na vývoj kognitivní emoční regulace. Cílem jejich studie bylo prozkoumat vztahy mezi kognitivními strategiemi regulace emocí a depresivními symptomy. 5 specifických skupin (pubescence, adolescence, dospělost, starší osoby a psychiatričtí pacienti) bylo srovnáváno v používání kognitivních strategií regulace emocí (ruminace, katastrofizace, sebeobviňování, obviňování druhých, přijetí, pozitivní přehodnocení, změna perspektivy, pozitivní přeorientování, plánování). Zkoumány byly vztahy mezi těmito strategiemi a příznaky deprese. Cílem výzkumu bylo nasbírat reprezentativní vzorek různých věkových kategorií, aby mohly být výsledky generalizovány. Výzkumníci pátrali po rozdílech mezi věkovými skupinami a hledali konzistentní vzorce užívání strategií napříč symptomy deprese. Také díky širokému spektru věkového zastoupení se snažili objevit souvislost mezi ontogenezí a kognitivní emoční regulací. Vědci předpokládali, že čím starší jedinci jsou, tím lépe budou umět využívat kognitivní strategie emoční regulace, protože budou mít upevněné kognitivní schopnosti. Také předpokládali,

že maladaptivní strategie kognitivní emoční regulace budou používat nejhojněji psychiatrickí pacienti. U jedinců s depresivní poruchou také očekávali, že budou minimálně využívat adaptivní strategie kognitivní emoční regulace. Z hlediska diagnostických nástrojů byl využit dotazník k měření kognitivní emoční regulace (*the Cognitive emotion regulation Questionnaire*, dále jen CERQ) a subškála měřící depresi ze symptom check listu (*the Symptom Check List - 90*, dále jen SCL-90), pro starší osoby byla použita geriatrická škála depresivity (*the Geriatric depression scale*, dále jen GDS). V této objemné studii byl zjištěn vztah mezi strategiemi (ruminace, katastrofizace, akceptace) a symptomy deprese. Obviňování sebe sama i obviňování druhých mělo (pozitivní) signifikantní souvislost s depresivními symptomy ve všech skupinách kromě starších osob. Přestože se mezi jednotlivými věkovými skupinami rozdíly neobjevily, byla zjištěna souvislost mezi užíváním jednotlivých strategií kognitivní emoční regulace a symptomy deprese. Obecně tento výzkum potvrzuje, že při používání strategie ruminace, katastrofizace a sebeobviňování jsou lidé více náchylní k emočním obtížím. Zatímco při užívání pozitivního přehodnocení je menší pravděpodobnost vzniku psychické poruchy (Garnefski & Kraaij, 2006).

Tým vědců z Iránu a Kanady (Azadi et al., 2019) se rozhodl zkoumat vliv neuropsychologických systémů na psychopatologii prostřednictvím kognitivních strategií emoční regulace u osob se sklonem k sebevražedným pokusům. Cílem této studie bylo vyhodnotit přímé a nepřímé účinky neuropsychologických systémů včetně behaviorálního aktivačního systému (*the behavioral activation system*, dále jen BAS) a behaviorálního inhibičního systému (*the behavioral inhibition system*, dále jen BIS) na symptomy deprese a aktuální sebevražedné tendence prostřednictvím adaptivních a maladaptivních strategií kognitivní emoční regulace. Přičemž behaviorální systémy (BAS a BIS) jsou asociovány s psychickými poruchami. Tyto dva systémy totiž ovlivňují chování a prožívání jedinců. Jsou charakteristické rozdílností v citlivosti dvou neuronálních systémů regulujících individuální reakce na signály. BAS je spojován s impulzivitou a vyhledáváním emocí. BIS je spojován s inhibicí jednotlivců a vyhýbáním se (Knyazev & Slobodskoj-Plusnin 2007). Výzkumu se zúčastnilo 300 osob, které se pokusily o sebevraždu. Ve studii byl použit dotazník na měření kognitivních strategií emoční regulace (CERQ), Beckova škála sebevražedných myšlenek (*the Beck scale for suicidal ideation*, dále jen BSSI), Beckův inventář deprese (BDI-II) a Carver Whiteova

škála BAS/BIS. Výsledky studie naznačují, že BAS a BIS mají přímý vliv na výskyt sebevražedných myšlenek, ale ne na depresi. Nízká hodnota BAS a vysoká hodnota BIS souvisí s depresí prostřednictvím minimálního užívání adaptivních strategií a maximálního užívání maladaptivních strategií kognitivní emoční regulace. I v této studii byl potvrzen vztah mezi mírou využívání maladaptivních strategií kognitivní emoční regulace a symptomy deprese spolu se sebevražednými myšlenkami (Azadi et al., 2019).

V této kapitole bylo uvedeno několik výzkumů, které se zabývaly vztahem kognitivní emoční regulace a souvisejícími faktory. V následující kapitole budou popsány skupiny poruch, se kterými se v tomto výzkumném šetření pracuje.

3 Poruchy nálad

3.1 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

V této kapitole je uveden první okruh poruch nálad, se kterými se v tomto výzkumném šetření pracuje.

Neurotické, stresové a somatoformní poruchy jsou jedna velká skupina poruch uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revize (dále jen MKN-10) pod kódy diagnóz F40 – F48 (MKN-10: F40 – F48). Orel (2020) ve své knize o psychopatologii užívá systém aktualizovaného rozdělení psychických poruch. Zmiňuje, že dříve tato skupina poruch byla označována, jako „neurózy“. V této skupině je uvedeno mnoho poruch, ale společným jmenovatelem je úzkost a spjaté fyziologické projevy. U této kategorie poruch není narušen kontakt s realitou, což se děje u psychotických onemocnění. Tato skupina poruch se vyznačuje naléhavostí a díky intenzitě negativního prožívání často narušují funkčnost jedince v běžném životě. Konkrétní příčiny etiologie těchto poruch nejsou jasné. U některých jedinců trpících neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami nalezneme genetické predispozice nebo prožitou velmi náročnou situaci, problematickou výchovu atd. Z toho důvodu je etiopatogeneze označována, jako multifaktoriální. Při vzniku hrají roli biologické faktory, ve smyslu vysoké aktivace autonomního nervového systému. Tato skupina duševních poruch je spojována s dysfunkcí dopaminergního, noradrenergního a serotonergního systému v centrální nervové soustavě. Dalším faktorem jsou psychosociální aspekty života, jako je stres, frustrace, ambivalentní tužby a emoce a frustrace. Možný vznik některých typů úzkostí může být učením (např. z rodiny). Z hlediska teorie učení jsou fobické poruchy naučeným chováním. Někteří jedinci jsou z hlediska osobnostní struktury více odolní, či zranitelní. V anamnéze jedince se může vyskytovat nízké či patologické sebehodnocení atd. (Orel, 2020). Tato skupina poruch se dále dělí na poruchy fobické, úzkostné (kód diagnózy F40), jiné anxiózní poruchy (kód diagnózy F41), obsedantně nutkavá porucha (kód diagnózy F42), reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (kód diagnózy F43), disociativní (konverzní) poruchy (kód diagnózy F44), somatoformní poruchy (kód diagnózy F45) a jiné neurotické poruchy (kód diagnózy F48).

V této kapitole byla uvedena charakteristika oblasti poruch neurotických, stresových

a somatoformních. V následujících podkapitolách budou podrobně popsány jednotlivé diagnózy.

3.1.1 Fobické úzkostné poruchy

Dle MKN-10 je to skupina poruch, kdy jedinec pocítuje úzkost v jasně ohraničených situacích, které nejsou běžně nebezpečné. Zásadní informací je, že jedinec má tendenci se takovým situacím vyhýbat, protože pokud se v situaci vyskytne, prožívá masivní strach. V MKN-10 je také uvedeno, že se druhotně vyskytuje strach ze smrti, strach ze ztráty sebekontroly nebo ze zešílení. Jedinci, kteří těmito poruchami trpí, zažívají anticipační úzkost z toho, že nastane konkrétní fobická situace. Častá je komorbidita s depresí (MKN-10: F40). Dle Orla (2020) fobie zasahují do afektivní a behaviorální složky člověka. Jedinec má povětšinou náhled na nesmyslnost svého strachu, který velmi intenzivně pocítuje. Sám o sobě jedinec povětšinou není schopen se strachu zbavit nebo dostat ho pod kontrolu. Fobické poruchy mají masivní fyziologický doprovod (palpitace, pocit na omdlení atd.) (Orel, 2020).

Jednotlivé fobické poruchy:

- **F40.0 Agorafobie** – strach z otevřeného prostranství, ze vzdálení se od bezpečného místa, z běžně navštěvovaných nikterak ohrožujících veřejných míst, strach z uzavřených prostor odkud není lehké utéct, z větší koncentrace lidí na jednom místě, jedinec může mít úzkost ze samoty, ze ztráty sebekontroly, srdečního selhání, ze zkolabování organismu, v těžké formě jedinec nemůže opustit svůj prostor, který považuje za bezpečný (Orel, 2020).
- **F40.1 Sociální fobie** – strach ze situací, kdy se jedinec setkává s druhými lidmi, je jimivaluován a pozorován, jedná se o každodenní činnosti – telefonická komunikace, setkávání s neznámými lidmi, stravování a pití před cizími lidmi. Jedinec prožívá iracionální strach z hodnocení a nabývá dojmu, že je tento strach očividný. Sociální fobie je spojována s nižší sebehodnotou, s iracionální obavou z kritiky a selhání (Orel, 2020).
- **F40.2 Specifické (izolované) fobie** – neopodstatněný strach z konkrétních předmětů či situací, strach ze ztráty kontroly nad sebou, zešílení, smrti. Tyto pocity jedinec intenzivně prožívá a také předpokládá své obavy díky pouhé myšlence na daný fobický objekt či situaci. Tento typ fobie má stovky podob, může se totiž jednat o téměř všechny typy objektů či situací (Orel, 2020).

3.1.2 Jiné anxiózní poruchy (úzkostné poruchy)

Dle MKN-10 je klíčovým znakem úzkostných poruch intenzivně prožívána a projevující se úzkost, která nesouvisí s jasně definovanou situací či objektem. Častým doprovodem je deprese a obsedantní příznaky, které pro diagnostiku úzkostných poruch musejí být druhotným symptomem (MKN-10: F41). Dle Orla (2020) je úzkost diskomfortní pocit vnitřního napětí, nervozity, neohraničený strach, obava z nebezpečí. Úzkost a strach se mohou vyskytovat společně. Úzkosti se mohou objevovat etapovitě či trvat dlouhou dobu. Intenzita a délka úzkostného stavu se liší mezi jednotlivými poruchami. Důležité pro odlišení od jiných typů poruch je, že úzkostné poruchy nejsou vázány na inteligenční schopnost, sociální postavení, oblast působení jedince. Úzkost a strach u těchto poruch neplní adaptivní funkci, objevují se totiž v maladaptivní intenzitě či nepřílehavé situaci, tudíž mají negativní dopady na kvalitu života jedince (Orel, 2020).

Úzkostné poruchy:

- **F41.0 Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost)** – opakující se ataky masivní úzkosti (paniky), kterou nelze kontrolovat a predikovat. Významné jsou tělesné projevy, jako tlak či bolest na hrudi, palpitace, pocity dušnosti, závratě a derealizace a depersonalizace (MKN-10: F41.0). Podle Orla (2020) se panické ataky objevují nenadále a trvají řádově sekundy až hodiny, zřídka hodiny a následně ustupují. Vzhledem k intenzitě a nepříjemnosti úzkosti se jedinec obává další panické ataky a prožívá tak úzkost anticipační. Často se vyskytuje společně s depresivní poruchou (Orel, 2020)
- **F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha** – dle MKN-10 se GAD (*generalized anxiety disorder*) vyznačuje „volně těkající“ úzkostí, není vázaná na vnější okolnosti. Dle Orla (2020) je úzkost stále přítomna ve všech oblastech lidského života (Orel, 2020). Symptomy jsou velmi různé, ale povětšinou jsou to pocity tenze, třes, svalový tonus, palpitace, tlak v dutině břišní, pocení, závratě a světloplachost. Přítomen bývá strach z nemoci či nehody (MKN-10: F41.1). Veškeré tyto symptomy výrazně narušují cirkadiánní rytmus, životní pohodu a mnohdy funkčnost jedince (Orel, 2020).
- **F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha** – depresivní a úzkostné příznaky se mísí. Tyto symptomy nejsou natolik intenzivní, aby mohla být diagnostikována úzkostná či depresivní porucha. Symptomy se mohou objevovat etapovitě

či dlouhodobě (Orel, 2020). Symptomy se většinou vyvíjí po dlouhou dobu. Taktéž jsou přítomny tělesné příznaky, jako bolest hlavy, hyperventilace, různé bolesti či tlaky po těle atd. Jedincům kolísá nálada (depresivní či úzkostné ladění) v návaznosti na vnější stresory (Praško et al., 2003).

3.1.3 Obsedantně-nutková porucha

Obsedantně-nutková porucha neboli OCD (*obsessive-compulsive disorder*, dále jen OCD) je porucha, kdy je přítomná úzkost, která se váže na vtíravé myšlenky a jedinec se jí snaží tlumit pomocí kompulzí (Orel, 2020).

V MKN-10 je porucha popsána následovně: „Hlavním rysem jsou opakované vtíravé myšlenky a nutkové činy. Vtíravými myšlenkami jsou nápady, představy nebo popudy, které znovu a znovu vstupují do mysli pacienta ve stále stejné formě. Pro pacienta jsou téměř vždy obtížné. Snaží se jim často klást odpor, ale bez úspěchu. Považuje je za své vlastní, ačkoliv jsou mimovolní a často odporné. Nutkové činy nebo rituály jsou stereotypní a stále opakované. Nemusí být ani příjemné, ani vést k realizaci užitečných úkolů. Jejich účelem je zabránit nějaké objektivně nepravděpodobné události, často znamenající škodu pro postiženého, nebo jím vyvolané, o níž se postižený domnívá, že by jinak nastala. Jedinec obvykle považuje toto chování za bezúčelné nebo nesmyslné a opakovaně se pokouší mu odolat. Úzkost je přítomna téměř vždy a zhoršuje se, pokud postižený nutkání odolá.“ (MKN-10: F42).

Obsese se mohou soustřeďovat na možnost kontaminace, znečištění, symetrii, nebezpečí, filozofické a sexuální obsahy atd. V každém případě jsou tíživé a vnímané za jedincovy. Mohou měnit svůj obsah, formu a velikost či intenzitu v průběhu času. Kompulze jsou různé rituály, jiné činnosti, které navazují na obsese a je snaha je utlumit tímto aktem. Např. v případě znečištění si jedinec nutkavě myje ruce. Pro to, aby bylo OCD diagnostikováno je třeba, aby jedinec pocíťoval výše zmíněné symptomy v průběhu 2 týdnů (Orel, 2020).

V MKN-10 jsou typy obsedantně-kompulzivní poruchy rozděleny podle toho, jaký symptom převažuje (MKN-10: F42.0 - F42.9).

3.1.4 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení

Tato oblast psychických poruch se váže na stresující či traumatizující události, zásadní změny v životě. Tyto události či změny mají značný vliv na fyziologickou

a psychickou stránku člověka. Pokud jedinec zažívá zátěžovou událost, která je příliš náročná či neúnosná nebo selžou adaptační mechanismy, tak nejpravděpodobněji vznikne jedna z poruch v této oblasti. Ačkoliv stres je běžná součást života, tak v případě poruch se bavíme o škodlivém účinku stresu, tzv. distresu (Orel, 2020). Tato oblast poruch je přímo navázaná na stresové události či okolnosti, které zabránily vyřešení situace nebo je následkem akutního těžkého stresu či úrazu. Dle MKN-10 je tento typ poruch považován za maladaptivní reakci na výše zmíněné situace. Jedinec trpící jednou z poruch má povětšinou narušen běžný sociální život a funkčnost (MKN-10: F43).

Typy poruch:

- **F43.0 Akutní stresová reakce**
- **F43.1 Posttraumatická stresová porucha** – porucha způsobená velice náročnou, traumatickou událostí, reakce na událost je povětšinou pozdního či vleklého charakteru, traumatizující událost může být jednorázová či dlouhodobá a rozrušila by s největší pravděpodobností každého jedince – což hovoří o závažnosti události. Rizikovým faktorem je rys osobnosti či neuróza v anamnéze, která způsobuje nižší stresovou toleranci jedince a horší průběh onemocnění. Pro tuto psychickou poruchu je typické znovuožívání traumatu v podobě velmi úporných živých snů či přímo nočních můr či vzpomínek (*flashbacks*). Znovuprožívání traumatu vede k otupělosti, sociální izolaci, anhedonii, podrážděnosti, vyhýbání se zdánlivě podobným situacím či aktivitám, obvykle je přítomna vyšší reaktivita, ostražitost a intenzivní reakce na úlek a insomnie. S touto poruchou jsou spojeny deprese, úzkost a sebevražedné myšlenky. Reakce na traumatickou událost se může projevit v odstupu týdnů ale i měsíců, průběh onemocnění je proměnlivý, ale u většiny jedinců dochází ke zlepšení stavu, pokud má však onemocnění trvalý průběh, může dojít až ke změně osobnosti (MKN-10: F43.1).
- **F43.2 Poruchy přizpůsobení** – tyto poruchy se projevují zejména v emocionální oblasti a omezují výkonnost a funkčnost jedince. Jsou následkem stresové události či významné životní změny. Stresová událost může zasáhnout sociální oblast jedince (smrt blízkého či rodinného příslušníka, osamělost) či sociální hodnoty a síť opor jedince (přestěhování se či emigrace) nebo vývojové tranzice či krize (školní docházka, rodičovství, sociální postavení, důchod). U tohoto typu poruch,

jako rizikové faktory, hrají roli predispozice a vulnerabilita jedince. V každém případě propuknutí poruchy předchází stresor. Symptomy mohou být: depresivní ladění, úzkost či strach (mohou se vyskytovat i kombinovaně), neschopnost adaptivně reagovat na aktuální problém, vytvořit si plán do budoucnosti či udržovat aktuální situaci. Poruchy přizpůsobení se mohou vyskytovat společně s poruchami chování (zejména v dospívání), s poruchami nálad (zejména deprese) a poruchami emocí (MKN-10: F43.2).

3.1.5 Somatoformní poruchy

U somatoformních poruch jsou hlavní symptomy spojené s opakovanými stížnostmi na somatické obtíže, ale po vyšetření lékařem nejsou nalezeny žádné organické příčiny. Somatické onemocnění může být přítomno, ale neobjasňuje intenzitu a rozsah symptomů a zarmocení jedince. (MKN-10: F45). Somatické obtíže s sebou přináší subjektivní pocit diskomfortu. Tito jedinci opakovaně vyhledávají lékařské ošetření. Jedinec nemá pod kontrolou somatické symptomy, nevymýšlí si je. Tato skupina poruch taktéž souvisí s prožitou stresovou situací (Orel, 2020).

Jednotlivé typy poruch dle MKN-10:

- **F45.0 Somatizační porucha** – zde jsou stěžejní nesourodé tělesné symptomy, které se často mění a trvají alespoň 2 roky. Tělesné příznaky mohou směřovat ke konkrétní části těla či orgánové soustavě. Jedinci trpící touto poruchou mají zkušenost s velkým množstvím lékařů a lékařských vyšetření. U těchto jedinců se opakovaně nenalezne organická příčina. Toto onemocnění má často vleklý a nesourodý průběh. Bohužel nezdědka narušuje sociální vztahy. (MKN-10: F45.0). Dle Orla (2020) se jedinci velmi intenzivně a soustavně zabývají sami sebou a svými tělesnými příznaky. Subjektivní obtíže popisují velice dramaticky a mohou manipulovat s lékařským personálem (Orel, 2020).
- **F45.1 Nediferenciovaná somatoformní porucha**
- **F45.2 Hypochondrická porucha** – Jedinci se nadměrně zabývají myšlenkami a obavami z vážného postupně rozvíjejícího se onemocnění, které s sebou nese trvalé následky či se nadměrně zabývají vlastním fyzickým vzezřením. Ordinální pocity a symptomy si jedinci vysvětlují, jako závažné a ohrožující. Symptomy se

povětšinou soustředí na jednu či dvě orgánové soustavy či orgány. Častá je komorbidita s depresemi a úzkostmi (MKN-10: F45.2).

Výše byly popisovány jednotlivé typy poruch a konkrétní poruchy z oblasti neurotických, stresových a somatoformních, které jsou uvedeny v MKN-10. Následující kapitola bude věnována afektivním poruchám.

3.2 Afektivní poruchy (poruchy nálad)

V této kapitole bude popsána oblast afektivních poruch. Budou uvedeny jednotlivé typy poruch a konkrétní poruchy.

Dle dělení v MKN-10 jsou afektivní poruchy další skupinou poruch (MKN-10: F30-F39). Jsou to poruchy, u kterých je bohužel vysoká prevalence a mohou být velmi závažné. Tato skupina poruch povětšinou zasahuje do všech sfér lidského života. Poruchy nálady se projevují na úrovni emocionální i behaviorální (Orel, 2020). Orel (2020) popisuje, že poruchy nálad: „Ovlivňují aktivitu, racionalitu, výkonnost, motivaci, pozornost, motoriku, vztahovost a další psychické i tělesné funkce. Poruchy nálad se vymykají běžnému kolísání nálad (které je do určité míry zcela fyziologické). Rozpoznat je správně a zahájit včas adekvátní léčbu může být v některých případech doslova život zachraňující.“ (Orel, 2020, s. 2015). Podle Höschla et al. (2004) náladu ovlivňují fyzikální faktory (roční období, klimatické podmínky atd.), chemické faktory (drogy, alkohol, psychofarmaka atd.), somatogenní a metabolické faktory (fyziologické predispozice či zásahy, jako např. astma, porod atd.), organické faktory (senzitivita centrální nervové soustavy) a psychologické faktory (zažitá traumata, kvalita běžné nálady atd.) (Höschl et al., 2004). Podle MKN-10 jsou afektivní poruchy charakteristické tím, že se nálada přesouvá buď k depresi či euforii. Změna nálady má značný vliv na celkovou aktivitu jedince. Afektivní poruchy mohou mít mnoho podob. Mohou, ale nemusí být, doprovázené úzkostmi. Dle MKN-10 jsou např. úzkostné symptomy doprovodné, neboť příčinou je porucha nálady. Bohužel u tohoto typu poruch jsou časté recidivy. Těmto poruchám často předchází náročná (stresující) životní událost či situace (MKN-10: F30-F39). Dle MKN-10 jsou afektivní poruchy děleny na: manickou fázi (kód diagnózy F30), bipolární afektivní poruchu (kód diagnózy F31), depresivní fázi (kód diagnózy F32), periodickou depresivní poruchu (kód diagnózy F33), perzistentní

afektivní poruchy (kód diagnózy F34), jiné afektivní poruchy (kód diagnózy F38), neurčené afektivní poruchy (kód diagnózy F39).

3.2.1 Deprese

Deprese, dle MKN-10, je označována kódem diagnózy F32. Je to porucha nálady vyznačující se anhedonií, smutkem, vymizením zájmů a aktivit trvající alespoň 2 týdny. Dle Orla (2020) je ráno depresivní ladění více intenzivní. Může se také objevovat pocit ztráty veškerých sil, který způsobuje nevykonnost, snižuje psychomotorické tempo, které je zásadní pro zvládnání běžných aktivit. Jedinci se nadměrně podceňují, obviňují se a připadají si nedostateční až zoufalí. Tyto myšlenky se stávají více intenzivními, a celkově narůstají. Velmi nízká je vlastní hodnota jedince. Bohužel není výjimkou, že se při hluboké depresi vyskytují bludy a suicidiální myšlenky. Při hluboké depresi pak pocity zoufalství, bezvýchodnosti, viny a smutku eskalují natolik, že hrozí vysoké riziko sebevražedného jednání. Dle Orla (2020) se jedinec ve značné míře dostane k optimální psychiatrické péči právě až po pokusu o sebevraždu. Při depresivních stavech je také narušena pozornost a jedinec se potýká s neschopností se rozhodnout. Depresivní epizody jsou provázeny snížením kognitivních schopností, zejména zhoršením paměti. Závažné stavy mohou svými symptomy prokazatelně připomínat syndrom demence. Zdá se, že člověka nic netěší. Dalším symptomem je snížení či ztráta libida. Často se deprese vyskytuje společně s úzkostí, obavami, iritabilitou. Může se také objevovat nechutenství k jídlu a díky tomu dochází ke snižování hmotnosti. Méně často jsou depresivní stavy „zajídány“ a v takovém případě se naopak tělesná hmotnost zvyšuje. Velmi častými doprovodnými projevy jsou poruchy cirkadiálního rytmu. Celkově má jedinec utlumené psychomotorické funkce. U této komplexní poruchy se také mohou objevovat fyziologické obtíže (např. tlak na hrudi, různé bolesti). Při larvované (skryté) depresi jsou právě tělesné příznaky dominantní. Depresi také poznáme díky tomu, že jedinci mají utlumenou mimiku a strnulé postavení těla. Celkově je pohyb těla zpomalen. Toto onemocnění má mnoho podob (s pláčem či zcela bez něj). Nápadným symptomem je utlumená, chudá řeč. Na první pohled je možné poznat, že jedinec v depresivní fázi příliš nedbá o svůj zevnějšek kvůli nedostatku motivace nebo síly. Deprese se také projevují v sociální sféře, a to povětšinou sociální izolací ve všech možných skupinách (od známých po nejbližší lidi). Méně často se při hluboké depresi objevují halucinace, ale i to je možné. Psychotické symptomy, pokud se vyskytnou, povětšinou odpovídají

momentálnímu jedincovu ladění. Doba trvání je značně různorodá, deprese se může vyskytovat řadu týdnů, měsíců či let (Orel, 2020). Depresivní poruchy jsou rozděleny podle toho, v jaké fázi se aktuálně jedinec nachází, a zda má psychotické příznaky (lehká či střední či těžká depresivní fáze) (MKN-10: F32).

3.2.2 Bipolární afektivní porucha

V Případě střídání depresivních a manických epizod, hovoříme o bipolárním průběhu. Manické epizody se vyznačují euforií, tryskáním energie, nadměrnou aktivitou, rychlým psychomotorickým tempem a nízkou potřebou spánku. Zároveň bývá přítomna snížená schopnost koncentrace a pozornosti. Při manické epizodě, oproti depresivní, nabývá jedinec dojmu velkoleposti a oplývá nadměrnou sebedůvěrou. Často jedinec jedná velmi riskantně, bezstarostně, nepřiléhavě k situaci a k obvyklému nastavení (MKN-10: F30.1). Při bipolární afektivní poruše se v různé míře a intenzitě střídají manické a depresivní epizody. Deprese mají povětšinou pozvolný nástup a předcházejí jim různorodé symptomy, které bývají pro deprese charakteristické. Manická epizoda má velmi prudký nástup bez signálních symptomů (Orel, 2020). U bipolární afektivní poruchy byl prokázán značný vliv heredity. Původně se toto onemocnění označovalo, jako „maniodepresivní psychóza“ (Höschl et al., 2004). Bipolární porucha je v MKN-10 rozdělena dle momentální fáze (hypomanická, manická, depresivní fáze) a její intenzity a zda jedinec vykazuje psychotické příznaky (MKN-10: F32-F31.9).

Výše byla popisována oblast afektivních poruch, jednotlivé typy a konkrétní poruchy v této oblasti. Následuje empirická část této práce, ve které bude popisován výzkumný proces a jeho výsledky.

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Metodologie výzkumu

4.1 Výzkumný problém

Emoční regulace je významným procesem v životě všech jedinců. Značně ovlivňuje duševní pohodu nebo naopak vznik psychických poruch (Brackett & Salovey, 2004). Předpokladem tedy je, že detailní prozkoumání tohoto procesu na specifickém vzorku lidí může vést k hlubšímu poznání dynamiky a následně léčby psychických poruch.

4.1.1 Emoční regulace a psychické poruchy

Emoční regulace je hojně zkoumané téma zejména v zahraničí. V mnoha zahraničních výzkumech byl objeven zásadní vztah užívání maladaptivních strategií emoční regulace na výskyt duševních poruch. Ačkoliv vztah byl prokázán napříč studii, tak se mezi sebou lišily výsledky frekvence užívání strategií. Rozdíl byl nalezen i mezi jednotlivými psychickými poruchami. Souhrnné informace naznačují nekonzistentnost užívání konkrétních strategií emoční regulace u jednotlivých poruch nálad, ale i jiných diagnóz (Gross, 2015, Bargh & Williams, 2007, Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010 a další). Jedno z možných vysvětlení je, že emoční regulace je velmi komplexní fenomén závislý na kontextu situace a z toho důvodu se výsledky výzkumů liší. Na základě toho se pokouším prozkoumat, zda bude souviset frekvence užívání strategií emoční regulace s jednotlivými okruhy psychických poruch na nasbíraném vzorku respondentů. Vybrané poruchy jsou především poruchy nálad, které jsou přímo popsány jako důsledek obtíží v prožívání a regulaci emocí (Campbell-Sills & Barlow, 2007). Na základě výše uvedeného si kladu výzkumnou otázku: **„Existuje rozdíl ve frekvenci užívání strategií emoční regulace mezi jednotlivými oblastmi psychických poruch?“**

Vztah mezi kognitivními procesy v souvislosti s emoční regulací a jednotlivými poruchami byl taktéž zkoumán ve vlivných zahraničních výzkumech (Garnefski & Kraaij, 2007, Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). V Garnefskiho (2007) výzkumu byl objeven vztah mezi ruminací, katastrofizací a sebeobviňováním s afektivními poruchami (Garnefski & Kraaij, 2007). Amelia Aldao a Susan Nolen-Hoeksema (2010) ve svém

výzkumu zjistily, že strategie zaměřená na řešení problému pozitivně koreluje se symptomy deprese a úzkosti. I kognitivní emoční regulace je velice komplexní proces, při kterém hrají roli individuální specifika jedince (Aldao & Hoeksema, 2010). Totéž platí i pro symptomy jednotlivých poruch, které se v návaznosti na individualitu mezi jednotlivci liší. Proto se pokouším prozkoumat, jak se liší na tomto specifickém vzorku respondentů frekvence využívání strategií kognitivní emoční regulace u jednotlivých oblastí psychických poruch. Z předchozích poznatků vyplývá výzkumná otázka: **„Existuje rozdíl ve frekvenci užívání strategií kognitivní emoční regulace mezi jednotlivými oblastmi psychických poruch?“**

Jedinec s depresivní a úzkostnou poruchou vykazuje mnoho symptomů. Tyto symptomy jsou považovány za důsledek obtíží v oblasti regulace emocí (Campbell-Sills & Barlow, 2007). Proto považuji za důležité prozkoumat, zda intenzita subjektivně prožívaných symptomů souvisí s emoční regulací a kognitivní emoční regulací bez ohledu na uváděnou diagnózu. Další zvolenou výzkumnou otázkou v tomto výzkumu je: **„Souvisí míra míra depresivních a úzkostných symptomů s emoční regulací?“**.

Dle mnoha Grossových (2003) výzkumů je emoční regulace významným prediktorem vzniku duševních poruch. Výsledky výzkumů naznačují, že častější užívání strategie kognitivního přehodnocení vede k duševní pohodě. Naopak častější využívání strategie potlačení emoční exprese má z dlouhodobého hlediska negativní vliv na jedincovu duševní pohodu (Gross & John, 2003). Mezi jednotlivými strategiemi kognitivní emoční regulace byl vyzkoumán vliv na duševní zdraví (Aldao et. al., 2010). V návaznosti na předešlé výzkumy zůstává otázkou, zda mezi skupinou osob s diagnózou a bez ní existuje rozdíl ve frekvenci užívání strategií kognitivní emoční regulace a emoční regulace. Z předchozích poznatků vyplývá výzkumná otázka: **„Existuje rozdíl v emoční regulaci mezi klinickou a neklinickou populací?“**

4.1.2 Faktory působící na emoční regulaci

Mnohé výzkumy naznačují, že je rozdíl v prožívání u mužů a u žen. Např. výzkumníci Zlomke a Hahn (2010) naznačují, že pohlaví má vliv na frekvenci používání maladaptivních či adaptivních strategií, a tím i na míru prožívání distresu a na míru úzkosti (Zlomke & Hahn, 2010). Výzkumy Garnefskiho et al. (2004) také naznačují, že existuje rozdíl v regulaci emocí u žen a mužů. Domes et al. (2009) dokládá, že přímo existuje rozdíl v prožívání a aktivitě mozkových center u mužů a žen. Lze tedy

předpokládat, že se muži a ženy budou lišit v emoční regulaci a v kognitivní emoční regulaci. Na základě toho si pokládám výzkumnou otázku: **Existuje rozdíl v emoční a kognitivní emoční regulaci mezi muži a ženami?**

Proces emoční regulace je velice komplexní fenomén, který je možné zkoumat z mnoha úhlů. V tomto výzkumném projektu byly zjišťovány proměnné, jakými jsou věk respondentů, nejvyšší dosažené vzdělání a oblast, ve které jedinec působí. Veškeré tyto proměnné se v předešlých výzkumech zkoumaly. Ale např. v Schäferově (2016) výzkumu věku nebyly objeveny žádné signifikantní odlišnosti v emoční regulaci napříč věkovými skupinami (Schäfer et al., 2016). Naopak výsledky výzkumu Poláčkové Šolcové (2018), který se věnoval odlišnostem v emoční regulaci v návaznosti na ontogenezi jedince, naznačují, že se způsob modulace emocí liší v jednotlivých etapách lidského života z důvodu odlišných úkolů, které v dané fázi dominují. Pokusím se zjistit, zda existuje rozdíl mezi proměnou věku a strategiemi emoční regulace. Také se budu věnovat nejvyššímu dosaženému vzdělání a oboru, ve kterém jedinec působí, a pokusím se zjistit, zda tyto proměnné nějak ovlivňují frekvenci užívání strategií kognitivní a emoční regulace. Kladu si výzkumnou otázku spíše exploračního charakteru: „**Jaké proměnné (věk, oblast působení, nejvyšší dosažené vzdělání) ovlivňují frekvenci užívaných strategií kognitivní emoční regulace a emoční regulace?**“

4.2 Cíle výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je zmapovat souvislost s veškerými demografickými proměnnými nasbíranými v dotazníku (věk, vzdělání, obor, pohlaví). Jedním z hlavních cílů je porovnat klinickou a neklinickou populaci v oblasti emočního prožívání, konkrétně frekvenci užívání strategií kognitivní emoční regulace a emoční regulace. Dalším cílem je zjistit, jaké konkrétní strategie kognitivní emoční regulace a strategie emoční regulace jsou spojovány s jednotlivými oblastmi poruch nálad. V tomto výzkumném šetření je kladen důraz na adaptivitu a maladaptivitu strategií kognitivní a emoční regulace. Oblasti poruch nálad jsou rozděleny dle MKN-10 na: neurotické, stresové a somatoformní a druhou skupinou jsou poruchy afektivní.

4.3 Zkoumané proměnné

V této sekci budou uvedeny zkoumané proměnné, způsob získávání a měření.

Základní proměnné – (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, zda má jedinec diagnózu apod.) byly získány v demografické sekci dotazníku. Jedinec odpovídal na uzavřené či otevřené otázky.

Strategie emoční regulace – data byla získávána v dotazníku ERQ, kdy jedinec odpovídal, do jaké míry přehodnocuje emočně vypjatou situaci a potlačuje emoční projev. Odpovědi byly zaznamenávány na 7bodové Likertově škále od velmi „souhlasím“ po „velmi nesouhlasím“. Následně byly odpovědi nakódovány dle manuálu a sečteny příslušné položky v dané škále (přehodnocení, potlačení emočního projevu).

Strategie kognitivní emoční regulace – data byla získána prostřednictvím dotazníku CERQ, ve kterém jedinec odpovídal, jak často využívá konkrétní strategie emoční regulace (sebeobviňování, obviňování ostatních, ruminace, akceptace, katastrofizace, změnu perspektivy, přeorientování na plánování, pozitivní přehodnocení). Odpovědi byly zaznamenávány na 5bodové Likertově škále od „vždy“ po „nikdy“. Následně byly odpovědi nakódovány dle manuálu a sečteny příslušné položky na dané škále.

Depresivní symptomy – data byla získávána pomocí dotazníku BDI-II, kdy jedinec udával, zda a do jaké míry trpí depresivními příznaky. Jedinec si vybíral ze 4 výroků, z nichž každý byl označen bodem (0 bodů až 3 body). Následně byly jednotlivé výroky nakódovány na body. Sečtením všech získaných bodů v dotazníku vyšel výsledný skór.

Úzkostnost – data byla získávána díky dotazníku STAI-X-2, ve kterém jedinec odpovídal, jak se obvykle cítí a jestli vykazuje úzkostné symptomy. Jedinec odpovídal, do jaké míry ho vystihuje jednotlivý výrok (1= téměř nikdy, 2= někdy, 3= často, 4= téměř vždy). Výpovědi byly nakódovány dle manuálu a následně sečteny. Proměnná byla hrubý skór všech položek.

4.4 Hypotézy

Na základě prezentovaných teorií, předchozích výzkumů a výzkumných otázek byly stanoveny následující hypotézy.

1. HA: strategie emoční regulace (ERQ) se liší mezi osobami s neurotickou, afektivní a kombinovanou poruchou
2. HA: strategie kognitivní emoční regulace (CERQ) se liší u osob s neurotickou, afektivní a kombinovanou poruchou
3. HA: strategie emoční regulace (ERQ) se neliší u osob s diagnózou a bez ní

4. HA: strategie kognitivní emoční regulace (CERQ) se liší u osob s diagnózou a bez ní
5. HA: strategie emoční regulace (ERQ) se liší u žen a mužů
6. HA: strategie kognitivní emoční regulace (CERQ) se liší u žen a mužů
7. HA: emoční regulace (ERQ) souvisí s mírou depresivních symptomů (BDI-II)
8. HA: kognitivní emoční regulace (CERQ) souvisí s mírou depresivních symptomů (BDI-II)
9. HA: emoční regulace (ERQ) souvisí s mírou úzkostnosti (STAI-X-2)
10. HA: kognitivní emoční regulace (CERQ) souvisí s mírou úzkostnosti (STAI-X-2)
11. HA: věk má vliv na emoční regulaci (ERQ)
12. HA: věk má vliv na kognitivní emoční regulaci (CERQ)
13. HA: oblast, ve které jedinec působí má vliv na emoční regulaci (ERQ)
14. HA: oblast, ve které jedinec působí má vliv na kognitivní emoční regulaci (CERQ)
15. HA: výše vzdělání má vliv na emoční regulaci (ERQ)
16. HA: výše vzdělání má vliv na kognitivní emoční regulaci (CERQ)

4.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl osloven především pomocí inzerce na Facebooku. Pro klinickou populaci byly vybrány Facebookové skupiny, kde se shlukují lidé s psychickými obtížemi. Oslovování respondentů proběhlo v následujících Facebookových skupinách:

1. Psychické problémy, úzkosti, deprese AGORAFOBIE a jiné.
2. Vezměte Si Život Zpět
3. Deprese
4. Psychické problémy, úzkosti, deprese a jiné...
5. Úzkosti, panika, deprese – život ve strachu
6. Deprese a ostatní diagnózy
7. Panická porucha/úzkosti/deprese/agorafobie
8. Deprese, úzkosti, psychické problémy
9. Psychologie, GAD a další Neurotické poruchy

Respondenti bez psychických obtíží byli osloveni přes studijní oddělení Pražské vysoké školy psychosociálních studií a prostřednictvím on-line „*metody sněhové koule*“. Kritéria pro účast byla plnoletost a absence poruchy osobnosti a schizofrenie.

Výzkumu se původně zúčastnilo 662 respondentů. 86 respondentů bylo vyřazeno, protože uvedli diagnózu poruchy osobnosti a schizofrenie.

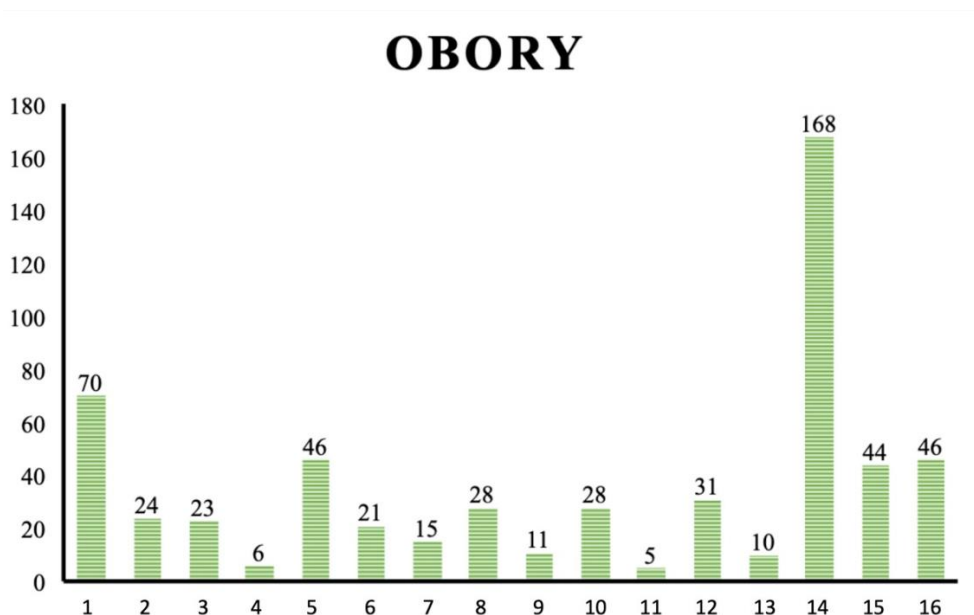
Do výsledné analýzy dat bylo zahrnuto celkem 576 respondentů, z nichž bylo 464 žen (80,6 %) a 112 mužů (19,4 %). Průměrný věk respondentů je 34,8 let (SD = 11,8), nejnižší věk je 18 let a nejvyšší věk je 79 let. Souhrnná data o věku a pohlaví jsou prezentována v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: *Výzkumný soubor*

Pohlaví	Počet	%	Aritmetický průměr věk	Směrodatná odchylka věk	Modus věk	Medián věk
Ženy	464	81	35,1	11,4	24	33
Muži	112	19	33,7	13,1	18	30
Celkem	576	100	34,8	11,8	24	32,5

35 respondentů dosáhlo základního vzdělání (6,1 %), 62 respondentů vystudovalo odborné učiliště (10,8%), 225 respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání (39,1%), 30 respondentů vystudovalo vyšší odbornou školu (5,2%), 102 respondentů má nejvyšší dosažené vzdělání bakalářské (17,7%), 113 respondentů dosáhlo magisterského vzdělání (19,6%) a 9 respondentů má doktorandské či vyšší vzdělání (1,6%). 67 respondentů uvedlo, že aktuálně studují (11,6%), 320 respondentů jsou zaměstnaní (55,6%), 83 respondentů studují a pracují zároveň (14,4%) a 106 respondentů uvedli „jiné“ (18,4%). Obory, ve kterých respondenti působí, jsou souhrnně uvedeny v grafu č. 1.

Graf č. 1: Povolání



Poznámka: Na vodorovné ose jsou načrtnuty obory, ve kterých respondenti působí: 1=Administrativa, 2=Cestovní ruch a pohostinství, 3= Marketing nebo PR, tvůrčí práce, 4= Ostraha a bezpečnost, 5= Služby, 6= Management, 7= Zemědělství, lesnictví a ekologie, 8=Informační technologie, 9=Personalistika a HR, 10=Odborné technické profese, 11=Doprava, logistika a zásobování, 12= Pojišťovnictví, prodej a obchod, 13=Právní služby, 14=Zdravotnictví a sociální péče, vzdělávání, 15=Řemeslné a manuální práce, 16=Jiné. Na svislé ose je zobrazena četnost v daném oboru.

225 respondentů uvedlo, že se aktuálně léčí na psychiatrii (39 %). Zbýlých 352 respondentů se na psychiatrii neléčí (60,9 %). 216 respondentů, kteří jsou aktuálně v psychiatrické péči, dochází k ambulantnímu psychiatrovi (96 %), pouze 2 respondenti aktuálně dochází do denního stacionáře (0,9 %) a 1 je v současnosti hospitalizován na psychiatrickém oddělení (0,3 %).

262 respondentů uvedlo, že má diagnostikovanou poruchu od klinického psychologa či psychiatra (45,5 %), zbylých 314 respondentů nemá diagnostikovanou poruchu (54,5 %). 31 respondentů s diagnostikovanou psychickou poruchou uvedlo, že trpí poruchou z oblasti afektivních poruch (11,8 %), 216 respondentů trpí poruchou v oblasti neurotických, stresových a somatoformních poruch (82,4 %) a zbylých 15 respondentů (5,7 %) uvedlo, že trpí poruchami z obou oblastí zároveň. Data jsou prezentována v tabulce č. 2.

V tomto výzkumu se zúčastnilo mnoho respondentů s různými kombinacemi typů poruch. Nejčastěji se vyskytoval anxiózní typ poruchy (počet: 176, 62 %). Další velmi

často se vyskytující poruchou byla bipolární afektivní porucha (počet: 28, 9,9 %) a depresivní porucha (počet: 24, 8,8 %). 5 respondentů uvedlo, že trpí fobickou poruchou (1,8 %). 15 respondentů uvedlo, že mají diagnostikovanou anxiózní a fobickou poruchu zároveň (5,3 %) a 7 respondentů trpí anxiózní a depresivní poruchou zároveň (2,4 %). Zbylé typy poruch se vyskytovaly v různých kombinacích a byly méně časté.

239 respondentů uvedlo, že aktuálně užívá psychofarmaka (41,5 %). 359 respondentů uvedlo, že má zkušenost s psychoterapií (62,3 %). Aktuálně na psychoterapii dochází 176 respondentů (30,6 %), z toho 158 respondentů dochází na individuální psychoterapii (89,9 %), 8 na skupinovou psychoterapii (4,5 %) a 10 respondentů kombinuje individuální a skupinovou psychoterapii (5,7 %).

Tabulka č. 2: Oblast poruchy

Oblast poruchy	Počet	%	Kumulativní %
Afektivní	31	11.8 %	11.8 %
Neurotická, somatoformní, stresová	216	82.4 %	94.3 %
Kombinovaná	15	5.7 %	100.0 %

4.6 Technika sběru dat

Tento typ výzkumného projektu byl pojat kvantitativním způsobem. Využity byly sebeposuzovací dotazníky a inventáře pro měření emoční regulace a poruch nálad. Ke zjištění strategií emoční regulace byl použit *the Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) sestaven Johnem a Grossem (2003) Při konstruování dotazníku výzkumníci dbali na to, aby otázky nebyly matoucí a nebylo možné si je vyložit jinými způsoby. Dotazník je sebeposuzovací, dvojrozměrnou metodou měří dvě konkrétní strategie emoční regulace. Slouží ke zjišťování strategie potlačování emoční exprese (*expressive suppression*) a kognitivního přehodnocení (*cognitive reappraisal*). Škálu potlačení sytí 4 položky a kognitivní přehodnocení obsahuje 6 položek. Dohromady tedy ERQ obsahuje 10 položek. Jednotlivé položky obsahují tvrzení, na které respondent odpovídá na 7bodové Likertově škále od „velmi nesouhlasím“ až po „velmi souhlasím“. Hrubý skór se získává sečtením všech položek. Skóry jednotlivých škál se získávají součtem odpovědí v položkách sytící dané škály. Dotazník má dobré psychometrické parametry.

Škála kognitivního přehodnocení dosahovala 0,79 Cronbach alfa a škála potlačování emočních projevů 0,73 Cronbach alfa. Při odhadování reliability test-retest po třech měsících, vykazovaly obě škály 0,69 Cronbach alfa (Gross & John, 2003). Dotazník je hojně využíván ve výzkumech (např. McLean et. al., 2007; Donaldson et. al., 2007; Egloff et al., 2006). Se svolením autora jsem použila nepublikovaný překlad dotazníku do českého jazyka. Zpětný překlad do českého a následně do anglického jazyka realizovaly dvě profesionální tlumočnice. V tomto výzkumném projektu byla zkoumána reliabilita pomocí Cronbach alfy a výsledky naznačují, že obě škály jsou přijatelně reliabilní. Pro škálu kognitivního přehodnocení vyšla Cronbach $\alpha = 0,78$ (přijatelná), škála emočního potlačení vyšla Cronbach $\alpha = 0,73$ (přijatelná) (Cronbach, 1951).

Pro měření kognitivní emoční regulace byl použit dotazník *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ). Garnefski, et. al. (2001) sestrojili dotazník k měření kognitivní emoční regulace. Tento dotazník je zaměřen na kognitivní složku (především na myšlení), která hraje zásadní roli v procesu modulace či regulace emocí. Tento nástroj je sestaven tak, aby zjišťoval, jak lidé přemýšlí o náročné (stresující či traumatizující) události po prožití či v jejím průběhu. Tento 36položkový dotazník má 9 škál. Každá škála je sycena 4 položkami. Obsahuje škály: sebeobviňování (*self-blaming*), obviňování ostatních (*other blaming*), ruminace (*ruminatation*), akceptace (*acceptance*), soustředění se na myšlenky (*focus on thought*), katastrofizace (*catastrophising*), změnu perspektivy (*putting into perspective*), přeorientování na plánování (*refocus on planninng*), pozitivní přehodnocení (*positive reappraisal*). Veškeré tyto škály jsou zároveň strategie kognitivní emoční regulace, přičemž tyto strategie jsou blíže popsány v kapitole 2.2 Strategie kognitivní emoční regulace. Tento nástroj zjišťuje, do jaké míry jedinec využívá jednotlivé strategie kognitivní emoční regulace. Dotazník lze administrovat individuálně či skupinově a v počítačové, on-line nebo tužka-papír verzi. Respondent odpovídá na jednotlivé otázky za pomoci 5bodové Likertovy škály od „vždy“ po „nikdy“. Bodové ohodnocení jednotlivých škál lze zjistit součtem jednotlivých položek sycící dané škály. Výsledky lze porovnat s normami vytvořenými pro 5 skupin (pubescence, adolescence, dospělost, starší věk, psychiatrickí pacienti). Dále jsou vytvořeny normy zvlášť pro muže a ženy (Garnefski et al., 2001). Českou verzi dotazníku jsem získala od autora odborné práce. Autor poskytnul souhlas s použitím dotazníku, ale nepřeje si být uveden. Český překlad byl vytvořen pomocí ověřeného zpětného překladu. Po překladu byly analyzovány hlavní komponenty a sycení škál. Dotazník má dobré až

velmi dobré psychometrické vlastnosti (Cronbach α v rozmezí 0,70 až 0,80) pro různé skupiny respondentů. V tomto výzkumném projektu vyšla reliabilita, jako vnitřní konzistence následovně: škála sebeobviňování - Cronbach α = 0,83 (dobrá), škála akceptace - Cronbach α = 0,61 (diskutabilní), škála ruminace Cronbach α = 0,58 (slabá), škála pozitivního přeorientování Cronbach α = 0,78 (přijatelná), škála přeorientování na plánování - Cronbach α = 0,70 (přijatelná), škála pozitivního přehodnocení - Cronbach α = 0,88 (dobrá), škála změna perspektivy - Cronbach α = 0,83 (dobrá), škála katastrofizace - Cronbach α = 0,74 (přijatelná), škála obviňování ostatních - Cronbach α = 0,82 (dobrá) (Cronbach, 1951).

Ke zjištění míry depresivity byla použita 2. verze Beckova inventáře depresivity (BDI – II). Je to velmi hojně využívaný 21položkový, sebesuzovací inventář, který zjišťuje míru aktuální deprese, jako stavu. Jedinci si mají vybrat jeden ze čtyř výroků, který je nejvíce vystihuje v posledních 2 týdnech (Beck et al., 1996). Jednotlivé položky měří symptom deprese (smutek, pocity viny atd.). Tento nástroj orientačně měří závažnost deprese, ale neslouží k diagnostice. Jedinec může u každé položky dosáhnout od 0 až po 3 body (0= symptom není přítomen, 3=symptom je přítomen v maximální intenzitě). Minimální bodový zisk je 0 a maximální je 63 bodů. Celkové skóre se získává součtem bodů. Bodový zisk naznačuje míru depresivity (0-13b = žádná nebo mírná deprese, 14-19b.= mírná deprese, 20-28b.=středně těžká deprese, 29-63b. = závažná deprese) (Ptáček et al., 2016). Českou verzi dotazníku vytvořil Preiss a Vacíř (1999). Dle studie Becka a Steera (1996) je nástroj reliabilní a validní. Podle Wang a Gorensteina (2013) dosahuje inventář dobré až excelentní vnitřní konzistence ($\alpha=0.83-0.96$) (Wang & Gorenstein 2013). V tomto výzkumném projektu vyšla reliabilita, jako vnitřní konzistence excelentní (Cronbach α = 0,94) (Cronbach, 1951).

Ke změření úzkostnosti byl využit *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-X-2). Tato sebesuzovací metoda měří úzkostnost, jako rys. Metodu vyvinul Spielberger, Gorsuch a Lushen (1970). Vyplnění inventáře zabere cca 5-8 minut. Administrace je možná individuálně i skupinově. Metoda má dvě části. Obě části inventáře zahrnují 20 položek a respondent odpovídá na 4bodové škále Likertova typu. První část, STAI-X-1, měří aktuální úzkost a STAI-X-2 měří obvyklou úzkostnost, jako rys. V tomto výzkumném šetření byla použita pouze část STAI-X-2. Inventář obsahuje reverzní otázky, proto se se k vyhodnocování používá šablona. V každé položce může získat

respondent až 4 body (1= téměř nikdy, 2= někdy, 3= často, 4= téměř vždy). Dohromady může jedinec získat minimálně 20 a maximálně 80 bodů. Inventář má vytvořené normy pro určité věkové a jiné skupiny. Bodový zisk se interpretuje tak, že čím je vyšší, tím je obvykle jedinec více úzkostný (Farkaš & Ruise, 1980). V tomto výzkumném projektu vyšla reliabilita, jako vnitřní konzistence excelentní (Cronbach $\alpha = 0,94$) (Cronbach, 1951).

4.7 Dotazníkové šetření

Sestavený dotazník se skládá ze 6 základních sekcí (úvod, demografické údaje, ERQ, CERQ, STAI-X-2, BDI-II).

První sekce byla úvodní a respondent zde byl seznamován s účely a cíli výzkumu. Byla zde primárně zmiňována anonymita a dobrovolnost účasti ve výzkumu. Akcentována byla možnost kdykoliv odstoupit od výzkumu. Také byl respondent seznámen s faktem, že poskytnutá data slouží pouze pro výzkumné účely a vyplněním dotazníku dává souhlas se zpracováním dat. V neposlední řadě je uveden odkaz na stránky s telefonickými kontakty na krizové linky v případě potřeby. V posledním bodu se akcentuje, že má respondent odpovídat sám za sebe, autenticky. V této sekci se nachází otázka na to, zda si respondent uvedené informace přečetl a zda uděluje souhlas se zpracováním dat sloužících k výzkumným účelům.

Druhá sekce se soustřeďuje na základní informace o respondentovi. Jsou zde položeny otázky na pohlaví, věk, obec, ve které respondent žije, nejvyšší dosažené vzdělání. Následují otázky na to, zda respondent studuje, je zaměstnán, obojí, či jiné, ale i na obor, ve kterém působí a na konkrétní pozici či zaměření. Poté přichází otázka na to, zda je respondent aktuálně v psychiatrické péči. Pokud respondent odpoví „ano“, táže se dotazník na typ péče a frekvenci docházení do psychiatrického zařízení. Pro všechny respondenty následuje otázka na minulou zkušenost s psychiatrickou péčí. V případě kladné odpovědi se respondentovi rozbíjí další otázky cílící na délku, frekvenci a typ psychiatrické péče v minulosti.

Základním kritériem pro tento výzkum byla absence diagnostikované poruchy osobnosti, a proto se tato otázka týkala všech respondentů. V případě kladné odpovědi se dotazník ukončil. Pokud dotazovaní odpověděli, že diagnostikovanou poruchu osobnosti nemají, následovala další obecná otázka na diagnostikovanou psychickou

poruchu od psychiatra či klinického psychologa. V případě kladné odpovědi se respondentovi zobrazila možnost uvést konkrétní název diagnózy. Poté byla položena otázka na to, zda respondent užívá psychofarmaka. V případě, že odpověděl kladně, byly položeny otázky na typ psychofarmak, frekvenci a délku léčby. V poslední řadě byly uvedeny otázky na zkušenost s psychoterapií. Pokud respondent odpověděl, že má zkušenost s psychoterapií, byla mu položena otázka na typ psychoterapie (individuální/skupinová/ obojí).

Třetí sekce zahrnovala dotazník směřující k emoční regulaci (ERQ). Zadání cílilo na to, jak respondent své emoce ovládá a celkově na emoční prožívání a projev. Také zde byla uvedena 7bodová stupnice, na které respondent odpovídá (1= „velmi nesouhlasím“ až po 7= „velmi souhlasím“). Tato sekce obsahovala 10 otázek, které se týkaly emočního prožitku. Výroky byly formulovány např. takto: „Nechávám si emoce pro sebe.“, nebo „Když chci cítit pozitivnější emoce, začnu o situaci přemýšlet jinak.“.

Čtvrtá sekce obsahovala dotazník na kognitivní emoční regulaci (CERQ). Bylo zde zadáno, že respondent má odpovídat, tak aby ho odpovědi co nejlépe vystihovaly a také, jak často v nepříjemných chvílích přemýšlí nad následujícím způsobem. Možnosti odpovědí byly na 7bodové Likertově škále: od „téměř nikdy“ až po „téměř vždy“. Tato sekce obsahovala 36 otázek. Ty cílily na konkrétní strategie emoční regulace a frekvenci užívání. Výroky jsou např. „Mám pocit, že já jsem ten/ta, kdo nese vinu.“, nebo „Přemýšlím nad tím, co mi jde nejlépe.“.

V páté sekci o 20 otázkách se nacházel dotazník STAI-X-2, neboli nástroj měřící úzkostnost. Zadáním bylo, že respondent má popsat své obvyklé pocity. U každého výroku uvedl, jak často se běžně cítí na 4bodové škále od „téměř nikdy“ až po „téměř vždy“. Dotazník obsahuje výroky např. „Cítím se příjemně.“, nebo „Rychle se unavím.“.

V poslední, šesté, sekci byl využit Beckův inventář depresivity (BDI-II). V zadání bylo uvedeno, že má jedinec zhodnotit, jak ho nejlépe charakterizuje některé z tvrzení. Jednotlivé položky se dotazovaly na aktuální výskyt depresivních symptomů. Inventář obsahoval 21 položek, kdy jedinec vybírá ze 4 tvrzení ty, které mu vyhovují. Např. v první otázce je na výběr „Necítím se smutný (á).“, „Cítím se posmutnělý (á), sklíčený (á).“, „Jsem stále smutný (á) a smutku se nedokážu zbavit.“, „Jsem tak nešťastný (á), že to nemohu snést.“. U každého výroku je zároveň uveden bodový zisk od 0 po 3 body.

Před ukončením dotazníku byl opět uveden odkaz na stránky s kontakty na krizové linky.

Všechny použité nástroje měly sebezposuzovací charakter, což je nutné brát v potaz zejména při interpretaci. Není možné výsledky považovat za objektivní fakta, neboť jsou spíše orientační a relevance odpovědí je založena na introspekci a náhledu jedince.

Dotazník byl sestaven v Google Forms a šířen pomocí odkazu pouze v on-line prostředí. Šíření probíhalo primárně skrze bezplatnou inzerci na facebookových skupinách. Důležitým aspektem při interpretaci výsledků je také fakt, že díky použití „*metody sněhové koule*“ a šíření dotazníku v rámci Pražské vysoké školy psychosociálních studií nebylo možné dosáhnout reprezentativního vzorku respondentů.

4.8 Analýza dat

Veškerá data byla nejprve transformována z Google Forms do Excelu. V Excelu byla vytvořena kontingenční tabulka, grafy, tabulky atd. Veškeré statistické analýzy byly vyhotoveny v Jamovi (Jamovi 2.3, 2022), statistickém programu (Spearmanova korelační analýza, deskriptivní statistika, Kruskal Wallis, ANOVA, Mann Whitney U test, lineární regresní analýza a další).

V první řadě byla ověřena reliabilita nástrojů pomocí Cronbach alfy. Výsledky naznačují, že veškeré psychometrické nástroje a jejich škály jsou přijatelně reliabilní a je možné tyto nástroje využít. Následně byl aplikován Shapiro Wilkův test normality dat. Většina proměnných neodpovídala normálnímu rozložení (dosažené p-hodnoty byly vyšší než 0,05) a bylo potřeba zvolit neparametrické testy. Pouze škála přehodnocení a potlačení v ERQ odpovídá normálnímu rozložení. Normalita byla ověřována u: věku, pohlaví, nejvyššího dosaženého vzdělání, oblasti působení, oblasti poruchy, typu poruchy, konkrétní diagnózy, ERQ škály přehodnocení, ERQ škály potlačení, CERQ škály sebeobviňování, CERQ škály akceptace, CERQ škály ruminace, CERQ škály pozitivního přeorientování, CERQ škály přeorientování se na plánování, CERQ škály pozitivního přehodnocení, CERQ škály změny kontextu, CERQ škály katastrofizace, CERQ škály obviňování ostatních, STAI-X-2, BDI-II. V návaznosti na odchylku dat od normálního rozložení bylo potřeba používat pouze neparametrické testy.

ANOVOU byl testován rozdíl v emoční regulaci mezi skupinami poruch. Ke zjištění přesného rozdílu byl využit Holmův a Tukeyho post hoc test. Kruskal Wallis testem byl zkoumán rozdíl v kognitivní emoční regulaci mezi jednotlivými oblastmi poruch. Přesné rozdíly mezi skupinami byly testovány párovým srovnáním.

5 Výsledky

V této kapitole budou prezentovány výsledky. V provedeném výzkumném šetření je brána v potaz komplexita a objem výsledků, které budou uvedeny do souvislosti níže v kapitole Diskuze.

5.1 Emoční regulace a psychické poruchy

První otázkou je, zda se liší v emoční regulaci lidé se třemi skupinami poruch: afektivní poruchy, neurotické, somatoformní a stresové poruchy, kombinace obou předešlých typů. Analyzovány byly bodové zisky v dotazníku ERQ na škále přehodnocení a potlačení.

„Existuje rozdíl mezi ve frekvenci užívání strategií emoční regulace mezi jednotlivými oblastmi psychických poruch?“

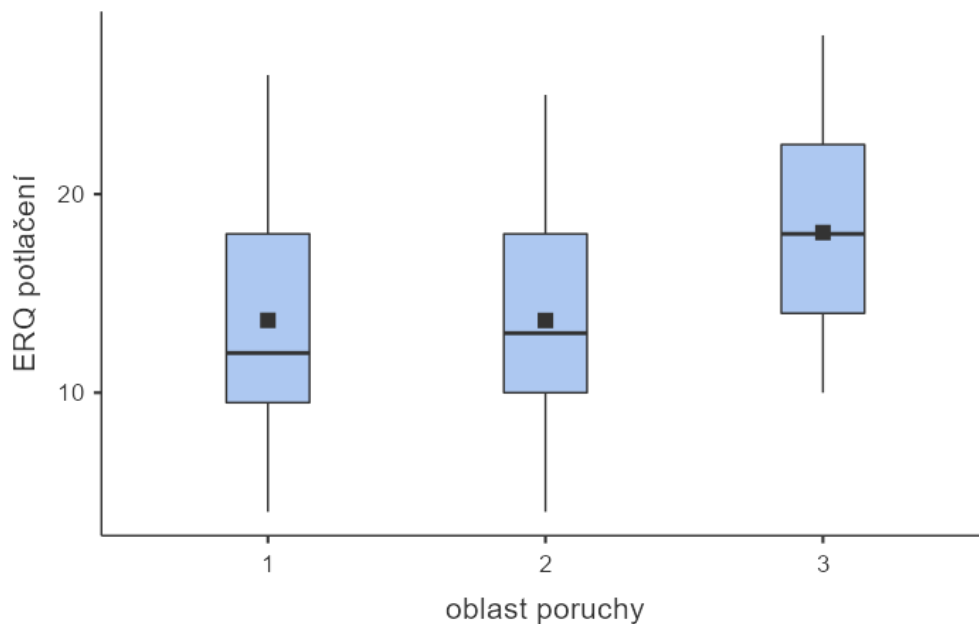
Dle ANOVY vyšel statistický významný rozdíl v užívání strategie potlačení mezi lidmi, kteří trpí afektivní, neurotickou, somatoformní a stresovou poruchou anebo obojím. Lidé s oběma typy poruch častěji potlačují emoční expresi. Rozdíl mezi afektivními a neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami nebyl objeven. U konkrétních diagnóz či typem poruchy nebyl objeven statistický rozdíl v emoční regulaci. Z výsledků tedy vyplývá, že žádná strategie emoční regulace u konkrétní poruchy či typu poruchy nedominuje. Výsledky jsou prezentovány v tabulce č. 3 a grafu č. 2.

Tabulka č. 3: Strategie emoční regulace mezi oblastmi poruch

	F	df1	df2	p
ERQ_přehodnocení	3.19	2	29.3	0.056
ERQ_potlačení	4.62	2	29.5	*0.018

*Poznámka: *P <0.05, **P <0.01, F= rozdíl, df1 a df2= stupeň volnosti, p= statistická významnost*

Graf č. 2: Strategie emoční regulace – potlačení u vybraných oblastí poruchy



Poznámka: na vodorovné ose je zaznamenáno 1=Afektivní poruchy, 2=Neurotické, stresové, somatoformní, 3=kombinace afektivních a neurotických poruch

Další výzkumnou otázkou je, zda se lidé s různými oblastmi poruch liší v kognitivní emoční regulaci. Výzkumná otázka je položena takto: „**Souvisí jednotlivé oblasti psychických poruch se strategiemi kognitivní emoční regulace?**“ V Kruskal-Wallis testu byl objeven statisticky významný rozdíl mezi skupinou neurotických, stresových a somatoformních poruch a v jejich kombinacích. Lidé s neurotickou, somatoformní a stresovou poruchou více využívají strategii emoční regulace přeorientování se na plánování, pozitivní přehodnocení, zasazení do kontextu. Dále byl statisticky významný rozdíl ve využívání strategie katastrofizace mezi skupinou afektivních a kombinovaných poruch. Mezi konkrétními diagnózami či typy poruch nebyl objeven statisticky významný rozdíl. Nelze usuzovat, že jedné z poruch jedna ze strategií dominuje. Výsledky jsou prezentovány v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4: Strategie kognitivní emoční regulace u jednotlivých oblastí poruch

	F	df1	df2	p
CERQ_Sebeobviňování	1.787	2	31.5	0.184
CERQ_Akceptace	1.189	2	30.5	0.318
CERQ_Ruminace	0.512	2	31.5	0.604
CERQ_Pozitivní přeorientování	2.226	2	30.7	0.125
CERQ_Přeorientování na plánování	3.573	2	29.3	*0.041
CERQ_Pozitivní přehodnocení	3.491	2	30.2	*0.043
CERQ_Zasazení do kontextu	5.638	2	29.8	**0.008
CERQ_Katastrofizace	5.041	2	29.2	*0.013
CERQ_Obviňování ostatních	0.460	2	30.8	0.635

Poznámka: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, F = rozdíl, $df1$ a $df2$ = stupeň volnosti, p = statistická významnost,

5.2 Klinická a neklinická populace

Následně odpovím na výzkumnou otázku, která cílí na rozdíl mezi klinickou a neklinickou populací v rámci emoční regulace: „**Existuje rozdíl v emoční regulaci mezi klinickou a neklinickou populací?**“ Výsledky Mann Whitneyho U testu naznačují, že existuje významný rozdíl mezi klinickou a neklinickou populací. Lidé bez diagnózy více využívají strategii přehodnocení, což je zároveň jedna z adaptivních strategií emoční regulace. Ovšem ve využívání strategie potlačování se mezi sebou osoby s diagnózou a bez diagnózy nijak zásadně neliší. Výsledky jsou k nalezení v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5: Klinická a neklinická populace – emoční regulace

		Statistic	p
ERQ_přehodnocení	Mann-Whitney U	37446	*0.032
ERQ_potlačení	Mann-Whitney U	40187	0.317

Poznámka: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, Statistic= výsledek Mann-Whitneyho U testu, p = statistická významnost

„Existuje rozdíl v kognitivní emoční regulaci mezi klinickou a neklinickou populací?“ V tomto případě také existuje rozdíl mezi klinickou a neklinickou populací. Na základě výsledků v Mann Whitneyho U testu lze říct, že lidé s diagnostikovanou poruchou se více sebeobviňují a produkují častěji katastrofické scénáře. Naopak lidé bez diagnózy více pozitivně přehodnocují a zasazují do kontextu situace. Ve zbylých strategiích nevyšel statisticky významný rozdíl. Výsledky jsou uvedeny níže v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6: Klinická a neklinická populace – kognitivní emoční regulace

		Statistic	p
CERQ_Sebeobviňování	Mann-Whitney U	36912	*0.033
CERQ_Akceptace	Mann-Whitney U	40869	0.893
CERQ_Ruminace	Mann-Whitney U	37701	0.083
CERQ_Pozitivní přeorientování	Mann-Whitney U	38394	0.166
CERQ_Přeorientování na plánování	Mann-Whitney U	38199	0.138
CERQ_Pozitivní přehodnocení	Mann-Whitney U	32267	**< .001
CERQ_Zasazení do kontextu	Mann-Whitney U	33002	**< .001
CERQ_Katastrofizace	Mann-Whitney U	30124	**< .001
CERQ_Obviňování ostatních	Mann-Whitney U	37312	0.053

Poznámka: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, Statistic= výsledek Mann-Whitneyho U testu, p = statistická významnost

„Souvisí míra depresivních a úzkostných symptomů s emoční regulací?“ Pro nalezení odpovědi na tuto otázku byla vyhotovena Spearmanova korelační analýza. Výsledky naznačují, že je záporná korelace mezi skórem v BDI-II a strategií přehodnocení (-0,352). Lze tedy předpokládat, že čím méně depresivních symptomů jedinec vykazuje, tím častěji využívá strategii emoční regulace přehodnocení. Také lze konstatovat, že čím více jedinec potlačuje emoce tím, spíše vykazuje depresivní symptomy (0,279). Z výsledků vyplývá, že existuje silná souvislost mezi mírou úzkostnosti a depresivitu (0,622). Čím více depresivních symptomů jedinec vykazuje, tím častěji využívá strategii katastrofizace (0,575) a sebeobviňování (0,535) (silná souvislost), a naopak méně využívá strategii pozitivního přehodnocení (-0,564),

přeorientování se na plánování (-0,395) a zasazení do kontextu (-0,348), pozitivně se přeorientovává (-0,308). Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 7.

Tabulka č. 7: Korelace emoční regulace a depresivní symptomy

		BDI-II_total
ERQ_Přehodnocení	Spearmanovo rho	** -0,351
	p-hodnota	<.001
ERQ_Potlačení	Spearmanovo rho	** 0,279
	p-hodnota	<.001
CERQ_Sebeobviňování	Spearmanovo rho	** 0,535
	p-hodnota	<.001
CERQ_Pozitivní přeorientování	Spearmanovo rho	** -0,308
	p-hodnota	<.001
CERQ_Plánování	Spearmanovo rho	** -0,395
	p-hodnota	<.001
CERQ_Pozitivní přehodnocení	Spearmanovo rho	** -0,564
	p-hodnota	<.001
CERQ_Zasazení do kontextu	Spearmanovo rho	** -0,348
	p-hodnota	<.001
CERQ_Katastrofizace	Spearmanovo rho	*** 0,575
	p-hodnota	<.001

Poznámka: značení síly korelace: * 0,15 až 0,28 – slabá, ** 0,29 až 0,57 – středně silná, *** 0,58 až 1 – velmi silná

Čím více je jedinec úzkostný, tím častěji využívá strategie sebeobviňování (0,525), katastrofizace (0,575), ruminace (0,402). Také výsledky naznačují, že čím více je jedinec úzkostný, tím méně pozitivně přehodnocuje situaci (-0,314). Výsledky jsou k dispozici v tabulce č. 8.

Tabulka č. 8: Korelace emoční regulace a úzkostnost

		STAI-X-2_total
CERQ_Sebeobviňování	Spearmanovo rho	** 0,525
	p-hodnota	<.001
CERQ_Pozitivní přehodnocení	Spearmanovo rho	** -0,314
	p-hodnota	<.001
CERQ_Ruminace	Spearmanovo rho	** 0,402
	p-hodnota	<.001
CERQ_Katastrofizace	Spearmanovo rho	*** 0,575
	p-hodnota	<.001

Poznámka: značení síly korelace: * 0,15 až 0,28 – slabá, ** 0,29 až 0,57 – středně silná, *** 0,58 až 1 – velmi silná

5.3 Faktory působící na emoční regulaci

Existuje rozdíl v emoční a kognitivní emoční regulaci mezi muži a ženami?

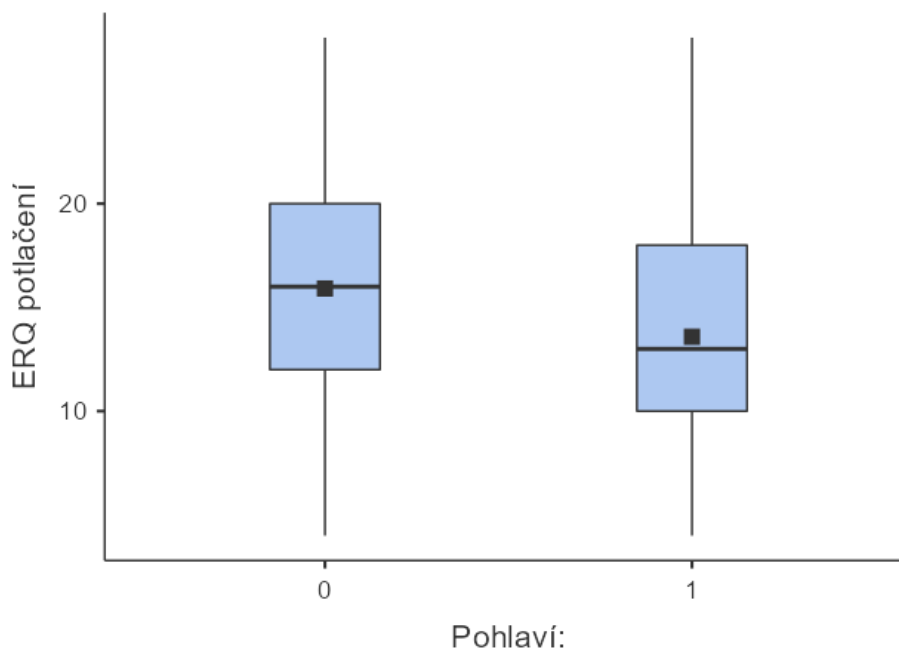
Výsledky naznačují, že mezi muži a ženami existuje statisticky významný rozdíl v regulování emocí. Výsledky Mann-Whitneyho U testu sdělují, že muži významně více potlačují projev emocí oproti ženám. Výsledky testu jsou k nahlédnutí v tabulce č. 9. A v grafu č. 3.

Tabulka č. 9: Rozdíl mezi muži a ženami v emoční regulaci

		Statistic	p
ERQ_Přehodnocení	Mann-Whitney U	25419	0.721
ERQ_Potlačení	Mann-Whitney U	19567	**<.001

Poznámka: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, Statistic= výsledek Mann-Whitneyho U testu, p = statistická významnost

Graf č. 3: Muži a ženy strategie emoční regulace - potlačení



Poznámka: Na vodorovné ose jsou muži označeni číslem 0 a ženy číslem 1

Na základě výsledků v Mann-Whitneyho U testu lze říct, že se muži a ženy liší i v kognitivní regulaci. Ženy více využívají strategii ruminace a katastrofizace.

Muži naopak více obviňují ostatní. V ostatních strategiích kognitivní regulace nevyšel mezi skupinami významný rozdíl. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 10.

Tabulka č. 10: Rozdíl mezi muži a ženami v kognitivní emoční regulaci

		Statistic	p
CERQ_Sebeobviňování	Mann-Whitney U	23897	0.185
CERQ_Akceptace	Mann-Whitney U	24876	0.481
CERQ_Ruminace	Mann-Whitney U	17901	**<.001
CERQ_Pozitivní přeorientování	Mann-Whitney U	24581	0.373
CERQ_Přeorientování na plánování	Mann-Whitney U	25516	0.767
CERQ_Pozitivní přehodnocení	Mann-Whitney U	24216	0.262
CERQ_Zasazení do kontextu	Mann-Whitney U	24494	0.345
CERQ_Katastrofizace	Mann-Whitney U	22222	*0.017
CERQ_Obviňování ostatních	Mann-Whitney U	22834	*0.045

Poznámka: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, Statistic= výsledek Mann-Whitneyho U testu, p= statistická významnost

„Jaké proměnné (věk, oblast působení, nejvyšší dosažené vzdělání) ovlivňují frekvenci užívaných strategií kognitivní emoční regulace a emoční regulace?“

Pro zjištění odpovědí na tuto otázku byla aplikována lineární regresní analýza. Jako závislá proměnná byla v tomto modelu škála CERQ. Kovariátem byl věk. Veškeré prezentované výsledky jsou signifikantní, protože p-hodnota modelu $< 0,001$. Výsledky lineární regresní analýzy naznačují, že každý rok v životě jedince má vliv na frekvenci používání kognitivně emočních strategií. Čím je starší, byť o jeden rok, tím méně se sebeobviňuje (o 0,5 bodu méně v CERQ, $R^2 = 0,0290$, p-hodnota $< 0,001$), méně často ruminuje (o 0,25 bodu méně v CERQ, $R^2 = 0,0112$, p-hodnota $< 0,011$) a častěji se přeorientovává na plánování (o 0,37 bodu v CERQ, $R^2 = 0,0177$, p-hodnota $< 0,001$). Mezi zbylými škálami CERQ a ERQ nebyla objevena statisticky významná souvislost.

V tomto modelu lineární regresní analýzy vyšla p-hodnota $< 0,001$. Závislou proměnnou bylo nejvyšší dosažené vzdělání a kovariátem byly jednotlivé škály v ERQ a CERQ. Bylo zjištěno, že čím vyššího vzdělání jedinec dosáhne, tím méně potlačuje emoční projevy (o 0,4 bodu méně v ERQ, $R^2 = 0,0148$, p-hodnota $= 0,003$), ale zároveň více přehodnocuje situaci (o 0,87 bodu více v ERQ, $R^2 = 0,0338$, p-hodnota $< 0,001$). Čím nižšího vzdělání jedinec dosáhne, tím méně se sebeobviňuje (o 0,26 bodu méně v CERQ,

$R^2 = 0,0110$, p -hodnota=0,012). Čím vyšší vzdělání jedinec má, tím více pozitivně přehodnocuje (o 0,5 bodu v CERQ, $R^2 = 0,0466$, p -hodnota < 0,001), více se přeorientovává na plánování (o 0,37 bodu více v CERQ, $R^2 = 0,0310$, p -hodnota < 0,001). Oblast, ve které jedinec působí na emoční a kognitivní emoční regulaci nemá statisticky významný vliv.

5.4 Shrnutí výsledků

Z výsledků vyplývá, že jednotlivé oblasti psychických poruch se liší v emoční regulaci pouze ve frekvenci užívání strategie přehodnocování. Častěji tuto strategii využívají osoby s kombinací poruch. Také se jednotlivé oblasti psychických poruch liší v oblasti kognitivní emoční regulace. Lidé s neurotickou, somatoformní a stresovou poruchou více využívají strategii přeorientování se na plánování, pozitivní přehodnocení, zasazení do kontextu než lidé s afektivní, nebo s kombinovanou poruchou. Žádná ze strategií nedominovala u jedné z diagnóz nebo typu poruchy.

Dále výsledky naznačují, že v emoční regulaci se mezi sebou liší klinická a neklinická populace. Lidé s diagnostikovanou psychickou poruchou častěji využívají maladaptivní strategie kognitivní i běžné emoční regulace a zároveň méně často využívají strategie adaptivní.

Lidé, kteří vykazují více depresivních symptomů, také více využívají strategii katastrofizace, sebeobviňování, a naopak méně často využívají adaptivní strategie emoční i kognitivní emoční regulace (pozitivní přehodnocení, přeorientování na plánování, zasazování do kontextu). Lidé, kteří jsou obvykle více úzkostní, také častěji využívají maladaptivní strategie emoční regulace (katastrofizace, ruminace, sebeobviňování).

Mezi pohlavím se potvrdil rozdíl v emoční modulaci. Muži více využívají strategii potlačení emoční exprese a častěji obviňují ostatní. Ženy častěji využívají katastrofizaci a ruminaci.

Frekvence užívání maladaptivních strategií se mění v průběhu věku. Výsledky naznačují, že čím je jedinec starší, tím méně využívá maladaptivní strategie emoční regulace. Vliv oboru, ve kterém jedinec působí, nebyl objeven. Při zkoumání vlivu různého stupně vzdělání na emoční modulaci byla objevena souvislost. Výsledky naznačují, že čím vyššího vzdělání jedinec dosáhne, tím méně potlačuje emoční projevy, přehodnocuje, přeorientovává se na plánování, a naopak více přehodnocuje situaci.

6 Diskuse

V této části budou dávány do kontextu výsledky dosavadního poznání a výsledky z předešlých výzkumů.

6.1 Emoční regulace a psychické poruchy

V tomto výzkumném šetření byly poruchy rozděleny dle MKN-10 na: neurotické, stresové a somatoformní poruchy, afektivní poruchy a poruchy kombinované. Dle charakteristiky v MKN-10 bylo možno predikovat, že jednotlivé strategie kognitivní emoční regulace a emoční regulace budou dominovat u jednotlivých poruch. Výsledky tohoto výzkumného šetření, však nenaznačují, že by byl rozdíl v emoční regulaci či kognitivní emoční regulaci mezi jednotlivými poruchami. Což potvrzuje i řada minulých výzkumů, které taktéž neprokázaly, že by existoval významný rozdíl mezi různými oblastmi poruch (Gross, 2015, Bargh & Williams, 2007, Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010 a další). Nelze tedy konstatovat, že by konkrétní strategie emoční regulace způsobovala propuknutí jedné z diagnóz. Tento výsledek si vysvětlují tím, že emoční regulace je velmi komplexní proces, který je závislý na kontextu situace a i přes určení jednotlivých diagnóz v MKN 10 existují mezi lidmi individuální odlišnosti. Oblasti poruch a konkrétní diagnózy mají značně složitější příčiny vzniku než jen ty, které spadají do oblasti emočního prožívání. V návaznosti na teoretické ukotvení si lze jen těžko vysvětlit drobné rozdíly v emoční regulaci mezi různými poruchami. Výsledky naznačují, že je rozdíl mezi lidmi, kteří mají kombinaci afektivních a úzkostných poruch a mezi ostatními ve strategii přehodnocení. Pravděpodobně jsou výsledky značně ovlivněny nedostatečnou saturací jednotlivých oblastí poruch.

Výsledky naznačují, že existuje jistá souvislost mezi úrovní depresivních symptomů a frekvencí užívání strategií emoční regulace. V tomto výzkumu nebyla zkoumána kauzalita vztahů, tudíž zůstává otázkou, co čemu předchází. Na základě aktuálních poznatků v této oblasti výzkumu lze předpokládat, že čím silnější symptomy deprese jedinec udává, tím méně často přehodnocuje situaci, ale častěji potlačuje emoční projev. Také z výsledků vyplývá, že jedinci, kteří vykazují mnoho depresivních symptomů, častěji katastrofizují situaci, sebeobviňují se, a naopak méně využívají adaptivní strategie kognitivní emoční regulace (pozitivní přehodnocení, přeorientování na plánování, zasazování do kontextu). Výsledky vyšly velmi podobně ve výzkumu

Garnefskiho a Kraaji (2006). Lze tedy říct, že dvě maladaptivní strategie kognitivní emoční regulace neboli katastrofizace a sebeobviňování se opakovaně zobrazují, jako dominantní strategie modulace emocí u lidí, kteří vykazují depresivními symptomy. V MKN-10 je uvedeno několik kritérií pro stanovení diagnózy depresí. Podstatné je uvědomit si, že ačkoliv jedinec vykazuje krátkodobě depresivní symptomy, nemusí splňovat kritéria pro stanovení depresivní poruchy. Alternativní vysvětlení je, že jedinec vykazuje depresivní symptomy, protože zažil jednu ze zátěžových životních situací, a v návaznosti na ni vnímá svět v „tmavších barvách“ a viní se za to, co se mu stalo. To se však nemusí opakovat v jeho dalších jiných životních situacích či v běžném stavu.

Na základě popisu poruchy v MKN-10 bylo stěžejním předpokladem, že u úzkostných poruch bude dominovat strategie ruminace a katastrofizace. Campbell-Sills a Barlow (2007) si vysvětlují úzkostné symptomy obtížemi v oblasti emoční regulace. Výsledky v tomto výzkumném šetření naznačují, že mezi úzkostností a frekvencí užívání strategií kognitivní emoční regulace existuje souvislost. Ani v tomto případě nebyla přímo zkoumána kauzalita vztahů. Výsledky naznačují, že úzkostní jedinci udávají, že častěji využívají strategii katastrofizace, ruminace a sebeobviňování se. Veškeré tyto strategie jsou považovány za maladaptivní, tudíž z popisu vychází najevo, že jsou spojovány s duševní nepohodou (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Také výsledky naznačují, že více úzkostní jedinci udávají, že méně často využívají strategii přehodnocování situace, což je adaptivní strategie emoční regulace, která jedincovi napomáhá v regulování emocí (Gross, 2015). Opět je zde důležité si uvědomit, že vykazování úzkostných symptomů nemusí nutně znamenat komplexní diagnózu, ale může jít o časově omezený stav.

V případě porovnávání klinické a neklinické populace výsledky potvrzují předešlé výzkumy. Lidé bez diagnózy více přehodnocují situaci, pozitivně přehodnocují a zasazují do kontextu, což jsou zároveň adaptivní strategie emoční regulace, které vedou ke zmírnění stresu a napomáhají duševní pohodě (Gross, 2015). Užívání adaptivních strategií emoční regulace se považuje za protektivní faktor před vznikem psychických poruch (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Garnefski a Kraaji (2006) ve svém výzkumu zjistili, že častější užívání pozitivního přehodnocení vede k menší pravděpodobnosti vzniku psychické poruchy (Garnefski & Kraaij, 2006). Výsledky tohoto výzkumného šetření dokladují, že lidé, kteří častěji využívají adaptivní strategie emoční regulace,

netrpí žádnou duševní chorobou. Tato oblast byla mnohokrát zkoumána a jednoznačná souvislost se opakovaně prokázala mezi vysokou frekvencí využívání maladaptivních strategií emoční regulace a vznikem duševní poruchy (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010, Garnefski & Kraaij, 2006 a další). Výsledky tohoto výzkumného šetření potvrzují zmíněnou souvislost. U jedinců s diagnostikovanou poruchou vyšlo najevo, že mnohem častěji produkují katastrofické scénáře a sebeobviňují se.

6.2 Faktory působící na emoční regulaci

Na základě mnohých výzkumů bylo předpokladem, že ženy a muži se budou lišit ve výběru strategií kognitivní a emoční regulace (Zlomke & Hahn, 2010, Garnefski et al., 2014, Nolen-Hoeksema, 2012 a další). Výsledky naznačují, že mezi muži a ženami existuje statisticky významný rozdíl v regulování emocí. Dokonce Domes et al. (2009) dokládá, že přímo existuje rozdíl v prožívání a aktivitě mozkových center u mužů a žen. Lze tedy předpokládat, že se muži a ženy budou lišit v emoční regulaci a kognitivní emoční regulaci. Ve významném výzkumném projektu Nolen-Hoeksemy (2012) bylo zjištěno, že muži více než ženy potlačují své emoce (Nolen-Hoeksema, 2012). I výsledky výzkumného šetření této diplomové práce naznačují, že muži, v porovnání se ženami, intenzivně potlačují projev emocí. Výzkum Zlomkeho a Hahna (2010) také naznačuje, že ženy spíše využívají maladaptivní strategie emoční a kognitivní regulace, a tím spíše jsou zranitelné k prožívání distresu a úzkosti. V tomto směru potvrzují, že u žen vyšlo, že více ruminují a katastrofizují, což jsou maladaptivní strategie emoční regulace. Muži více obviňují ostatní, což je také maladaptivní strategie kognitivní emoční regulace, ale není spojována s vyšší mírou symptomů. Zjednodušeně to znamená, že častěji uvažují o chybách druhých než ženy (Garnefski et al., 2001).

Garnefski a Kraaij (2006) předpokládali, že čím je jedinec starší, tím lépe bude umět využívat své kognitivní schopnosti a znalosti v oblasti emočního prožívání. Ačkoliv v jejich výzkumu se vliv věku na schopnost kognitivní emoční regulace nepotvrdil, tak výsledky v tomto výzkumném šetření naznačují, že čím starší jedinec je, tím méně se sebeobviňuje, ruminuje a častěji se orientuje na plánování v emočně vypjatých situacích. Toto výzkumné šetření nepřímo potvrzuje předpoklad Garnefskiho a Kraaij (2006), že čím je jedinec starší, tím méně maladaptivních strategií emoční regulace využívá.

Výsledky dále naznačují, že vzdělání souvisí s kognitivní emoční regulací. V tomto výzkumném designu nebylo možné zjišťovat kauzální vztah, tudíž o příčinnosti lze pouze diskutovat, ale nelze ji deklarovat. Respondenti v tomto výzkumném šetření udávají, že čím vyšší vzdělání dosáhli, tím méně potlačují emoční projevy, ale zároveň více přehodnocují situaci. Také udávají, že čím vyššího vzdělání dosáhli, tím častěji přehodnocují a více se přeorientovávají na plánování. V tomto případě výsledky vysvětlují tak, že adaptivní strategie regulace jsou spojovány s úspěchem ve vzdělávání se, v pracovním životě a obecnou funkčností v životě. Teoretické zakotvení Bracketta a Saloveye (2004) právě naznačuje, že čím lépe jedinec své emoce reguluje, tím je výkonnější, a tím pádem např. vzdělání spíše dokončí. Záměrně však není redukována tato oblast výsledků v prezentaci výzkumu, protože to, jakého vzdělání jedinec dosáhne, může souviset s naprosto jinými aspekty. Zkoumání těchto potenciálních aspektů nebylo předmětem tohoto výzkumného šetření. Zajímavé ovšem je, že výsledky naznačují, že obor, ve kterém jedinec pracuje či studuje, nijak nedeterminuje modulaci emocí. Výsledky mohou být ovlivněny nedostatečnou saturací jednotlivých skupin.

V dalších výzkumech by bylo zajímavé zaměřit se na konkrétní příčiny, jak dochází k dysregulaci emocí. Také by bylo velmi přínosné se zaměřit na kontext jedinců a hlouběji prozkoumat, jaké další faktory hrají roli v emoční regulaci. Pro další výzkumy bych doporučila spíše kvalitativní zkoumání dané problematiky, protože by neredukující design výzkumů mohl přinést mnohem detailnější a komplexnější informace o dynamice emoční regulace. Obecně by bylo přínosnější zaměřit se na konkrétní příběh jedince než na symptomy, které vykazuje.

Omezení a limity výzkumného šetření

Limitem tohoto výzkumného šetření je vzorek, který není reprezentativní a neodpovídá normálnímu rozložení. Jednotlivé skupiny poruch a oborů nejsou dostatečně saturovány. Totéž platí pro konkrétní poruchy. Nebylo možné srovnávat mezi sebou konkrétní diagnózy, protože jednotlivé kategorie nebyly dostatečně saturovány. Dalším limitem je výběr respondentů, který probíhal „*metodou sněhové koule*“. Značná část respondentů byla vybrána na Pražské Vysoké škole psychosociálních studií, kde se pohybují lidé se specifickým zaměřením. Z tohoto důvodu výsledky není možné zobecňovat. Tento limit by byl vyřešen kvótním výběrem respondentů

Jedním z limitů je, že sběr dat proběhl převážně on-line metodou. Není možné zjistit identitu respondentů a ověřit, zda jsou výpovědi pravdivé.

Dalším limitem je, že veškeré inventáře a dotazníky jsou sebeposuzujícího charakteru, což značně limituje možnosti interpretace. Výsledky je nutné brát s rezervou, protože záleží na schopnostech a možnostech náhledu a sebereflexe respondenta. Vybrané psychometrické nástroje jsou reduktivní. Není možné zjistit kontext výpovědi respondenta, který by mohl dovysvětlit výpovědi. Toto omezení by např. v kvalitativním výzkumu či jiném výzkumném designu (experiment či použití objektivních testů) nebylo předmětné.

Limitem také je, že v první fázi sběru, nebyla položka v Beckově inventáři deprese II označena za povinnou. Díky tomu chyběla data v položce č. 10 a bylo nutné několik desítek respondentů vynechat v analýzách, kde se s BDI-II pracovalo.

Posledním limitem bylo stanovení otevřené odpovědi na otázku diagnózy, kterou jedinec trpí. Vzhledem k tomu, že se výpovědi respondentů značně lišily, bylo velice obtížné nasbíraná data zpracovat. Tomuto problému by bylo možno předejít tak, že budou předem připraveny uzavřené odpovědi s jednotlivými diagnózami a jejich kombinacemi.

ZÁVĚR

Práce si kladla několik cílů, které mohla splnit díky opoře v teoretické přípravě a díky dotazníkovému šetření s jeho následnou evaluací.

Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření bylo zjistit, zda se mezi sebou stanovené oblasti poruch liší, zejména ve frekvenci užívání jednotlivých strategií emoční regulace. Dalším cílem bylo porovnat modulaci emocí u osob s diagnózou a bez ní. Na základě výzkumného šetření bylo možno porovnat, zda se mezi sebou stanovené oblasti poruch liší, zejména ve frekvenci užívání jednotlivých strategií emoční regulace. Následujícím cílem bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi symptomy úzkostí a depresí, a dynamikou emoční regulace, bez ohledu na diagnózu. V neposlední řadě bylo prozkoumáno, zda proměnné jako jsou: pohlaví věk, obor, výše vzdělání ovlivňují emoční regulaci.

Mezi vybrané poruchy nálad patřilo mnoho konkrétních diagnóz, ale především byly poruchy rozděleny do tří hlavních kategorií: neurotické, stresové, somatoformní a afektivní a kombinace dvou předešlých oblastí. Emoční regulaci lze rozdělit na konkrétní strategie, a to jak v oblasti kognitivní, tak v oblasti emoční. Tyto strategie jsou rozděleny na adaptivní a maladaptivní dle předešlých výzkumů. Adaptivní strategie se vyznačují tím, že vedou ke zlepšování emoční regulace a podporují duševní pohodu. Naopak strategie maladaptivní se vyznačují tím, že nevedou k úlevě či jsou dokonce kontraproduktivní.

V teoretické části byly stručně popsány afektivní jevy, jako základ pro uchopení emoční regulace. Následně byla popsána emoční regulace, konkrétní strategie emoční regulace a výzkumy, které se touto oblastí zabývaly. Teoreticky byla oddělena kognitivní emoční regulace a uvedeny byly konkrétní strategie a výzkumy. V poslední sekci teoretické části byly popisovány jednotlivé oblasti, typy a konkrétní poruchy dle MKN-10.

V empirické části je čtenář seznámen s výzkumným problémem a s průběhem metodologie. Jsou zde popsány výzkumné otázky, cíle výzkumu a navazující hypotézy i techniky sběru dat a konkrétní dotazníky, které byly využívány. Také je zde detailně popsán výzkumný soubor. Klíčovou sekcí je prezentace získaných výsledků.

Výsledky naznačují, že mezi skupinami jednotlivých poruch nejsou markantní rozdíly až na strategii přehodnocování, kterou častěji používají lidé s kombinací poruch

afektivních a úzkostných. Výsledky z oblasti porovnávání klinické a neklinické populace naznačují, že lidé s diagnostikovanou poruchou využívají častěji maladaptivní než adaptivní strategie emoční a kognitivní regulace. Na základě výsledků lze předpokládat, že čím více je jedinec depresivní, tím častěji katastrofizuje situaci, sebeobviňuje se, a naopak méně využívá adaptivní strategie kognitivní emoční regulace (pozitivní přehodnocení, přeorientování na plánování, zasazování do kontextu). U úzkostných symptomů lze také předpokládat, že čím více jich jedinec vykazuje, tím více využívá maladaptivní strategie emoční regulace (katastrofizuje, ruminuje a sebeobviňuje se). Výsledky naznačují, že existuje rozdíl v emoční regulaci mezi muži a ženami. Liší se ve frekvenci užívání jednotlivých strategií. Muži více potlačují emoční projevy a obviňují ostatní lidi. Ženy častěji využívají strategii katastrofizace a ruminace. Výsledky naznačují, že čím je jedinec starší, tím méně využívá maladaptivní strategie emoční regulace. Bylo zjištěno, že oborové zaměření jedince nemá vliv na emoční regulaci. Výsledky naznačují, že výše vzdělání má vliv na frekvenci užívání strategií emoční regulace. Z výsledků vyplývá, že čím vyššího vzdělání jedinec dosáhl, tím méně potlačuje emoční projevy, přehodnocuje, přeorientovává se na plánování, ale zároveň více přehodnocuje situaci. V následující sekci jsou výsledky zasazeny do aktuálního poznání v diskuzi. V této části reflektuji limity tohoto výzkumného šetření, kterých je mnoho.

Výsledky tohoto výzkumného šetření potvrzují předešlé zahraniční šetření. Přestože výsledky mého šetření nelze zobecnit, věřím, že přispívají k poznání v oblasti emoční regulace. Výsledky mohou najít své uplatnění zejména v psychoterapii a psychodiagnostice. Myslím si totiž, že se způsobem, jakým jedinec zpracovává své emoce, lze v psychoterapii hlouběji pracovat. Tyto výsledky lze poskytnout široké veřejnosti zejména k pochopení daných diagnóz, jedincova chování a jednání.

Téma emoční regulace je velice komplexní fenomén, který je ovlivňován mnoha dalšími faktory. Velice zajímavé by bylo zkoumat konkrétní příčiny, jak dochází k dysregulaci emocí.

Domnívám se, že jsem zodpověděla veškeré položené otázky v rámci tohoto výzkumného šetření a že cíle této práce jsou naplněny.

Seznam zdrojů

- Aldao, A. (2013). The future of emotion Regulation research. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155–172. <https://doi.org/10.1177/1745691612459518>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974–983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276–281. <https://doi.org/10.1037/a0023598>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 0–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Azadi, S., Khosravani, V., King, S., Mohammadzadeh, A., & Baseri, A. (2019). Effects of Neuropsychological Systems on Psychopathology Through Cognitive Emotion Regulation Strategies in Individuals with Suicide Attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 44(1), 229–239. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10040-z>
- Bargh, J. A., & Williams, L. E. (2007). The Nonconscious Regulation of Emotion. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (s. 429–445). The Guilford Press.
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15(6), 713–724. <https://doi.org/10.1080/02699930143000239>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory–II [Dataset]. In *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Benda, J. (2020). *Soucit se sebou a jeho role v regulaci emocí, udržování duševního zdraví a duševní pohody* [Dizertační práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/117277>

- Billings, A. C., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139–157. <https://doi.org/10.1007/bf00844267>
- Brackett, M. A., & Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). In G. Geher (Ed.), *Measuring emotional intelligence: Common ground and controversy* (s. 181–196). Nova Science Publishers.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (s. 542–559). The Guilford Press.
- Cardona, N. D., Southward, M. W., Furbish, K., Comeau, A., & Sauer-Zavala, S. (2021). Nomothetic and idiographic patterns of responses to emotions in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(4), 354–364. <https://doi.org/10.1037/per0000465>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/bf02310555>
- De Ridder, D. (1997). What is wrong with coping assessment? A review of conceptual and methodological issues. *Psychology & Health*, 12(3), 417–431. <https://doi.org/10.1080/08870449708406717>
- Dixon-Gordon, K. L., Aldao, A., & De Los Reyes, A. (2014). Repertoires of emotion regulation: A person-centered approach to assessing emotion regulation strategies and links to psychopathology. *Cognition and Emotion*, 29(7), 1314–1325. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.983046>
- Domes, G., Schulze, L., Böttger, M., Grossmann, A., Hauenstein, K., Wirtz, P. H., Heinrichs, M., & Herpertz, S. C. (2009). The neural correlates of sex differences in emotional reactivity and emotion regulation. *Human Brain Mapping*, 31(5), 758–769. <https://doi.org/10.1002/hbm.20903>
- Donaldson, C., Lam, D., & Mathews, A. (2007). Rumination and attention in major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2664–2678. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.07.002>

- Eftekhari, A., Zoellner, L. A., & Vigil, S. A. (2009). Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(5), 571–586. <https://doi.org/10.1080/10615800802179860>
- Egloff, B., Schmukle, S. C., Burns, L., & Schwerdtfeger, A. (2006). Spontaneous emotion regulation during evaluated speaking tasks: Associations with negative affect, anxiety expression, memory, and physiological responding. *Emotion*, 6(3), 356–366. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.3.356>
- Farkaš, G., & Ruisel, I. (1980). *Príručka pre administráciu, interpretáciu a vyhodnocovanie dotazníka na meranie úzkosti a úzkostlivosti*. Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Ford, B. Q., & Gross, J. J. (2018). Emotion regulation: Why beliefs matter. *Canadian Psychology*, 59(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/cap0000142>
- Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning*. Washington Square.
- Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43(5), 349–358. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.43.5.349>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659–1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00113-6)
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359–365. <https://doi.org/10.1037/a0032135>

- Gross, J. J. (2015). The Extended Process Model of Emotion Regulation: elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 130–137. <https://doi.org/10.1080/1047840x.2015.989751>
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387–401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology-science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (s. 3–24). The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/bf03395492>
- Höschl C., Libiger J., Švestka J. (2004), *Psychiatrie II. doplněné a opravené vydání*. Tigris.
- Hwang, H. C., & Matsumoto, D. (2016). Measuring emotions in the face. In *Elsevier eBooks* (s. 125–144). <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-100508-8.00006-0>

- Chang, E. C., Downey, C. A., & Salata, J. L. (2009). Social problem solving and positive psychological functioning: Looking at the positive side of problem solving. In *American Psychological Association eBooks* (s. 99–116). <https://doi.org/10.1037/10805-006>
- Knyazev, G. G., & Slobodskoj-Plusnin, J. Y. (2007). Behavioural approach system as a moderator of emotional arousal elicited by reward and punishment cues. *Personality and Individual Differences*, *42*(1), 49–59. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.06.020>
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Lee, F. S., Heimer, H., Giedd, J. N., Lein, E. S., Sestan, N., Weinberger, D. R., & Casey, B. J. (2014). Adolescent mental health--Opportunity and obligation. *Science*, *346*(6209), 547–549. <https://doi.org/10.1126/science.1260497>
- Manstead, A., & Oatley, K. (2000). *Gender and emotion: Social psychological perspectives*. Cambridge University Press.
- McLaughlin, K. A., Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1735–1752. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.12.004>
- McLean, C. P., Miller, N. A., & Hope, D. A. (2007). Mediating Social anxiety and Disordered Eating: The role of Expressive Suppression. *Eating Disorders*, *15*(1), 41–54. <https://doi.org/10.1080/10640260601044485>
- McRae, K. (2016). Cognitive emotion regulation: a review of theory and scientific findings. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, *10*, 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.06.004>
- Mesquita, B., & Frijda, N. H. (1992). Cultural variations in emotions: A review. *Psychological Bulletin*, *112*(2), 179–204. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.2.179>
- Morris, W. N. (2000). Some thoughts about mood and its regulation. *Psychological Inquiry*, *11*(3), 200–202. <http://www.jstor.org/stable/1449804>
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(1), 198–207. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.116.1.198>

- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše* (3. vyd). Grada Publishing
- Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.
- Poláčková Šolcová, I. (2018). *Emoce: Regulace a vývoj v průběhu života*. Grada Publishing.
- Polanczyk, G., Salum, G. A., Sugaya, L., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Praško, J., Herman, C. M. E., Pašková, M. B., & Prašková, M. H. (2003). *Smišená úzkostně depresivní porucha*. Galén.
- Riggio, R. E. (1986). Assessment of basic social skills. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(3), 649–660. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.3.649>
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2016). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 261–276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Scherer, K. R. (1984). On the nature and function of emotions: A component process approach. In K. R. Scherer, P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (s. 293–317). Hillsdale, Erlbaum.
- Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Grada
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Stuchlíková, I. (2002). *Základy psychologie emocí*. Portál
- The jamovi project (2022). *Jamovi* (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 25. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Tooby, J., Cosmides, L., Sell, A., Lieberman, D., & Sznycer, D. (2015). Internal Regulatory Variables and the Design of Human Motivation: A Computational and Evolutionary approach. In *Routledge eBooks*. <https://doi.org/10.4324/9780203888148.ch15>
- Tull, M. T., & Roemer, L. (2007). Emotion Regulation Difficulties Associated with the Experience of Uncued Panic Attacks: Evidence of Experiential Avoidance, Emotional Nonacceptance, and Decreased Emotional Clarity. *Behavior Therapy*, 38(4), 378–391. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.006>
- Ward, A., Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't Quite Commit: Rumination and Uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(1), 96–107. <https://doi.org/10.1177/0146167202238375>
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 59–91. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- World Health Organization. (2023). *MKN 10*. <https://mkn10.uzis.cz/>
- Zlomke, K., & Hahn, K. S. (2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 408–413. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.007>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 <i>Výzkumný soubor</i>	46
Tabulka č. 2 <i>Oblast poruchy</i>	48
Tabulka č. 3 <i>Strategie emoční regulace mezi oblastmi poruch</i>	55
Tabulka č. 4 <i>Strategie kognitivní emoční regulace u jednotlivých oblastí poruch</i>	57
Tabulka č. 5 <i>Klinická a neklinická populace – emoční regulace</i>	57
Tabulka č. 6 <i>Klinická a neklinická populace – kognitivní emoční regulace</i>	58
Tabulka č. 7 <i>Korelace emoční regulace a depresivní symptomy</i>	60
Tabulka č. 8 <i>Korelace emoční regulace a úzkostnost</i>	60
Tabulka č. 9 <i>Rozdíl mezi muži a ženami v emoční regulaci</i>	61
Tabulka č. 10 <i>Rozdíl mezi muži a ženami v kognitivní emoční regulaci</i>	62

Seznam grafů

Graf č. 1 <i>Povolání</i>	47
Graf č. 2 <i>Strategie emoční regulace – potlačení u vybraných oblastí poruch</i>	56
Graf č. 3 <i>Muži a ženy strategie emoční regulace – potlačení</i>	61

Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník emoční regulace

1. ___ Když chci cítit *pozitivnější* emoci (např. radost nebo pobavení), *začnu myslet na něco jiného*.
2. ___ Nechávám si emoce pro sebe.
3. ___ Když chci méně cítit *negativní* emoci (např. smutek nebo vztek), *začnu myslet na něco jiného*.
4. ___ Když cítím *pozitivní* emoce, dbám na to, abych je neprojevoval/a.
5. ___ Když čelím stresující situaci, donutím se *přemýšlet o ní* tak, aby mi to pomohlo zůstat v klidu.
6. ___ Ovládám své emoce tak, že je *neprojevuji*.
7. ___ Když chci cítit *pozitivnější* emoci, *začnu o situaci přemýšlet jinak*.
8. ___ Ovládám své emoce tím, že *začnu přemýšlet o situaci*, ve které se nacházím, *jinak*.
9. ___ Když cítím *negativní* emoce, dbám na to, abych je neprojevoval/a.
10. ___ Když chci méně cítit *negativní* emoci, *začnu o situaci přemýšlet jinak*.

Na tomto místě byl uveden český překlad dotazníku CERQ. Autor poskytl souhlas s využitím, ale nepřál si dotazník publikovat.

Příloha č. 2 – STAI

STAI-X1		STAI-X2	
X1-1	Jsem klidný/á	X2-1	Cítím se příjemně
X1-2	Jsem bezstarostný/á	X2-2	Rychle se unavím
X1-3	Jsem napjatý/á	X2-3	Bývá mi do pláče
X1-4	Jsem smutný/á	X2-4	Rád bych byl/a tak šťastný/á, jak se zdají být ostatní
X1-5	Cítím se dobře	X2-5	O hodně přicházím, protože se neumím včas rozhodnout
X1-6	Jsem vzrušený/á	X2-6	Cítím se odpočínutý/á a svěží
X1-7	Bojím se neúspěchu	X2-7	Jsem klidný/á a rozvážený/á
X1-8	Cítím se odpočínutý/á	X2-8	Mívám pocit, že se těžkosti hromadí tak, že je nedokážu překonat
X1-9	Mám pocit úzkosti	X2-9	Trápí mě věci, na kterých ve skutečnosti nezáleží
X1-10	Cítím se pohodlně	X2-10	Jsem šťastný/á
X1-11	Věřím si	X2-11	Mám sklon posuzovat věci příliš vážně
X1-12	Jsem nervózní	X2-12	Málo si věřím
X1-13	Jsem ustrašený/á	X2-13	Jsem bezstarostný/á
X1-14	Cítím, že bych měl/a jít něco udělat	X2-14	Krizové situace a těžkosti mě pronásledují
X1-15	Jsem uvolněný/á	X2-15	Bývám smutný/á
X1-16	Jsem spokojený/á	X2-16	Jsem spokojený/á
X1-17	Mám starosti	X2-17	Zmocní se mě bezvýznamná myšlenka a nemůžu se jí zbavit
X1-18	Jsem podrážděný/á a cítím se se "vyvedený/á z míry"	X2-18	Zklamání prožívám tak moc, že na něj nemůžu zapomenout
X1-19	Jsem šťastný	X2-19	Jsem vyrovnaná osobnost
X1-20	Cítím se příjemně	X2-20	Dostávám se do stavu napětí a nespokojenosti když přemýšlím o svých současných problémech
1 - Vůbec ne; 2 - Jen trochu; 3 - Dost; 4 - Velmi		1 - Téměř nikdy; 2 - Někdy; 3 - Často; 4 - Téměř vždy	

Příloha č. 3 – Beckův inventář depresivity

1.

- 0 - Necítím se smutný (á).
- 1 - Cítím se posmutnělý (á), sklíčený (á).
- 2 - Jsem stále smutný (á) a smutku se nedokážu zbavit.
- 3 - Jsem tak nešťastný (á), že to nemohu snést.

2.

- 0 - Příliš se budoucnosti neobávám.
- 1 - Budoucnosti se obávám.
- 2 - Vidím, že se už nemám na co těšit.
- 3 - Vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit.

3.

0 - Nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly.

1 - V životě jsem měl(a) více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé.

2 - Vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů.

3 - Vidím, že jsem jako člověk [otec, matka, manžel(ka)] plně selhal(a).

4.

0 - Jsem v podstatě spokojen(a).

1 - Věci mě už netěší tak, jako dříve.

2 - Nic mi již nepřináší uspokojení.

3 - Ať dělám cokoli, jsem nespokojen(a).

5.

0 - Netrpím pocity viny.

1 - Často mívám pocity viny.

2 - Hodně často mívám pocity viny.

3 - Stále trpím pocity viny.

6.

0 - Nemám pocit, že bych měl(a) být za něco potrestán(a).

1 - Mám pocit, že bych mohl(a) být za něco potrestán(a).

2 - Očekávám, že budu nějak potrestán(a).

3 - Víím, že budu potrestán(a).

7.

0 - Necítím se příliš zklamán(a) sám (sama) sebou.

1 - Zklamal(a) jsem se v sobě.

2 - Jsem dosti znechucen(a) sám (sama) sebou.

3 - Nenávidím se.

8.

0 - Necítím se horší než kdokoliv jiný.

1 - Mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb.

2 - Stále si vyčítám všechny své chyby.

3 - Za všechno špatné mohu já.

9.

0 - Nepřemýšlím o sebevraždě.

1 - Někdy pomýšlím na sebevraždu.

2 - Často přemýšlím o sebevraždě.

3 - Kdybych měl(a) příležitost, tak bych si vzal(a) život.

10.

0 - Nepláču více než obvykle.

1 - Pláču nyní častěji než předtím.

2 - Pláču nyní stále, nedokážu přestat.

3 - Nemohu už ani plakat.

11.

0 - Nejsem nyní podrážděnější více než obvykle.

- 1 - Jsem často podrážděný (á) a rozladěný (á).
- 2 - Jsem stále podrážděný (á) a rozladěný (á).
- 3 - Nemohu se již rozčítit ani věcmi, které mě dříve rozčilovaly.

12.

- 0 - Neztratil(a) jsem zájem o ostatní lidi.
- 1 - Mám menší zájem o ostatní lidi.
- 2 - Ztratil(a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi.
- 3 - Ztratil(a) jsem všechnen zájem o ostatní lidi.

13.

- 0 - Dokážu se většinou v běžných situacích rozhodnout.
- 1 - Odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve.
- 2 - Mám značné potíže v rozhodování.
- 3 - Vůbec se nedokážu rozhodnout.

14.

- 0 - Nemám větší starosti se vzhledem než dříve.
- 1 - Mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně.
- 2 - Mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, vypadám dost nepěkně.
- 3 - Mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě.

15.

- 0 - Práce mi jde jako dříve.
- 1 - Musím se nutit, když chci začít něco dělat.
- 2 - Dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal(a).
- 3 - Nejsem schopna (schopna) jakékoliv práce.

16.

- 0 - Spím stejně dobře jako dříve.
- 1 - Nespím již tak dobře jako dříve.
- 2 - Probouzím se o hodinu až dvě dříve než o bvykle a nemohu pak již spát.
- 3 - Denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin denně.

17.

- 0 - Necítím se unavenější než dříve.
- 1 - Unavím se snadněji než dříve.
- 2 - Téměř všechno mě unavuje.
- 3 - Únava mi zabraňuje cokoliv dělat.

18.

- 0 - Mám svou obvyklou chuť k jídlu.
- 1 - Nemám takovou chuť k jídlu jako dříve.
- 2 - Mám mnohem menší chuť k jídlu.
- 3 - Zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu.

19.

- 0 - V poslední době jsem nezhubnul(a).
- 1 - V poslední době jsem zhubl(a) více než 2,5 kg.
- 2 - V poslední době jsem zhubl(a) více než 5 kg.

3 - V poslední době jsem zhubl(a) více než 7,5 kg.

20.

0 - Nestarám se o své zdraví více než obvykle.

1- Nyní mi dělají starosti různé bolesti po těle, žaludek, zácpa, srdce apod.

2- Velice často myslím na tělesné obtíže.

3- Moje bolesti a těžkosti mě zcela čerpávají.

21.

0 - Nepozoruji snížení zájmu o sex.

1 - Mám menší zájem o sex než dříve.

2 - Mám o hodně menší zájem o sex než dříve.

3 - Ztratil(a) jsem úplně zájem o sex.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Lucie Karvanová

Studijní program: Psychologie (NMgr.)

Název práce: Emoční regulace u osob s vybranými poruchami nálad

Vedoucí práce: Mgr. Julie Pikola

Rok dokončení práce: 2023

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 1403

Ostatní text: 126 149

Počet pramenů a literatury: 71

Názvy souborů:

Text práce ve formátu PDF: DP_Karvanova.pdf

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX: DP_Karvanova.docx

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Lucie Karvanová
 Obor studia: Psychologie
 Název práce: Emoční regulace u osob s vybranými poruchami nálady
 Vedoucí práce: Mgr. Julie Pikola

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 78
 Počet stránek příloh: 6
 Počet titulů v seznamu literatury: 71

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oborová přílehlavost tématu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Originalita tématu a jeho zpracování	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formální zpracování

Soutěž¹ ano?

X ANO

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Metody práce

Soutěž¹ ano?

X ANO

Vhodnost a úroveň použitých metod	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Využití výzkumných empirických metod	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Využití praktických zkušeností	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obsahová kritéria a přínos práce

Soutěž¹ ano?

X ANO

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naplnění cílů práce	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Návaznost kapitol a subkapitol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

¹ Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty apod.)

X				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Jaké výsledky výzkumu vnímá autorka jako nejdůležitější?
- 2) Co by případně změnila, kdyby výzkum realizovala znovu od začátku?
- 3) Proč se podle autorky liší ženy a muži v používaných emočních strategiích?
- 4) Na co by se měl zaměřit další výzkum v této oblasti?
- 5) Jak by šlo konkrétně použít získané poznatky v praxi?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

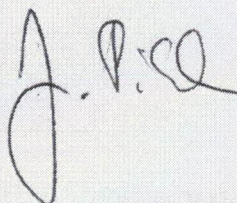
Autorka se zaměřila na téma emoční regulace u vybrané klinické populace. V teoretické části přehledně zpracovala dosavadní poznatky v dané oblasti a jedná se tak o kvalitní základ k empirické části. V té popisuje komplexní výzkum, který realizovala na poměrně velkém vzorku a zaměřila se na celou řadu proměnných. Výsledky prezentuje srozumitelně, přehledně a uvádí je do kontextu s předchozími zjištěními. Celkově se jedná o práci nadmíru kvalitní.

Doporučuji do soutěže o nejlepší diplomovou práci*

Doporučení k obhajobě: Doporučuji

Navrhovaná klasifikace: Výborně

Datum, podpis:
15.9.2023



**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Lucie Karvanová

Obor studia: psychologie

Název práce: Emoční regulace u osob s vybranými poruchami nálad

Oponent* práce: Mgr. Michal Slaninka, Ph.D

Technické parametry práce:

Přímé citace: 1403

Ostatní text: 126 149

Celkový počet znaků: neuvedené

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x	x		
--	---	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Soutěž¹ ano?

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Soutěž¹ ano?

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Soutěž¹ ano?

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

¹ Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

	x	x		
--	---	---	--	--

Vhodnosť prezentácie záverov práce (publikácie, referáty, apod.)

	x	x		
--	---	---	--	--

Otázky a námety k diskusi pri obhajobe:

- 1) Ako si autorka vysvetľuje, že ľudia s afektívnou a zároveň úzkostnou poruchou častejšie potlačujú vyjadrovanie emócií v porovnaní s tými, ktorí majú diagnostikovanú len jednu z nich? (Str. 55)
- 2) V čom autorka vníma reduktívnosť práce? (str. 66)

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky; v prípade doporučení do súťaže o najlepšiu DP uveďte nadprůmerné charakteristiky práce v súlade s Vami výše označeným kritériom formálnej úrovne, obsahovej reprezentatívnosti, metodologie a prínosnosti práce pro teorii či praxi):

Lucie Karvanová predkladá prácu, v ktorej sa venuje emočnej regulácii osôb s vybranými poruchami nálad. Teoretická časť je napísaná adekvátne, autorka dokladá poznatky z výskumov, venuje sa téme emócií, emočnej regulácii, kognitívnej emočnej regulácii, či poruchám nálad. Kapitole o poruchách nálad je podľa môjho názoru venovaný veľký priestor (9 strán), pričom sa dozvedáme základné informácie o poruchách, ktoré sú prístupné v rámci MKN 10.

Výskum je kvantitatívny, autorka vyzbierala online formou dáta od 576 respondentov, navrhla 16 hypotéz, porovnávala okrem iného klinickú populáciu od neklinickej. Chcem oceniť prepracovaný spôsob, akým autorka uskutočnila dotazníkové šetrenie (kap. 4.7), i to, že oslovila priamo autorov dotazníkov so žiadosťou o preklad. Práca má limity (napr. nereprezentatívnosť vzorky, nie je zaručená pravdivosť výpovedí atď.), toho si je ale autorka vedomá a uvádza to v diskusii. Práca spĺňa predpoklady diplomovej práce, odporúčam ju k obhajobe s výsledkom výborne.

Doporučuji do soutěže o nejlepší diplomovou práci*

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: výborne

Datum, podpis:

2.9.2023


Mgr. Michal Slaninka, Ph.D

* nehodící se škrtněte nebo vymažte