

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Rigorózní práce

Mgr. Ivana Goláňová

**Kognitivní distorze v textech expresivního psaní u depresivních
pacientů v interkulturním kontextu**

**Cognitive Distorsions through Expressive Writing in Depressive
Patients within an Intercultural Context**

**Distorsiones Cognitivas en la Escritura Expresiva en Pacientes
Depresivos dentro de un Contexto Intercultural**

Praha, 2020

Na této stránce bych chtěla poděkovat všem, kteří přispěli k dokončení uváděné práce. Poděkování patří výzkumnému týmu Analyticko-ruminační hypotézy Národního ústavu duševního zdraví za možnost využití dat týmu doc. PhDr. Marka Preisse, PhD., především pak Mgr. Magdě Bartoškové, Mgr. Marcele Ševčíkové a Mgr. Martinovi Paštrnákovvi za odborné konzultace ohledně problematiky. Poděkování patří ředitelce Klinické psychologie a psychologie zdraví na Technologickém institutu v Monterrey Lic. Graciele Medině Aguilar, která umožnila moji interkulturní zkušenost v Mexiku a plně podporovala můj výzkum. Velkou zásluhu na kontaktování výzkumného vzorku má Dra. Marytza Leal Isidro, vedoucí mé stáže na soukromé klinice Ipsame. Díky za pomoc při adaptaci výzkumných metod patří studentům Klinické psychologie a psychologie zdraví na Technologickém institutu v Monterrey. Za zpětný překlad metod vděčím MA. Zuzaně Slabákové. Velkou zásluhu na výzkumném vzorku mají také psycholožky z organizace Ingenium, které umožnily sběr větší šíře výzkumného vzorku, ale především využití výsledků práce v běžné praxi pro edukaci pacientů. Poděkování také patří hodnotitelům slov Bc. Martině Denemarkové, Mgr. Veronice Minsterové, Mgr. Dominice Žitníkové, Lic. Brendě Janeth Alvarado Cortez, Lic. Sonii García Ortiz a Lic. Jorgemu Guillermovi Maciel Gonzálezovi. V neposlední řadě chci poděkovat také Mgr. Markétě Niederlové, Ph.D., která byla mou vedoucí diplomové práce, čímž umožnila výzkum v interkulturním prostředí, a ochotně se mnou konzultovala i na dálku. Za redakci textu patří dík Mgr. Michaele Vašutové a Mgr. Veronice Minsterové. Veronika byla přítomná v průběhu celého procesu tvorby této práce, což bylo neskutečně motivující a podporující. Především díky její pomoci byla práce zdárně dokončena. Děkuji otevřené vědě, že mi umožnila číst vědecké výzkumy a tuto práci podpořit relevantními zdroji.

Data z NÚDZ jsou výsledkem badatelské činnosti podpořené Grantovou agenturou České republiky, reg. č. GA17-09489S a projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I.

Data sebraná za podpory dvou výše uvedených projektů jsou výhradním vlastnictvím NÚDZ.

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

V Hvolstvöllumu dne 22. ledna 2020

.....

Mgr. Ivana Goláňová

Abstrakt:

Deprese jako nejrozšířenější psychické onemocnění má na svědomí invaliditu velkého množství osob, proto je potřeba věnovat pozornost jeho diagnostice a léčbě. Součástí široké depresivní symptomatologie je také kognitivní deficit narušující optimální fungování poznávacích funkcí jedince včetně narušení myšlení. Toto narušení je pak možné pozorovat také v psaném projevu pacientů. Expresivní psaní jako užitečná terapeutická technika by mohlo přinést možnost identifikovat kognitivní distorze prostřednictvím psaného textu. Tyto distorze se mohou projevat ve vyšší prevalenci slov absolutních, slov na sebe zaměřené řeči (SFL) projevujících se často osobními a přivlastňovacími zájmeny či emočně negativními slovy. Naopak by se v textech depresivních mělo objevovat málo slov emočně pozitivních a kognitivních. Výzkumná část práce byla uskutečněna v interkulturním kontextu, proto jsou čtenáři na pozadí aktuálních teorií přiblíženy kultury, ve kterých výzkum probíhá, a to Česká republika a Mexiko. Výzkumná část vytváří podklad pro slovník, který je dále možné využívat pro studium daného fenoménu. Statistická analýza potvrzuje ekvivalenci tohoto fenoménu v obou vzorcích s výjimkou SFL, které je u mexické skupiny pravděpodobně vlivem gramatiky vyšší. Výzkum ukazuje na signifikantně vyšší užití zvolených kategorií slov u klinické populace. V současné studii se nepotvrdil efekt u slov kognitivních, které se u kontrolní a klinické skupiny neliší. To však může být způsobeno jinými faktory. V práci byla dále otestována souvislost se skóry v testech deprese. Tato souvislost se u všech kategorií vyjma slov kognitivních ukazuje jako významná. Studována byla také souvislost s kognitivními testy. Prokázala se souvislost se sebehodnocením v testech ruminací, ale i se zhoršením v paměťovém testu. Zjištění mohou napomoci budoucímu využití techniky jako pomocné diagnostiky u deprese.

Klíčová slova:

deprese

expresivní psaní

kognitivní distorze

mezikulturní srovnání

Abstract:

Depression, as one of the most widespread mental illnesses, is responsible for the disability of a large number of people, so it is necessary to pay attention to its diagnosis and treatment. Part of the broad depressive symptomatology is also a cognitive deficit that is shown as an impairment of the cognitive functioning of an individual, including distortion of thinking. This distortion can also be observed in the written presentation of the patients. Expressive writing as a useful therapeutic technique could provide the opportunity to identify cognitive distortions through written text. These distortions can manifest in a higher prevalence of the use of absolute words, self-focused language (SFL), often manifested by personal and possessive pronouns, as well as emotionally negative words. On the contrary, there are few positive emotional and cognitive words in texts of depressive patients. The research was carried out in an intercultural context, so the studied cultures of Czech republic and Mexico were presented. The research extracted words from texts of expressive writing for selected categories in both languages. That can be further used to build a basis for the dictionary to study this phenomenon. The statistical analysis confirms the equivalence of this phenomenon in both samples, except for SFL, which is higher in the Mexican sample. This finding might be due to the particularity of the language in its grammatical meanings. The research shows a significantly higher use of selected word categories in the clinical population. However, it did not confirm the effect of cognitive words that do not differ between the control and the clinical groups. Nevertheless, this may occur due to other factors. In addition, the relationship of the scores in the tests of depression was tested. This happens to be significant for all categories except for cognitive words. The association with cognitive tests was also studied. It has been shown to be related to self-assessment in tests of rumination but also to impairment in the memory test. The findings may help the future use of the technique as a diagnostic tool for depression.

Keywords:

depression

expressive writing

cognitive distortions

intercultural comparison study

Resumen:

La depresión, como una de las enfermedades mentales más extendidas, es responsable en gran medida de procesos disfuncionales en un gran número de personas, por lo que es necesario prestar atención a su diagnóstico y tratamiento. Como parte de la sintomatología depresiva general, esta presenta un déficit cognitivo que interrumpe el funcionamiento óptimo de las funciones cognitivas del individuo, incluida la interrupción del pensamiento. Esta perturbación también se puede observar en la presentación escrita de los pacientes. La escritura expresiva como una técnica terapéutica útil podría brindar la oportunidad de identificar distorsiones cognitivas a través del texto escrito. Estas distorsiones pueden manifestarse con una mayor prevalencia en el uso de palabras absolutas, lenguaje enfocado en sí mismo (SFL), a menudo manifestado por pronombres personales y posesivos, y palabras emocionalmente negativas. Por el contrario, ocurren pocas palabras emocionalmente positivas y cognitivas en los textos de los depresivos. La investigación se llevó a cabo en un contexto intercultural. La parte de investigación crea la base para el diccionario, que se puede utilizar para estudiar el fenómeno. El análisis estadístico confirma la equivalencia de este fenómeno en ambas muestras, excepto para SFL, que es mayor en la muestra mexicana probablemente debido a la particularidad propia del idioma en sus acepciones gramaticales. La investigación muestra un uso significativamente mayor de categorías de palabras seleccionadas en la población clínica. El estudio actual no confirmó el efecto de las palabras cognitivas que no difieren entre el control y los grupos clínicos. Sin embargo, esto puede deberse a otros factores. Además, se probó la relación con las puntuaciones en las pruebas de depresión. Este enlace es significativo para todas las categorías, excepto las palabras cognitivas. También se estudió la asociación con pruebas cognitivas. Se ha demostrado que está relacionado con la autoevaluación en las pruebas de rumiación pero también con el deterioro en la prueba de memoria. Los hallazgos pueden ayudar al uso futuro de la técnica como herramienta de diagnóstico para la depresión.

Palabras claves:

depresión

escritura expresiva

distorsiones cognitivas

estudio comparativo intercultural

Obsah

Obsah.....	7
Seznam použitých zkratek.....	12
ÚVOD.....	14
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	17
1 Diagnostika deprese.....	18
1.1 Diagnostická kritéria.....	19
1.1.1 Depresivní nálada.....	19
1.1.2 Ztráta zájmu a radosti.....	19
1.1.3 Poruchy chuti k jídlu.....	20
1.1.4 Poruchy spánku.....	20
1.1.5 Změny v psychomotorickém tempu.....	20
1.1.6 Ztráta energie.....	20
1.1.7 Pesimismus a pocity viny.....	21
1.1.8 Změny v kognitivních funkcích.....	21
1.1.9 Sebevražedné myšlenky či jednání.....	21
1.2 Stanovení diagnózy.....	21
1.2.1 Diagnostické nástroje.....	23
1.2.2 Diferenciální diagnostika.....	23
1.3 Psychoterapeutická vodítka.....	24
2 Kognitivní deficit u deprese.....	27
2.1 Kognitivní styly spojené s depresí.....	29
2.1.1 Ruminace.....	29
2.2 Typické kognitivní distorze u deprese.....	30
2.2.1 Nepodložené závěry.....	30

2.2.2	Zkreslený výběr faktů.....	30
2.2.3	Nadměrné zevšeobecnění.....	30
2.2.4	Maximalizace a minimalizace.....	31
2.2.5	Personalizace.....	31
2.2.6	Absolutní myšlení.....	31
3	Expresivní psaní u deprese.....	32
3.1	Benefity expresivního psaní.....	33
3.2	Distorzní tendence v textu.....	35
3.2.1	Absolutní slova.....	36
3.2.2	Na self orientovaná řeč.....	36
3.2.3	Emočně negativní slova.....	37
3.3	Mechanismy expresivního psaní.....	38
3.3.1	Emoční odhalení.....	38
3.3.2	Kognitivní změny při psaní.....	38
3.3.3	Expozice.....	39
3.4	Diagnostické a terapeutické možnosti expresivního psaní.....	39
3.4.1	Narativ.....	40
3.4.2	Změna perspektivy.....	40
3.4.3	Kognitivní slova.....	41
3.4.4	Pozitivní emoční slova.....	42
3.4.5	Online intervence.....	42
4	Kulturní kontext.....	44
4.1	Hofstedeho kulturní dimenze hodnot.....	44
4.1.1	Vzdálenost od moci.....	45
4.1.2	Individualismus, kolektivismus.....	46
4.1.3	Maskulinita, femininita.....	47
4.1.4	Vyhýbání se nejistotě.....	48
4.1.5	Dlouhodobá orientace.....	48
4.1.6	Požitekářství, zdrženlivost.....	49
4.2	V co věří Mexičané.....	49
4.3	Diskuze ke kulturním rozdílům.....	51

4.4	Depresivita v kulturním kontextu.....	52
4.5	Kognice v kulturním kontextu.....	53
4.6	Expresivní psaní a analýza textu v kulturním kontextu.....	53
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	56
5	Úvod k výzkumné části.....	57
6	Využité metody.....	58
6.1	Psychiatrické testy.....	58
6.1.1	Stupnice Montgomeryho a Åsbergové pro posuzování deprese (MADRS)....	58
6.1.2	Beckova sebeposuzovací škála depresivity (BDI-II).....	59
6.1.3	Mini mezinárodní neuropsychiatrické interview (M.I.N.I.).....	59
6.2	Kognitivní testy neuropsychologické.....	60
6.2.1	Paměťový test verbálního učení (RAVLT).....	60
6.2.2	Test cesty (TMT A/B).....	62
6.3	Kognitivní testy ruminace.....	63
6.3.1	Dotazník analytické ruminace (ARQ).....	63
6.3.2	Dotazník vnímané složitosti problémů (PCQ).....	63
6.4	Expresivní psaní.....	64
6.5	Explorativní analýza v textech emočního psaní.....	65
6.5.1	Absolutní slova.....	66
6.5.2	SFL.....	67
6.5.3	Emočně negativní slova.....	68
6.5.4	Emočně pozitivní slova.....	69
6.5.5	Emočně pozitivní slova v negativním kontextu.....	70
6.5.6	Kognitivní slova.....	70
6.6	Kódování slov.....	71
7	Výzkumný design.....	74
7.1	Využité metody.....	74
7.2	Výzkumný vzorek a sběr dat.....	75
7.2.1	Český vzorek.....	75
7.2.2	Mexický vzorek.....	76
7.3	Výzkumné hypotézy.....	79

7.3.1	Kulturní srovnání.....	79
7.3.2	Kognitivní zkreslení v textu.....	79
7.3.3	Srovnání s testy deprese.....	79
7.3.4	Srovnání s kognitivními testy.....	79
7.4	Analýza dat a výsledky výzkumu.....	80
7.4.1	Kulturní srovnání.....	80
7.4.2	Kognitivní zkreslení v textu.....	84
7.4.3	Srovnání s testy deprese.....	86
7.4.4	Srovnání s kognitivními testy.....	89
8	Diskuze.....	93
8.1	Metody.....	93
8.2	Sběr dat a vzorek.....	96
8.3	Kulturní srovnání.....	98
8.4	Kognitivní zkreslení v textu.....	101
8.5	Srovnání s testy deprese.....	103
8.6	Srovnání s kognitivními testy.....	104
	ZÁVĚR.....	106
	Literatura.....	108
	Přílohy.....	129
	Příloha 1. Expresivní psaní pro mexický vzorek.....	129
	Příloha 2. Zpětný překlad pro Expresivní psaní.....	129
	Příloha 3. Tabulka absolutních slov pro český vzorek.....	130
	Příloha 4. Tabulka absolutních slov pro mexický vzorek.....	131
	Příloha 5. Tabulky slov SFL pro český vzorek.....	132
	Příloha 6. Tabulka slov SFL pro mexický vzorek.....	132
	Příloha 7. Tabulka emočně negativních slov pro český vzorek.....	133
	Příloha 8. Tabulka emočně negativních slov pro mexický vzorek.....	136
	Příloha 9. Tabulka emočně pozitivních slov pro český vzorek.....	138
	Příloha 10. Tabulka emočně pozitivních slov pro mexický vzorek.....	139
	Příloha 11. Tabulka emočně pozitivních slov v neg. kontextu pro český vzorek.....	140
	Příloha 12. Tabulka emočně pozitivních slov v neg. kontextu pro mexický vzorek....	141

Příloha 13. Tabulka kognitivních slov pro český vzorek.....	142
Příloha 14. Tabulka kognitivních slov pro mexický vzorek.....	142
Příloha 15. T testy pro klinickou a kontrolní skupinu odděleně.....	143
Příloha 16. T testy pro český a mexický vzorek odděleně.....	145
Příloha 17. T testy pro kategorie slov emočního psaní.....	147
Příloha 18. Korelace mezi depresí a kategoriemi emočního psaní.....	148
Příloha 19. Korelace mezi kognicí a kategoriemi emočního psaní.....	149

Seznam použitých zkratek

ARQ: Analytical Rumination Questionnaire, Dotazník analytické ruminace

AVLT: Paměťový test učení

BDI-II: Beck Depression Inventory, Beckova sebeuposuzovací škála pro dospělé

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Mexická národní rada pro ohodnocení politiky sociálního rozvoje

CPACT: Computational Psycholinguistic Analysis of Czech Text, Komputační psycholingvistická analýza českého textu

CPT: Continuous Performance Test, Test setrvalé pozornosti

CVLT: California Verbal Learning, Kalifornský test verbálního učení

CZ: České

ČSÚ: Český statistický úřad

DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. edice

EW: Expressive writing, Expresivní psaní

GHDx: Global Health Data Exchange

HAMD: Hamilton Rating Scale for Depression, Hamiltonova škála deprese

IBM: International Business Machines Corporation

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Mexický národní ústav pro statistiku a geografii

IPSAME: Soukromá klinika pro léčbu poruch nálad, Río Orinoco 304, Del Valle, 66220 San Pedro Garza García, N.L.

KBT: Kognitivně behaviorální terapie

M.I.N.I.: The Mini-International Neuropsychiatric Interview, Mini mezinárodní neuropsychiatrické interview

Mgr.: Ukončené magisterské studium

MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. edice

MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Minesotský osobnostní dotazník, 2 edice

MX: Mexické

NÚDZ: Národní ústav duševního zdraví

PCQ: Perceived Complexity Questionnaire, Dotazník vnímané složitosti problémů

RAVLT 30: Rey Auditory Verbal Learning Test, Reyův test verbálního učení, oddálené vybavení

RAVLT I-V: Rey Auditory Verbal Learning Test, Reyův test verbálního učení, suma pokusů 1 až 5 první sady

RAVLT rekognice: Rey Auditory Verbal Learning Test, Reyův test verbálního učení, rekognice

RAVLT: Rey Auditory Verbal Learning Test, Reyův test verbálního učení

SFA: Self-focused attention, Na self orientovaná pozornost

SFL: Self-focused language, Na self orientová řeč

SŠ: Střední škola

TAVEC: Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense, Španělský test verbálního učení, Complutense

TAVR-BA: Test Auditivo Verbal de Rey-versión Buenos Aires, Test verbálního učení, verze Buenos Aires

TEC: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, Technologický institut vyšších studií v Monterrey

TMT A/B: Trail Making Test, Test cesty, část A a B

URP: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de la Secretaría de la Salud de NL. Jednotka psychiatrické rehabilitace státu Nuevo León, Capitán Mariano Azueta 680, Col. Buenos Aires, Monterrey, N. L.

VŠ: Vysoká škola

WHO: Světová zdravotnická organizace

ZŠ: Základní škola

ÚVOD

Deprese se do běžného slovníku mnoha osob vžila již před nějakou dobou. Jedná se o velmi aktuální onemocnění, které v jeho klinické podobě alespoň jednou za život pozná až pětina populace (Kessler et al., 2005). Mít depresi však neznamená pouze cítit se smutně. Smutek můžeme považovat za běžnou součást života v rámci normálních změn nálad, především pak v reakci na nepříznivé okolnosti a události. Deprese však běžnému smutku neodpovídá, nálada se po delší období příliš nelepší a nemocný pociťuje další příznaky, které ztěžují jeho uzdravení.

Jedním z těchto příznaků je i zhoršení poznávacích schopností, tedy prostředků, které člověku umožňují orientovat se ve světě a na základě toho činit rozhodnutí. Stále více výzkumů potvrzuje existenci kognitivního deficitu u depresivních pacientů. Narušení se objevuje především v oblastech pozornosti, paměti a exekutivních funkcí (Preiss, Kučerová, 2006). To potvrzuje i předchozí práce autorky (Goláňová, 2018). Tyto funkce jsou esenciální pro běžné fungování v dennodenním životě. Jejich silné narušení pak může vést ke zkreslení ve vnímání a neadekvátním rozhodnutím, jako je například ukončení života sebevraždou. Kognitivní deficit může mít také vliv na zhoršování pacientova stavu a jeho neschopnost vést běžný život. Téma tedy vyžaduje více pozornosti odborníků, zařazení do běžné klinické praxe, diagnostiky a terapie.

Současná práce pak vznikla především z vnitřní potřeby autorky lépe prozkoumat možnosti expresivního psaní jako metody využitelné pro diagnostiku a terapii kognitivních distorzí projevujících se u depresivních pacientů. Expresivní psaní figurovalo jako distraktor v původní studii. Jestliže tedy Pennebaker (1997) uvádí, že pacienti považovali své expresivní psaní za smysluplné, autorka toto může potvrdit vlastní zkušeností při kontaktu s probandy při administraci metody. Přestože z počátku pociťují větší neklid, nakonec se cítí lépe. Mnohdy psaní také otevíralo prostor pro další otázky, na které byl

prostor v debriefingu po ukončení výzkumu. Pacienti se k metodě sami vraceli a upozorňovali na nové skutečnosti, které při psaní zjistili. To vedlo autorku k většímu zájmu o metodu.

Bližší studium vědecké literatury odhaluje pozitivní přínosy expresivního psaní, a to především na zdravotní stránce probandů (Pennebaker, Beall, 1986). Tyto přínosy však často nezahrnují klinickou populaci, tedy ani depresivní. Výsledky bývají často rozporuplné (Frisina, Borod, Lepora, 2004). To však může být způsobeno ruminativním stylem myšlení pacientů, které nevede k vyřešení problematické situace, a zároveň ulpíváním na typických kognitivních distorzích, které spíše situaci zhoršují.

Výzkumy prováděné v anglickém jazyce naznačují existenci těchto typických zkreslení v písemných projevech depresivních pacientů. Častější užití absolutních slov, jako jsou „nic“ a „vše“, vykazuje vysokou souvislost se sebevraždností (Litinsky, Haslam, 1998; Al-Mosaiwi, 2018). Depresivní také více využívají na sebe zaměřený jazyk prostřednictvím osobních a přivlastňovacích zájmen (Zimmermann et al., 2013), objevuje se u nich také vyšší výskyt emočně negativních slov a nižší výskyt slov pozitivních. Zároveň by také vyšší využívání slov kognitivních, vedoucích k reflexi, jako je „protože“ a „důvod“, měl vést k rychlejší úzdavě (Pennebaker, Francis, Booth, 2001).

Výzkumy monitorující situaci u španělsky mluvící populace již existují (Ramirez-Esparza et al., 2008), pro český jazyk je to téma spíše nové. Možným důvodem je vyšší komplexnost českého jazyka. Autorka si tedy klade za cíl výzkumně prozkoumat tuto problematiku na českém a mexickém vzorku.

Součástí práce je také kapitola, která blíže zkoumá kulturní kontext, ze kterého pochází výzkumný vzorek. Jelikož v obou zmíněných kulturních prostředích autorka žila a zná jazykový a kulturní kontext, mnohdy podává výpovědi také mimo dostupnou literaturu z vlastní zkušenosti, která se může lišit od toho, co zažili nebo popsali jiní. Stejně tak je nutné výsledky výzkumu interpretovat nejen s ohledem na zeměpisné a kulturní území, ale také na výzkumný vzorek.

Jak již bylo zmíněno, východiska pro vypracování poskytla předchozí práce autorky. Jelikož dochází k prolnutí a dalšímu rozvinutí tematiky, některé části původní práce byly ponechány z důvodu komplexního přehledu problematiky. Pro čtenáře, který diplomovou práci zná, zde následuje přehled změn v teoretické části práce. Úvodní

kapitola o tématu deprese byla zkrácena a doplněna o terapeutickou diagnostiku u deprese, která podle autorky přináší lepší vhled do současné problematiky. Kapitola týkající se kognitivního deficitu, která je stěžejní v původní práci, je zde uvedena jen pro doplnění. Práce se nezabývá tolik jednotlivými kognitivními funkcemi a odpovídajícími testy. Tato část byla zkrácena. Nově však byla věnována pozornost kognitivním distorzím v myšlení podle KBT, které mohou pomoci k lepšímu pochopení tématu. Kapitola kulturního srovnání zůstala původní, byla jen doplněna o kulturní srovnání v tématu expresivního psaní. Tato kapitola byla oceňována velmi kladně, jelikož čtenáři dokáže přiblížit kulturní prostředí díky využitým zdrojům, ale i na základě vhledu a osobní zkušenosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Diagnostika deprese

Depresivní onemocnění je aktuálním tématem celosvětově. Řadí se mezi nejobvyklejší světové nemoci a pravděpodobně se jedná o nejčastější psychiatrickou nemoc, která zasahuje podle odhadů přibližně 300 milionů lidí celosvětově. Světová zdravotnická organizace (2017) označuje depresi za nejsilnějšího původce invalidity. Jedná se o závažný problém zasahující do osobního i pracovního života. Zvláště při delším trvání a silnější intenzitě. Depresivita je také jednou z nejčastějších příčin sebevraždy, její vliv připraví o život až 800 tisíc lidí ročně. Dle Rabocha a Zvolského (2001) je to až 15 procent nemocných depresí, co umírá sebevraždou. Nelze pominout také souvislost s úzkostností, nezdravým životním stylem a následně vysokou pravděpodobností kardiovaskulárního onemocnění (Bonnet et al., 2005).

Celosvětová prevalence depresivního onemocnění se odhaduje okolo 4 procent, tedy asi 300 milionů osob trpících depresí, přičemž se ukazují geografické i genderové odlišnosti. Nejnižší prevalenci, asi 2,6 procenta, nacházíme u mužů z oblasti západního Pacifiku, nejvyšší okolo 5,9 procent u afrických žen. V České republice se pohybuje okolo 3,5 procenta, v Mexiku pak okolo 3 procent. Depresí celkově trpí více ženy (1,5 : 1). Rozdílnosti se také ukazují v různých věkových obdobích (GHDx, 2016; WHO, 2017).

Celoživotní prevalence se dle různých údajů odhaduje na 10 až 21 procent (Kessler, Walters, 1998; Kessler et al., 2005), můžeme tedy předpokládat, že až každá pátá osoba měla v životě zkušenost s depresivní epizodou. Další otázkou jsou nezaznamenané případy, tedy osoby, které nikdy nevyhledaly odbornou pomoc.

Z depresivního onemocnění se dle Hollona a Sheltona (2001) uzdraví bez dalších příznaků pouze 20 procent pacientů, naopak 20 procent pacientů buď spáchá sebevraždu, nebo zůstane trvale invalidní. Zbýlých 60 procent se částečně uzdraví, avšak trpí dalšími epizodami deprese.

1.1 Diagnostická kritéria

Změny nálady jsou součástí našeho každodenního života. Souvisejí s událostmi v okolí i biologickou rovnováhou v těle. Pocity smutku a zklamání jsou normální částí lidské existence. Podle čeho však poznáme, že se jedná o depresivní onemocnění? Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-5 (2015) jmenuje pro **velkou depresivní poruchu** následující symptomy, které jsou pro lepší srozumitelnost a přehlednost upraveny a doplněny o další informace.

1.1.1 Depresivní nálada

Nemocný má zhoršenou náladu, která se v průběhu času ani na základě změn v okolí příliš nemění (MKN-10, 2009), je tedy přítomna po většinu dne, pozorována buď subjektivně, na základě pocitů nemocného, nebo objektivně na základě popisů jeho okolí (DSM-5, 2015). Náladu lze charakterizovat jako smutnou, pesimistickou, zoufalou, bezvýchodnou, beznadějnou a prožívání a vnímání světa bývá popisováno jako v odstínech šedé (Raboch, Zvolský, 2001). Porucha se vymyká běžné změně emocí, která je dle Orla (2012) do určité míry fyziologická. Neodpovídá smutku jako časově omezené reakci na ztrátu. Jedná se o dlouhotrvající poruchu, která však jako nepatologický smutek může začít, pokud se osoba snaží neúměrně vyhýbat dalším ztrátám tím, že se čím dál více uzavírá i pozitivnímu (Leventhal, 2008).

1.1.2 Ztráta zájmu a radosti

Je narušen smysl pro zábavu, dochází ke ztrátě osobních zájmů a pocitů uspokojení (MKN-10, 2009), je ovlivněno prožívání radosti a objevuje se celkový nedostatek emoční reaktivity (Raboch, Zvolský, 2001). Anhedonie neboli snížená schopnost prožívání pozitivních emocí se projevuje v rámci situací, zájmů, ve vztahu k věcem, k lidem, a to často i těm nejbližším. Prožívané situace se oproti dřívějšímu zdají prázdné a nic nepřinášející, jako by šly mimo. V souvislosti s tímto se osoba spíše stahuje ze sociálních aktivit a izoluje se (Orel, 2012). Winer a kolektiv (2014) prokázal vysokou souvislost mezi anhedonií a sebevražednými myšlenkami. Nejvýznamnější z komponent anhedonie v tomto vztahu se ukázaly ztráta zájmu a prožívání radosti.

1.1.3 Poruchy chuti k jídlu

Objevuje se zhoršená chuť k jídlu až její úplná ztráta. Jídlo přestává mít chuť a osoba na něj nemá myšlenky, musí se k jídlu přemlouvat nebo jej musí k jídlu motivovat sociální okolí, následkem čehož dochází k hubnutí (MKN-10, 2009). Může tomu však být i naopak, kdy dochází k nárůstu hmotnosti při jakémsi zajídání depresivních nálad (Orel, 2012).

1.1.4 Poruchy spánku

Narušený spánek bývá často první motivací k vyhledání odborné pomoci (Raboch, Zvolský, 2001). Může se jednat o obtížné usínání, časté probouzení a neschopnost znovu usnout, brzké ranní probouzení nebo naopak nepřiměřenou spavost bez pocitu odpočinku a dospívání v neobvyklých denních dobách v průběhu dne. Spánek je narušen a není tolik kvalitní, jak by se očekávalo (MKN-10, 2009; Orel, 2012; DSM-5, 2015).

1.1.5 Změny v psychomotorickém tempu

MKN-10 (2009) hovoří o zřetelné psychomotorické retardaci. Snížená aktivita se projevuje na všech úrovních. Depresivní se pomalu pohybují, až by se dalo říct šourají. Co se řečové produkce týče, mluví pomalu, potichu. Obsah i kvantita je omezená. Gesta i mimika jsou taktéž redukována (Orel, 2012). DSM-5 (2015) dodává naopak psychomotorickou agitovanost, úzkostnost, která se u depresivních pacientů často objevuje jako další diagnóza (Bonnet et al., 2005).

1.1.6 Ztráta energie

Depresivní onemocnění provází snížená energie, kdy se i po minimální námaze objevuje únava, což komplikuje realizaci běžných aktivit od snížení pracovní a vzdělávací výkonnosti až po potíže s dokončením či dokonce započítím denních úkolů jako vstát z postele či umýt se. V této souvislosti můžeme uvést i ztrátu libida (MKN-10, 2009; Orel, 2012). Neschopnost dosáhnout erekce či orgasmu komplikuje blízké vztahy a může být důsledkem ztráty sexuální fantazie, vzrušení či celkové sexuální funkčnosti. Ztráta sexuálního zájmu je také prediktorem sebevražedných myšlenek (Winer et al., 2014).

1.1.7 Pesimismus a pocity viny

Typické jsou pesimistické vyhlídky do budoucna, negativní vnímání sebe a svých zkušeností a zážitků. Události jsou dávány do negativních souvislostí, přestože existují jiná možná vysvětlení (Beck, 1979). Sebehodnocení a sebedůvěra jsou zhoršeny, pocity viny a beznaděje jsou přítomny i u lehkých případů (MKN-10, 2009). Orel (2012) mluví o černých myšlenkách, které se kupí a množí, tyto pocity mohou přejít až za hranici bludu.

1.1.8 Změny v kognitivních funkcích

MKN-10 (2009) hovoří o narušení schopnosti koncentrace. DSM-5 (2015) to pojímá širěji jako sníženou schopnost myšlení a koncentrace nebo rozhodování. Dle Rabocha a Zvolského (2001) se subjektivní stížnosti na tuto oblast objevují u 90 procent pacientů. Této problematice bude věnováno více prostoru v následujících kapitolách.

1.1.9 Sebevražedné myšlenky či jednání

Výčitky a pocity viny následují úvahy o smrti, které se dle Rabocha a Zvolského (2001) objevují u dvou třetin depresivních jedinců, až 15 procent pak ideu zrealizuje. Presuicidálním syndromem můžeme nazvat jakési fáze, kterými si mnozí depresivní procházejí. Nejprve se jedná o neurčité fantazie o tom nebýt, které postupem času nabývají konkrétnější podoby. Tyto myšlenky nejsou příjemné a nemocný se jim zprvu brání. Zklidnění v nemoci by pak pro okolí mělo být spíše alarmující, jelikož se může jednat o učiněné rozhodnutí, které nemocnému přináší paradoxně úlevu. U nejtěžší deprese paradoxně chybí energie k provedení suicidia, realizace přichází až se zlepšením stavu.

1.2 Stanovení diagnózy

Pro stanovení diagnózy odborníci používají diagnostické manuály zmíněné výše. DSM-5 (2015) pro naplnění diagnózy velké depresivní poruchy specifikuje, že se musí objevovat alespoň po dobu dvou týdnů pět symptomů, mezi nimiž je přítomna buď depresivní nálada, nebo ztráta zájmu nebo radosti, symptomy jsou nepříjemné a obtížné a narušují sociální, pracovní a další fungování a nemohou být vysvětleny jiným

psychotickým či somatickým onemocněním, fyziologickými účinky látek či odpovídající reakcí na ztrátu. Nejedná se ani o bipolární poruchu s manickou fází.

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (2009) pro diagnózu **depresivní fáze** uvádí obdobné symptomy a dále ji hodnotí dle počtu a tíže příznaků jako **mírnou** (dva až tři příznaky, deprimace, zachována schopnost účastnit se denních aktivit), **střední** (čtyři a více příznaků, potíže s běžnou denní činností) nebo **těžkou** (řada příznaků, beznaděj, suicidalita je zde běžná).

Depresivní onemocnění v těžké fázi může být doprovázeno psychotickými příznaky, kdy halucinace a bludy mohou, avšak nemusí odpovídat náladě (MKN-10, 2009). Nejčastěji se objevují bludy depresivní, autoakuzační, ruinační, nihilistické i persekuční. Zde je pak také riziko sebezabití či usmrcení jiné osoby v rámci bludného přesvědčení (Raboch, Zvolský, 2001; Orel, 2012).

V případě, že se deprese objevuje samotná, hovoříme o **unipolární depresi**, pokud po depresivním období nadchází také změna k excitaci (mánie), jedná se o bipolární depresi v rámci bipolární afektivní poruchy. V této práci je cíleno pouze na první z uvedených. Raboch a Zvolský (2001) uvádí, že bipolární deprese je typická spíše jen snížením aktivity, oproti tomu unipolární depresi může provázet také agitovanost a úzkost.

Raboch a Zvolský (2001) uvádí, že u poloviny nemocných deprese do půl roku samovolně a bez návratu odezní a dojde k úzdavě (alespoň tři měsíce v remisi, tedy bez příznaků nemoci). Hollon a Shelton (2001) jsou v tomto případě méně optimističtí a uvádí, že jen 20 procent pacientů dosáhne plné úzdravy bez dalších příznaků. V opačném případě hovoříme o **rekurentní** či **periodické depresivní poruše**, kdy se střídají období remise a relapsu (z období remise) či rekurence (z období úzdravy). Riziko návratu deprese se s každou další epizodou zvyšuje (50 procent po první epizodě, až 90 procent po čtvrté epizodě) (Raboch, Zvolský, 2001). Z toho důvodu MKN-10 (2009) zařazuje diagnózu periodická depresivní porucha, v současné době v remisi, kdy definuje, že musí pacient mít v anamnéze alespoň dvě depresivní fáze. DSM-5 (2015) zde udává kategorie v částečné remisi a v plné remisi.

1.2.1 Diagnostické nástroje

Pro ověření diagnózy a pro určení hloubky nemoci pacientům můžeme zadat sebehodnotící škály, které jsou vhodnější pro osoby s menší intenzitou poruchy, předpokládá se úroveň vzdělanosti a kooperace (Raboch, Zvolský, 2001). Mezi nejčastěji používané patří Beckova sebehodnotovací škála pro dospělé, BDI-II (Beck, 1996) či Zungova sebehodnotovací stupnice deprese (Zung, 1965). Mezi lékařem aplikované metody patří sedmnáctipoložková Hamiltonova škála deprese, HAMD (Hamilton, 1960) nebo desetipoložková Stupnice Montgomeryho a Åsbergové pro posuzování deprese, MADRS (Montgomery, Åsberg, 1979). Informaci o depresivním onemocnění najdeme také v širším diagnostickém rozhovoru M.I.N.I. (Sheehan et al., 1992) nebo v Minesotském osobnostním dotazníku MMPI-2 (Hathaway et al., 1989).

Při upřesňování diagnózy můžeme také hodnotit další symptomy spojené s depresivním onemocněním, jako je úroveň ruminací (Barbic, 2014) nebo beznaděj (hopelessness) (Beck et al., 1974).

1.2.2 Diferenciální diagnostika

Pro správné určení diagnózy je třeba mít na paměti, že existují onemocnění, která mohou na základě svých symptomů působit podobně jako deprese. V první řadě je třeba vyloučit, zda se nejedná o somatické onemocnění, neurologickou poruchu či poruchu v důsledku působení léků či návykových látek, k čemuž pomůže laboratorní vyšetření a důkladná anamnéza. Psychotické onemocnění se liší především sekvencí bludů. Z psychiatrického hlediska však v akutní fázi není diagnóza to nejdůležitější, v obou případech se předepisují atypická antipsychotika. Zvažovat je třeba také poruchy osobnosti, nejčastěji pak poruchu hraniční. Zde je depresivní afekt velmi proměnlivý, především na základě stimulace a intervence. Obtížné může být rozlišení mezi demencí, a to především u starší populace. Důležitá je sekvence příznaků. U deprese jde především o rychlý počátek s rychlou progresí, kognitivnímu narušení předchází deprese, nemocný si na to stěžuje, narušení je do značné míry reverzibilní. Orientace je zachována, maxima spíše ráno oproti demenci večer. Rozlišení mezi unipolární a bipolární formou spočívá především v anamnéze, avšak i přes nepřítomnost manické epizody je možný budoucí

rozvoj. U unipolární formy se spíše objevují zlostné ataky či somatické obtíže (Raboch, Zvolský, 2001).

1.3 Psychoterapeutická vodítka

Četné množství metaanalytických studií prokazuje efektivitu psychoterapie při léčbě deprese. Studie Cuijperse a kolektivu (2011) prokazuje zlepšení depresivních symptomů oproti neléčené kontrolní skupině, a to při analýze různých druhů terapie. Největší podpora je stále na straně kognitivně behaviorální terapie, která má velký podklad ve výzkumu (Barth et al., 2016; Temple, Geddes, 2008).

Téma deprese a její terapie bylo ovlivněno přístupem Becka (1979), který do značné míry formoval směřování kognitivně behaviorální terapie (KBT) pro emoční poruchy. Tento přístup se postupně rozšířil také na léčbu úzkostných poruch (Beck, 2013) a dalších onemocnění (Wright et al., 1993; Winterowd, Beck, Gruener, 2003; Beck et al., 2009). Beckem užívané metody se mnohdy zevšeobecnily a pronikly do dalších terapeutických směrů či ovlivnily autory směrů nových. Metody KBT se ve výzkumech i nadále prokazují svou terapeutickou účinností (Barth et al., 2016; Temple, Geddes, 2008).

Teorie KBT vychází z kognitivní teorie chybného zpracovávání informací. V tomto pojetí depresivní osoba používá pro vysvětlování událostí naučených schémat neboli kognitivních omylů. Těchto omylů se dopouští téměř každý, k onemocnění však dochází, když je daná osoba považuje za nezpochybnitelné. Cílem KBT je tedy odhalení a odstranění chybných myšlenek (Beck, 1979). Odhalování těchto distorzí můžeme považovat za jakousi psychoterapeutickou diagnostiku v rámci onemocnění.

Základním cílem je osvětlit pacientovi kognitivní model a naučit ho používat jej sám na sebe. Model vychází z kognitivní teorie emocí, podle kterého daná situace vytváří určitou fyziologickou reakci, ale teprve kognitivní zhodnocení této situace a přiřazení určité nálepky způsobuje emoční prožitek (Schachter, Singer, 1962). Do terapie byl koncept představen Ellisem (1962), tvůrcem racionálně-emoční behaviorální terapie, jako Model ABC (*action, belief, consequences*). Beckem (1979) využívaný kognitivní model se snaží přiblížit důležitost vlastních hodnocení pacientovi co nejjednodušší a pochopitelnou formou, kterou v průběhu terapie dále rozvíjí. Základními kategoriemi

jsou situace, myšlenka, emoce a následné chování.

Většina pacientů si souvislost mezi svým chováním, prožíváním a interpretací situace neuvědomuje. Velká část práce tedy stojí na odhalení automatických myšlenek, které nezřídka bývají chybné vlivem distorzí. Myšlenky mohou být vědomé i nevědomé. Beck (1979) mluví o proudu myšlenek, kdy některé mohou být více či méně manifestované. Klíčovým momentem pro jejich odhalení je uvědomění si změny vlastní nálady. Adekvátní automatické myšlenky jsou takové, které vedou osobu k hledání řešení dané situace. Cílem terapie je tedy postupné nahrazování zkreslených a neproduktivních myšlenek za produktivní.

Myšlenky operují podle Becka (1979) na více úrovních. Na povrchu jsou automatické myšlenky týkající se konkrétních situací. Takových myšlenek může pacientovi proběhnout hlavou několik. Úkolem je najít tu myšlenku, která způsobuje pacientovi diskomfort. Žhavá myšlenka, jak ji Beck (1979) nazývá, nám pak dá lepší představu o pacientově problému. U depresivního pacienta může být takovou žhavou myšlenkou například „Nezvládnou to,“ ve chvíli, kdy se dostane do situace, kde má předvést nějaký výkon. Tato myšlenka prohloubí jeho smutek a například způsobí, že se situaci nakonec raději vyhne.

Za automatickými myšlenkami stojí hlubší střední myšlenky. Pramení z dětství, kdy se pacient učil sledováním svého okolí a potvrzováním hypotéz, a tvoří základ pro subjektivní významy a hodnoty. Umožňují pak rychlé generalizace a soudy o různých situacích. Nabývají formy mentálních pravidel („Musím se všemi dobře vycházet.“), předpokladů („Pokud se všemi nevycházím dobře, jsem špatný člověk.“) či postojů („Je hrozné být špatným člověkem.“). V případě, že jsou tyto tendence narušené, je pravděpodobné, že si pacient zvnitřnil tendence, které byly v dětství adaptativní. V dospělém světě mu ale spíš způsobují potíže. Střední myšlenky se projevují v typické triádě postojů k sobě, ostatním a okolnímu světu. Jelikož mohou být ubližující, pacienti si rozvíjejí různé kompenzační strategie, aby se negativnímu sebehodnocení vyhnuli (snažit se ostatním ve všem vyhovět, být hodně zodpovědný) (Beck, 1979).

Centrální tendence (jádrové myšlenky) pak představují zvnitřněné idey ohledně vlastního já. Jsou tak hluboké, že je mnohdy těžké vyjádřit je i před sebou samotným. Jsou považovány za absolutní pravdy. Působí jako organizační koncepty vznikající v dětství.

Pokud to bylo dětství složité, zapisuje si dítě negativní sebekoncept, ale i negativní koncept světa a ostatních. Myšlenky je možné identifikovat, modifikovat a přepsat novou pozitivní tendencí. Přesto je stále možné, že se ve stresovém období objeví znovu. Je možné je zestručnit jako výroky o vlastní osobě. Týkají se bezmoci při dosahování autonomie či úspěchu („Jsem neschopný.“), sounáležitosti a afektivního porozumění („Nejsem hodný, aby mě někdo miloval.“) a vlastní hodnoty („Jsem bezcenný.“) (Beck, 1979).

K odhalení myšlenek se využívá autoregistrů myšlenek. Ty si můžeme představit jako jednoduché tabulky, do kterých pacient vyplňuje již uvedené komponenty: situace, myšlenka, emoce, chování. Tabulka se v procesu terapie stává komplexnější, aby odpovídala potřebám terapie. Tabulky jsou vhodné pro úkoly mimo terapeutické sezení. Při sezení je možné hledat sokratickým způsobem myšlenky v dialogu, ale vhodné jsou také techniky jako je imaginace, role play či sledování změny nálad pacienta při sezení. Terapie pokračuje restrukturací těchto myšlenek za použití sokratovského dialogu, psychoedukace, řešení problémů, nácviku sociálních dovedností či relaxačních technik (Beck, 1979).

Ukazuje se, že tradiční kognitivně behaviorální terapie může mít také účinek, pokud se přenese do internetového prostředí. Je však lepší neztratit zde sociální kontrolu a podporu terapeuta. To může být do budoucna přínosem pro osoby, které by jinak neměly k léčbě přístup (Spek et al., 2007). Co se týče volby individuální či skupinové terapie, výsledky výzkumů upřednostňují spíše individuální terapii. Odůvodněním je menší pravděpodobnost zanechání léčby při kontaktu s jednotlivcem (Cuijpers et al., 2011).

2 Kognitivní deficit u deprese

Kognici lze obecně vnímat jako soubor procesů, které umožňují poznání jak vnitřního, tak vnějšího světa. Mezi tyto procesy se běžně řadí vnímání, učení, paměť a přemýšlení o informacích (Sternberg, 2002). Lezak a kolektiv (2004) z pohledu neuropsychologie rozdělují hlavní systémy chování, tedy chování, které může být organicky poškozeno, jako **kognitivní funkce**, **emoce** a **exekutivní funkce**. Mezi kognitivní funkce patří funkce receptivní, tedy výběr, třídění a integrace informace, dále pak paměť a učení a funkce expresivní a myšlení. Emocionální funkce jsou na první pohled zvnějšku závažnější a pro okolí nepříjemnější. Exekutivní funkce pak zahrnují vůli, plánování, účelné jednání a úspěšný výkon. Jiní autoři podřazují exekutivní funkce funkcím kognitivním (Koukolík, 2002; Kulišťák, 2003). Přestože dělení působí jednoduše a přehledně, uvedené systémy jsou propojeny více, než se může na první pohled zdát (Bechara, Damasio, Damasio, 2000).

Pro popis zvláštností v tomto chování a prožívání poznávacích funkcí se používá pojem **kognitivní deficit** (Preiss, Kučerová, 2006). Kognitivní deficit u deprese jako takový není tak úplně novým tématem. V zásadě o něm píše již Burton (2006) v *Anatomii melancholie* vydané v roce 1621. V souladu s názory se svými předchůdci soudí, že melancholie ovlivňuje důležité schopnosti ducha, jako je imaginace, kterou v této souvislosti spojuje s bludnými myšlenkami, a rozum, který není schopen bludy opravit. Zde také cituje Hercula z Saxonie, dle kterého se může stát, že poruchou imaginace mohou být zasaženy také další oblasti jako víra, soudnost, logické usuzování a uvažování.

Výzkumné podklady pro pochopení tématu kognitivního deficitu u deprese však dlouhou historii zatím nemají. Friedman (1964) jako jeden z prvních popisuje spíše minimální zhoršení u depresivních pacientů v kognitivních testech. Avšak v té době se systematictější výzkumy zaměřovaly na kognici spíše u schizofrenních jedinců, u pacientů

depresivních byly plné metodologických chyb, jako je zaměňování diagnóz (výzkumné vzorky obsahovaly také pacienty s bipolární afektivní poruchou, demencí, depresí u organických poruch po úrazech atp., tedy nejen u unipolární deprese), a nedaly se tak považovat na příliš důvěryhodné. Udaly však směr současnému psychologickému bádání (Sweet, Newman, Bell, 1992). Miller (1975) pak v asi první přehledové studii zaměřující se konkrétně na depresivní osoby dokládá zhoršení pacientů v rychlosti zpracování informací, paměti a učení a kognitivních zkresleních. Kognitivní deficity dokládají i pozdější přehledové studie (Veiel, 1997; Rock et al., 2014; Scult et al., 2017b).

Kognitivní deficit u depresivního onemocnění však bývá odborníky často opomíjen a spoléhá se na jeho vymizení společně s příznaky nemoci. Přestože není kognitivní narušení u deprese tolik závažné jako u schizofrenie či demence, nemělo by být podceňováno (Preiss et al., 2006). Ve výzkumu Afridiho a kolektivu (2011) se kognitivní deficit nachází až u dvou třetin nemedikovaných depresivních pacientů. Veiel (1997) nachází narušení exekutivních funkcí až u 50 procent depresivních pacientů. Deficit v paměťových funkcích, verbální fluenci a senzomotorické zdatnosti se objevuje u 15 procent depresivních. Tyto problémy pak mohou přetrvávat i v remisi (Reppermund et al., 2009).

Kognitivní deficit dále zhoršuje pacientův zdravotní stav, komplikuje léčbu a spolupráci pacienta na léčbě, negativně ovlivňuje návrat pacienta do běžného života a výrazně zhoršuje jeho kvalitu (Preiss et al., 2006).

Přestože se předpokládá, že kognitivní deficit má u depresivní poruchy spíše globálně-difuzní charakter (Reppermund et al., 2009), ukazuje se, že některé funkce bývají narušeny častěji a více než ostatní. Výsledky výzkumů se ukazují jako nehomogenní a neexistuje jednotný výkladový model, nejčastěji se však zmiňuje deficit pozornosti, paměti a exekutivních funkcí, jelikož se s depresí pojí nejvíce (Preiss et al., 2006). Téma kognitivního deficitu je hlouběji rozebráno v původní práci Golářové (2018), která kognitivní deficit potvrdila na českém a mexickém vzorku.

2.1 Kognitivní styly spojené s depresí

Nedostatečně fungující kognice může vést depresivní pacienty ke zpracovávání nevhodné či nedůležité informace a redukovat kapacitu, zároveň pak ovlivňovat změny nálady (Fossati, Ergis, Allilaire, 2002). Riso s kolektivem (2003) popisuje čtyři základní kognitivní styly, které se často vyskytují u depresivních pacientů. **Dysfunkční postoje** jsou spíše rysové charakteristiky negativního vnímání a prožívání, které se objevují u depresivního jedince. **Raná maladaptivní schémata** jsou širší vzorce vycházející z raného dětství. **Atribuční styl** je u depresivních jedinců při posuzování negativních událostí spíše globální, stabilní, naopak pozitivní události bývají posuzovány jako nestabilní a závislé spíše na situaci. Typické pro depresivní jedince jsou **ruminace**, které bývají popisovány jako „mentální přežvykování“ příčin a následků vlastní deprese.

2.1.1 Ruminace

Ruminace způsobují, že se pacient orientuje na své vnitřní prožitky a znovu je opakovaně prochází a analyzuje. Dochází k nutkavému a zdlouhavému zaobírání se nějakým problémem. Toto nemusí být vždy jen negativem. Může se jednat o mechanismus zaměřený na zvládnání stresu. Přemýšlení je pak považováno za přirozenou reakci člověka na stresující podnět směřující k nalezení řešení (Snyder, 1999).

Výzkumníci odhalili dva rozdílné styly ruminací: skličující (*brooding*) a reflektivní (*reflective pondering*) (Treyner, Gonzalez, Nolen-Hoeksema, 2003; Žitníková, 2018). Při skličujících ruminacích se kognice zaměřuje na abstraktní otázky („Co jsem udělal, že jsem si to zasloužil?“). Myšlení je zaměřováno na obtíže a je charakteristické pasivním srovnáváním současné a ideální situace, což nepomáhá k vyřešení problému. Situace se pak zdá bezvýchodná. Reflektivní ruminace naopak směřují především k prozkoumání vlastních psychických stavů a startují proces, kdy dochází k aktivnímu řešení problému. Treynora, Gonzalez a Nolen-Hoeksema (2003) uvádějí, že reflexivní ruminace jsou spojeny s méně depresivními symptomy, zatímco skličující ruminace s prohloubením deprese a kognitivními zkresleními (Joormann, Dkane, Gotlib, 2006).

2.2 Typické kognitivní distorze u deprese

Podle Becka (1979) pak dochází v myšlení depresivního pacienta k typickým distorzím. Ty mají podobu systematických chyb, které potvrzují platnost pacientova negativního konceptu, a to i navzdory existenci opačných důkazů. Základní kognitivní omyly jsou představeny v této kapitole (Beck, 1979; Praško, Prašková, Prašková, 2003).

2.2.1 Nepodložené závěry

Vytváření nepodložených závěrů neboli svévolná dedukce je proces, při kterém je závěr vyvozen skokově, bez dostatečného množství informací, i když důkazy svědčí opačným směrem. Příkladem může být úsudek pacientky, která má před třídou představit svou prezentaci. Poctivě se připravuje, čte literaturu a ladí detaily ve vizuální prezentaci. Myslí si však, že to nezvládne, že prezentace dopadne špatně a třída se jí bude smát.

2.2.2 Zkreslený výběr faktů

Při zkresleném výběru faktů neboli selektivní abstrakci dochází k zaměřování se na detaily vytržené z kontextu, které potvrzují dané přesvědčení. Ostatní fakta jsou přehlížena. Již zmíněná pacientka se v jiné situaci prezentace před třídou zaměřila jen na to, že se učitel pohrdlivě uchechtl jejímu komentáři. Dostala pak od něj chvalitebnou. Pacientka však opomíjí, že chvalitebná není špatná známka. Prezentace byla učitelem hodnocena přes malé výtky pozitivně a dostala také nějaké povzbudivé komentáře od spolužáků. Jiní ji vlastně ani nevnímali a mysleli na něco jiného. Navíc se jednalo o předmět, který ji osobně moc nebaví.

2.2.3 Nadměrné zevšeobecnění

Nadměrná generalizace je vytváření závěrů a pravidel na základě ojedinělé situace. Závěry jsou zevšeobecnovány i pro nesouvisející události. Naše pacientka dostala hodnocení, které se jí nelíbilo, v předmětu, který ji nebaví. V současnosti má strach ze všech prezentací, a to i v předmětech, které má ráda.

2.2.4 Maximalizace a minimalizace

Přehánění a bagatelizace je tendence přiřkládat zkreslené významy dějům. Typické pro depresivní pacienty je zveličování chyb a snižování hodnoty úspěchů. Naše pacientka tedy vidí své chyby jako ohromné („Strašně jsem tu prezentaci zkazila.“), zatímco úspěch téměř neexistující („To byla jen biologie, ta je lehká.“).

2.2.5 Personalizace

Dalším zkreslením je personalizace neboli vztahování vnějších, často náhodných a nesouvisejících, událostí na vlastní osobu. Když se učitel při prezentaci uchechtl, vzpomněl si na vtipnou situaci, která neměla s výkonem pacientky tolik společného. Učitel se navíc takto projevuje obvykle i ve vztahu k ostatním spolužákům. Ona však jeho reakci vnímá jako vlastní selhání.

2.2.6 Absolutní myšlení

Absolutní myšlení je mnohdy označováno také jako černobílé, dichotomické nebo polarizované myšlení. Jde o negativní tendenci přemýšlet ve dvou absolutních opačných kategoriích „všechno, nebo nic“. Stupně šedi mezi uvedenými póly jsou marginalizovány a ignorovány. Pro naši pacientku je to pak nutnost dostávat jen jedničky, nejlepší známky, ostatní hodnocení vnímá negativně.

3 Expresivní psaní u deprese

V průběhu celé historie mělo lidstvo potřebu vyjadřovat se a zaznamenávat pocity, myšlenky a činy, ať jedince či celé společnosti, písemnou formou. Písmo mělo formující vliv na osobní i veřejný život, a to v oblasti duchovní, obchodní, politické, vzdělávací či umělecké. Psané slovo má schopnost formovat a reformovat lidskou zkušenost (Lepore, Smyth, 2002).

Využití psaného textu jako terapeutického prostředku není tedy zase tak objevnou novinkou. Básníci, romanopisci a jiní umělci využívali možností psaného vyjádření po staletí nejen jako kreativního procesu, ale také jako abreaktivní transformace traumatické události do něčeho produktivního, co pomohlo v léčebném vyrovnávacím procesu nejen jim samotným, ale i jejich čtenářům (DeSalvo, 2000).

Psaný text byl a je součástí expresivních terapií, které se zaměřovaly na úlevu od symptomů. Společně s psychodramatem, terapií hudbou či vizuální arteterapií má biblioterapie za cíl využití léčebných efektů exprese a kreativity při procesu psychologické uzdravy. Biblioterapie využívá léčebných účinků čtení textů, kdy za pomoci četby pacient reflektuje zátěžovou situaci, což může dospět ke katarzi, vhledu a vyrovnání se s problémem. Jedná se tedy o narativní vyprávění, které může, ale nemusí být doplněno vlastním psaním (Smyth, Greenberg, 2000).

Častou copingovou strategií i technikou využívanou v terapii, popularizovanou především Proggoffem (1977), je psaní deníku. Psaní deníku bývá často zadáváno jako doplňující domácí úkol k terapii. Umožňuje bezprostřední zachycení situací, které může přinést vhled jak pacientovi, tak terapeutovi.

Přestože, jak Lepore a Smyth (2002) uvádí, již Janet na počátku 20. století vyzdvihoval kognitivní integraci stresující informace do souvislého narativního celku pro snížení nezdravých efektů traumatické situace, teprve Pennebakerovi (1997) se podařilo

přítáhnout k psaní dostatečnou pozornost.

Lepore a Smyth (2002) považují za hlavní důvod úspěchu Pennebakerovy teorie především to, že se jedná o relativně jednoduchou techniku s mnohými zdravotními benefity. Mezi velké výhody patří její ekonomická nenáročnost, což je mnohými kliniky v době vysokých nákladů na zdravotní péči vnímáno pozitivně. Metoda je také vhodná pro ty, kteří by své problémy rádi řešili, ale brání jim v tom různé faktory. Psaní dokáže překonat bariéry, jako jsou vzdálenosti a doprava, odbourává také sociální zábrany a případnou inhibici, která by při vyrovnávání se se stresovou situací mohla hrozit u uzavřenějších jedinců.

Pennebaker (2018) uvádí, že za celým konceptem stála pouhá náhodná otázka na workshopu, která odhalila, že držet v sobě traumatické tajemství (v tomto případě sexuální zneužití) vede k negativním zdravotním dopadům. Následovala hypotéza, zda je uvolnění od takového tajemství prospěšné. Pennebaker jako sociální psycholog nechtěl podrobovat probandy rozhovorům, které by mohly přinést mnohá zkreslení, což dalo podněty ke vzniku techniky expresivního psaní. V prvním experimentu šlo o následné psaní v průběhu 4 dní, vždy po dobu 15 minut. U studentů náhodně přiřazených do skupiny, která psala o traumatu, došlo k redukci návštěv zdravotnických center v následujícím půl roce (Pennebaker, Beall, 1986).

Základním principem techniky expresivního psaní je opakované psaní po zvolenou dobu, obvykle 15 až 30 minut. Instrukce navádí k zaměření se na své hluboké myšlenky a pocity, které se pojí se stresovou událostí. Jde o to se opravdu uvolnit a prozkoumávat hluboké emoce a myšlenky. Ty mohou být orientovány do minulosti, současnosti i budoucnosti. Situace mohou být spojené se vztahy s ostatními, jako jsou rodiče, partneři, přátelé či příbuzní. Jednotlivá psaní mohou být spojená, ale může se jednat o nesouvisející příběhy. Gramatika ani stylistika není důležitá. Jde jen o to psát po celou vyměřenou dobu (Pennebaker, 1997).

3.1 Benefity expresivního psaní

Přestože krátkodobým efektem expresivního psaní je obvykle zvýšení distresu, špatné nálady a negativních fyzických symptomů, co se dlouhodobější perspektivy týče, výzkumy ukazují působivé výsledky. Ve větší míře totiž potvrzují blahodárné účinky psaní

na fyzické zdraví (Pennebaker, Beall, 1986). A to jak na subjektivních výpovědích probandů (Park, Blumberg, 2002), tak i na zdraví objektivně měřeném, jako jsou méně časté návštěvy zdravotních specialistů (Pennebaker, Beall, 1986; King, Miner, 2000). Dalšími zkoumanými a potvrzenými benefity jsou lepší imunita (Booth, Petrie, Pennebaker, 1997; Petrie et al., 2004), krevní tlak (Crow, 2000), funkce plic (Smyth, 1999) či rychlejší hojení ran (Weinman et al., 2008).

Mezi benefity v behaviorální oblasti je zmiňováno snížení absentérství v práci (Francis, Pennebaker, 1992), znovunalezení práce po období nezaměstnanosti (Spera, Buhrfeind, Pennebaker, 1994) či zlepšení sportovního výkonu (Scott et al., 2003).

Po kognitivní stránce pomáhá expresivní psaní mírnit maladaptivní ruminace (Lepore, 1997; Sloan et al., 2008). Dochází při něm k restrukturační kognice a konfrontaci negativních myšlenek a emocí ohledně dané stresující situace. To se zdá být vhodné pro pacienty se skličujícím stylem ruminací. Instrukce je přivádí k aktivní analýze a zpracování dané zkušenosti. Lyubomirsky, Sousa a Dickerhoof (2006) prokázali, že psaní je přínosnější než pouhé přemýšlení nad problémem. Psaní umožňuje lépe organizovat vlastní myšlenky. V případě přemýšlení je dost možné, že se myšlení promění v opakovanou skličující ruminace. V následnosti se také ukazuje zlepšení v pracovní paměti (Klein, Boals, 2001). Stresující vzpomínky jsou v mozku uchovávány jiným způsobem než ostatní vzpomínky. Při častém zapojení amygdaly jsou dostupnější, zároveň je však třeba více mentální energie k jejich udržování. Psaní pomáhá tyto vtíravé myšlenky omezovat, což se projevuje na změnách v užití jazyka. To následně vytváří změny v kognici (Klein, 2002).

Výzkum dále potvrzuje zlepšení stavu po psychické stránce. Expresivní psaní působí zlepšení nálady (Pennebaker, Susman, 1988; Páez, Velasco, González, 1999), psychologický well-being (Park, Blumberg, 2002), mírní depresivní symptomy před zkouškami na univerzitě (Lepore, 1997) a také pomáhá ke zlepšení určitých symptomů posttraumatické stresové poruchy (Smyth, Hockemeyer, Tulloch, 2008).

Studie zaměřující se na klinickou populaci duševně nemocných však hodnotí expresivní psaní spíše rozporuplně. Ne vždy se totiž daří výsledky replikovat. Téma bude hlouběji popsáno v následujících kapitolách. Metaanalýza Frisiny, Borod a Lepore (2004) dokazuje, že pro psychologické zlepšení u poruch nálad není efekt signifikantní. Obecně

však metaanalýzy potvrzují zmíněné přínosy expresivního psaní (Smyth, 1998; Frisina, Borod, Lepore, 2004; Baikie, Wilhelm, 2005; Frattaroli, 2006; Harris, 2006; Travagin, Margola, Revenson, 2015). Sami participantů pak hodnotí své psaní jako smysluplné (Pennebaker, 1997).

3.2 Distorzní tendence v textu

Proti výzkumu expresivního psaní, který působí veskrze povzbudivě, stojí ne tolik příznivý pohled na stereotyp sebevražděného umělce bohéma, který hýří všemožnými duševními onemocněními, přestože aktivně píše texty. Pravděpodobně nejznámější studie Andreasena a Cantera (1974) tento stereotyp také potvrdila. Spisovatelé vykázali větší výskyt psychických onemocnění. Přestože je studie metodologicky problematická, stále se jedná o dobrou ukázkou a výzkumný úvod do problematiky. Již dříve našel Barron (1969) u literárních umělců vyšší skóre MMPI. Ludwig (1994) potvrzuje, že ve skupině spisovatelek se častěji objevují nemoci, které zahrnují poruchy nálady a úzkosti. Staltaro (2003) dokazuje, že třetina vzorku básníků byla v průběhu života léčena na psychiatrii, více než polovina pak podstupovala psychoterapii. Spisovatelé však nevykazovali vyšší míru depresivity než obecná populace. Suicidalita je naopak u spisovatelů nepochybně nejvyšší z celého vzorku umělců (Lester, 1994).

Kaufman a Sexton (2006) argumentují ve prospěch expresivního psaní tím, že studie obvykle slučují různé druhy spisovatelů a nezajímají se o další faktory na pozadí. V mezikulturní studii, do které bylo zařazeno dva tisíce amerických, čínských, tureckých a východoevropských spisovatelů, se ukazuje, že básníci umírají obecně dříve než ostatní umělci. Tento efekt se prokázal ve všech kulturách (Kaufman, 2003). Uvedené zjištění potvrzují i dřívější studie (Ludwig, 1995).

Simonton (1990) ve výzkumu produktivity a kreativity s ohledem na věk odhalil, že umělci dosahují dřívějšího vrcholu v tvorbě než vědečtí a akademičtí pracovníci. Dále pak, že básníci mají dřívější nástup kariéry než ostatní spisovatelé. Z toho vyplývá, že pokud básník i spisovatel oba zemřou ve 25 letech, básník už pravděpodobně vydal alespoň jednu sbírku, zatímco spisovatel teprve přemýšlí o první knize. To může tvořit negativní efekt pro básníky.

Jaké jsou tedy faktory, které činí z poetů pravděpodobnější cílovou skupinu

duševních onemocnění? Následující text mapuje kognitivní zkreslení, která mohou být důvodem, proč právě psychiatrická populace nedosahuje po expresivním psaní psychické úlevy.

3.2.1 Absolutní slova

Absolutní, dichotomické nebo také černobílé myšlení je často zmiňováno jako kognitivní distorze. Stojí za příznaky mnohých afektivních poruch včetně deprese. Za absolutní považujeme slova, fráze či myšlenky, které se vztahují k úplnosti, totalitě, a to ať už z hlediska pravděpodobnosti (vždy, nikdy), nebo rozsahu (vše, nic). Tyto myšlenky jsou nezávislé na kontextu. Nerozlišuje se zde škála. Daná osoba vidí jen černobíle, ale přehlíží či odmítá existující odstíny šedi (někdy, něco) (Beck, 1979).

Souvislost mezi sebevražednými myšlenkami a absolutním myšlením byla popsána již relativně dávno (Neuringer, 1961). Extrémní úsudky a slovní projevy se objevují u sebevražedných pacientů významně častěji než u kontrolní skupiny (Litinsky, Haslam, 1998; Al-Mosaiwi, 2018). Více polarizovaných textů také nacházíme u osob se sebevražednými sklony ve skupinách básníků (Wedding, 2000; Stirman, Pennebaker, 2001; Thomas, Duke, 2007) či hudebních textařů (Markowitz, Hancock, 2017). Dichotomní myšlení, kognitivní rigidita a deficity při řešení problémů jsou opakovaně nalézány u sebevražedných jedinců (Ellis, Rutherford, 2008). Absolutní styl myšlení také predikuje budoucí relaps deprese (Teasdale et al., 2001).

3.2.2 Na self orientovaná řeč

Koncept na self orientované řeči (*self-focused language*, SFL) se těšil pozornosti v psycholingvistickém a sociálně psychologickém výzkumu již dávno. Charakterizuje jej především vysoký výskyt osobních (já) a přivlastňovacích (moje) zájmen v první osobě v mluvených či psaných projevech (Brockmeyer et al., 2015). Výzkumy sociální psychologie od počátku navrhovaly spojitost s egocentrismem (Sanford, 1942) či na self orientovanou pozorností (Davis, Brock, 1975). Nové možnosti pro posuzování kognitivních procesů přesunuly výzkum na pole klinické psychologie (Pennebaker, 2011; Jarrold et al., 2011). Přispěly k tomu především opakované důkazy o souvislosti využívání zájmen v první osobě s psanou a mluvenou řečí depresivních (Zimmermann et al., 2013).

Tento fenomén se projevuje napříč různými klinickými skupinami, jako jsou depresivní studenti (Rude, Gortner, Pennebaker, 2004), umělci, především básníci (Stirman, Pennebaker, 2001), či starší muži (Jarrold et al., 2011).

Výzkum prokazuje vysoké užívání osobních zájmen při výzkumu fenoménu na self orientované pozornosti (*self-focused attention*, SFA) (Davis, Brock, 1975; Salovey, 1992; Sloan, 2005). Původně o konstruktu mluví Duval a Wicklund (1972). Podle nich SFA indukuje proces sebehodnocení, kdy je současný stav srovnáván se stavem ideálním. Podle Carvera a Scheiera (1998) se pak lidé dostávají do prožívání diskrepance mezi současným a požadovaným stavem. To má být motivací k dosažení žádoucího stavu. Podle autorů je prožívaný negativní afekt výsledkem soudu jedince, že dosáhnout požadovaný stav je nepravděpodobné, nemožné či v nedohlednu. Pyszczynski a Greenberg (1987) upozorňují, že se jedinci mohou v tomto seberegulačním cyklu zaseknout a vyvinout si specifické maladaptivní myšlení, kdy se soustředí na negativní události, ale ne na ty pozitivní. Tento proces podporuje spirálu negativních atribucí. McCullough (2003) zmiňuje tuto egocentrickou tendenci v souvislosti s nedostatkem pozornosti k emočním stavům ostatních a oddělení od sociální zpětné vazby.

SFA je diskutováno převážně ve spojitosti s depresí. To je opakovaně dokazováno i metaanalytickými studiemi (Mor, Winquist, 2002; Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010). Zimmermann s kolektivem (2017) dokonce navrhuje využívání osobních a přivlastňovacích zájmen v první osobě jako možnost predikce tendence k depresi.

3.2.3 Emočně negativní slova

Emočně laděná slova je možno řadit do dvou kategorií, a to do slov pozitivních a negativních. Negativní afekt v depresivním onemocnění se projevuje také na úrovni slovního vyjadřování. V psaných textech depresivních pacientů se obvykle snižuje výskyt pozitivně laděných slov (hezký, šťastný, láska) a převažují slova s negativní konotací (špatný, bezcenný, nenávisť) (Rude, Gortner, Pennebaker, 2004; Markowitz, Hancock, 2017). Zjištění potvrzují mnohé studie analyzující psané projevy depresivních pacientů (Rodriguez, Holleran, Mehl, 2010; Baddeley, Daniel, Pennebaker, 2011).

Současně probíhající stresová situace a emoční distress způsobuje větší potřebu emočního vyjadřování (Pennebaker, 2011). Z toho důvodu se u depresivních pacientů

mohou objevovat dokonce obě kategorie emočních slov, jak negativní, tak i pozitivní (Ramirez-Esparza et al., 2008).

3.3 Mechanismy expresivního psaní

Prokázané benefity expresivního psaní přitahovaly v průběhu posledních třiceti let k technice velkou míru pozornosti. Co jsou však mechanismy, které za těmito pozitivními změnami stojí?

3.3.1 Emoční odhalení

Dlouhá tradice počínající již u Freuda, který zmiňuje terapii jako léčbu mluvením, považuje za základní princip pro uvolnění potlačených pocitů emoční odhalení. Tato myšlenka zůstává v současné terapeutické praxi převládající (Sloan, Marx, 2006). Výzkumy dokazují, že inhibice přináší nedobré zdravotní důsledky. Příkladem může být přímá souvislost mezi potlačováním vzteku, nepřátelství a hypertenzí či ischemickou srdeční chorobou (Stephens, 1993). Odhalení inhibovaných emocí tedy může stát za zlepšením zdravotního stavu po expresivním psaní (Pennebaker, Beall, 1986; King, Miner, 2000).

Jak je ale pak možné, že i psaní o již odhalené a diskutované traumatické události přináší pozitivní benefity (Greenberg, Stone, 1992)? Vysvětlení můžeme nalézt v rozdílu mezi povrchně popsaným traumatem a odhalením hlubokých emocí a myšlenek ohledně traumatu (Greenberg, Wortman, Stone, 1996). Teorie však stále neposkytuje dostatečné vysvětlení pro funkčnost expresivního psaní (Pennebaker, 2018).

3.3.2 Kognitivní změny při psaní

Krantz a Pennebaker (1996) výzkumně srovnali vyjádření traumatu pohybem a psaním. Ukazuje se, že přestože se participanti, kteří vyjadřovali trauma pohybem, cítili po aktivitě lépe, ke zdravotnímu zlepšení došlo pouze u psaní. Zdá se tedy, že pro dosažení dlouhodobých efektů je potřeba překlady tématu do slov. Pennebaker a Beall (1986) navrhuje, že psaní o traumatické události může jedinci poskytnout možnost zorganizovat a sjednotit traumatickou paměť, což může vést ke kognitivním změnám. Pro hypotézu kognitivních změn při psaní mluví i snížení ruminací (Lepore, 1997; Sloan et al., 2008)

a zlepšení pracovní paměti (Klein, Boals, 2001). Výzkum také ukazuje, že ke zdravotnímu zlepšení dochází v případě zvýšení využívání kognitivních slov, především těch kauzálních, ptajících se po příčině (Pennebaker, Francis, 1996).

Výzkum v této oblasti však nepřináší konzistentní výsledky. Další studie nepotvrdily souvislost mezi kognitivními změnami a fyzickými či psychologickými zlepšeními (Batten et al., 2002; Park, Blumberg, 2002). Změny na kognitivní úrovni tedy také nemají jednotné vysvětlení.

3.3.3 Expozice

Expozice, vycházející z Mowrerovy (1960) teorie, byla a je funkční součástí terapií úzkosti. Teorie předpokládá, že při učení dochází ke spojování nepodmíněné stresové reakce s nepodmíněným stimulem, například prezentování před publikem. Podmíněná reakce se opakováním posiluje. Únik ze stresové situace je evolučně fungující strategií, která však v současném sociálním světě není adaptivní. Expozice má tedy zařadit vyhasínání podmíněné reakce. Výzkumníci tedy předpokládají, že expresivní psaní může fungovat na bázi opakované expozice něčemu, čemu se pacient dříve vyhýbal. V průběhu psaní může dojít k aktivaci stresové reakce a následně ke korektivní zkušenosti (Pennebaker, 1997; Sloan, Marx, 2006).

3.4 Diagnostické a terapeutické možnosti expresivního psaní

Jak již bylo uvedeno dříve, expresivní psaní je možné využít jako funkční intervenci. Představeny byly také typické distorze, které u pacientů trpících psychickým onemocněním znemožňují využití benefitů této metody. V takovém případě by však mělo být možné využít těchto distorzí jako diagnostického kritéria, které může odborníkovi pomoci při stanovování diagnózy a léčby pacienta.

V případě, že odborník u pacienta identifikuje nefunkční tendence, může je následně terapeuticky modifikovat a nahrazovat tendencemi adaptivnějšími. Následující zjištění mohou být využita jako doporučení do terapeutické praxe.

3.4.1 Narativ

Klíčovým může být narativní prvek v díle. Narativ klade důraz na příběh, kterému dává strukturu ve vyprávění. Typický příběh již od antického dramatu má úvod, kdy autor představuje situaci, postavy a uvádí čtenáře do děje, stať, ve které dochází k převyprávění hlavní události příběhu, a závěr, který přináší vyvrcholení a rozuzlení příběhu. Pro celkovou kohezi textu se obecně využívá postup: expozice – celkové uvedení do příběhu, základní charakteristika prostředí a postav; kolize – hlavní myšlenka textu; krize – dochází k největšímu napětí; peripetie – rozuzlení, uklidnění situace; katarze – závěr, celkové shrnutí textu. Převyprávění traumatické události v příběhu sobě samotnému dovoluje reorganizaci zkušenosti do tohoto typického vyprávěcího rámce (Pennebaker, 1997; Pennebaker, Seagal, 1999).

Výzkumy poukazují na to, že kdo píše, ale neformuje narativ, cítí se obvykle hůře. Zatímco ti, kteří se drží vyprávění, zpřehledňují svůj příběh a ten se stává lépe uchopitelným. Vyprávění přináší odtajnění, vyjasnění a možnost jakéhosi ukončení problematiky. Příběh může začít dávat smysl. Wortman a Silver (1989) ve studii žen s rakovinou prsu ukázali na fakt, že některé z žen hledaly ve svém boji smysl. Ve skupině těch, které smysl hledaly a našly jej, se následně ukazovala větší spokojenost. Naopak ti, kteří smysl hledali, ale nenalezli, prokazovali ještě nižší míru spokojenosti než skupina, která smysl nehledala vůbec. Stejně tak tomu může být i s básníky, kteří pátrají po smyslu, ale selhávají při jeho nalezení.

Expresivní psaní v narativním formátu je souvislé a lineární, zatímco psaní bez narativu je útržkovité a složitější k uchopení. Smyth, True a Souto (2001) také nechali své probandy psát o traumatických událostech. První skupina psala podle Pennebakerova (1997) typického schématu, druhá skupina psala o pocitech a myšlenkách fragmentově. Pouze narativní styl se ukázal být funkční. Toto zjištění potvrzují i další studie (Ullrich, Lutgendorf, 2002).

3.4.2 Změna perspektivy

Dále ti, kteří změní perspektivu SFL v první osobě (já, moje) do perspektivy osob jiných (my, ty, on), jsou na tom následně lépe než ti, kteří pokračují v psaní v první osobě

(Stirman, Pennebaker, 2001). Zjištění naznačuje, že změna perspektivy je důležitým terapeutickým elementem. Zároveň je konzistentní s ideou vypravování, jelikož velká část psaných textů a vypravování představuje příběhy především ve třetí osobě. To poskytuje autorovi odosobnění, i když popisuje vlastní potíže. Nabízí náhled z jiné perspektivy, nadhled a možnost lépe situaci i emoce zpracovat (Mahoney, 2004). Vytváření příběhů pak může prospívat nejen při řešení obtížných situací, ale všeobecně přispívat k pozitivním pocitům v průběhu života (McAdams, 1999; Sexton, Pennebaker, 2004).

Stejně je tomu i naopak, v případě, že se změní perspektiva k první osobě. V takové chvíli může nastat zhoršení duševního stavu. Analýza práce Kurta Cobaina, Johna Cheevera a Colea Portera naznačuje, že ve chvíli, kdy se umělci proslavili, začali více používat první osobu ve svých pracovních textech i ve svých osobních denících. Společně s touto změnou perspektivy vzrostlo u autorů také sebedestruktivní chování (excesivní pití, braní drog) a deprese, která v případě Cobaina vyvrcholila sebevraždou (Schaller, 1997).

Psychologické paradigma založené na změně perspektivy v psaní deníku (*The Psychological Displacement Paradigm in Diary*, PDPD) je terapeutická technika, která vychází z expresivního psaní. Pacient je instruován, aby popsal situaci v první osobě. Následně má sepsat stejný příběh, avšak protagonista je teď v druhé osobě, tedy ty. V poslední fázi se stejný příběh vypráví ve třetí osobě (Jin, 2005). Výzkumy metody prokazují, že psaní v první osobě je daleko více spojeno s negativními pocity, zatímco při změně perspektivy negativní afekt spíše ustupuje a pozitivní emoce postupně vzrůstají (Chang, Huang, Lin, 2013).

3.4.3 Kognitivní slova

Pro lepší organizaci myšlenek a další směřování se ukazuje jako výhodné používání kognitivních slov (Pennebaker, Francis, 1996). Kauzální slova (protože, důvod, příčina) mohou stát, jak již bylo zmíněno, za zdravotním zlepšením. Především však aktivují myšlení zaměřené na řešení problému, které motivuje daného jedince k akci (Pennebaker, Francis, Booth, 2001).

3.4.4 Pozitivní emoční slova

Expresa a psaní o emocích bylo vždy základem celé teorie. Zároveň se ukazuje, že se při psaní nemusí vůbec jednat o reálné události z osobní historie. Probandi, kteří psali o imaginárním traumatu, měli stejné výsledky jako ti, kteří psali o situaci reálné (Greenberg, Wortman, Stone, 1996). Toto zjištění můžeme generalizovat na spisovatele, kteří často zpracovávají traumatické události, historické či vymyšlené, které se jim samotným nestaly, a zároveň dobře prospívají. Naopak pokud je přílišné množství katartické energie očekáváno, většinou účinky nejsou dobré (Pennebaker, 1989).

Abreakce negativního afektu je vhodná. Z dlouhodobějšího hlediska se však používání pozitivních emočních slov zdá jako výhodnější. Ti, kteří používali při psaní hodně pozitivních slov a méně negativních, vykazovali větší zlepšení (Pennebaker, Chung, 2012). Na této myšlence stojí pozitivní psychologie, směr, který se zprvu taktéž zaměřoval především na redukci depresivních symptomů (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000). V pozitivní psychologii je také možné najít mnoho intervencí, které využívají blahodárných účinků psaní. Psaní o nejlepším možném budoucím já má z dlouhodobého hlediska obdobný efekt jako psaní o traumatu (King, 2001). Seligman (2014) dále popisuje techniku tří dobrých věcí. Princip je podobný jako u expresivního psaní. Jde o opakovanou intervenci. V průběhu určitého časového období má participant před spaním zapisovat dobré věci, nejčastěji alespoň tři, které se mu daný den staly a za které je vděčný. Technika zvyšuje well-being a vede k větší životní spokojenosti. Další technikou, která stojí na psaní, je dopis vděčnosti. Jedná se o sepsání dopisu určité osobě, které má participant vyjádřit vděčnost. Technika podporuje prožívání vděčnosti a zároveň přispívá k pozitivním vztahům.

3.4.5 Online intervence

Přestože první studie byly prováděny na místě metodou tužka–papír, s novou technologií dochází k postupnému přesunu intervencí do prostředí internetu. Internet nabízí levný, efektivní a dostupný způsob pro intervence typu expresivního psaní. Mimo jiné také nabízí soukromí a anonymitu, čímž se stává vhodnějším prostředím pro pacienty, kteří nechtějí podstupovat stigma způsobené vyhledáním odborníka na poruchy nálady.

Počítačové intervence a vzdělávací programy se ukazují jako efektivní při dosahování kýžených výsledků (Perini, Titov, Andrews, 2009; Titov et al., 2009). Studie, které zkoumaly expresivní psaní online, ukazují dobré výsledky při snižování symptomů traumatu (Baikie, Geerlig, Wilhelm, 2012) a další psychických poruch (Van der Zanden et al., 2014), dokonce mohou mít lepší výsledky než psaní na místě (Corter, Petrie, 2008). Expresivní psaní online se ukázalo být vhodnou intervencí i pro zmírnění depresivních symptomů (Lee et al., 2016).

Možnosti internetových intervencí jsou odborníky přijímány chladně, obvykle spíše seznamem negativ, které odosobněné prostředí přináší. Mezi hlavní zmiňovaná negativa patří malý kontakt s pacientem. Při videohovoru dochází ke ztrátě mnohých neverbálních vodítek a možnosti fyzického kontaktu. To pro mnohé terapeuty znamená nemožnost nebo neschopnost navázat terapeutický vztah, což může narušit proces terapie. Výzkumy tato tvrzení spíše nepodporují. Internetová KBT terapie vykazuje v metaanalýze obdobné výsledky jako tradiční terapie tváří v tvář (Carlbring et al., 2018). Studie také poukazují na možnost terapeutické aliance online (Cook, Doyle, 2002; Berger, 2017). Uvedená negativa však nejsou při psaní tak docela podstatná. Důležité je také přihlédnout k tomu, že internet může přinést úlevu jedincům, kteří by na zdravotní či terapeutickou péči jinak nedosáhli, ať z důvodů finančních, sebeochranných, nebo kvůli nízké dostupnosti (Lepore, Smyth, 2002).

Z toho důvodu získává psaní na internetu stále více pozornosti. Výzkumy analyzují také již existující texty ve fórech (Al-Mosavi, 2018) či na sociálních sítích (Van der Zanden et al., 2014). S možností umělé inteligence je možné, že postupně získáme větší možnosti predikce patologického chování na internetu (Guntuku et al., 2017).

4 Kulturní kontext

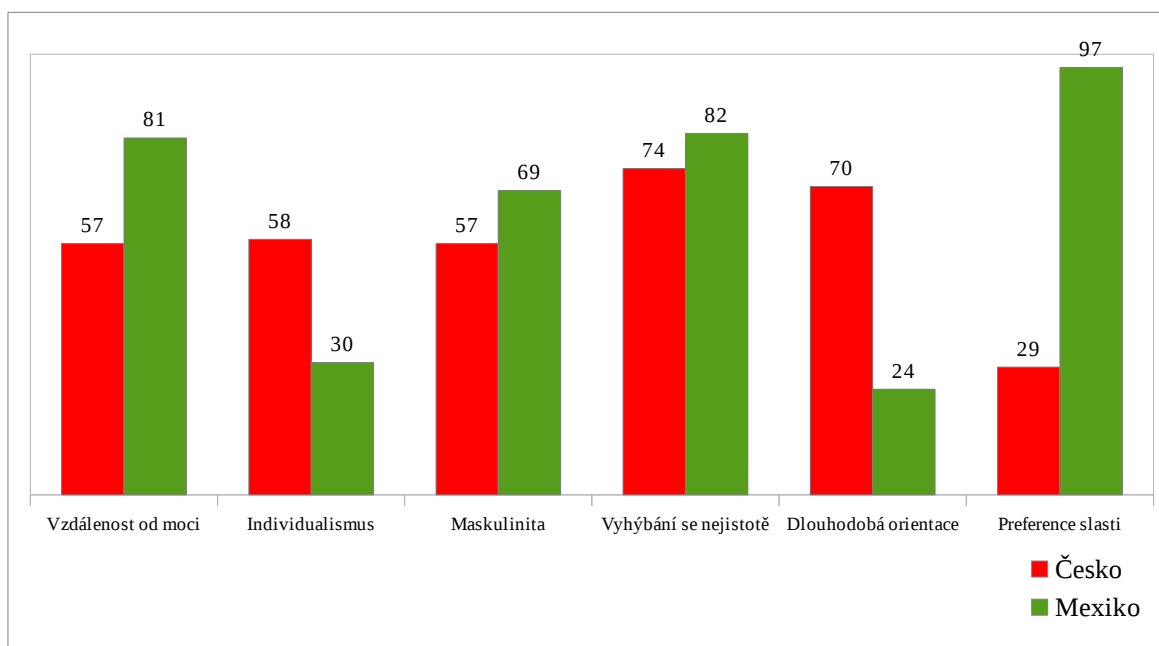
Kultura ve svém užším významu je vztahována k projevům chování lidí. Dle Berryho (2002) jsou kultury produktem minulého lidského chování a organizátorem chování budoucího. Z tradičního antropologického pojetí jde o „celistvý systém významů, hodnot a společenských norem, kterými se řídí členové dané společnosti a které prostřednictvím socializace předávají dalším generacím“ (Murphy, 1998, s. 32). Hall (1959) dodává, že kultura mnohdy více schovává a nechává odkrytou jen pomyslnou špičku ledovce. Paradoxně nejvíce zaslepuje její vlastní účastníky, kteří si často uvědomují charakteristiky své kultury až ve střetu s kulturou odlišnou.

Z hlediska kulturního relativismu je možno kultury pochopit a popsat jen prostřednictvím jejich vlastních systémů hodnot, norem a myšlení, a ne etnocentricky očima vlastní kultury. Z tohoto úhlu pohledu je pomyslné porovnávání jablek a hrušek možné, můžeme porovnat jejich sladkost či říct, že se jedná o druhy ovoce. Následující text si ve stejném duchu klade za cíl porovnání dvou odlišných kultur, které tvoří vzorky pro výzkum. Oproti tomu stojí kulturní univerzalismus, tedy systém obecně platných vzorců, jako například to, že se na celém světě objevuje depresivní onemocnění a lidská kognice má určité kvality. Oba uvedené principy pak dávají možnost pro mezikulturní porovnávání. Na této myšlence je postavena srovnávací kulturní psychologie (Berry, 2002).

4.1 Hofstedeho kulturní dimenze hodnot

Nástrojů pro jednodušší pochopení a popis kultur již existuje nespočetné množství. Za všechny by bylo vhodné zmínit alespoň teorii Schwartze (1994) nebo Tropernaarse (2011). Druhá zmíněná obsahuje zajímavou dimenzi pojetí času. Jelikož se však teorie do značné míry překrývají, pro jasnější popis byla zvolena populární Hofstedeho (2001)

kulturní dimenze. Výzkumný a teoretický podklad vycházel původně z mezinárodního srovnání zaměstnanců IBM, které bylo rozšířeno a aproximováno. Přestože je možné najít v metodologii výzkumu i teorii samotné mnoho děr, popularita a užitečnost metody pro účely této práce, tedy přiblížení dvou zvolených kultur, poslouží. Využita jsou data Hofstede Insigh (2018), reflektující autorovu práci a s autorem spolupracující.



Graf 3. Hofstedeho kulturní dimenze pro Česko a Mexiko (Hofstede, 2001; Hofstede Insight, 2018)

4.1.1 Vzdálenost od moci

V každé společnosti se objevuje nerovnost. Vzdálenost od moci zachycuje vztah mezi autoritou a její nadřazeností jedinci, způsob, jakým je nerovnost vnímána a přijímána. Velká vzdálenost moci odráží souhlas a očekávání rozdílného postavení, nemožnost a odmítání sociální mobility, hierarchizaci postavení, příjmů a okázalá prezentace řečeného. Objevují se velké třídní rozdíly a výchova k úctě. Naopak společnosti s malou vzdáleností od moci vytváří rovné příležitosti, přerozdělují prostředky, nekladou důraz na sociální status. Silná je zde střední třída. Výchova je směrem k samostatnosti a svobodě (Hofstede, 2001).

Česká republika dosahuje indexu 57, což ukazuje spíše na hierarchickou společnost

(Hofstede Insight, 2018). Výsledek víceméně odpovídá výsledkům Kolmana a kolektivu (2003). Oproti tomu stojí výsledky Stacha (2011), které řadí Česko na index 30. Tedy spíše nižší vzdálenost. Dle názoru autorky je pozice středu odpovídající. V mnoha sférách je stále hierarchie důležitá a projevy úcty se dodržují. Příkladem může být vykání či užívání titulů nejen na akademické půdě. Dostupnost vzdělání však není privilegována finančně, tudíž prostupnost je spíše volná.

Mexiko oproti tomu se skóre 81 (Hofstede Insight, 2018) doopravdy hierarchickou společností je. S minimální denní mzdou téměř se rovnající české minimální mzdě hodinové je téměř nemožná vertikální mobilita v rámci tříd. Kvalitní univerzity jsou často soukromé, tedy placené. Stejně jako soukromé střední školy. Státní školy pak nedisponují takovými prostředky a absolventi nejsou tolik konkurence schopní. Stejně je to s přístupem ke zdravotnické péči, která je značně finančně strukturovaná. To vše podporuje fakt, že v Mexiku žije více než 43 procent populace v chudobě, přičemž 70 procent populace trpí alespoň jedním sociálním nedostatkem (nedostatečné vzdělání, možnost zdravotního a sociálního pojištění, kvalitní bydlení a služby s ním spojené, strava) (CONEVAL, 2016).

4.1.2 Individualismus, kolektivismus

Začlenění se do skupin je jednou ze základních lidských potřeb. Tato integrace je zachycena v další Hofstedeho (2001) dimenzi, která měří stupeň závislosti na společnosti, tedy zda je důležitější „já“, nebo „my“. V individualistických kulturách, kde lidé jednájí spíše jako nezávislí jedinci, je dáván důraz na úspěchy a názory jedince, roli hraje osobní svoboda, zaměření na úkol je vnímáno jako důležitější než vztahy. Naopak v kolektivistických kulturách jednotlivec jedná spíše jako člen skupiny, které podřizuje své postoje, názory a jedná v jejím zájmu. Silnou roli má rodina s bohatými a pevnými příbuzenskými vztahy.

Česko se řadí ke skóre 58 jako spíše individualistická společnost (Hofstede Insight, 2018). Dle dalších výzkumů jsme mnohem více individualističtí (Kolman et al., 2003; Stach, 2011).

Mexiko je se skóre 30 kolektivistickou společností (Hofstede Insight, 2018). Rodina je nejdůležitější institucí. Děti často zůstávají doma dlouho poté, co už dospěly,

a přivádí sem své nové rodiny. Širší rodinné sítě se utužují při různých sociálních událostech, jako je například svatba, která bývá velkolepá a provází ji mnoho rodinných rituálů. Důraz je kladen na příslušnost ke skupině, která se spíše rozrůstá, ale zůstává stejná, než že by se měnila. Jedná se například o skupiny kamarádů, různé církevní spolky, ale především rodiny (Díaz-Loving, 2017). Úkazem kolektivismu může být také oslovení „*amigo*“ (kamaráde) je naprosto běžné mezi všemi sociálními vrstvami. Zdraví tak například číšník zákazníka. Ve více formálním prostředí, jako je nemocnice, je běžné užívání křestního jména spolu s titulem („*licenciada* Ivana“, „*doctora* Marytza“). Přestože je tedy zachována hierarchie, jakýmsi způsobem je docíleno blízkosti. Tykání je běžnější forma komunikace.

4.1.3 Maskulinita, femininita

Další dimenzí, na které můžeme srovnat různé kultury, je příklon k maskulinitě či femininitě, což vychází z výzkumného zjištění, že mužské hodnoty se daleko více kulturně liší. Ve femininních zemích jsou děti vychovávány k obdobným sociálním rolím a emocím. Oba rodiče pak zastávají stejnou roli ve výchově. Důraz je kladen na rovnováhu mezi rolemi pracovními a rodinnými. Slabším je poskytována podpora a náboženské aktivity se centrují na důležitost lidské bytosti. Sex je způsob posílení vztahu. Femininní kultury více pečují o vztahy, kvalitu života či přírodu. Oproti tomu maskulinní společnosti diverzifikují mužskou a ženskou roli. Důležitější je práce a výkon. Obdivování jsou silní. Hodnotová výchova spíše směřuje k tomu, že chlapci nepláčou, ale brání se bojem, zatímco dívky pláčou a nebrání se. Hlavní slovo má v rodině otec, sexualita je projev výkonu. Jen málo žen se prosadí ve vyšších pracovních pozicích. Maskulinní kultury hledí spíše na pokrok (Hofstede, 2001).

Česká republika je považována spíše za maskulinní společnost (Hofstede Insight, 2018). Z výsledků dalších výzkumů (Kolman et al., 2003; Stach, 2011) by bylo však vhodnější ji považovat za femininnější.

Mexiko je maskulinní společností (Hofstede Insight, 2018). Dost často sami sebe popisují jako machistickou kulturu, plnou sociálních zvyků, které ukazují na podřízenost ženy. Jít ve dne po ulici sama jako žena může znamenat spoustu nechtěné pozornosti,

minimálně troubení aut. Naprosto automatické je otevírání dveří a placení účtu za ženu. Kamarádství mezi mužem a ženou dle popisů neexistuje.

4.1.4 Vyhýbání se nejistotě

Dimenze pojednává o míře tolerance k mnohoznačnosti. Nejedná se tolik o vyhýbání se riziku jako o pocit z nestrukturovaných situací. Společnosti vyhýbající se riziku mají větší tendenci strukturovat pravidla a normy, věří v jednu pravdu a jsou daleko méně tolerantní k odlišnostem. Opakem je společnost, která přijímá životní nejistotu takovou, jaká je. Odlišné vidí spíše jako zajímavé než ohrožující (Hofstede, 2001).

V České republice se ukazuje spíše větší vyhýbání se nejistotě (Hofstede Insight, 2018). Na této dimenzi se shodují i další uvedení autoři (Kolman et al., 2003; Stach, 2011).

Stejně tak Mexiko je zemí vyhýbající se nejistotě. Důkazy můžeme nalézt v dodržování různých rituálů, důležitost institucí jako je rodina (Díaz-Loving, 2017). V Mexiku je také velmi vysoká důležitost náboženství (INEGI, 2010).

4.1.5 Dlouhodobá orientace

Dlouhodobá a krátkodobá orientace vyjadřuje vztahování se k budoucnosti a s tím souvisejícími vlastnostmi, jako je vytrvalost a ochota podřizovat aktuální uspokojení dlouhodobým cílům. Dlouhodobá orientace je charakteristická adaptabilita, zaměření na události v budoucnosti a chování, jako je spoření. Typický atribuční styl je připisování neúspěchu nedostatku snahy. Opakem je pak zaměření se na současnost, tradice, události z minulosti či blízké budoucnosti a připisování neúspěchu náhodě (Hofstede, 2001).

Česká republika je orientovaná dlouhodobě. Mexičané jsou naopak orientováni krátkodobě. Důležitá je pro ně současnost. Ne vždy mají velké ambice, to nejdůležitější je založení rodiny. Zaměřují se hodně na dobré jídlo a zábavné rituální oslavy (Hofstede Insight, 2018).

4.1.6 Požitkářství, zdrženlivost

Dimenze, kterou Hofstede (2011) přidal až relativně nedávno, na základě Světového výzkumu hodnot (World Value Survey, 2018), pojednává o uspokojování lidských potřeb. Osciluje mezi hédonismem a střídmostí. Požitkářské kultury daleko více vnímají, že mají život pod kontrolou, cení volnočasové aktivity, sport, jsou liberálnější k sexuálním otázkám, zaměřují se na pozitivní emoce, avšak jsou také obéznější. Zdrženlivé kultury odráží přesvědčení, že uspokojování potřeb má být podřízeno společenským normám. Jedinci zde spíše vnímají bezmocnost, zaměřují se na negativní emoce a nehodnotí volný čas jako natolik důležitý.

Česká kultura obecně není požitkářská. Typické se zdá být zaměřování na negativní emoce. Pravděpodobně českému depresivnímu pacientovi spíše pomůže existenciální terapie než pozitivní intervence. Opakem je kultura mexická s velmi vysokým skórem v této dimenzi (Hofstede Insight, 2018).

4.2 V co věří Mexičané

Pro lepší pochopení mexické kultury z pohledu českého čtenáře je uváděna teorie významného mexického psychiatra a psychologa 20. století, Díaz-Guerrera, která čítá několik dimenzí založených na přesvědčeních běžných Mexičanů. Díaz-Loving (2017) provedl analýzu, jak to s těmito přesvědčeními vypadá v současnosti. Ukazuje se, že se jedná o veličiny velmi závislé na vzdělání.

Machismus, který je v Mexiku obzvláště silný, odrážející přesvědčení o nadřazenosti muže, se projevuje téměř u poloviny osob se základním vzděláním. Jedná se o přesvědčení, že žena by měla být poslušná a muž je inteligentnější než žena. Tato přesvědčení se téměř neukazují u středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané populace. Naopak související přesvědčení, že je důležité, aby byl muž silný a statečný, jsou stále silná (Díaz-Loving, 2017).

Dalším faktorem je absolutní **poslušnost** rodinným autoritám. Rodiče mají být milováni a plně respektováni. Poslušnost opět souvisí s dosaženým vzděláním, avšak je o dost silnější než faktor předchozí. Téměř všichni se základním vzděláním uvádí, že rodiče by se měli plně poslouchat a jejich rozkazy by se neměly zpochybňovat nebo

komentovat. Tato přesvědčení má až polovina středoškoláků a až 20 procent vysokoškoláků (Díaz-Loving, 2017).

Neposkvrněnost, faktor, který do značné míry souvisí s prvním uvedeným, odráží hodnotu ženské sexuality. Až 70 procent osob se základním stupněm vzdělání souhlasí s tvrzením, že žena by měla být až do svatby pannou. Opět se jedná o klesající tendenci společně se vzděláním, tudíž přesvědčení se téměř neobjevuje u vysokoškoláků (Díaz-Loving, 2017).

Faktor **obětavosti** předpokládá, že ženský život je těžší a plný utrpení. Téměř 80 procent osob se základním vzděláním a 50 procent s vyšším souhlasí s tvrzením, že většina mexických matek se velmi obětuje. Strach z autority, kterou představují rodiče, odráží fakt, že 60 procent respondentů se základním vzděláním a 40 procent s vyšším souhlasí s tvrzením, že se mnoho dětí bojí svých rodičů (Díaz-Loving, 2017).

Rodinný status quo je tendence udržet strukturu vztahů v této instituci beze změn, tak jak byla uvedena výše. Důležitá je manželská věrnost, rodinná hrdost a postavení rodičů v rodinné hierarchii. Tento faktor představuje vztahování se k rodině, pro Mexiko typické. Tato přesvědčení jsou velmi silná u všech respondentů (Díaz-Loving, 2017).

Respekt nad láskou není tak silnou doménou, jako tomu bylo v dobách Díaz-Guerrera. Tento faktor vyjadřuje důležitost respektu oproti lásce. Na otázku, zda je důležitější respektovat, než mít rád rodiče, odpovídá kladně 50 procent respondentů se základním vzděláním. Se stoupajícím vzděláním souhlas rapidně klesá (Díaz-Loving, 2017).

Rodinná čest, tedy zda jsou dodržovány normativy chování pro udržení dobrého jména rodiny jako zneuctění nevěrami, homosexualitou a souvisejícími tresty není tak silné, dosahuje okolo 40 procent kladných odpovědí u nízkého stupně vzdělání a má klesající tendenci (Díaz-Loving, 2017).

Kulturní rigidita je silnou dimenzí. Jedná se o souhlas s tradičními kulturními normami. V tomto výzkumu je pojata především s ohledem na roli ženy jako matky, která by neměla pracovat a měla se starat o domácnost a děti (Díaz-Loving, 2017). Pokud mírně rozšíříme tuto dimenzi v kontextu Berryho (2002) teorie začleňování se do nové kultury, což je možné vidět na velkém počtu Mexičanů ve Spojených státech amerických, není možné si nevšimnout jasné tendence k separaci příchozích s ohledem na novou

kulturu. Mexičtí přistěhovalci se často drží s dalšími mexickými přistěhovalci a vytváří hispánskou komunitu, která nemá potřebu mluvit jiným jazykem, uchovává svoje tradice a zvyky a přetrvává přes generace (Cuellar, Arnold, Maldonado, 1995). V tomto kontextu je opět potřeba připomenout tendenci vzdělanosti, která se ukazuje v Díaz-Lovingovu (2017) výzkumu. Autor upozorňuje, že se vzrůstajícím vzděláním dochází u jedinců k větší individualizaci, kterou můžeme ztotožnit s již popsanou Hofstedeho (2001) dimenzí. Proto se dle jeho názoru ve výzkumech, které srovnávají tendence a postoje studentů na amerických vysokých školách, neobjevují signifikantní rozdíly mezi studenty amerického a hispánského původu.

4.3 Diskuze ke kulturním rozdílům

Přestože Hofstede (2001) považoval změnu kultury za extrémně pomalou, trvající spíše století, je třeba pohlížet na tuto problematiku z hlediska současné situace globalizace světa, kdy kultury již delší dobu nežijí izolovaně a dennodenně na sebe naráží. V tomto kontextu je také vhodné zmínit generační přístup. Populární teorie generace X a Y nám může naznačovat, že tyto kohorty si mohou být sobě vzájemně více podobné než své kulturní identitě. Mileniálové se učí hodnotám svých rodičů, ale zároveň se stále častěji dostávají do kontaktu s hodnotami mileniálů z jiných kultur, jak prostřednictvím médií, tak i osobně například v pracovním prostředí (Perruci, 2011).

Jak již bylo zmíněno, je třeba brát v potaz také úroveň vzdělání, která dle Díaz-Lovinga (2017) může souviset s větší tendencí k individualismu i v kolektivistické kultuře. V roce 2010 podle Mexického národního statistického úřadu (INEGI, 2015) byla průměrná úroveň vzdělání na úrovni sedmé třídy. V roce 2015 vzrostla na úroveň dokončené základní školy. Nejvyšší vzdělanost, průměrně 11 let, je ve státě hlavního města. Ve státě Nuevo León mají dospělí průměrně dosaženo 10 let vzdělání. Nejnižší průměr vzdělání je ve státech Chiapas a Oaxaca na úrovni dokončených 7 let. V České republice oproti tomu podle sčítání v roce 2011 více než 60 procent obyvatel dosahuje středoškolského vzdělání (ČSÚ, 2014). Vzdělávací systémy jsou časově odlišné a v případě vysokoškolského diplomu končí mexičtí studenti s kvalifikovaným programem dříve. Vzdělání je velmi hierarchizováno a za soukromé školy se platí vysoké částky.

4.4 Depresivita v kulturním kontextu

Ve statistikách se ukazuje, že země s vyšším socioekonomickým statusem, jako jsou Spojené státy americké, často vykazují vyšší prevalenci v depresivitě (GHDx, 2016). Vysvětlením pro to může být vysoká míra stresu, která se v této kompetitivní společnosti objevuje (Kessler et al., 2007). Oproti tomu stojí státy jako Japonsko, které přes vysoký socioekonomický status vysokou míru depresivity neprojevují. Vysvětlení tohoto fenoménu bývá nacházeno například v tom, že se jedná oproti vysoce individualizovaným Spojeným státům americkým o kolektivní kulturu, s relativně nízkou hierarchizací společnosti. Za zmínku také stojí vysoká konzumace mořských produktů. To vše mohou být faktory, které pomáhají k nižší incidenci deprese (Patten, 2003).

Z údajů GHDx (2016) vyplývá, že jak Česká republika, tak Mexiko jsou na tom relativně lépe oproti průměru z hlediska prevalence deprese. Otázka, která v tomto kontextu vyvstává, je však validita těchto statistik, které vycházejí z lékařských zpráv (Patten, 2003). Mexičtí psychiatři při přednáškách často upozorňují na tyto limity, například co se týče sebevraždnosti. Jedná se o stát s vysokou prevalencí křesťanského náboženství a dodržující související rituály (INEGI, 2010), ještě relativně nedávno zde byla sebevražda považována za vraždu a osobě, která měla sebevražedný pokus, bylo často odebíráno zdravotní pojištění a tím přístup k léčbě. Z toho důvodu mnoho odborníků určité případy nehlásilo. Tato situace už pominula, ale přesto je možné, že stigmata spojená s depresí a jejími symptomy stále přetrvávají (Leal-Isidro, ústní sdělení, 2018).

Této hypotéze odpovídají i výsledky průzkumu odhadujícího depresivitu u mexické populace spíše vyšší, a to 4,5 procenta. U žen odhaduje prevalenci až 5,8 procent, zatímco u mužů jen 2,5 procenta. Průzkum byl proveden na základě náhodného dotazování 38 700 dospělých respondentů v jejich domovech. Prevalence se zvyšovala s věkem a klesala s vyšší úrovní dosaženého vzdělání, avšak velká část respondentů neměla žádnou medicínskou diagnózu a nebyla léčena (Belló et al., 2005). Do souvislosti s depresí bývá také často dávána chudoba. Nedostupnost či špatná kvalita zdravotní péče může tyto výsledky také ovlivňovat. Ukazuje se, že depresivní pacienti často nejprve docházejí k praktickým lékařům, který jim pomáhá upřesnit diagnózu. Další otázkou po rozeznání příznaků je pak dostupnost terapeutické péče (Patel, 2001). Mexičtí

pacienti si často stěžují na privilegovanost své nemoci. Psychologická a psychiatrická následná péče je na místní ekonomické poměry obzvláště drahá.

4.5 Kognice v kulturním kontextu

Stejně tak, jako se nacházejí rozdíly v hodnotách v rámci různých kultur, bývají nacházeny také rozdíly ve funkci kognice. Tento přístup má v zásadě dlouhou historii. Horší kognice byla přisuzována necivilizovaným kulturám. Podle Lévyho-Bruhla (1966) se osoby, nepocházející ze západní kultury, vyznačují prelogickým myšlením a vnímají naprosto odlišně, což přisuzoval vlivu prostředí. Častým bylo také posuzování kognice podle rasové příslušnosti, tedy z hlediska genetické vybavenosti. Rushton (1996) přisuzuje vyšší inteligenci kavkazanům a mongoloidům, kteří byli nuceni se vyrovnávat s přírodními podmínkami, a tím rozvinuli vyšší úroveň kognice. Kontroverzním tématem bylo formulování tzv. Spearmanovy hypotézy ve Spojených státech Jansenem (1985), která předpokládá velmi rozdílné fungování v testech obecné inteligence u „bílých“ a „černých“, neboli evropských a afroameričanů. Výzkumy však naznačují, že tyto nacházené rozdíly mohou být dány rozdílnou zkušeností, ale také preferencemi (Sternberg, 2002).

Lepší pro pochopení kulturních rozdílů mohou být spíše kognitivní styly. Slouží k organizaci a využívání informací pro efektivní běžné dennodenní fungování (Berry, 2002). Základní kognitivní styly závislost a nezávislost na poli přinesl do psychologické teorie Witkin (1967). Pro osoby závislé na poli je typické vnímat danou věc jako celek, odpovídá tedy spíše holistickému způsobu vnímání a myšlení. Naopak osoby nezávislé na poli jsou schopny vnímat objekt odděleně od svého okolí, což je spojováno spíše s analytickým způsobem myšlení. Díaz-Loving (2017) přisuzuje typickému Mexičanovi spíše prvně uvedený kognitivní styl, tedy závislost na poli. Tuto teorii potvrzují i výzkumy. Kagan a Zahn (1975) spojují nižší školní výkonnost mexických dětí oproti americkým právě se závislostí na poli.

4.6 Expresivní psaní a analýza textu v kulturním kontextu

Psaní jako textový projev řeči je vždy nutné hodnotit v mezích daného jazyka a jeho specifických charakteristik. Jazyky pro účely této práce jsou čeština a španělština.

Čeština je jazyk velmi komplexní, plný zdobnělin, složitého časování sloves a skloňování podstatných jmen, které umožňuje volnější větnou skladbu. Španělština, která je oproti češtině oprostěná mnoha gramatických specifik, je však také jazyk pro lingvistickou analýzu v mnoha případech složitější a ne vždy ekvivalentní angličtině. Deminutiva a skloňování hrají v tomto jazyce svou roli, jsou však pevněji dané, než je tomu v češtině. V této části je tedy nutné přihlédnout k faktu, že citované výzkumy týkající se expresivního psaní a následných klíčových charakteristik v textu vycházejí ze studií prováděných převážně v jazyce anglickém. Proto by mělo být při vytváření generalizací postupováno obezřetně.

Samo expresivní psaní je konceptem, který se jako takový začal zkoumat již před čtyřiceti lety ve Spojených státech amerických. V návaznosti na studia jazykových specifik u jednotlivých skupin začal výzkum pro rozvoj softwaru, který by umožnil jednodušší administraci specifik v textu. *Lexical Inquiry and Word Count* (LIWC) software má v současné chvíli v angličtině již třetí verzi (Pennebaker et al., 2015) a rozeznává 72 dimenzí jazykových projevů včetně těch emočních a kognitivních, zmiňovaných v této práci. Jeho podkladový slovník obsahuje v angličtině 2 300 slov a prošel důkladným vývojem. Software se projevuje také vysokou validitou. Shoda mezi hodnocením softwarem a posuzovateli, kteří o textu mohou přemýšlet, dosahuje 80 procent (Ramírez-Esparza et al., 2007).

Na první pohled se pak může zdát, že snahy o naprogramování LIWC či podobného programu pro komplexní jazyky, jako je čeština, jsou téměř nemožné. Druhá verze softwaru LIWC (Pennebaker, Francis, Booth, 2001) však dala prostor pro překlad do dalších jazyků, jako je italština, norština, brazilská portugalština, francouzština, holandsština, ruština, ukrajinština, němčina i španělština (LIWC, 2020). Tento výčet obsahuje dva jazyky slovanské, ruštinu a ukrajinštinu, což by mohlo naznačovat pozitivní trend a otevření možností i pro další slovanské jazyky, mezi něž patří i čeština.

Co se týče španělštiny, překlad podkladového slovníku pro účely LIWC obsahuje 7 515 slov a kořenů slov. Důvodem pro větší rozsah slovníku ve španělském jazyce než v angličtině je časování sloves (*amo, amas, ama*), rozlišování mužského a ženského rodu (*sano, sana*), dále pak fakt, že španělština využívá většího množství alternativních slov pro objasnění stejného významu, než je běžné v angličtině. Příkladem může být slovo *take*

(vzít) v angličtině. Ve španělštině jsou pak běžně užívanými výrazy *agarrar* (vzít, uchopit), *coger* (vzít, chopit se) či *tomar*. Užití je navíc mnohdy významově podmíněno daným kulturním prostředím španělsky mluvící země. Konkrétně v Mexiku a obecně latinské Americe je slovo *coger* vnímáno ve významu sexuálním, proto se tolik nepoužívá pro běžné významy jako ve Španělsku (*coger el bus*, jet autobusem). Pro představu, na webu slovník.cz naplňuje překlad slova *take* více než tři stránky českých ekvivalentů. Dále, zatímco v angličtině je jednodušší postihnout kompletní slovník pouhým kořenem slova *lov** (*love* – láska, milovat; *loving* – milující; *loved* – miloval; milovaný; *lovely* – milý; *lover* – milenec,...), u španělštiny to vždy možné není (*amar* – milovat; *amor* – láska; *amo* – miluji; *ama* – miluje, paní; *amé* – miloval jsem; *amó* – miloval; *amachado* – mužný). Z toho důvodu bylo nutné slova zařadit jednotlivě (Ramírez-Esparza et al., 2007). V češtině by stejně tak použitím kořenu slova *milovat* mohl být výsledkem *milion* nebo *militární*. Tato specifika je nutno brát v potaz pro analýzu textů.

V českém prostředí však vznikl projekt CPACT (*Computational Psycholinguistic Analysis of Czech Text*), jehož autoři se zaměřují na nalezení souvislosti mezi osobnostními charakteristikami a charakteristikami v textu. Přestože tento software nedosahuje takové komplexity jako LIWC, měření emočně nabitých slov zvládá (Kučera et al., 2018).

Co se týče charakteristik typických pro psaní u depresivních pacientů, potvrzení existence fenoménu ve španělštině ukazuje studie Ramírez-Esparza a kolektivu (2007). Ženy, které psaly do online diskuzního fóra týkajícího se deprese, vykazovaly více charakteristik v textu, jako je SFL nebo prevalence emočně negativních slov. Výsledky byly srovnatelné s výsledky z fór psaných angličtinou. V češtině obdobný výzkum mimo výzkum CPACT (Kučera et al., 2018) nalezen nebyl.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Úvod k výzkumné části

Jak již bylo popsáno, depresivní onemocnění je komplexní fenomén, který se může projevovat také na kognitivní úrovni. V rámci teoretické části byly čtenáři představeny základní informace týkající se depresivního onemocnění, kognitivního deficitu a jak se uvedené může projevovat v psaném projevu jedince. Představena byla také základní orientace v interkulturní problematice na pozadí dvou vybraných kultur, ve kterých byl výzkum proveden.

V diplomové práci Golářové (2018) se souvislost deprese s kognicí prokázala. Toto a studium literatury představené v teoretické části vedlo autorku k otázce, zda je možné využít také data expresivního psaní, především pak, zda je možné najít obdobné charakteristiky typické pro depresivní pacienty v komplexním jazyce, jako je čeština. Výzkumy prováděné na textech v jazyce anglickém a stejně tak španělském vykazují mnohdy ekvivalentní výsledky (Ramírez-Esparza et al., 2007). Španělština je v tomto případě s angličtinou v těchto kritériích srovnatelná. Z toho důvodu bylo využito srovnání mexické a české verze jazyků pro mezikulturní srovnání tohoto fenoménu.

Výzkumná část práce představí čtenáři konkrétní baterii využitých metod a jejich kulturní ekvivalenty či proces adaptace na rozdílné kulturní prostředí. Budou vysvětleny kritéria kvalitativní explorativní analýzy textů expresivního psaní a následně bude osvětlen proces převodu textu na kvantitativní hodnoty. Bude popsán výzkumný vzorek a jeho sběr. První otázkou pro statistickou analýzu bylo, zda jsou charakteristiky v obou kulturních variacích srovnatelné. Dále bylo provedeno srovnání kontrolní skupiny s klinickou skupinou v hlavních kritériích, porovnání s výsledky testů deprese a kognitivními testy.

6 Využité metody

V následující části budou představeny veškeré metody využité v rámci výzkumné studie. Konkrétnější postup zadávání metod bude popsán níže z důvodu přehlednosti. Jsou popsány i metody, které byly z důvodu délky trvání administrace vyřazeny. Následující přehled je popis psychiatrických škál, neuropsychologických a kognitivních úloh, využitých během studie.

6.1 Psychiatrické testy

Pro ověření hypotézy a zařazení účastníka do studie bylo využito následujících psychiatrických metod měřících hloubku depresivního onemocnění, ale také komorbidních psychiatrických onemocnění.

6.1.1 Stupnice Montgomeryho a Åsbergové pro posuzování deprese (MADRS)

Montgomery-Asberg Depression Scale (Montgomery, Åsberg, 1979) je psychiatrická škála čítající deset položek odpovídajících symptomům deprese. Měřenými symptomy jsou smutek subjektivně a objektivně, vnitřní napětí, poruchy spánku, nechutenství, poruchy soustředění, abulie, neschopnost citové odezvy, pesimismus a sebevražedné myšlenky. Jedná se o polostrukturovaný rozhovor prováděný odborníkem, který monitoruje předložené kategorie a hodnotí severitu onemocnění na škále 0 až 6, kdy 0 odpovídá neexistenci symptomu, naopak 6 největší hloubce symptomu. Pro mexickou populaci byla využita validizovaná španělská verze s reliabilitou měřenou Cronbachovým alfa 0,88 (Lobo et al., 2002).

Pro hodnocení hloubky depresivního onemocnění bývají využívána následující kritéria:

- 12 až 19: mírná deprese
- 20 až 34: střední deprese
- více než 35: hluboká deprese

6.1.2 Beckova sebeposuzovací škála depresivity (BDI-II)

Beck Depression Inventory je relativně rychlým nástrojem pro posouzení subjektivní hloubky depresivního onemocnění. V současné době je využívána její druhá revize, BDI-II (Beck, Steer, Brown, 1996). Jedná se o autoaplikovaný dotazník, který tvoří 21 položek. Pacient na základě svého uvážení hodnotí každou položku s ohledem na poslední dva týdny na škále od 0 do 3, kdy 0 představuje neexistenci symptomu. Pacient je dotazován na smutek, pesimismus, minulé selhání, ztrátu radosti, pocity viny, pocit potrestání, znechucení sám ze sebe, sebekritiku, sebevražedné myšlenky nebo přání, plačtivost, agitovanost, ztrátu zájmu, nerozhodnost, ztrátu energie, změnu spánku, podrážděnost, změny chuti k jídlu, koncentraci, únavu a zájem o sex. Autory české verze jsou Preiss a Vacíř (1999). Reliabilita pomocí Cronbachova alfa činí 0,92 (Ptáček et al., 2016). Přestože existuje relativně nová adaptace BDI-II pro mexickou populaci (Andrés González, Reséndiz Rodríguez, Reyes-Lagunes, 2015), není běžně dostupná. Z těchto důvodů byla využita běžně užívaná španělská adaptace (Sanz et al., 2005), která se používá jak v URP, tak v centru IPSAME.

Pro interpretaci výsledků jsou v práci využívána následující kritéria:

- 14 až 19: mírná deprese
- 20 až 28: střední deprese
- více než 29: hluboká deprese

6.1.3 Mini mezinárodní neuropsychiatrické interview (M.I.N.I.)

Strukturovaný rozhovor M.I.N.I. je screeningovou metodou zahrnující velký rozsah psychiatrických symptomů čítající velkou depresivní epizodu, velkou depresivní epizodu s melancholickými rysy, dystymii, suicidalitu, (hypo)mánii, panickou poruchu, agorafobii, sociální fobii, obsedantně-kompulzivní poruchu, posttraumatickou stresovou poruchu, alkoholovou a drogovou závislost, psychotické poruchy, mentální anorexii

a bulimii, generalizovanou úzkostnou poruchu a antisociální poruchu (Lecrubier et al., 1992). Tato metoda byla použita pouze v české verzi výzkumu. Pro mexickou populaci, především z hlediska časových možností pacientů, byla pro délku vyšetření vyřazena. Jako zástupné bylo využito stanovení diagnózy ošetřujícím psychiatrem.

6.2 Kognitivní testy neuropsychologické

Jak bylo popsáno v teoretické části, s ohledem na kognitivní deficit u depresivního onemocnění jsou postiženy především oblasti pozornosti, paměti, učení a exekutivních funkcí. Pro výzkumnou část byly proto zvoleny následující neuropsychologické metody tak, aby byla efektivně ohodnocena kognice participantů.

6.2.1 Paměťový test verbálního učení (RAVLT)

Paměťové testy využívající slovní podněty vycházející z testu Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT (Rey, 1964), slouží k posouzení verbální paměti bezprostřední, krátkodobé i oddálené vybavení z dlouhodobé paměti, zároveň hodnotí schopnost učení. Obvykle se skládají z několika opakování sady slov, mohou obsahovat interferenci a rekognici (Lezak et al., 2004).

Pro českou populaci byla využita verze Paměťového testu verbálního učení, AVLT (Preiss, 1999). Podnětový materiál čítá patnáct nesouvisejících slov. Ta jsou probandovi předčítána s přibližnou frekvencí slovo za vteřinu v pěti opakováních, proband je instruován vybavit si vždy co nejvíce slov po každém přečtení. První přečtení odpovídá bezprostřední paměti. Rozsah u běžné populace dosahuje šest až sedm slov. Z pěti opakování můžeme sestrojít křivku učení, která by měla mít rostoucí tendenci. Kolísavá křivka ukazuje na nespolehlivost kognice, plochá pak na nedostatečnou schopnost učení. Při pátém pokusu by se měla pohybovat kolem dvanácti slov. Zapisují se také opakování a konfabulace. Opakování znamená, že proband zopakuje slovo vícekrát. Velký počet opakování poukazuje na problémy s pozorností či úzkostnost. Konfabulace slouží k zaplnění prázdného prostoru. Způsobuje je fonetické nebo sémantické zmatení. Po pátém pokusu je použita interferenční sada slov, která je přečtena a vybavena pouze jednou. Vybavení druhé sady slov zachycuje fenomén proaktivní interference, to znamená vybavování si slov z neadekvátní sady. Zde se projeví schopnost inhibice. Rozdíl mezi

první a interferenční sadou slov by neměl být více než tři slova. Následuje oddálené vybavení, kdy je proband instruován vybavit si bez prezentace podnětového materiálu první sadu slov. Po třiceti minutách přichází na řadu druhé oddálené vybavení. Tato dvě vybavení by se neměla příliš lišit. V případě, že se liší o více než tři slova, pravděpodobně se jedná o problém vstřípení obsahu do dlouhodobé paměti či zapomínání (Groth-Marnat, 2000). Po druhém oddáleném vybavení následuje rekognice. Je čten seznam slov, který obsahuje jak slova z první sady, tak i ze sady druhé, a slova, která jsou ať foneticky, či sémanticky spojena se slovy z obou sad. Rekognice klade jen malé požadavky na paměťové funkce. Pokud je výsledek o hodně horší v oddáleném vybavení, pravděpodobně jde o problém vstřípivosti. Stejně slabý výkon ukazuje na generalizovaný deficit.

Ve španělštině se mnohdy velice liší různé verze testu. Ve Španělsku užívané verze však neobsahují interferenční sadu, rekognici, v opačném případě pak rekognice nerozděluje do kategorií. Častěji se využívají testy, které mají obdobný základ, Hopkins (Brandt, 1991) či TAVEC (Benedet, Alexandre, 1998), obdoba Kalifornského testu učení, CVLT (Delis, 1994), kde sémantická kategorie hraje roli již v sadě učení.

Z výše uvedených důvodů byla využita argentinská *Test Auditivo Verbal de Reversión Buenos Aires*, TAVR-BA (Burin, Arizaga, 1998), která splňuje veškerá specifika testu českého. Bohužel se však nepodařilo zachovat ekvivalentní překlad sady slov (buben, záclona, zvonek, kafe, škola, rodiče, měsíc, zahrada, klobouk, zemědělec, nos, Čína, barva, dům, řeka), jako je tomu u španělských verzí (*tambor, cortina, campana...*). Zachována jsou jen některá slova (pět slov uvedených v uvozovkách – „*tambor*“, „*café*“, „*grito*“, „*tapiz*“, „*luna*“, „*primo*“, „*tiza*“, „*gorro*“, „*pie*“, „*brocha*“, „*azul*“, „*pavo*“, „*planta*“, „*casa*“, „*río*“, neboli „buben“, „kafe“, výkřik, koberec, „měsíc“, bratranec, křída, čepice, noha, štetka, modrá, krocán, rostlina, „dům“, „řeka“). Z výzkumných důvodů však byla upřednostněna existující metoda pro jihoamerickou (argentinskou) populaci před částečným překladem s využitím španělské verze. Byla provedena kvalitativní analýza srozumitelnosti využitých slov mexické populaci psychiatrem URP a skupinou studentů klinické psychologie TEC. Slova test se ukázala jako významově srozumitelná.

6.2.2 Test cesty (TMT A/B)

Trail Making Test, TMT, vznikl jako součást baterie *Army Individual Test Battery* pro účely druhé světové války. Skládá se ze dvou částí, přičemž obě kladou důraz na vizuálně prostorové vyhledávání a pozornost, rychlost a efektivitu zpracování informace (Preiss, Rodriguez, Laing, 2002). Zpomalení v obou částech může být způsobeno depresivním onemocněním (Lezak et al., 2004).

Část A obsahuje dvacet pět čísel, které má proband správně spojit v co nejmenším časovém intervalu. Testu předchází zácvik, aby bylo jasné, že byla pochopena instrukce. Část B se skládá ze třinácti čísel a dvanácti písmen, kdy proband spojuje střídavě číslo a písmeno. Opět testu předchází instrukce se zácvikem. Část B navíc oproti části A měří kognitivní flexibilitu a rychlost komplexního zpracování. Výstupem z testu jsou časy v sekundách z každé části. Interpretace je citlivá na věk a vzdělání, proto je třeba ji uvádět v tomto kontextu (Preiss, Preiss, 2006). Corrigan a Hinkeldey (1987) uvádějí možnou interpretaci odečtením výsledku v testu B od výsledku v testu A (B-A), čímž by se měly eliminovat proměnné související s oběma testy. Výsledek by tak měl odpovídat exekutivním funkcím. Ukazuje se, že tento skór koreluje s vyšší inteligence. V případě, že pacient v průběhu testu udělá chybu, má na ni být okamžitě upozorněn. Chyby jsou zaznamenány, ale v rámci testu spíše znamenají vyšší čas (Preiss, Rodriguez, Laing, 2002). Některé zdroje však uvádějí, že vyšší počet chyb úzce souvisí s neurokognitivním poškozením (Mahurin et al., 2006).

Přestože se jedná o nonverbální test, i zde bylo potřeba provést změny oproti české verzi (Preiss, Preiss, 2006). Byla přeložena slova instrukcí (tedy slova *Část A*, *Příklad*, *Začátek* a *Konec* byla nahrazena svými španělskými ekvivalenty, *Parte A*, *Ejemplo*, *Inicio* a *Final*) a jelikož se v české abecedě nachází písmeno CH, které v abecedě španělské neexistuje, bylo toto písmeno vymazáno, v jeho původním místě bylo tedy písmeno I, zbylá písmena byla posunuta a na závěr přidáno L.

6.3 Kognitivní testy ruminace

6.3.1 Dotazník analytické ruminace (ARQ)

Pro ohodnocení ruminativního myšlení byl využit dvacetipoložkový dotazník, jehož prostřednictvím je kvantifikován rozsah analýzy prováděné jedinci při řešení vlastních problémů. Metoda vychází z předpokladů analyticko-ruminační hypotézy o adaptivní funkci ruminací. Předpokládá, že nejprve depresivní osoba vykazuje ruminace o příčině problému, poté ruminace, které mají pomoci k vyřešení problému. ARQ měří obě tyto dimenze. Pacient je instruován ohodnotit na škále nikdy – někdy – často – pořád frekvenci, s jakou se zaměřoval na své potíže a jejich řešení v posledních dvou týdnech. Reliabilita na základě Cronbachova alfa je 0,91 (Barbic et al., 2014).

České populaci byl zadán adaptovaný dotazník (Bartoskova et al., 2018). Pro účely zadání dotazníku mexické populaci byl proveden překlad české verze v týmu studentů klinické psychologie na TEC do mexické španělštiny. V souladu s tím, co uvádí Romero (2011), byl následně uskutečněn zpětný překlad nezávislou osobou. Tyto dvě verze byly porovnány třemi psychology, kteří neobjevili větší významové rozdíly. Dotazník využívá škálu *nunca – a veces – a menudo – siempre* pro ohodnocení frekvence (Goláňová, 2018).

6.3.2 Dotazník vnímané složitosti problémů (PCQ)

Pro ověření, jak vnímají depresivní osoby své problémy jako závažné, bylo využito Dotazníku vnímané složitosti problémů. Dotazník má dvě části, osmipoložková část se zaměřuje na souhlas s tvrzeními ohledně závažnosti pacientových problémů na škále zcela souhlasí – spíše souhlasí – spíše nesouhlasí – zcela nesouhlasí. V druhé části je uvedeno 15 konkrétních problémů. Pacient má uvést, zda se u něj v posledních dvou týdnech problém objevil. Výsledkem je kompozitní skór, přičemž platí, že čím je skór vyšší, tím více pacient vnímá komplikovanost svých problémů a tím více problémů se u něj objevuje (Durisko et al, nepublikovaný manuscript).

Česká verze (Sevcikova et al., nepublikovaný manuscript) byla přeložena do španělštiny stejným způsobem jako dotazník ARQ. Škála byla lehce pozměněna s ohledem na místní zvyklosti na *totalmente desacuerdo – algo desacuerdo – algo de*

acuerdo – totalmente de acuerdo (Goláňová, 2018).

6.4 Expresivní psaní

V souladu s Pennebakerem a Beallem (1986) byla zadána instrukce, aby pacienti po dobu 20 minut psali o svých nejhlubších myšlenkách a pocitech vztahujících se k jejich problémům. Instrukce zní:

Chtěli bychom Vás poprosit, abyste nyní po dobu 20 minut psal/a o svých nejhlubších myšlenkách a pocitech týkajících se jakýchkoliv obtížných nebo emočně znepokojujících událostí, které prožíváte ve svém životě v poslední době. Téma, o němž budete psát, můžete spojit s jakýmkoli stresujícími nebo traumatickými zážitky v minulosti. Chtěli bychom, abyste svému psaní nechal/a volný průběh, byl/a co nejotevřenější a prozkoumal/a své nejhlubší emoce a myšlenky do co největšího detailu. Téma, o němž budete psát, může souviset se vztahy s jinými lidmi, včetně rodičů, partnerů, přátel, nebo příbuzných. Budete-li chtít, můžete své zážitky propojit se svou minulostí, přítomností, nebo budoucností, nebo s tím, kým jste v minulosti byl/a, kým byste chtěl/abýt, či kým jste nyní. Nedělejte si starosti s gramatikou ani pravopisem, to není důležité. Všechno, co napíšete, bude naprosto důvěrné.

I toto zadání bylo pro mexickou populaci obdobně přeloženo (Příloha 1), byl proveden zpětný překlad (Příloha 2) a odborné posouzení, jak bylo uvedeno výše u předešlých metod.

Jelikož byly texty pořizovány typickou metodou tužka-papír, pro účely práce bylo nejprve nutné je přepsat do elektronické podoby. Při přepisu byl kladen důraz na autenticitu textů. Text byl členěn stejně, jako tomu bylo u papírové předlohy. Stejně tak gramatika ani jiné chyby nebyly opravovány z důvodu zachování co největší autenticity původního zdroje. I mezi depresivními pacienty se najdou nepochybně takoví, kteří budou v textu mít pravopisné chyby a hrubky. Na to je také potřeba myslet i v případném dalším elektronickém zpracování textů.

Proces přepisování samozřejmě přináší spoustu negativ. Potíže se objevovaly při snahách rozkódovat některé znaky a slova, a to i při kontrole více výzkumníky. Tyto znaky a slova pak bohužel v prepisech chybí, nebylo tedy možné je následně ohodnotit. Stejně tak je tomu u škrtnců či složitějších znaků. Avšak znaky, které běžný počítač zná (♥, :))

uvedeny a významově ohodnoceny byly.

Přepis českých textů byl pořizován více výzkumníky, což mohlo vést k jisté nekonzistenci při přepisu textů na základě rozdílných kritérií jednotlivých přepisovatelů. Další možností je, že se při přepisování dopustili nějakých omylů a zkreslení sami výzkumníci, přestože se snažili o co největší autenticitu textů. To však není možné zpětně pro účely tohoto výzkumu posoudit. Přepis textů mexických pořizovala sama autorka. Jelikož španělština není mateřským jazykem autorky, kontrola a přepis nepochopených částí byla zajištěna rodilým mluvčím. I zde však mohlo dojít k různým zkreslením. Texty však obsahují potřebné informace o hlubokých myšlenkách a těžkých situacích pacientů a pro účely výzkumu jsou využitelné.

6.5 Explorativní analýza v textech emočního psaní

Přestože pro anglické texty je dostupný software LIWC, který sám na základě zadaných kritérií vyhodnotí charakteristiky textu a který byl taktéž modifikován pro španělštinu, pro český jazyk zatím taková možnost neexistuje. Z tohoto důvodu bylo provedeno několikanásobné čtení, výběr slov a následně ruční kódování autorkou práce. Druhotným cílem bylo také vytvoření podkladu pro slovník, který by teoreticky mohl umožnit jednoduché zpracování a vyhodnocení textu v elektronické podobě.

Z literárně přehledové části vyplynuly následující kategorie, podle kterých bylo při kódování postupováno:

- Absolutní slova
- SFL
- Emočně negativní slova
- Emočně pozitivní slova
- Kognitivní slova

Při prvním čtení odhalila explorativní analýza příliš časté užívání slov s pozitivní valencí i v negativním kontextu. Výpovědi jako „Nevěřím si a nemám žádné sebevědomí.“ nebo „Já to štěstí neměla.“ přiměly autorku k reflexi a zařazení další kategorie emočně pozitivních slov, která se objevují v negativním kontextu. Pro elektronickou analýzu zde však následuje nevděčná otázka možnosti provedení.

Vybraná slova byla následně podrobena analýze odborníků z oblasti psychologie a lingvistiky. Česká i mexická slova pročetli 3 odborníci nezávisle na sobě. Slova, která neodpovídala zadaným kritériím, byla z výzkumu vyřazena. Kompletní soupis vybraných slov se nachází v přílohách.

6.5.1 Absolutní slova

Vybírána byla jakákoliv slova, která naznačovala polaritu. Typickou ukázkou jsou slova „nic/všechno“ či „muset/nesmět“, která obsahují jasný absolutní význam. Při prvním čtení byla v obou jazycích vybrána i slova, u kterých autorka v textu absolutní význam vnímala, přestože mimo tento kontext takový význam nemají („poslední rozhodnutí“, „dost mi to ublížilo“, „moc moc mi chybí“). Tato slova byla následně pro nekonzistentnost nebo nedostatek absolutního významu vyřazena.

Český text svou komplexností přináší kromě variace slov v množném čísle jako u angličtiny nebo španělštiny také mnoho pádů a tím komplikace pro počítačové kódování. Například v případě slova „nic“ není možné využít kořenu slova jako základu, jelikož při skloňování dostaneme „bez ničeho“ či „k ničemu“. Naopak bychom také mohli získat slovo „nicméně“, které v absolutním kontextu nefiguruje. To opět navádí k nutnosti velmi specifického slovníku pro češtinu. Kódování bylo v tomto ve španělštině opravdu jednodušší.

Za konfliktní byl také považován výběr slov „milovat/nenávidět“. Příklad „Miluji a nenávidím v dokola se opakujících cyklech.“ jasně poukazuje na polaritu daných slov. Naopak výrok „Chci založit rodinou s ženou, kterou miluji, chci pracovat a užívat si život tak jako dřív.“ vypovídá o pozitivním vztahu. Diskutována byla tedy také pozitivní a negativní konotace v těchto případech. Rozlišení je možno vidět v typických opozitech, která se opakovaně objevovala v textech. V absolutním kontextu je to „miluji/nenávidím“, zatímco při pozitivní a negativní valenci se objevuje spíše „miluji/nemiluji“. „Miluji“ se

pak jevílo spíše jako slovo s pozitivním nábojem než jako slovo absolutní. Z toho důvodu bylo pro účely tohoto výzkumu určeno jako slovo pozitivní, případně pozitivní v negativním kontextu v případě jeho nedostatku či ztráty. „Nenávidím“ je považováno za slovo absolutní.

Ve španělštině se při programové analýze mohou za problematická považovat významová spojení vznikající z více slov, jako je například „*tener que*“ (muset). Obě slova nabývají při rozpojení vlastního významu. „*Tener*“ (mít) a „*que*“ (že) se tedy mohou objevovat v jiných významech a analýzu komplikovat. Ukázalo se však, že je možné vybírat toto slovní spojení bez jakéhokoliv většího zkreslení, na rozdíl od dvouslovných spojení v češtině.

Kompletní soupis vybraných slov je k nalezení v přílohách 3 a 4.

6.5.2 SFL

Jelikož jak ve španělštině, tak v češtině je v běžném textu podmět (já, *yo*) nevyjádřený, je pravděpodobné, že se nedosáhne takového výsledku jako v textech anglických, kde „já“ (*I*) dost jednoznačně indikuje na tendenci zaměřovat se do vlastního nitra. V případě češtiny a španělštiny je těžké dokázat egocentrickou tendenci na jednotlivých slovech, přestože věty takto stavěny jsou, jak naznačuje následující ukázka: „(Já) Měl jsem pocity nesouhlasu s jednáním mého životního partnera.“ Analýza SFL však i přesto na textech provedena byla. Je otázkou, zda je možné tuto tendenci pozorovat i na užití ostatních osobních a přivlastňovacích zájmen ve větě.

Co se týče operacionalizace slov, může se na první pohled zdát, že se nejedná o složitou otázku. Přesto však zájmena jako projev SFL přinášela některé nerozhodné momenty. Přestože osobní (já, mě, mi, mne, mně, mnou) a přivlastňovací (má, mé, mého, mém, mému, mí, moje, moji, mojí, mou, můj, mých, mým, mými) zájmena se jeví jako jasná, problém může nastat u slova „má“, které vyjadřuje zároveň přivlastňovací zájmeno a zároveň pak sloveso „mít“ ve třetí osobě jednotného čísla. Při ručním kódování byla vybírána jen zájmena. „Má“ se však v tomto kontextu ukázalo jen třikrát u depresivní skupiny, vždy ve významu „má matka“, ani jednou pak ve skupině kontrolní. To by teoreticky mluvilo pro vypuštění slova ze slovníku v případě nemožnosti oddělení slovních z důvodu přílišného falešně pozitivního výskytu slova.

Další otázky přináší typické české reflexivní zájmeno, které nahrazuje přivlastňovací zájmena v případě shody osoby s podmětem (svá, své, svého, svém, svému, sví, svoje, svoji, svojí, svou, svůj, svých, svým, svými). Příklad je možné vidět v následující větě: „Otevřít se a ukázat i své nepříjemné stránky je pro mě obtížné.“ Otázkou pro případnou automatizovanou analýzu textu bude, zda „své“ zařadit, či ne. Pro účely současné studie byly vybírány případy, kdy se reflexivní zájmeno jasně vztahovalo k osobě vypravěče příběhu. Z důvodu možnosti logické dedukce, kterou počítačové provedení mít pravděpodobně nebude, byla opomíjena reflexivní zájmena, která se vlastní osoby netýkala („... a on se vrátil ke své bývalé přítelkyni“). Ve skupině depresivních bylo 77 zájmen reflexivních. V textu se vyskytlo dalších 10 reflexivních zájmen, která se nevztahovala k vlastní osobě. U kontrolní skupiny to bylo 40 reflexivních zájmen vztahovaných k vlastní osobě a 6 k jiné. Je tedy otázkou pro další výzkumníky, jak s touto tematikou naložit. Autorka by se v tomto případě rozhodla spíše pro senzitivitu testu.

Španělský text přináší jiná specifika. Opět zde není problém při operacionalizaci osobních (*me, yo, mí, conmigo*) ani přivlastňovacích (*mío, mía, mi, míos, mías, mis*) zájmen. Problém je v tomto případě znovu zájmeno zvrtné, které je v infinitivu součástí slovesa, jako v případě „*despedirme*“ (já – rozloučit se) nebo „*quitarme*“ (vzít mi), po skloňování ale stojí mimo sloveso. „*Me despedí*“ (rozloučil jsem se) nebo „*me quitan*“ (berou mi) tak má tvar osobního zájmena. Z důvodu analýzy byla vybírána jen samostatně stojící zájmena. Toto však může následně vytvářet rozdíl ve frekvenci použití zájmen mezi českou a mexickou skupinou, jelikož české „se“ nemůže být klasifikováno.

Výčet všech zájmen a jejich frekvence je k nalezení v příloze 5 a 6.

6.5.3 Emočně negativní slova

Dle mínění autorky práce nabízí analýza zajímavý slovník osob, které se zabývají nějakým osobním problémem. Vybrána byla veškerá slova, která vyjadřovala negativní emoční valenci, bez rozlišení emočního náboje či slovního tvaru. Typicky se slova týkala problémů. V české skupině mezi nejčastější slova patřila „deprese“, „nejsem“, „bojím“, „nemám“, „problémy“, „strach“, „nedokážu“ a „smrt“ u depresivních pacientů. U kontrol obdobně byla nejčastějšími slova „problémy“, „není“, „nemám“, „strach“, „těžké“.

Otázkou se zde stala klasifikace uvedených slov s předponou „ne-“ (nejsem, nemám, nedokážu), která se obvykle pojila s nějakým dalším slovem (nejsem schopná). Pro tyto případy bylo rozhodnuto klasifikovat „nejsem“ jako slovo s negativním emočním nábojem. Dokonce i v případě dvojitého záporu je celkový efekt spíše negativní (nejsem nešťastná). Z toho důvodu byla slova klasifikována odděleně. Přestože výše uvedený dvojitý zápor odkazuje na relativně méně emočně negativní náboj (jsem nešťastná, nejsem šťastná), byla tato skutečnost pro účely výzkumu opomenuta, jelikož se v textech nevyskytovala. Autorka však považuje za důležité tento element zmínit pro příští výzkumy.

Co se mexické verze týče, v obou skupinách bylo nejčastějším slovem „no“ (ne). Je to z toho důvodu, že v tomto jazyce se „ne“ nespojuje jako předpona slova, ale jedná se o samostatně stojící slovo vyjadřující zápor. Pro tvorbu slovníku je tato skutečnost samozřejmě jednodušší, jelikož není třeba zadávat slovesa, která sama o sobě nemají negativní náboj, jako například „no soy“ (nejsem).

Dalšími častými slovy ve španělštině byla u depresivních „mal“ (špatně), „problema“ (problém), „ansiedad“ (úzkost), „culpable“ (vinný), „miedo“ (strach) či „dolor“ (bolest). U kontrolní skupiny obdobně „difícil“ (složité, těžké), „tristeza“ (smutek), „muerte“ (smrt), „mal“ (špatně), „miedo“ (strach), „problema“ (problém), „divorcio“ (rozvod) či „enfermedad“ (nemoc).

Celý soupis slov je možné najít v příloze 7 a 8.

6.5.4 Emočně pozitivní slova

Jako emočně pozitivní slova byla hodnocena všechna slova s pozitivní valencí, která se objevovala v pozitivním kontextu. Mezi nejčastější slova u depresivních patřily výrazy „dobře“, „naštěstí“ a „ráda“. U kontrolní skupiny pak obdobně „dobře“, „lepší“, „ráda“, „klid“, „láska“, „fajn“, „radost“, „šťastná“ či „věřím“. U mexického vzorku depresivních to pak byla slova „mejor“ (lépe), „bien“ (dobře) a „encanta“ (nadchne, těší, okouzluje). V kontrolní skupině pak „amo“ (miluji), „feliz“ (šťastný), „bien“ (dobře) či „amor“ (láska).

Úplný seznam je k nahlédnutí v příloze 9 a 10.

6.5.5 Emočně pozitivní slova v negativním kontextu

Z výše uvedených důvodů byla dále vytvořena nová kategorie slov, která mají pozitivní valenci, ale jsou vyjadřována společně se zápořem či jiným negativem (nic nemá smysl). Jedná se o vyjádření, že pozitivní stav je nedostačující nebo jej není možné dosáhnout.

Mezi častá taková slova u depresivních patřila slova „zájmu“, „sebevědomí“, „smyslu“, „dobrý“, „dobře“, „radost“ či „sílu“. Nejčastěji užívaný tvar slov zároveň naznačuje užití negativního kontextu (bez zájmu a smyslu, nemám radost a sílu). U kontrolní skupiny takových výskytů nebylo tolik jako u klinické. Dvakrát se objevila slova „zájem“, „klidu“, „láska“.

Mexičtí depresivní nejčastěji v tomto kontextu používali slova „*amor*“ (láska), „*bien*“ (dobře), „*aceptada*“ (přijatá), „*bueno*“ (dobrý), „*confianza*“ (důvěra) či „*disfrutar*“ (užívat si). U kontrolní skupiny šlo opět o ojedinělý výskyt. Dvakrát se objevilo jen slovo „*plena*“ (naplněná).

Úplný výpis takových slov najde čtenář v příloze 11 a 12.

6.5.6 Kognitivní slova

Za kognitivní slova byla považována jakákoliv slova, která měla za cíl řešení či hledání příčiny. Taková slova můžeme považovat za reflexivní v kontextu reflexivních ruminací (Treynor, Gonzalez, Nolen-Hoeksema, 2003). Výzkumně nejčastěji zmiňovaná slova jsou „důvod“ nebo „protože“ (Pennebaker, Francis, Booth, 2001).

Pozorování užití těchto slov v textech depresivních je nepochybně zajímavé. Přestože využití slov jako „protože“ nebo „důvod“ mnohdy pomáhá autorům textů najít příčiny jejich trápení („Postupem času si uvědomuji, že některé věci neumí, protože je ani nikdy nepoznala.“) a tím přispívá k vyřešení jejich situace, v mnoha případech také slova slouží k ospravedlnění aktérových ruminací („Nezasloužím si ho, protože vše co dělám je špatně.“) a nečinnosti („Je pro mě těžké když, nemůžu dělat věci které jsem měl rád, protože na ně nemám ani náladu ani dost sil.“). Přesto však slova sloužila k jisté reflexi zdrojů a přispívala k nějakému řešení, ať už bylo jakékoliv (nic nedělat). Mexickými hodnotiteli bylo slovo „*porque*“ (protože) označeno jako konfliktní. Bylo však ponecháno

z důvodu zachování ekvivalence vzorků.

Další otázkou bylo zařazení slov „co“ („Přemýšlím, co dál.“), „kde“ („... kde začít“), „jaká“ („Přemýšlím jaká bude náplň mého dalšího života.“), „jak“ („Jak z toho ven?“) atp. Slova však byla vyřazena, jelikož většinou odkazovala na vedlejší větné informace, které nesouvisí s příčinami či řešením problému („jak je matka sobecká“, „Ale jak říkám...“, „v jakém stavu přijde“), nebo se dokonce vztahují ke skličujícím ruminacím („nezbývalo tolik času jak bych si přála“, „jak by se na mne okolí dívalo“). Stejně tak bylo přistoupeno ke slovům „myslím“ („Myslím si, že by mým dětem bylo beze mě lépe.“ „Myslím na to i přes den, buší mi srdce a svírá se mi na hrudi.“), „proč“ („Dodnes nevím proč? Za co?“), které obdobně spíše adresovaly skličující ruminace.

Nejčastějšími slovy pak bylo slovo „protože“, a to u všech skupin. Dále se v české verzi ve velké míře objevovala slova „chci“, „řešení“, „důvod“, „rozhodnutí“ a jejich slovní odvozeniny.

V mexických skupinách bylo nejčastějším slovem „*porque*“ (protože). Mírný konflikt způsobilo slovní spojení „*salir adelante*“ (nejbližší překlad je pravděpodobně „dostat se z toho“), pro svou vysokou frekvenci u depresivních bylo slovní spojení ponecháno. Stejně tak tomu bylo i u slov „*llevar a cabo*“ (provést). U slova „*razón*“ (důvod, pravda) byl diskutován jeho druhý význam, ale bylo ponecháno. Dalšími použitými slovy byly „*decisión*“ (rozhodnutí), „*cambiar*“ (změnit), „*resolver*“ a „*solucionar*“ (vyřešit).

Soupis vybraných slov je k nahlédnutí v přílohách (Příloha 13, Příloha 14).

6.6 Kódování slov

Pro kódování byly využity následující kategorie slov vycházející z dostupné literatury (zdroje) a explorativní analýzy:

- Absolutní slova
- SFL
- Emočně negativní slova
- Emočně pozitivní slova
- Emočně pozitivní slova v negativním kontextu
- Kognitivní slova

Při analýze bylo provedeno opakované čtení textů, během kterého byla slova barevně kódována pro odlišení kategorií. Texty byly pročteny několikrát za účelem dosažení úplného výčtu kategorizovaných slov. Po jazykové analýze bylo každé slovo ohodnoceno jedním bodem pro danou kategorii.

„... Začnou ale další problémy, vyřešit vypořádávání majetku. Stále splácíme hypotéku na náš přistavený barák a tak to bude hodně náročné. Je to prostě pořád dokola. Mám pocit, že nic hezkého mě už nečeká. Každý mi říká, že musím alespoň kvůli dětem. Já to vím, moc je miluji ... “

Úryvek z textu depresivní vdané ženy, 39 let, se středoškolským vzděláním bez maturity

V uvedeném úryvku textu by bylo identifikováno: Absolutní (5); SFL (3); Negativní (3); Pozitivní (1); Pozitivní v negativním (1); Kognitivní (1). Stejný proces byl proveden u mexických textů:

„Me desconcierta la relación con mi madre y mi abuela cuando exageran las situaciones y generan problemas de cosas que para mi son sencillas de resolver, junto con el hecho de que no puedan dejar ir las situaciones del pasado. Aunque les entiendo ya que ambas sufren depresión y así bien su forma de afrontar la vida no es como yo lo haría, trato de apoyarles lo más que pueda y comprender su situación. Entonces pasa de esto dejo mi molestía de lado para ayudarles a resolver las cosas.“

Text svobodného muže z kontrolní skupiny, 23 let, s vysokoškolským vzděláním

Text pojednává o vztahu vypravěče k jeho matce a babičce, konkrétně o jeho nesouhlasu s tím, jaké prostředky ženy využívají k řešení svých problémů a jak se stále upínají k minulosti. Jelikož však ví, že obě ženy trpí depresemi, snaží se dát stranou svoji nechuť k těmto tématům a zároveň jim porozumět a pomáhat jim s vyřešením jejich situací. V uvedeném úryvku textu by bylo identifikováno: Absolutní (0); SFL (6); Negativní (7); Pozitivní (3); Pozitivní v negativním (0); Kognitivní (2).

Jak je vidět i v uvedených případech, délka textu je u každého jedince odlišná. V prvním případě jde jen o malý úryvek z celého textu, v případě druhém jde o celý text. Pro účely výzkumu byla sbírána data o celkovém počtu slov v jednotlivých textech. V prvním případě, kdyby nešlo o úryvek, by text obsahoval 47 slov. Druhý text čítá 89 slov. Pro zajištění vyšší vypovídající hodnoty byl pro účely výzkumu vytvořen procentuální skór, který dává informaci o procentuálním výskytu slov oproti slovům v celém textu.

V prvním úryvku by to pak bylo: Absolutní (2,35); SFL (1,41); Negativní (1,41); Pozitivní (0,47); Pozitivní v negativním (0,47); Kognitivní (0,47). Ve druhém textu: Absolutní (0); SFL (5,34); Negativní (6,23); Pozitivní (2,67); Pozitivní v negativním (0); Kognitivní (1,78).

7 Výzkumný design

7.1 Využité metody

Celá baterie se skládala z již dříve popsaných metod. Proband byl vždy na počátku seznámen se základními myšlenkami výzkumu prostřednictvím informovaného souhlasu. Následoval screening vhodnosti a samotné metody v pořadí, jak jsou uvedeny níže. Dokumenty pro český vzorek jsou původní verzí dokumentů pro projekt GAČR reg. č. GA17-09489S. Dokumenty pro mexický vzorek je možno najít v původní práci Golářové (2018).

1. Informovaný souhlas a Informace o výzkumu
2. Screening vhodnosti pro výzkum
3. M.I.N.I (pouze pro českou populaci, pro mexickou nahrazen diagnózou ošetřujícího psychiatra)
4. MADRS
5. BDI-II
6. PCQ, ARQ
7. Expresivní psaní
8. RAVLT
9. TMT A, TMT B
10. RAVLT oddálené vybavení po 30 minutách

Po ukončení testování následoval debriefingový rozhovor, kde byla podána základní zpětná vazba k provedeným metodám a výsledkům probanda. Celková časová náročnost vyšetření byla přibližně 2 hodiny u klinické skupiny a 1,5 hodiny u skupiny kontrolní.

7.2 Výzkumný vzorek a sběr dat

Účastníci zařazení do výzkumu splňovali následující kritéria, která byla předem upřesněna a následně ověřena krátkým dotazníkem. Probanti, kteří těmto kritériům neodpovídali, byli z výzkumu vyřazeni.

Inkluzivní kritéria:

- 1) věk od 18 do 65 let,
- 2) první (hlavní) diagnóza depresivní fáze unipolární nebo rekurentní deprese pro zařazení do klinické skupiny, s minimálním skórem 12 v MADRS.

Exkluzivní kritéria:

- 1) psychotické onemocnění (aktuální nebo v anamnéze),
- 2) závislost na alkoholu či jiných psychoaktivních látkách 12 měsíců před započítáním účasti v projektu anebo v jeho průběhu,
- 3) demence, mentální retardace, závažné fyzické či neurologické onemocnění,
- 4) těhotenství,
- 5) laboratorně prokázané abnormality štítné žlázy.

Jak je možno vidět v tabulce 1., skupiny se významně neliší ve stěžejních demografických datech, věku ani vzdělání. Významné rozdíly se ukazují ve zkoumaných charakteristikách, které budou podrobněji zkoumány níže.

7.2.1 Český vzorek

Data pro českou populaci pocházejí z výzkumu Ověření analyticko-ruminační hypotézy Národního ústavu duševního zdraví, který byl ukončen v roce 2019. Sběr dat probíhal prostřednictvím zaměstnanců a stážistů NÚDZ. Do vzorku byli zařazeni probandi, kteří dokončili první týden výzkumu (výzkum probíhal ve více etapách) a bylo u nich dostupné expresivní psaní k ohodnocení. Vyřazeni byli také tři participanti, jejichž text nedosahoval ani 50 slov, byl psán fragmentově, či nebyl čitelný a bylo by proto obtížné jej hodnotit. Vzorek obsahuje 58 depresivních participantů. U čtyř participantů bohužel chybí hodnoty MADRS, u jednoho probanda chybí hodnoty kognitivních testů, u jednoho participanta chybí testové hodnoty a mohl tak být zařazen do hodnocení jen pro test EW. Více informací v tabulce 1. Probanti byli rekrutováni z pacientů NÚDZ

s primární diagnózou unipolární (F32) nebo rekurentní deprese (F33). Aktuální diagnóza byla následně ověřena polostrukturovaným rozhovorem MINI. Pacienti, kteří v sekci Velká depresivní epizoda neodpovídali kritériu, byli z výzkumu vyřazeni. Mezi komorbidními diagnózami se nejčastěji objevovala generalizovaná úzkostná porucha, dále sociální fóbie a agorafobie, v menší míře pak panická porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, posttraumatická porucha a mentální bulimie. Pro ověření diagnózy a zároveň zjištění hloubky deprese bylo využito polostrukturovaného rozhovoru MADRS. Participanti se skórem nižším 12 bodů byli taktéž z výzkumu vyřazeni. Pro upřesnění bylo také využito autoaplikovaného dotazníku BDI-II.

22 participantů (39 %) bylo mužského pohlaví ve věkovém rozpětí 22 až 65 let ($M = 45.71$, $SD = 13.06$), 34 (61 %) ženského pohlaví ve věku 20 až 65 let ($M = 44.44$, $SD = 11.58$). Co se týče vzdělání, 2 participanti (3 %) dokončili základní, 34 (58 %) středoškolské a 20 (34 %) vysokoškolské vzdělání. Údaje jednoho účastníka chybí.

V originálním výzkumu dochází k rekrutování do kontrolní skupiny na základě párování klíčových demografických kritérií (věk, pohlaví) s osobami ve skupině klinické. Vzorek čítá 31 participantů, kteří v současnosti netrpí žádnou psychiatrickou diagnózou a odpovídají ostatním inkluzivním a exkluzivním faktorům. Účastníci byli taktéž rekrutováni prostřednictvím NÚDZ. U jednoho participanta chybí hodnoty MADRS, u dalšího chybí hodnoty všech testů a mohl tak být zařazen do výzkumu jen pro EW.

Vzorek čítá 8 mužů (27 %) ve věku od 30 do 65 let ($M = 44.63$, $SD = 14.26$) a 22 žen (73 %) ve věku 18 až 64 let ($M = 40.32$, $SD = 12.13$). Základního vzdělání dosáhl 1 (3 %) participant, 20 (65 %) participantů dosáhlo středoškolského a 9 (29 %) vysokoškolského vzdělání. Data jednoho účastníka chybí. Další informace jsou upřesněny v tabulce 1.

7.2.2 Mexický vzorek

Sběr dat mexického vzorku byl proveden autorkou výzkumu, která byla proškolená NÚDZ. Ke sběru dat došlo v klinice Ipsame a centru pro terapii Ingenium v mexickém Monterrey. Do vzorku bylo zařazeno 20 probandů, kteří odpovídali kritériím. Jejich primární diagnóza přiřazená ošetřujícím psychiatrem byla současná depresivní epizoda (F32) nebo rekurentní deprese (F33). Pacienti byli rekrutováni dle své zdravotní karty,

na základě doporučení svého ošetřujícího psychiatra, který byl prvním kontaktem pro výzkum a znovu ověřil vstupní kritéria. Následně byl aplikován screening kritérií a rozhovor MADRS. Pacienti neodpovídající kritériím a s MADRS nižším 12 byli z výzkumu vyřazeni. Celkově bylo vyřazeno 10 participantů. Pacienti zařazení do výzkumu trpěli také přiřazenými diagnózami, jako je anxiózní porucha, panická porucha, posttraumatická stresová porucha a hraniční porucha osobnosti. Vzorek obsahuje 5 (25 %) osob mužského pohlaví ve věkovém rozpětí 32 až 62 let ($M = 50.60$, $SD = 13.39$) a 15 (75 %) ženského pohlaví ve věkovém rozpětí 22 až 64 let ($M = 39.07$, $SD = 12.03$). 1 participant dosahoval základního vzdělání (5 %), 5 středoškolského vzdělání (25 %) a 14 vysokoškolského vzdělání (70 %).

Rekrutování do kontrolní skupiny vycházelo z přibližného párování klíčových demografických dat. Kontrolní skupina čítá 19 probandů (jeden proband byl vyřazen z důvodu chybějícího EW), ze kterých 6 (32 %) jsou muži ve věkovém rozpětí 23 až 57 let ($M = 40.50$, $SD = 13.72$) a 13 (67 %) ženy ve věku 22 až 64 let ($M = 41.31$, $SD = 13.16$). 1 proband (5 %) dokončil základní vzdělání, 6 (32 %) středoškolské vzdělání a 12 (63 %) vysokoškolské vzdělání. Další data je možno vidět v tabulce 1.

Tabulka 1. Hlavní charakteristiky vzorku a srovnání skupin testem Kruskal Wallis.

	Klinická CZ (N = 58) ^{ab}		Kontrolní CZ (N = 31) ^c		Klinická MX (N = 20)		Kontrolní MX (N = 19)		Kruskal Wallis		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	χ	df	p
Demografická data											
Věk ^{bc}	44.9	12.1	41.5	12.6	42.0	13.1	41.1	13.0	2.18	3	.533
Vzdělání ^{abc}	3.4	1.2	3.4	1.1	3.8	0.7	3.7	0.8	4.18	3	.243
Deprese											
MADRS ^{bc}	27.8	6.6	2.2	3.0	24.7	7.6	2.8	2.5	88.66	3	<.001**
BDI-II ^{bc}	31.7	11.8	2.2	2.6	33.9	9.8	4.5	3.5	89.73	3	<.001**
Kognice											
RAVLT ^{bc}	50.1	10.4	57.2	7.1	42.0	10.4	51.1	6.5	25.46	3	<.001**
TMT A ^c	37.2	15.9	30.2	10.2	33.0	9.9	26.4	7.7	13.28	3	<.004*
TMT B ^c	85.1	37.5	71.2	25.1	81.6	29.9	58.2	11.7	14.59	3	<.002*
Ruminace											
PCQ	30.0	8.7	15.7	5.5	33.0	10.5	16.6	4.8	68.18	3	<.001**
ARQ	53.3	11.9	40.7	12.0	58.9	10.2	56.1	11.1	29.80	3	<.001**
Kategorie slov EW											
Počet znaků	1254	451	1137	501	1 596	565	977	523	13.66	3	.003*
Počet slov	219	81	200	89	301	113	201	105	11.71	3	.008*
Absolutní	6.9	4.9	4.5	3.3	7.9	4.1	3.2	2.8	20.36	3	<.001**
Absolutní %	2.98	1.88	2.23	1.33	2.67	1.43	1.42	0.89	14.53	3	<.002*
SFL	10.7	5.3	7.5	5.4	26.3	12.5	11.0	8.8	39.92	3	<.001**
SFL %	5.03	1.95	3.77	1.88	8.52	1.76	5.34	2.57	41.35	3	<.001**
Negativní	20.9	8.4	12.4	7.0	29.9	12.4	13.5	9.8	37.28	3	<.001**
Negativní %	9.80	2.80	6.35	2.46	10.02	2.58	7.03	3.47	35.60	3	<.001**
Pozitivní sum	5.1	4.1	6.9	5.1	2.0	0.9	6.7	4.0	19.85	3	<.001**
Pozitivní sum %	2.35	1.73	3.51	2.64	2.03	0.91	3.63	2.38	9.209	3	.027*
Pozitivní	2.1	2.6	5.8	4.4	2.0	1.8	6.2	4.0	33.27	3	<.001**
Pozitivní %	0.92	1.12	3.03	2.36	0.72	0.70	3.40	2.44	43.95	3	<.001**
Pozitivní (neg.)	3.0	2.8	1.1	1.4	3.9	2.9	0.5	0.9	33.06	3	<.001**
Pozitivní (neg.) %	1.43	1.27	0.48	0.54	1.31	0.78	0.22	0.42	30.32	3	<.001**
Kognitivní	1.6	2.0	2.7	2.8	2.5	1.9	1.4	1.6	6.86	3	0.077
Kognitivní %	0.79	0.86	1.28	1.22	0.79	0.55	0.79	0.76	3.61	3	0.307

* p < 0,05; **p < 0,01; ^aVzdělání pro český vzorek: 1 = ZŠ, 2 = SŠ, 3 = SŠ s maturitou, 4 = VŠ Bc., 5 = VŠ Mgr. a vyšší; ^bVzdělání pro mexický vzorek: 1 = ZŠ první stupeň, 2 = ZŠ druhý stupeň, 3 = SŠ, 4 = VŠ Bc., 5 = VŠ Mgr. a vyšší; ^cVěk pro klinickou skupinu CZ N = 55, Vzdelání N = 56, MADRS N = 54, BDI N = 57, RAVLT I-V N = 56, RAVLT 30 N = 54, RAVRL rekognice N = 51; Pro kontrolní skupiny chybí testy jednoho participanta, N = 30, MADRS N = 29, RAVLT 30 N = 27

7.3 Výzkumné hypotézy

7.3.1 Kulturní srovnání

1. Český a mexický vzorek se neliší v hloubce deprese.
2. Český a mexický vzorek se neliší v kognitivních testech.
3. Český a mexický vzorek se neliší v užívání vybraných kategorií slov v expresivním psaní.

7.3.2 Kognitivní zkreslení v textu

1. V klinické skupině se ukazuje více absolutních slov než u skupiny kontrolní.
2. V klinické skupině se ukazuje více SFL než u skupiny kontrolní.
3. V klinické skupině se ukazuje více emočně negativních slov než u skupiny kontrolní.
4. V klinické skupině se ukazuje méně emočně pozitivních slov než u skupiny kontrolní.
5. V klinické skupině se ukazuje méně kognitivních slov než u skupiny kontrolní.

7.3.3 Srovnání s testy deprese

1. Výskyt absolutních slov pozitivně koreluje s výsledky testů deprese.
2. Výskyt SFL pozitivně koreluje s výsledky testů deprese.
3. Výskyt emočně negativních slov pozitivně koreluje s výsledky testů deprese.
4. Výskyt emočně pozitivních slov negativně koreluje s výsledky testů deprese.
5. Výskyt kognitivních slov negativně koreluje s výsledky testů deprese.

7.3.4 Srovnání s kognitivními testy

1. Výskyt absolutních slov negativně koreluje s výsledky kognitivních testů paměti (RAVLT) a pozitivně s testy pozornosti (TMT A), exekutivních funkcí (TMT B) a ruminace (PCQ, ARQ).
2. Výskyt SFL negativně koreluje s výsledky kognitivních testů paměti (RAVLT) a pozitivně s testy pozornosti (TMT A), exekutivních funkcí (TMT B) a ruminace (PCQ, ARQ).
3. Výskyt emočně negativních slov negativně koreluje s výsledky kognitivních testů

paměti (RAVLT) a pozitivně s testy pozornosti (TMT A), exekutivních funkcí (TMT B) a ruminace (PCQ, ARQ).

4. Výskyt emočně pozitivních slov pozitivně koreluje s výsledky kognitivních testů paměti (RAVLT) a negativně s testy pozornosti (TMT A), exekutivních funkcí (TMT B) a ruminace (PCQ, ARQ).

5. Výskyt kognitivních slov pozitivně koreluje s výsledky kognitivních testů paměti (RAVLT) a negativně s testy pozornosti (TMT A), exekutivních funkcí (TMT B) a ruminace (PCQ, ARQ).

7.4 Analýza dat a výsledky výzkumu

Při statistické analýze dat byla sledována v první řadě interkulturní otázka, tedy srovnání českého a mexického vzorku. Ke statistickému porovnání středních hodnot bylo využito dvouvýběrového T testu pro porovnání dvou nezávislých výběrů s normálním rozdělením. Pro větší přesnost byla na veškerá data aplikována Fisherova korekce. Využito bylo také intervalu spolehlivosti. Zvlášť bylo provedeno srovnání klinických a kontrolních skupin. Pro analýzu kognitivních zkreslení v expresivním psaní byly skupiny sloučeny a bylo počítáno pouze s klinickou a kontrolní skupinou, jelikož se neukázaly statisticky významnější rozdíly. Podrobnější analýzu je možno nalézt v příloze 15. Statistická analýza byla provedena pomocí dvouvýběrového T testu. Pro následující analýzy souvislostí mezi depresí, kognicí a kategoriemi slov byla využita taktéž Pearsonova korelace. Veškerá kvantitativní analýza dat byla realizována prostřednictvím statistického programu SPSS verze 19.

7.4.1 Kulturní srovnání

Základní výzkumnou otázkou bylo, zda je možné zobecnit platnost fenoménu, který se projevuje v jiných jazycích a kulturních prostředích, také na český jazyk a českou populaci. Kulturní prostředí České republiky a Mexika jsou odlišná, což může přinášet mnohé rozdíly, které se mohou projevit na studovaných tématech deprese, kognice a jejich distorzí i jazyka. Bližší informace jsou v tabulce 2.

Tabulka 2. Průměrné dosažené hodnoty pro testy deprese, kognice a kategorie slov v expresivním psaní a rozdíly mezi českou a mexickou skupinou zachycené dvouvýběrovým T testem s Levinovou korekcí, silou účinku Cohenovo d a intervalem spolehlivosti.

	Česká (N = 89 ^{abc})		Mexická (N = 39)		T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
Deprese										
MADRS ^a	18.9	13.5	14.1	12.4	-1.94	80	.056	0.37	-9.740	0.119
BDI-II ^b	21.5	17.1	19.6	16.6	-0.61	75	.544	0.11	-8.380	4.451
Ruminace										
PCQ ^b	25.0	10.3	26.0	11.0	0.46	69	.649	0.01	-3.204	5.107
ARQ ^b	48.9	13.3	57.5	10.6	3.87	91	<.001**	0.71	4.165	12.971
Kognice										
RAVLT ^c	52.5	10.0	46.4	9.7	-3.23	75	.002*	0.88	-9.899	-2.350
TMT A	34.8	14.6	29.8	9.4	-2.32	108	.022*	0.41	-9.293	-0.726
TMT B	80.4	34.3	70.2	25.5	-1.86	96	.067	0.34	-21.062	0.709
EW										
Absolutní	5.9	4.6	5.6	4.2	-.42	79	.677	0.07	-1.996	1.304
Absolutní %	2.72	1.73	2.06	1.34	-2.33	92	.022*	0.43	-1.221	-0.097
SFL	9.6	5.5	18.8	13.2	4.20	44	<.001**	0.91	4.795	13.633
SFL %	4.59	2.01	6.97	2.69	4.96	57	<.001**	1.00	1.421	3.3477
Negativní	17.9	8.9	21.9	13.8	1.65	52	.106	0.34	-.869	8.793
Negativní %	8.60	3.14	8.56	3.37	-.059	68	.953	0.01	-1.302	1.227
Pozitivní sum	4.7	4.1	6.6	4.6	2.23	66	.029*	0.44	0.199	3.622
Pozitivní sum %	2.65	2.12	3.18	2.21	1.26	70	.213	0.24	-0.309	1.360
Pozitivní	3.4	3.8	4.0	3.7	0.91	74	.365	0.80	-0.777	2.087
Pozitivní %	1.66	1.93	2.03	2.21	.908	65	.367	0.18	-0.446	1.189
Pozitivní (neg.)	2.4	2.6	2.2	2.7	-.279	69	.781	0.08	-1.167	0.880
Pozitivní (neg.) %	1.10	1.16	0.78	0.83	-1.746	99	.084	0.66	-0.678	0.0432
Kognitivní	2.0	2.4	1.9	1.8	-.133	93	.894	0.80	-0.815	0.712
Kognitivní %	0.96	1.02	0.79	0.65	-1.136	109	.259	0.20	-0.470	0.127

*p < 0,05; **p < 0,01; ^aMADRS pro českou skupiny N = 83; ^bBDI-II, PCQ, ARQ pro českou N = 87; ^cRAVLT pro českou skupinu N = 86

Hypotéza 1. Český a mexický vzorek se neliší v hloubce deprese.

Pro posouzení, zda se vzorky liší v míře deprese, byly použity výsledky z testů MADRS a BDI-II. Tato analýza byla zopakována, přestože již byla provedena v původní práci Goláňové (2018). Hlavním důvodem je, že v době vypracování práce byl výzkum NÚDZ stále ještě v průběhu a vzorek tak nebyl kompletní. Kontrolní skupina v té době obsahovala jen 11 participantů, což mohlo přinášet mnohá zkreslení.

V současném výzkumu byl český vzorek doplněn. Při srovnání skóre testů

MADRS a BDI-II mezi českým a mexickým vzorkem se mezi skupinami neukazuje významný rozdíl. Hypotézu je tedy možné potvrdit.

Hypotéza 2. Český a mexický vzorek se neliší v kognitivních testech.

Obdobně jako v původním výzkumu (Goláňová, 2018), i nyní přetrvávají jako signifikantní některé rozdíly v kognitivních testech mezi českým a mexickým vzorkem. Značný je rozdíl mezi testem ruminací ARQ. Dále se objevuje rozdíl u RAVLT a TMT A. Mexická skupina vykazuje mnohem vyšší skóre v testech ARQ a RAVLT. U testu TMT A pak naopak česká skupina dosahuje horších výsledků.

Při bližším pohledu je zde také rozdíl mezi českou a mexickou klinickou skupinou v testu PCQ v neprospěch pro mexickou skupinu. Stejně tak je tomu i v testu RAVL. Rozdíl u kompozitního skóru kognitivního testu paměti RAVLT se obdobně objevuje i u kontrolní skupiny. Dále jde o signifikantní rozdíl v testu ARQ. Podle tohoto zjištění Mexičani ruminují více než Češi. U testu TMT B se naopak ukazují horší výsledky pro českou kontrolní skupinu. Jiné testy se neukázaly jako signifikantní.

Tabulka 3. Vybrané hodnoty. Kategorie, které ukázaly signifikantní v kognitivních testech.

Klinická sk.	CZ (N = 58 ^{bc}) MX (N = 20)				T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
PCQ ^b	30.0	8.7	34.9	7.1	2.49	41	.017*	0.62	0.932	8.873
RAVLT ^c	50.1	10.5	42.0	10.4	-2.97	34	.005*	0.78	-13.571	-2.536
Kontrolní sk.	CZ (N = 31 ^{ab}) MX (N = 19)				T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
ARQ ^b	40.7	12.0	56.1	11.1	4.581	41	<.001**	1.33	8.602	22.170
RAVLT ^b	57.2	7.1	51.1	6.5	-3.108	41	.003*	0.90	-10.087	-2.141
TMT B ^b	71.2	25.1	58.2	11.7	-2.442	44	.019*	0.66	-23.661	-2.265

*p < 0,05; **p < 0,01; ^bPCQ, ARQ pro českou N = 87; ^cRAVLT pro českou skupinu N = 86

Hypotéza 3. Český a mexický vzorek se neliší v užívání vybraných kategorií slov v expresivním psaní.

Vzorky se významně neliší u absolutních, negativních, pozitivních a kognitivních slov. Zde je možné hypotézu potvrdit. Při mírnějším kritériu se jako signifikantně odlišná ukazují absolutní slova v procentech. Je to způsobeno rozdílem mezi kontrolními skupinami. Ukazuje se, že česká kontrolní skupina používá více absolutních slov. Tento rozdíl je patrný pouze v procentuálním zastoupení. Dále se pak ukazuje signifikantní rozdíl mezi absolutními hodnotami pro kompozit pozitivních slov. Zde jde opět o rozdíl v kontrolní skupině, kdy Mexičani používají více pozitivních slov obecně. Při oddělené analýze je pak také možné nalézt rozdíl v klinických skupinách. Mexičané používají více negativních slov v absolutních hodnotách. Všechny tyto rozdíly se však ukazují jen jednou, tedy buď v procentuálním, nebo absolutním skóru, nikdy však zároveň. Signifikance by nebyla potvrzena při přísnějším kritériu. Pro tyto kategorie je tedy možné hypotézu potvrdit.

Kategorie, která se ukazuje přesvědčivě signifikantně odlišnou, je SFL. Především pak v klinické skupině se ukazuje výrazný rozdíl mezi českým a mexickým vzorkem. Mexičané používají více osobních a přivlastňovacích zájmen než Češi. Zde hypotézu potvrdit nemůžeme.

Tabulka 4. Vybrané hodnoty. Kategorie, které ukázaly signifikantní v kategoriích expresivního psaní.

Klinická sk.	CZ (N = 58)		MX (N = 20)		T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
SFL	10.7	5.3	26.3	12.5	5.40	21	<.001**	1.62	9.553	21.499
SFL %	5.03	1.95	8.52	1.76	7.45	36	<.001**	1.88	2.545	4.447
Negativní	20.88	8.43	29.85	12.40	3.01	25	.006*	0.85	2.826	15.115
Kontrolní sk.	CZ (N = 31)		MX (N = 19)		T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
Absolutní %	2.22	1.33	1.42	0.90	-2.567	47	.013*	0.70	-1.440	-.175
SFL %	3.77	1.88	5.34	2.57	2.312	30	.028*	0.70	.183	2.958
Pozitivní sum %	2.32	1.53	3.63	2.38	2.133	27	.042*	0.65	.050	2.560
Kognitivní	2.7	2.8	1.4	1.6	-2.074	48	.044*	0.57	-2.538	-.039

*p < 0,05; **p < 0,01

7.4.2 Kognitivní zkreslení v textu

Pro následující analýzu bylo využito dvouvýběrového T testu s Levinovou korekcí. V tabulce se dále nachází síla účinku měřená Cohenovým d a interval spolehlivosti. Z důvodu, že v předchozí kapitole byla hypotéza kulturní univerzálnosti s menšími výhradami ověřena, analýza bude dále prováděna pro oba vzorky zároveň. V příloze 16 čtenář najde tabulky se statistickou analýzou provedenou pro vzorky odděleně.

Hypotéza 1. V klinické skupině se ukazuje více absolutních slov než u skupiny kontrolní.

Tuto hypotézu je možné potvrdit, a to jak při srovnání absolutních hodnot, tak u hodnot procentuálních.

Tabulka 5. T test pro absolutní slova v expresivním psaní.

	Klinická sk. (N = 78)		Kontrolní sk. (N = 50)		T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
Absolutní	7.0	4.8	4.0	3.2	4.32	126	<.001**	0.07	1.639	4.415
Absolutní %	2.90	1.77	1.92	1.24	3.68	125	<.001**	1.07	0.452	1.505

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Hypotéza 2. V klinické skupině se ukazuje více SFL než u skupiny kontrolní.

Tuto hypotézu je možné potvrdit, a to jak ve srovnání absolutních hodnot, tak při hodnotách procentuálních.

Tabulka 6. T test pro SFL v expresivním psaní.

	Klinická sk. (N = 78)		Kontrolní sk. (N = 50)		T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
SFL	14.7	10.3	8.8	7.0	3.84	125	<.001**	0.81	2.841	8.890
SFL %	5.92	2.44	4.37	2.28	3.66	110	<.001**	0.66	0.710	2.392

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Hypotéza 3. V klinické skupině se ukazuje více emočně negativních slov než u skupiny kontrolní.

Tuto hypotézu je možné potvrdit, a to jak ve srovnání absolutních hodnot, tak při hodnotách procentuálních.

Tabulka 7. T test pro emočně negativní slova v expresivním psaní.

	Klinická sk. (N = 78)		Kontrolní sk. (N = 50)		T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
Negativní	23.2	10.3	12.8	8.1	-6.36	121	<.001**	1.12	-13.638	-7.161
Negativní %	9.86	2.73	6.61	2.87	-6.38	100	<.001**	1.16	-4.266	-2.243

*p < 0,05; **p < 0,01

Hypotéza 4. V klinické skupině se ukazuje méně emočně pozitivních slov než u skupiny kontrolní.

V případě obecné kategorie všech pozitivních slov v textech emočního psaní se neukazuje žádný signifikantní rozdíl mezi klinickou a kontrolní skupinou. Obě skupiny tedy používají slova, která mají pozitivní konotaci, stejně často. To by odpovídalo zjištění, podle kterého může deprese vést i k užívání slov s pozitivní konotací, nejen slov negativních (Ramirez-Esparza et al., 2008, Pennebaker, 2011). V takovém případě by nebylo možné hypotézu potvrdit. Jak se ale ukazuje v kategoriích, vytvořených pro účely této práce, pacienti s depresí pozitivní slova používají v negativním kontextu, zatímco kontrolní skupina v kontextu pozitivním.

U takového rozdělení by pak slova v negativním kontextu patřila k předchozí kategorii negativních slov. Do kategorie pozitivních slov by pak patřila jen slova v kontextu pozitivním. V takovém případě je pak možné potvrdit stanovenou hypotézu.

Tabulka 8. T test pro emočně pozitivní slova v expresivním psaní.

	Klinická sk. (N = 78)		Kontrolní sk. (N = 50)		T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
Pozitivní sum	5.1	4.8	5.6	3.6	-0.60	122	.549	0.12	-1.925	1.028
Pozitivní sum %	2.81	2.36	2.82	1.98	-0.01	114	.993	0.01	-0.756	0.749
Pozitivní	2.0	2.4	6.0	4.2	-6.01	69	<.001**	0.12	-5.267	-2.642
Pozitivní %	0.87	1.03	3.17	2.37	-6.48	61	<.001**	1.26	-3.011	-1.590
Pozitivní (neg.)	3.2	2.8	0.9	1.2	6.51	114	<.001**	1.07	1.649	3.093
Pozitivní (neg.) %	1.40	1.16	0.38	0.51	6.78	114	<.001**	0.27	0.721	1.315

*p < 0,05; **p < 0,01

Hypotéza 5. V klinické skupině se ukazuje méně kognitivních slov než u skupiny kontrolní.

Tuto hypotézu není možné potvrdit. Skupiny nevykazují žádné rozdíly mezi frekvencí použití kognitivních slov v absolutním ani procentuálním zastoupení.

Tabulka 9. T test pro kognitivní slova v expresivním psaní.

	Klinická sk. (N = 78)		Kontrolní sk. (N = 50)		T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
Kognitivní	1.8	2.0	2.2	2.5	-0.93	90	-.387	0.23	-1.216	0.443
Kognitivní %	0.79	0.79	1.09	1.09	-1.70	82	-.302	0.32	-0.657	0.052

*p < 0,05; **p < 0,01

7.4.3 Srovnání s testy deprese

Byla provedena korelace za použití Pearsonova koeficientu korelace pro srovnání kategorií z expresivního psaní s výsledky z testů deprese. Kompletní korelační tabulku je možné nalézt v příloze 18.

Hypotéza 1. Výskyt absolutních slov pozitivně koreluje s výsledky testů deprese.

Tuto hypotézu je možné potvrdit. Absolutní slova vykazují signifikantní korelaci s oběma testy deprese.

Tabulka 10. Pearsonova korelace pro absolutní slova v expresivním psaní s testy deprese.

		MADRS	BDI-II
Absolutní	r	.312**	.386**
	p	.000	.000
Absolutní %	r	.242**	.340**
	p	.007	.000
*p < 0,05; **p < 0,01		N = 122	N = 126

Hypotéza 2. Výskyt SFL pozitivně koreluje s výsledky testů deprese.

Tuto hypotézu je možné potvrdit. SFL vykazuje signifikantní korelaci s oběma testy deprese.

Tabulka 11. Pearsonova korelace pro SFL v expresivním psaní s testy deprese.

		MADRS	BDI-II
SFL	r	.289**	.366**
	p	.001	.000
SFL %	r	.271**	.347**
	p	.002	.000
*p < 0,05; **p < 0,01		N = 122	N = 126

Hypotéza 3. Výskyt emočně negativních slov pozitivně koreluje s výsledky testů deprese.

Tuto hypotézu je možné potvrdit. SFL vykazuje signifikantní korelaci s oběma testy deprese. Pro představu, korelace mezi negativními slovy v absolutní a procentuální hodnotě dosahuje korelace $r(126) = .559, p < .001$.

Tabulka 12. Pearsonova korelace pro negativní slova v expresivním psaní s testy deprese.

		MADRS	BDI-II
Negativní	r	.442**	.515**
	p	.000	.000
Negativní %	r	.430**	.486*
	p	.000	.018
*p < 0,05; **p < 0,01		N = 122	N = 126

Hypotéza 4. Výskyt emočně pozitivních slov negativně koreluje s výsledky testů deprese.

Tuto hypotézu by nebylo možné potvrdit v případě sloučené kategorie všech pozitivních slov v textu emočního psaní. V případě, že však kategorie slov v pozitivním a negativním kontextu stojí odděleně, je hypotézu možné potvrdit.

Tabulka 13. Pearsonova korelace pro pozitivní slova v expresivním psaní s testy deprese.

		MADRS	BDI-II
Pozitivní sum	r	-.093	.000
	p	.310	.996
Pozitivní sum %	r	-.002	.007
	p	.983	.942
Pozitivní	r	-.430**	-.457**
	p	.000	.000
Pozitivní %	r	-.510**	-.518**
	p	.000	.000
Pozitivní (neg.)	r	.439**	.411**
	p	.000	.000
Pozitivní (neg.) %	r	.450**	.368**
	p	.000	.000
*p < 0,05; **p < 0,01		N = 122	N = 126

Hypotéza 5. Výskyt kognitivních slov negativně koreluje s výsledky testů deprese.

Tuto hypotézu pravděpodobně není možné potvrdit. Objevuje se zde však signifikantní souvislost BDI-II s procentuálním zastoupením kognitivních slov, což odpovídá hypotéze.

Tabulka 14. Pearsonova korelace pro kognitivní slova v expresivním psaní s testy deprese.

		MADRS	BDI
Kognitivní	r	-.064	-.118
	p	.486	.187
Kognitivní %	r	-.122	-.231**
	p	.180	.009
*p < 0,05; **p < 0,01		N = 122	N = 126

7.4.4 Srovnání s kognitivními testy

Hypotéza 1. Výskyt absolutních slov negativně koreluje s výsledky kognitivních testů paměti (RAVLT) a pozitivně s testy pozornosti (TMT A), exekutivních funkcí (TMT B) a ruminace (PCQ, ARQ).

Tuto hypotézu je možné částečně potvrdit. Absolutní slova zde vykazují signifikantní korelaci především s testy ruminací. Test PCQ dosahuje korelace $r(126) = .33, p < .001$ pro absolutní slova v absolutních hodnotách. V procentuálních hodnotách je pak korelace lehce nižší. Signifikantní korelace dosahuje i test ARQ. Z kognitivních testů se jako významný ukázal paměťový test RAVLT VI, po interferenci. Korelace absolutních slov s pamětí by však při přísnějším kritériu neobstála.

Tabulka 15. Vybrané hodnoty. Pearsonova korelace pro kognitivní slova v expresivním psaní s testy kognice.

		PCQ	ARQ	RAVLT VI
Absolutní	r	.329**	.238**	.213*
	p	.000	.007	.018
Absolutní %	r	.182*	.184*	.195*
	p	.042	.039	.031
*p < 0,05; **p < 0,01		N = 126	N = 126	N = 123

Hypotéza 2. Výskyt SFL negativně koreluje s výsledky kognitivních testů paměti (RAVLT) a pozitivně s testy pozornosti (TMT A), exekutivních funkcí (TMT B) a ruminace (PCQ, ARQ).

Osobní zájmena spojovaná s egocentrismem a depresí korelují s testy ruminací. Tato korelace je překvapivě silná na to, že jde jen o „zájmena“. Zajímavá je také nepochybná souvislost se zhoršením téměř ve všech subdoménách paměťového testu RAVLT. Tedy více SFL, méně vybavených slov. Jen u falešných vzpomínek jde o pozitivní korelaci, tedy projev více falešných vzpomínek s více využitím SFL.

Tabulka 16. Vybrané hodnoty. Pearsonova korelace pro SFL v expresivním psaní s testy kognice.

		PCQ	ARQ	RAVLT I	RAVLT V	RAVLT B	RAVLT I-V	RAVLT FP
SFL	r	.429**	.257**	-.287**	-.124	-.248**	-.304**	.251**
	p	.000	.004	.001	.170	.006	.001	.004
SFL %	r	.311**	.323**	-.277**	-.188*	-.266**	-.322**	.195*
	p	.000	.000	.002	.036	.003	.000	.028
*p < 0,05; **p < 0,01		N = 126	N = 126	N = 125	N = 124	N = 124	N = 125	N = 127

Hypotéza 3. Výskyt emočně negativních slov negativně koreluje s výsledky kognitivních testů paměti (RAVLT) a pozitivně s testy pozornosti (TMT A), exekutivních funkcí (TMT B) a ruminace (PCQ, ARQ).

U negativních emočních slov se korelace objevuje u obou kategorií v testu PCQ, u ARQ jen v absolutních hodnotách. Souvislost se subdoménami testu RAVLT se také neobjevuje v procentuálním zastoupení. Odpovídající je záporná korelace u kompozitního RAVLT I-V, tedy více vybavených slov znamená méně negativních slov v textech EW (a více falešných vzpomínek).

Tabulka 17. Vybrané hodnoty. Pearsonova korelace pro negativní slova v expresivním psaní s testy kognice.

		PCQ	ARQ	RAVLT I-V	RAVLT FP
Negativní	r	.525**	.193*	-.214*	.209*
	p	.000	.030	.016	.018
Negativní %	r	.391**	.131	-.139	-.103
	p	.000	.145	.122	.248
*p < 0,05; **p < 0,01		N = 126	N = 126	N = 125	N = 127

Hypotéza 4. Výskyt emočně pozitivních slov pozitivně koreluje s výsledky kognitivních testů paměti (RAVLT) a negativně s testy pozornosti (TMT A), exekutivních funkcí (TMT B) a ruminace (PCQ, ARQ).

Rozdělení kategorie emočně pozitivních slov přineslo souvislosti, které by se jinak neprojevíly. Pozitivní slova jako taková v expresivním psaní nevykazují žádnou souvislost s výsledky v kognitivních testech. Avšak jak je vidět v tabulce, při rozdělení kategorií dochází k částečnému potvrzení hypotézy. Vyšší výskyt pozitivních slov negativně koreluje s výsledky v testu ruminace PCQ. Tedy v případě, že se objevilo více pozitivních slov v pozitivním kontextu v textu emočního psaní, měla daná osoba menší tendenci k ruminacím. Naopak objevilo-li se více emočně pozitivních slov v negativním kontextu, osoba více ruminovala. Pozitivní slova také vykazovala souvislost s lepším výkonem v paměťovém testu.

Tabulka 18. Vybrané hodnoty. Pearsonova korelace pro pozitivní slova v expresivním psaní s testy kognice.

		PCQ	RAVLT I-V
Pozitivní	r	-.394**	.201*
	p	.000	.024
Pozitivní %	r	-.483**	.197*
	p	.000	.028
Pozitivní (neg.)	r	.436**	-.159
	p	.000	.077
Pozitivní (neg.) %	r	.322**	-.109
	p	.000	.228
*p < 0,05; **p < 0,01		N = 126	N = 125

Hypotéza 5. Výskyt kognitivních slov pozitivně koreluje s výsledky kognitivních testů paměti (RAVLT) a negativně s testy pozornosti (TMT A), exekutivních funkcí (TMT B) a ruminace (PCQ, ARQ).

Vyšší výskyt kognitivních slov by mohl souviset s pozorností a exekutivními funkcemi. To naznačuje nepřilíš významná korelace, která se projevuje jen u absolutních hodnot kognitivních slov. Přesto však jde o souvislost zajímavou, jelikož u TMT se u žádné jiné kategorie souvislost neukázala.

Tabulka 19. Vybrané hodnoty. Pearsonova korelace pro kognitivní slova v expresivním psaní s testy kognice.

		TMT A	TMT B
Kognitivní	r	-.220*	-.216*
	p	.013	.015
Kognitivní %	r	-.139	-.143
	p	.119	.110

*p < 0,05; **p < 0,01; ^aMADRS N = 122

8 Diskuze

Provedený výzkum se zaměřoval na výskyt specifických kognitivních distorzí v textech expresivního psaní u pacientů s depresivním onemocněním ve dvou kulturách. V této části práce následuje zhodnocení výsledků, ale také interferencí, které mohly ovlivnit směr výzkumu i práce samotné.

8.1 Metody

Při konstrukci baterie bylo využito dostupných metod pro zamezení kulturních a jiných zkreslení. Ne vždy byla však vybrána možnost optimální. Přestože bylo při adaptaci a překladu postupováno tak, aby bylo zkreslení co nejmenší, vliv rozdílného jazyka je zde nepochybný. Co se týče hodnocení míry deprese, byly využity jak u MADRS (Lobo et al., 2002), tak i BDI-II (Sanz et al., 2005) španělské verze překladů testů. U MADRS je to způsobeno tím, že se jedná o metodu, která téměř není k diagnostice využívána, pokud ano, jen velmi zřídka a mnohým odborníkům je spíše neznámá. Častěji bývá využívána známější Hamiltonova škála deprese. Na druhou stranu, jelikož se jedná o polostrukturovaný rozhovor, nemělo by zkreslení být natolik razantní. MADRS s depresivními pacienty často zabírá největší část celé diagnostické baterie, s některými pacienty čas diagnostiky touto metodou přesáhl i hodinu. Depresivní pacienti jsou mnohdy dezorientovaní a dezorganizovaní, avšak chtějí o svých potížích hovořit, svěřit se a dosáhnout tak úlevy. Z toho důvodu měla autorka v této části možnost pacienty dobře poznat, a tudíž přesněji hodnotit dané symptomy, uvedené v rozhovoru MADRS. Další otázkou je zde to, že autorka není rodilou mluvčí a zpočátku využívala spíše španělštinu užívanou ve Španělsku. Odpovědí by však měl být opět čas věnovaný pacientům a diagnostice.

Co se týče testu BDI-II, v současné chvíli existuje relativně nová verze BDI-II

adaptovaná přímo na mexickou populaci (Andrés González, Reséndiz Rodríguez, Reyes-Lagunes, 2015). Tato verze však není běžně dostupná. Běžně využívanou verzí je španělská adaptace Sanze a kolektivu (2005), která byla nalezena jak v Ipsame, tak v URP, a bylo předpokládáno, že bude pacientům známá a srozumitelná. Na nesrozumitelnost poukazovalo jen nemnoho probandů ze skupiny kontrolní, z klinické skupiny však žádný. To bude spíše způsobeno odcizeností od jazyka depresivní problematiky než jazykem samotného testu.

Pro administraci testu učení byla využita argentinská verze TAVR-BA (Burin, Arizaga, 1998), která oproti verzi české (Preiss, 1999) nese také malé změny ve významech slov, a tím i možné rozdílnosti v procesu paměti a učení. Například místo obecnějšího slova barva v české verzi mexická verze využívá slovo „azul“, tedy modrý, slovo, které je konkrétnější oproti obecné barvě. Dále místo rodičů se z rodinných příslušníků objevuje vzdálenější „primo“, bratranec. Slova by neměla být sémanticky řaditelná do kategorií, jako je tomu například u TAVEC (Benedet, Alexandre, 1998), přesto mnozí probandi tuto schopnost velmi dobře využívají (například zahrada, zemědělec, měsíc; škola, zvonek, rodiče atp.). Česká slova také průměrně obsahují více slabik než slova v baterii argentinské. V mexické skupině působilo problém slovo „tiza“, křída. Jedná o slovo srozumitelné, avšak méně užívané, nahrazované v mexickém kontextu spíše významově stejným slovem „gis“. Mexičané se proto mnohdy nad slovem podívovali, a možná právě proto si jej lépe zapamatovali.

Testy TMT A a B by měly být kulturně univerzální, jelikož používají pouze čísla a písmena. U několika probandů u obou skupin, spíše nižšího vzdělání, se však projevil stížnost na nepamatování si abecedy. U probandů v češtině se často projevilo zapomínání písmena CH, které je součástí české abecedy. Probandi z mexické skupiny pak často váhali či chybovali u písmena I a L. Test B se tedy může ukazovat jako obtížnější zvláště pro méně gramotné jedince. Jelikož tento test následuje po emočně náročných úkonech (testy hodnotící míru deprese, emoční psaní, RAVLT), může jít v tomto případě také o vyčerpání probandů.

Testy ruminací byly přeloženy skupinou studentů na TEC a zpětně přeloženy do češtiny. V překladu nebyl nalezen významnější rozdíl. Při administraci nebyl objeven žádný problém.

Naopak sociální desirabilita by se na administraci standardizovaných metod neměla projevit, jelikož cílem původního výzkumu byly jiné hypotézy, s hypotézami tohoto výzkumu nesouvisející. Pozitivem využitých testů jsou jasné instrukce i přesně daný způsob vyhodnocení. Při nejasnostech bylo využito stejného kritéria pro všechny (například u BDI-II je toto kritérium již součástí instrukce).

Co se týče použitých metod pro ohodnocení jazyka, i zde se mohou objevit kulturní, ale i gramatická a jazyková specifika, která není možno eliminovat. Diskuze by se tedy měla zaměřit především na kvalitativní analýzu textu a následné ruční kódování. Je důležité zmínit, že veškeré texty byly několikrát čteny a hodnoceny v rámci kategorií samotnou autorkou. Pokud autorka podléhá některým kognitivním zkreslením, bylo možné, že opominula slova, která by jiný výzkumník jako podstatná ohodnotil. Tato diskuze se netýká SFL, kde bylo možné dosáhnout vyčerpávajícího seznamu všech slov ještě před započítáním výzkumu. Slova tady byla pro obě jazykové variace vyhledána strojově vyhledávačem slov. Zkreslení mohlo dojít jen v případě vyřazování zvrátneho zájmena v případě, že se týkalo jiné osoby, než je osoba vypravěče. Takových případů se však neobjevovalo mnoho, proto by zde chyby být neměly.

Co se však týče absolutních, pozitivních, negativních i kognitivních slov, zde při kódování mohlo dojít k mnoha chybám. Nepochybně mohla mít efekt sociální desirabilita pro potvrzení hypotéz, přestože se autorka snažila o objektivitu. Výsledky pro SFL i kognitivní slova však naznačují opak. Pro příští studie by bylo vhodnější využít dvojité zaslepeného designu pro ohodnocení slov, dále pak využití více hodnotitelů a jejich shody. To bohužel nebylo pro účely této práce kapacitně možné. Nejvhodnějším řešením do budoucna se zdá být vytvoření jasného podkladového slovníku a tím možnosti počítačného zpracování textů expresivního psaní. Výzkum přináší povzbudivé výsledky pro možnost vytvoření programu pro analýzu textu, a to ve všech vybraných kategoriích. Operacionalizace kategorií se ukazuje jako validní, jejich platnost bude však nutné ověřit. Problematickým tématem pro další výzkum může být vytvoření podkladového slovníku s vyčerpávajícím seznamem slov. Jak bylo uvedeno, slovník španělský obsahuje více než třikrát více slov oproti slovníku anglickému. Pro český text to znamená ještě mnohem větší rozsah slovníku pro obsazení klíčových slov. To samozřejmě přináší větší časovou náročnost. To se projevilo již v ohodnocení českého a mexického vzorku. Nad

jednotlivými českými texty autorka trávila mnohem více času, dále se projevovalo více nesrovnalostí při hodnocení slov hodnotiteli.

Pro zajištění reliability hodnocení byli pro každou jazykovou variantu vybráni tři hodnotitelé. Vyřazena byla pak všechna slova, na kterých se shodli alespoň dva z hodnotitelů. Analýza vykazovala podobné výsledky v obou jazycích (například vyřazení slov *moc* a *bastante*). Na základě této analýzy byla pak slova vyřazena a sečetly se absolutní hodnoty pro jednotlivé kategorie. Ke sčítání docházelo ručně na základě barevného kódování. Zde opět mohlo dojít ke zkreslení a chybám. Přestože autorka pročetla každý text minimálně dvakrát, stále je zde prostor pro omyly. Opět jde ale o metodu odpovídající účelům práce, kterou v příštích výzkumech může nahradit počítačové zpracování.

Pro statistické zpracování výsledků dále mohlo být využito pokročilejších metod vícerozměrné regresní analýzy. Pro spíše explorativní účely této práce však autorka považuje využití metody za dostačující.

8.2 Sběr dat a vzorek

Data českého vzorku pochází z výzkumu Analyticko-ruminační hypotézy Národního ústavu duševního zdraví, byla tedy získávána pro jiné účely a na projektu se podílelo více osob. Naopak data mexického vzorku pochází výhradně ze sběru autorky práce. Z toho důvodu není překvapením, že český vzorek obsahuje více probandů. Čas pro sběr dat v mexickém prostředí byl podmíněn studijním pobytem autorky, vzorek čítá pouze po dvaceti probandech v klinické a devatenácti v kontrolní skupině, to proto, že jeden participant musel být vyřazen z důvodu nedostupnosti EW a tím nemožnosti ohodnocení hlavního kritéria. Menší počet probandů v mexickém vzorku, ale také úroveň vzdělání jsou ovlivněny především faktem, že mexické prostředí je velmi byrokratické. Autorka původně měla provádět výzkum také v psychiatrické nemocnici URP, kde by bylo možno získat probandy s nižším vzděláním a se „*seguro popular*“, tedy veřejným zdravotním pojištěním, což se jinak ukazuje jako téměř nemožné. Ostatní účastníci byli získáni na soukromé klinice a v organizaci, kam docházeli na základě své vlastní vůle a doporučení psychiatra, své pojištění si plně hradili. Přestože byl výzkum předem připraven a autorka v lednu 2018 formálně zažádala o uskutečnění výzkumu u etické

komise URP, výzkum byl eticky schválen komisí státu Nuevo León, ale teprve na konci dubna 2018, kdy téměř končil studijní pobyt, přišlo vyjádření o upřesnění výzkumného formátu, a to i přesto, že členka hodnotící komise byla autorčinou supervizorkou. Paradoxní na této situaci je také to, že dle Badilla (2016) se v uvedené psychiatrické nemocnici v dané době nenacházely povinné epidemiologické záznamy, chybí údržba, úklid, bezpečnostní značení i další náležitosti jako odborná dokumentace personálu, což odpovídá zkušenosti autorky. Jak je ale vidět při srovnání všech čtyř skupin testem Kruskal-Wallis, ve vzdělání se neukazuje žádný rozdíl jako signifikantní. Nemožnost sbírat data v reprezentativním prostředí pro Mexiko tak pravděpodobně paradoxně pomohla k lepší porovnatelnosti sebraných kulturních vzorků.

Dalším zajímavým bodem je způsob výzkumu postupem získávání možných kontaktů spíše metodou pokus omyl. Dle různých výzkumníků takto funguje celý výzkum v Mexiku, a proto probíhá jen málo výzkumných studií a mnoho výzkumů na tomto principu ztroskotává.

Co se týče mexického vzorku a kulturních korelátů, je také vhodné zmínit, kde výzkum probíhal. Mexiko je spolkovou zemí skládající se ze 32 států, jejichž kultura se může razantně měnit. Autorka pobývala a sbírala data v nejvíce amerikanizované části, která se svou kulturou může od typicky vnímaného Mexika lišit, což také může mít vliv na směr a výsledky práce. Jak již také bylo uvedeno, ve vzorku se nachází jen málo osob s nižším vzděláním, než je vzdělání vysokoškolské. Jak uvádí Díaz-Loving (2017), vysokoškolské vzdělání může více směřovat k individualitě a tím mazat ostatní kulturní faktory. U vysokoškolsky vzdělaných osob se také předpokládá vyšší úroveň inteligence, což může souviset s lepším kognitivním fungováním.

Dalším bodem, který může být důležitý pro pochopení výsledků, je fakt, že mexické prostředí neklade tolik důraz na klid a nerušený průběh výzkumného či terapeutického sezení. Zatímco výzkum v českém prostředí probíhal nerušeně, za zavřenými dveřmi výzkumné místnosti, výzkum v mexickém prostředí byl často narušován mnoha vlivy, jako jsou neexistující soukromí, špatně těsnící dveře a hluk z druhé místnosti (ve veřejných nemocnicích konzultační místnosti ani dveře nemají), přerušování vyšetření nálehavými hovory a jinými událostmi (což je časté i u terapeutických sezení) atp. Nutno však dodat, že toto je spíše typické pro mexické prostředí obecně.

Zaručení bezchybných výzkumných podmínek se často může zdát téměř nemožné z důvodu lehce bezstarostné povahy Mexičanů. To vše může narušovat pozornost probandů, a tudíž i výsledky v testech. Přestože se sama autorka o zajištění experimentálně vhodných podmínek snažila, volnější vnímání pravidel ze strany supervizorů i probandů nepochybně průběh testování narušoval. To je například patrné i v jednom z textů EW („... *Me distraigo. Hay mucho ruido afuera y no me concentro...*“ tedy „Jsem rozptýlená. Venku je hodně hluku a nesoustředím se.“), ale i v subjektivních stížnostech probandů při testování. U mnoha testů jde o subjektivní hodnocení, a tak mohli probandi v hlučnějším prostředí podléhat bias, například, že jejich problém je horší, když teď není možné se na něj plně soustředit kvůli hluku. Přesto však jde o subjektivní hodnocení a výsledky EW tomuto spíše odporují, protože kognitivní slova jsou stejně častá. Dalším možným vysvětlením je, že šlo o projekt jedné studentky v rámci diplomové práce, což mohlo ovlivnit motivaci k dodržování výzkumné etiky ze strany supervizorů.

Pro příští výzkumy v latinském prostředí proto autorka doporučuje zajištění vhodných podmínek předem a předvídání možných narušení, která byla v době uskutečnění výzkumu novým tématem. Je možné zvát probandy mimo hlavní hodiny do míst, kde bude ticho. Také je dobré předem ošetřit podmínky, aby nebyl průběh hodnocení narušován, tedy oznámit kolegům, že jde o kognitivní testy. Stejně tak je vhodné zajistit pravidla na straně výzkumu. Poprosit probandy o vypnutí telefonu, který průběh narušoval zdaleka nejčastěji.

Důležité je samozřejmě zmínit, že na hodnocení českého vzorku se podílí více proškolených psychologů a stážistů, především studentů psychologie, zatímco mexický vzorek byl sebrán jedinou osobou, autorkou výzkumu, což opět může přinést zkreslení. Výzkum NÚDZ také probíhal v rámci více sezení pro sledování a porovnání průběhu depresivních symptomů a kognice. U mexického vzorku šlo o jednorázové ohodnocení.

8.3 Kulturní srovnání

Důležitou otázkou výzkumu bylo kulturní srovnání, které představuje možnost zobecnění teorie na více populací. Jde o potvrzení hypotéz pro zkoumanou českou a mexickou skupinu.

U testů deprese se žádné výrazné rozdíly neobjevují. Jedná se o univerzální

fenomén a jeho hloubka se u vybraných populací neodlišuje. Složitější je srovnání vzorků u rozdílů v kognitivních testech. V testu PCQ, který hodnotí vnímanou komplexitu problémů, nenacházíme výraznější rozdíl. Test jednak obsahuje osmipoložkový dotazník vnímané obtížnosti, jednak souhrn konkrétních problémů. Jako zajímavé se jeví rozdíly v ARQ. Test, který se orientuje spíše na zaměřování se na problém a jeho schopnost řešení, se ukazuje jako signifikantně odlišný u české a mexické skupiny. Mexická kontrolní skupina zde dosahuje výrazně vyšších hodnot. Z toho plyne, že mexická skupina více o svých problémech přemýšlí, nebo to alespoň uvádí v testu. Tento efekt může být způsoben jednak odlišným vnímáním Čechů a Mexičanů, co se týče řešení životních situací. Je možné, že i malá aktivita v jakékoliv z uvedených otázek pro Mexičany znamená opravdovou aktivitu, zatímco pro české probandy se nejedná o tolik významný akt, tudíž není důležité zaznamenat jej do dotazníků. Další možností je ovlivnění rámcem a sociální desirabilitou u české kontrolní skupiny, tedy že ve výzkumu, který se zaměřuje na depresivitu, nechťejí kontrolní probandi působit depresivně, tudíž volí odpovědi, ve kterých se v tomto vidí jako lepší, tedy nedeprativní. Obdobně tomu může být i u kontrolní mexické skupiny, tedy nechat se vidět jako někdo, kdo problémy doopravdy řeší. Dalším bodem u ARQ je to, že se jedná o relativně nový test, který v sobě nese více dimenzí, které však v současnosti nejsou autory ještě úplně popsány. Rozdělení testu na jednotlivé dimenze by mohlo přinést další zajímavé vhledy. Další možné vysvětlení se nalézají v charakteristikách vzorku. U české kontrolní skupiny byli probandi za účast na výzkumu po jeho skončení finančně odměňováni. Celý výzkum, jehož charakteristiky jsou mimo rámec této práce, se odehrával ve čtyřech v čase oddělených setkáních. Pokud proband dokončil celý výzkum, dostal odměnu ve výši 500 Kč. U mexické populace k žádné odměně nedocházelo. Testování proběhlo jednorázově. Motivaci pro podstoupení psychologického testování pak mohl určovat vlastní zájem o psychologická témata či konkrétně o téma deprese nebo jiných potíží. Tento zájem mohl pramenit z vlastní zkušenosti a mohl se projevit na souhlasu účastníka k podstoupení výzkumu. Je nutné dodat, že mnoho oslovených účast na kontrolní skupině odmítlo. Proti této teorii však stojí některé výsledky kategorií z expresivního psaní.

Hlubší diskuze k signifikantním rozdílům v neuropsychologických kognitivních testech byla provedena v původní práci (Golářová, 2018), která věnovala větší pozornost

kognitivnímu deficitu. Tento efekt bohužel i při doplnění vzorku u testů paměti přetrvává. Jelikož se jedná o kognitivní testy výkonové, mohou se zde silně projevit rušivé vlivy z prostředí, ve kterém byl výzkum prováděn. Může ale také jít o horší kognitivní fungování u Mexičanů obecně. Proti tomu však stojí nové výsledky testů TMT A a B, které v této studii ukazují horší výsledky naopak u vzorku českého, především pak u kontrolní skupiny. Vysvětlení je teoreticky možné hledat například v nekonzistentních výsledcích u ARQ, kdy Mexičani dávají větší důraz na řešení svých potíží. Pokud tedy bereme za potíž být v testové situaci v hlučném prostředí, řešením by mohlo být snažit se výzkum co nejrychleji dokončit. V kognitivních testech se pak mohli zaměřovat na rychlejší vyřešení testu i za cenu některých možných chyb. V případě RAVLT by to byly horší výsledky při rychlejším vzdávání se v testu nebo vyšší počet falešně negativních vzpomínek. To může souviset i s podmínkami výzkumu, kdy se testovaní z kontrolní skupiny snaží co nejrychleji se z hlučné testové situace dostat, čemuž by nasvědčovala i zkušenost autorky. V testech TMT by pak cenou za rychlejší vyřešení testu byla vyšší chybovost. Statistická analýza chyb TMT v tomto výzkumu provedena nebyla. Tato souvislost by také mohla naznačovat větší preferenci kognitivního stylu impulzivity u Mexičanů (Kagan, 1966). Pro provedení takového srovnání by vedle TMT byl vhodnější například test pozornosti d2 (Brickenkamp, Zillmer, 1998). To však přesahuje hranice této práce a může být námětem pro další výzkum.

Co se týče kategorií slov v emočním psaní, zde se signifikantní rozdíly téměř neukazují. Jedná se o pozitivní zjištění, které umožňuje převést stěžejní teorii práce ukazující se funkční v anglicky mluvícím (Pennebaker, Francis, Booth, 2001) a španělsky mluvícím prostředí (Ramirez-Esparza et al., 2008) do českého prostředí. Výjimkou je zde však signifikantní rozdíl mezi slovy SFL. Na tuto charakteristiku bylo již upozorňováno při kvalitativním zpracování a explorativní analýze textů. Je pravděpodobné, že jde o projev rozdílu v gramatice. Vyšší procento reflexivních zájmen, která v češtině zůstávají v původním tvaru, se ve španělštině mění s osobou vypravěče. Autorka doufala v částečné dorovnání zvrtnými zájmeny, která byla do analýzy zapojena. K tomu bohužel nedošlo. Rozdíl je pak daleko markantnější u skupiny klinické. Přesto, že je rozdíl mezi skupinami signifikantní, nepoukazuje nutně na nemožnost skupiny společně podrobit analýze, ani na vyšší prevalenci SFL a tím vyšší egocentrismus u mexického vzorku. Znamená to spíše,

že ve španělštině je častější užívání osobních zájmen v rámci gramatického pravidla, což se projevuje ještě zvýšeným využitím SFL v emočně nabitých textech. Přestože tedy gramatika jazyků srovnatelná není, efekt se projevils především při srovnání kontrolní skupiny s klinickou, a to je pro výzkum důležité. Je však potřeba mít na mysli, že gramatika v tomto případě ovlivňuje statistiku a ukazuje daleko vyšší výskyt SFL u mexického vzorku. Obdobně by však vypadalo srovnání s angličtinou, kde by se projevils efekt nevyjádřeného já ve zkoumaných jazycích.

Pozornost budí také větší výskyt absolutních slov u české skupiny. Otázkou by v tomto případě mohlo být, zda se jedná o projev českého jazyka. Druhým vysvětlením může být kulturní prostředí. Jelikož se Češi více soustředí na výkon a dlouhodobou orientaci (Hofstede Insight, 2018), je možné, že očekávají lepší výsledky a tím vykazují jistý perfekcionismus, který je vede k absolutním termínům jako „vždy musím být nejlepší“. Signifikance pro hodnoty v kontrolní skupině však nebyly tak markantní, při přísnějším kritériu by neobstály. Úvaha je to však pro budoucí výzkum zajímavá.

8.4 Kognitivní zkreslení v textu

Statistická analýza dokázala potvrdit hypotézy týkající se kognitivních zkreslení v textu. Výjimkou byla kognitivní slova, kde se neprojevil žádný rozdíl mezi klinickou a kontrolní skupinou. Důvodem může být, jak naznačuje analýza, vyšší spokojenost (pozitivní slova) a nižší nespokojenost (negativní slova) u kontrolní skupiny. To pro skupinu znamená méně problémů, které je třeba řešit. Naopak ve skupině klinické je problémů více, je tedy nutné se na ně zaměřovat a využívat kognitivních slov pro jejich odstranění. To by vysvětlovalo nižší potřebu kognitivních slov u kontrol a vyšší u depresivních, což by mohlo vést k výsledkům bez rozdílů.

Diskuze by se také měla zaměřit na kategorie pozitivních slov. Autorka v explorativní analýze vytvořila novou kategorii pozitivních slov v negativním kontextu. Tuto kategorii není možné opomíjet, jelikož samostatné hodnocení pozitivních slov, alespoň tedy v textech expresivního psaní, podle analýzy nepřináší žádné informace. Problémem je, že se jedná o pro počítač složitěji hodnotitelnou kategorii, kterou je nutné lépe operacionalizovat na základě dostupných textů, jelikož autorka prováděla výběr spíše na základě porozumění kontextu. Indikátory mohou být existence absolutního nebo

negativního slova před slovem pozitivním nebo ve stejné větě.

Další vysvětlení může přinést terapie. Klinická skupina byla v obou případech rekrutována prostřednictvím odborníků. Český vzorek pochází z Národního ústavu duševního zdraví, kde byli pacienti internováni nebo docházeli na stacionář. Stejně tak klinická skupina z Mexika, která pochází z center Ipsame a Ingenium. To naznačuje, že se pacienti již zapojili do léčebného procesu a v rámci terapie se mohl zvýšit obsah kognitivních slov v jejich textech a výpovědích.

Otázkou také může být zařazené slovo „protože“. Dva ze tří mexických hodnotitelů se na konfliktnosti slova shodli. To by jinak stačilo k odstranění slova. V tomto případě ale bylo slovo ponecháno jak z důvodu zachování ekvivalence vzorků, protože z české analýzy vyřazeno nebylo, tak z důvodů citování slova jako kognitivního ve výzkumech. Statistická analýza bez tohoto slova by mohla ukázat jiné výsledky.

Možné také je, že se kognitivních slov celkově v textech objevovalo málo a u malého množství probandů. Proto není možné nalézt nějaký významný efekt. Může to být způsobeno samotným záměrem expresivního psaní, které vybízí k rozebrání hlubokých pocitů týkající se traumatizujícího zážitku. Cílem zde není dovést participanty k řešení, ale k rozebrání hlubokého problému. Volba, zda se podělí o svá řešení, nemusí vypovídat o tom, zda je provádějí. Stejně tak může docházet k tomu, že řešení sdělují, ale spíše taková, která se ukazují jako v jejich situaci nefungující. V takovém případě by expresivní psaní nebylo adekvátní metodou k zhodnocení rozdílnosti mezi skupinami v kognitivním psaní a bylo by potřeba využít jiné metody, například instrukce k vyřešení konkrétní situace, kde by se mohl efekt mezi skupinami projevit lépe.

Dále je také nutné podotknout, že to, že je u rekuperujících pacientů cílem zvýšení počtu kognitivních slov, nemusí nutně znamenat, že se tato slova budou častěji objevovat i u kontrolní skupiny bez příznaků deprese. V takovém případě není otázkou srovnání s běžnou populací, která depresí netrpí, ale pacientů se současnými depresivními příznaky a pacientů v pozdější fázi terapie. Proto by bylo potřeba spíše sledovat klinickou skupinu a testovat, zda se s postupující terapií objevuje v textech více takových slov. Zjištění by mohlo být podkladem pro další výzkumy.

8.5 Srovnání s testy deprese

Korelace s testy deprese se ukázala být významná téměř u všech kategorií a potvrzuje, co přinesly předchozí výzkumy, tedy souvislost depresivního onemocnění s vybranými kategoriemi v textu. Problematicnost kategorie kognitivních slov byla již diskutována dříve, a proto nebude v této části dále více rozebírána.

Doporučení z tohoto zjištění mohou pomoci určit směr dalšího výzkumu, ale také mohou mít vliv i na terapeutickou praxi. Nabízí se zde možnost využití techniky expresivního psaní jako diagnostické metody. V případě počítačného zpracování dat by se mohl pacient před terapeutickým sezením věnovat expresivnímu psaní, které by bylo možné vyhodnocovat v kombinaci s BDI-II, jehož administrace je rychlá a jednoduchá a není zde problém při zpracování počítačem. To by mohlo terapeutovi bez většího úsilí dát jasnější představu o tom, v jakém stavu se pacient nachází, či zda u pacienta dochází k nějakým změnám. Velkým pozitivem je, že v případě úspěšného naprogramování se jedná o metodu velmi časově úspornou pro terapeuta, který by dostal výsledky slov pro jednotlivé kategorie. Čtení textu o průměrné délce 240 slov pak zabere přibližně minutu jeho času, ale obsáhne hlavní pacientova témata. Nepochybnou výhodou je také výstup psaní v podobě vizuálního textu i kategorií slov, k čemuž je možné se rychle a efektivně vrátet.

Metoda je pak zároveň terapeutickou pro pacienta. Pacient stráví psaním 20 minut, kdy se zaměřuje na to, co jej trápí. Dochází tak k abreakci afektu, v sezení pak tato část, která mnohdy zabírá především u nezkušených terapeutů spoustu času, může být omezena. Terapeut může rychleji pochopit důležité myšlenky, které se skrývají za stavem pacienta, účelně cílit směr sezení a více času využít k restrukturační myšlenek pacienta a účinné léčbě.

Pochopení emočních sdělení pacienta vede k tvorbě a prohloubení terapeutického vztahu. Zajímavým doporučením pro další výzkum by bylo, zda je možné vytvořit raport prostřednictvím expresivního psaní, jelikož při psaní nedochází k přímému kontaktu. Pacient píše papíru, avšak terapeut psaní následně čte. Expresivní psaní by tak mohlo představovat přínos jak pro diagnostiku, tak i pro terapii zároveň.

8.6 Srovnání s kognitivními testy

Srovnání s testy kognice není tolik přesvědčivé. To může vycházet z již zmíněného problematického prostředí při sběru dat či rozdílů v kognitivním fungování obou vzorků. Přesto se i zde korelace objevuje. Především jde o vysokou souvislost s testy ruminací, jednoho z projevů poruch myšlení u depresivního onemocnění. Korelace nejsou tolik vysoké jako u deprese, přesto jsou stále významné. Objevují se také ojedinělé korelace s některými jednotlivými neuropsychologickými testy kognice. Nejčastěji pak šlo kompozitní RAVLT I-V.

Absolutní slova korelují s dotazníky ARQ a PCQ. Dále je zde souvislost s RAVLT VI, vybavením slov po interferenci. Tato souvislost bude však spíše způsobená vlivem náhody. Vysvětlení, jak by mohla souviset vyšší prevalence absolutních slov s lepším výkonem v paměťovém testu po interferenci, autorka zatím nenalezla. Může jít o souvislosti náhodné, způsobené již dříve diskutovanými neměřenými proměnnými.

Osobní zájmena spojovaná s egocentrismem a depresí korelují s testy ruminací. U PCQ dosahuje korelace $r(126) = .43, p < .001$. Tato korelace je překvapivě silná na to, že jde jen o slovní druh a jeho frekvenci. To by opět nasvědčovalo hlubšímu významu využití zájmen v mluvě či psaní. Zajímavá je také nepochybná souvislost se zhoršením téměř ve všech subdoménách paměťového testu RAVLT. To by tedy znamenalo, že větší zaměření se na sebe souvisí s větším množstvím ruminací a horší pamětí, což by odpovídalo hypotézám zaměstnané kognice a zlepšením při odstranění ruminace (Klein, Boals, 2001).

Vyšší výskyt kognitivních slov by mohl souviset pozorností a exekutivními funkcemi. To naznačuje nepříliš významná korelace, která se projevuje jen u absolutních hodnot kognitivních slov. Přesto však jde o souvislost zajímavou a smysluplnou. Mezi exekutivní funkce patří například řešení problémů, což je hlavním cílem kognitivních slov. Více kognitivních slov souvisí s nižším časem při řešení testů TMT. Při řešení koncentruje daný proband více pozornosti a exekutivních funkcí, tím dochází k rychlejšímu vyřešení testu. Tento efekt by opět bylo nutné lépe výzkumně ověřit.

ZÁVĚR

Deprese je komplexní psychologické onemocnění, které alespoň jednou za život postihne velkou část populace. Onemocnění provází kromě typických diagnostických kritérií i mnohá kognitivní specifika. U depresivních se vyskytují poruchy základních poznávacích schopností, které se projevují v neuropsychologických testech paměti, pozornosti i exekutivních funkcí. Tyto zhoršené výsledky v testech kognice jsou souhrnně označovány jako kognitivní deficit (Preiss, Kučerová, 2006). Na úrovni poruchy myšlení se často zmiňují ruminace, které Treynor, Gonzalez a Nolen-Hoeksema (2003) člení na skličující, které jde považovat za projev poruchy kognice (Riso et al., 2003), a reflektivní, vedoucí k vyřešení situace. Mezi typické kognitivní distorze nalézané u depresivních pacientů patří také například absolutní myšlení (Beck, 1979).

Současné výzkumy ukazují, že distorze je možné u deprese sledovat i v psaném textu. Technika expresivního psaní přináší pozitivní účinky při abreakci traumatické zkušenosti a dokládá mnohá zdravotní i psychologická zlepšení (Pennebaker, Beall, 1986). Přesto však jsou tyto výsledky mnohdy nedosažitelné u klinické populace (Frisina, Borod, Lepore, 2004). Důvodem může být přetrvávání jistých kognitivních struktur, které pak u pacientů nevedou ke stejným cílům jako u běžné populace. Výzkumy prokazují, že v textovém projevu pacientů s depresí se objevuje vyšší prevalence jistých slov, která běžná populace nepoužívá tak často.

Mezi taková slova patří slova absolutní. U těch se ukazuje vysoká souvislost se sebevražedností. Formulovat svoje myšlenky v absolutních termínech může vést k přehlížení celé šedé zóny možných řešení mezi danými póly. Depresivní také častěji přemýšlejí o sobě a svých potížích, následně pak odkazují sami na sebe. Využívají k tomu více osobních a přivlastňovacích zájmen, což je v textech také možné zaznamenat a testovat. Emoční afekt depresivity je převážně negativní, ve stádiích těžké deprese pak

převažuje anhedonie. Z toho důvodu se u pacientů s depresí objevuje v textech daleko více emočně negativních slov. Co se týče slov pozitivních, je nutné rozlišovat, zda se jedná o pozitivní slovo s pozitivním, či negativním kontextem. S odstraněním deprese by mohla souviset vyšší prevalence slov kognitivních, která hledají důvody či řešení (Pennebaker, Francis, Booth, 2001).

Předložená práce si dala za cíl nalézt tyto kategorie slov v textech expresivního psaní depresivních pacientů a statisticky otestovat, zda je možné teorii přinést i do odlišného jazykového prostředí, než je angličtina. Dřívější studie z odlišných jazykových prostředí ukázaly na možnost studia například ve španělštině (Ramírez-Esparza et al., 2007). V současném výzkumu byly použity dva vzorky pocházející z odlišných kulturních prostředí. Španělsky mluvící vzorek pochází z výzkumu provedeného autorkou v Mexiku, český vzorek pak z výzkumu Národního ústavu duševního zdraví. Analýza textu přináší slovník obou jazykově odlišných vzorků. Vzorky byly statisticky srovnány a ukazují se ekvivalentními, vyjma SFL, které je u španělské skupiny zřejmě vlivem gramatiky vyšší. Dále bylo možné potvrdit signifikantně vyšší užití zvolených kategorií slov u klinické populace. V současné studii se nepotvrdil efekt u slov kognitivních, jejichž množství se u kontrolní a klinické skupiny neliší. To však může být způsobeno jinými faktory. V práci byla dále otestována souvislost se skóry v testech deprese. Tato souvislost se u všech kategorií vyjma slov kognitivních ukazuje jako významná. Studována byla také souvislost s kognitivními testy. Prokázala se souvislost se sebehodnocením v testech ruminací, ale i se zhoršením v paměťovém testu. Zjištění může naznačovat možnost budoucího využití techniky jako pomocné diagnostiky u deprese.

Literatura

- Afridi, M. I., Hina, M., Qureshi, I. S., & Hussain, M. (2011). Cognitive disturbance comparison among drug-naive depressed cases and healthy controls. *J Coll Physicians Surg Pak*, 21(6), 351-5.
- Al-Mosaiwi, M., & Johnstone, T. (2017). In an Absolute State: Elevated Use of Absolutist Words Is a Marker Specific to Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation. *Clinical Psychological Science*, 2167702617747074.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Allott, K., Fisher, C. A., Amminger, G. P., Goodall, J., & Hetrick, S. (2016). Characterizing neurocognitive impairment in young people with major depression: state, trait, or scar?. *Brain and behavior*, 6(10).
- Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1979). Judgment of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser?. *Journal of experimental psychology: General*, 108(4), 441.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. and Hartlage, S. (1988), The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27: 5–21.
- Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G., Ávila González, M. J., González García, A., Guitián Rodríguez, D., Louro González, A., & Triñares Pego, Y. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t*.
- Andreasen, N. C. (1997). Creativity and mental illness: Prevalence rates in writers and their first-degree relatives. *Eminent creativity, everyday creativity, and health*, 7-18.
- Andreasen, N. J. C., & Canter, A. (1974). The creative writer: Psychiatric symptoms and family history. *Comprehensive Psychiatry*, 15(2), 123-131.
- Andrés González, D., Reséndiz Rodríguez, A., Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237-244.
- Andrews, P. W., & Thomson Jr, J. A. (2009). The bright side of being blue: depression as an adaptation for

- analyzing complex problems. *Psychological review*, 116(3), 620.
- Arango-Lasprilla, J. C., Rivera, D., Aguayo, A., Rodríguez, W., Garza, M. T., Saracho, C. P., ... & Longoni, M. (2015). Trail making test: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. *NeuroRehabilitation*, 37(4), 639-661.
- Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes¹. In *Psychology of learning and motivation* (Vol. 2, pp. 89-195). Academic Press.
- Austin, M. P., Mitchell, P., & Goodwin, G. M. (2001). Cognitive deficits in depression. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 200-206.
- Baddeley, A. D. (2004). The psychology of memory. *The essential handbook of memory disorders for clinicians*, 1-13.
- Baddeley, J. L., Daniel, G. R., & Pennebaker, J. W. (2011). How Henry Hellyer's use of language foretold his suicide. *Crisis*.
- Badillo, V., (2016). Opera Hospital Psiquiátrico de NL clandestinamente. *Publimetro*. [online 2018-02-22]. Dostupné z: <https://www.publimetro.com.mx/mx/monterrey/2016/10/25/opera-hospital-psiquiatrico-nl-clandestinamente-2.html>
- Bahník, Š., Vranka, M., & Dlouhá, J. (2015). X good things in life: Processing fluency effects in the "Three good things in life" exercise. *Journal of Research in Personality*, 55, 91-97.
- Baikie, K. A., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in psychiatric treatment*, 11(5), 338-346.
- Baikie, K. A., Geerligs, L., & Wilhelm, K. (2012). Expressive writing and positive writing for participants with mood disorders: An online randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 136(3), 310-319.
- Barbic, S. P., Durisko, Z., & Andrews, P. W. (2014). Measuring the bright side of being blue: A new tool for assessing analytical rumination in depression. *PloS one*, 9(11), e112077.
- Barnett, J. H., Salmond, C. H., Jones, P. B., & Sahakian, B. J. (2006). Cognitive reserve in neuropsychiatry. *Psychological medicine*, 36(8), 1053-1064.
- Barron, F. (1969). *Creative person and creative process*. Oxford, England: Holt, Rinehart, & Winston.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... & Cuijpers, P. (2016). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *Focus*, 14(2), 229-243.

- Bartoskova, M., Sevcikova, M., Durisko, Z., Maslej, M. M., Barbic, S. P., Preiss, M., & Andrews, P. W. (2018). The form and function of depressive rumination. *Evolution and Human Behavior*.
- Batten, S. V., Follette, V. M., Hall, M. L. R., & Palm, K. M. (2002). Physical and psychological effects of written disclosure among sexual abuse survivors. *Behavior Therapy*, 33(1), 107-122.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Descleé de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-8.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.
- Beck, A., Rector, N., Stolar, N., & Grant, P. (2009). Schizophrenia: cognitive theory, research and therapy. *Psychiatr. Rehabil. J*, 32(4), 327-328.
- Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral cortex*, 10(3), 295-307.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1).
- Benedet, M. J., & Alejandre, M. A. (1998). Tavec. *Test de aprendizaje verbal España-Complutense*. Madrid: TEA.
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: a narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy research*, 27(5), 511-524.
- Berry, J. W. (2002). *Cross-cultural psychology: Research and applications*. Cambridge University Press.
- Bonnet, F., Irving, K., Terra, J. L., Nony, P., Berthezène, F., & Moulin, P. (2005). Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis*, 178(2), 339-344.
- Booth, R. J., Petrie, K. J., & Pennebaker, J. W. (1997). Changes in circulating lymphocyte numbers following emotional disclosure: Evidence of buffering?. *Stress medicine*, 13(1), 23-29.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *The British Journal of Psychiatry*, 130(3), 201-210.

- Brandt, J. (1991). The Hopkins Verbal Learning Test: Development of a new memory test with six equivalent forms. *The Clinical Neuropsychologist*, 5(2), 125-142.
- Brickenkamp, R., & Zillmer, E. (1998). The d2 test of attention, 1st US Edn. eds Hogrefe and Huber. WA, Seattle.
- Brockmeyer, T., Zimmermann, J., Kulesa, D., Hautzinger, M., Bents, H., Friederich, H. C., ... & Backenstrass, M. (2015). Me, myself, and I: self-referent word use as an indicator of self-focused attention in relation to depression and anxiety. *Frontiers in psychology*, 6, 1564.
- Burin, D., & Arizaga, R. (1998). Test Auditivo Verbal de Rey-versión Buenos Aires (TAVR-BA). In *Validez y fiabilidad para adultos mayores en Capital Federal. III Congreso Nacional de Neuropsicología, Buenos Aires*.
- Burton, R., & Petříček, M. (2006). *Anatomie melancholie*. Praha: Prostor.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1-18.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge University Press.
- Ciarrochi, J., Forgas, J. P., & Mayer, J. D. (Eds.). (2001). *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry*. Psychology Press.
- CIE-10. (2009). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Praha: Bomton Agency.
- CogQuiz (2016). Make Trails Test. *CogQuiz*. [online 2018-04-17]. Dostupné z: <https://cogquiz.com/TrailsWrapper.aspx>
- CONEVAL. (2016). Pobreza en México. *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*. [online 2018-3-20]. Dostupné z: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2016.aspx
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 5(2), 95-105.
- Corrigan, J. D., & Hinkeldey, N. S. (1987). Relationships between parts A and B of the Trail Making Test. *Journal of clinical psychology*, 43(4), 402-409.
- Corter, A. L., & Petrie, K. J. (2008). Expressive writing in context: The effects of a confessional setting and delivery of instructions on participant experience and language in writing. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 27-30.

- Coryell, W. H. (2008) Alternative therapies for mood disorders. (ss. 516-522) V Tyrer, P., & Silk, K. R. (Eds.). *Cambridge textbook of effective treatments in psychiatry*. Cambridge University Press.
- Coryell, W. H., & Geddes, J. (2008) Psychopharmacology of mood disorders. (ss. 483-495) V Tyrer, P., & Silk, K. R. (Eds.). *Cambridge textbook of effective treatments in psychiatry*. Cambridge University Press.
- Cotrena, C., Branco, L. D., Shansis, F. M., & Fonseca, R. P. (2016). Executive function impairments in depression and bipolar disorder: association with functional impairment and quality of life. *Journal of affective disorders*, 190, 744-753.
- Crews, W. D., & Harrison, D. W. (1995). The neuropsychology of depression and its implications for cognitive therapy. *Neuropsychology Review*, 5(2), 81-123.
- Crow, D. M. (2000). *Physiological and health effects of writing about stress* (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).
- Cuellar, I., Arnold, B., & Maldonado, R. (1995). Acculturation rating scale for Mexican Americans-II: A revision of the original ARSMA scale. *Hispanic journal of behavioral sciences*, 17(3), 275-304.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic journal of psychiatry*, 65(6), 354-364.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
- ČSÚ. (2014). Úroveň vzdělání obyvatelstva podle výsledků sčítání lidu. *Lidé a společnost*. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20536250/17023214.pdf/7545a15a-8565-458b-b4e3-e8bf43255b12?version=1.1>
- Davidson, R. J., Lewis, D. A., Alloy, L. B., Amaral, D. G., Bush, G., Cohen, J. D., ... & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Neural and behavioral substrates of mood and mood regulation. *Biological psychiatry*, 52(6), 478-502.
- Davis, D., & Brock, T. C. (1975). Use of first person pronouns as a function of increased objective self-awareness and performance feedback. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11(4), 381-388.
- Delis, D. C. (1994). *CVLT-C: California verbal learning test*. Psychological Corporation, Harcourt Brace Corporation.
- DeSalvo, L. A. (2000). *Writing as a way of healing: How telling our stories transforms our lives*. Beacon Press.

- Díaz-Loving, R. (2017). *Las garras de la cultura: Investigaciones en torno a las normas y creencias del mexicano*. Editorial El Manual Moderno.
- DSM-5. (2015). *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- DSM-5. (2015). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambliss, H. O. (2005). Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *American journal of preventive medicine*, 28(1), 1-8.
- Durisko, Z., Barbic, S. & Andrews, P. W. (in review). The perceived complexity of problems questionnaire.
- Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self awareness*. Academic Press, New York
- Egeland, J., Lund, A., Landrø, N. I., Rund, B. R., Sundet, K., Asbjørnsen, A., ... & Stordal, K. I. (2005). Cortisol level predicts executive and memory function in depression, symptom level predicts psychomotor speed. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(6), 434-441.
- Elliott, R. (1998). The neuropsychological profile in unipolar depression. *Trends in Cognitive Sciences*, 2(11), 447-454.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Ellis, T. E., & Rutherford, B. (2008). Cognition and suicide: Two decades of progress. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(1), 47-68.
- Fitzgerald, P. B., Brown, T. L., Marston, N. A., Daskalakis, Z. J., de Castella, A., & Kulkarni, J. (2003). Transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression: a double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of general psychiatry*, 60(10), 1002-1008.
- Flor-Henry, P. (1979). On certain aspects of the localization of the cerebral systems regulating and determining emotion. *Biological Psychiatry*.
- Folstein, M. F., Maiberger, R., & McHugh, P. R. (1977). Mood disorder as a specific complication of stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 40(10), 1018-1020.
- Forgas, J. P. (2008). Affect and cognition. *Perspectives on psychological science*, 3(2), 94-101.
- Fossati, P., Ergis, A. M., & Allilaire, J. F. (2002). Executive functioning in unipolar depression: a review. *L'encéphale*, 28(2), 97-107.
- Francis, M. E., & Pennebaker, J. W. (1992). Putting stress into words: The impact of writing on physiological, absentee, and self-reported emotional well-being measures. *American Journal of*

Health Promotion, 6(4), 280-287.

- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 132(6), 823.
- Friedman, A. S. (1964). Minimal effects of severe depression on cognitive functioning. *Journal Of Abnormal & Social Psychology*, 69(3), 237-243.
- Frisina, P. G., Borod, J. C., & Lepore, S. J. (2004). A meta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes of clinical populations. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(9), 629-634.
- GHDx (2016). GBD Results Tool. *Global Health Data Exchange*. [online 2018-02-22]. Dostupné z: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Goláňová, I. (2018). Kognitivní funkce u depresivních pacientů v interkulturním kontextu (Diplomová práce). Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.
- Greenawalt, D. S., & Hayes, A. M. (2012). Is past depression or current dysphoria associated with social perception?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(4), 329.
- Greenberg, M. A., & Stone, A. A. (1992). Emotional disclosure about traumas and its relation to health: effects of previous disclosure and trauma severity. *Journal of personality and social psychology*, 63(1), 75.
- Greenberg, M. A., Wortman, C. B., & Stone, A. A. (1996). Emotional expression and physical health: Revising traumatic memories or fostering self-regulation?. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 588.
- Greenberg, M. A., Wortman, C. B., & Stone, A. A. (1996). Emotional expression and physical health: Revising traumatic memories or fostering self-regulation?. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 588.
- Groth-Marnat, G. E. (2000). *Neuropsychological assessment in clinical practice: A guide to test interpretation and integration*. John Wiley & Sons Inc.
- Guntuku, S. C., Yaden, D. B., Kern, M. L., Ungar, L. H., & Eichstaedt, J. C. (2017). Detecting depression and mental illness on social media: an integrative review. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 18, 43-49.
- Hall, E.T. (1959). *The silent language*. New York. Doubleday.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*,

23(1), 56.

- Hammar, Å., & Årdal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression-a summary. *Frontiers in human neuroscience*, 3, 26.
- Harris, A. H. (2006). Does expressive writing reduce health care utilization? A meta-analysis of randomized trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(2), 243.
- Hathaway, S. R., McKinley, J. C., & MMPI Restandardization Committee. (1989). *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: manual for administration and scoring*. University of Minnesota Press.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hofstede Insight (2018). Country comparison. *Hofstede Insight*. [online 2017-11-22]. Dostupné z: <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/czech-republic.mexico/>
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations*. Thousand Oaks: Sage.
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. *Online readings in psychology and culture*, 2(1), 8.
- Hollon, S. D., & Shelton, R. C. (2001). Treatment guidelines for major depressive disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 235-258.
- Höschl, C. (2002). Poruchy nálady (afektivní poruchy). *Psychiatrie. Praha: Tigris*, 409-454.
- Chang, J. H., Huang, C. L., & Lin, Y. C. (2013). The psychological displacement paradigm in diary-writing (PDPD) and its psychological benefits. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 155-167.
- INEGI. (2010). Estructura porcentual de la población que profesa alguna religión por tipo de religión. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. [online 2018-3-21]. Dostupné z: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/religion/>
- INEGI. (2015). Educación. *Encuesta Intercensal 2015*. [online 2018-3-16]. Dostupné z: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad.aspx?tema=P>
- Jarrold, W., Javitz, H. S., Krasnow, R., Peintner, B., Yeh, E., Swan, G. E., & Mehl, M. (2011). Depression and self-focused language in structured interviews with older men. *Psychological reports*, 109(2), 686-700.
- Jensen, A. R. (1985). The nature of the Black-White difference on various psychometric tests: Spearman's

- hypothesis. *Behavioral and Brain Sciences*, 8(2), 193-219.
- Jin, S. R. (2005). The dialectical effect of psychological displacement: A narrative analysis. *Taipei, China: National Science Council*.
- Joormann, J., Dkane, M., & Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior therapy*, 37(3), 269-280.
- Kagan, J. (1966). Reflection-impulsivity: The generality and dynamics of conceptual tempo. *Journal of abnormal psychology*, 71(1), 17.
- Kagan, S., & Zahn, G. L. (1975). Field dependence and the school achievement gap between Anglo-American and Mexican-American children. *Journal of Educational Psychology*, 67(5), 643-650.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Macmillan.
- Kaláb, M. (2012). Smutek v běhu staletí. V Orel, M. *Psychopatologie*. (ss. 135-139). Praha: Grada.
- Kaufman, J. C. (2003). The cost of the muse: Poets die young. *Death studies*, 27(9), 813-821.
- Kaufman, J. C., & Sexton, J. D. (2006). Why doesn't the writing cure help poets?. *Review of general psychology*, 10(3), 268-282.
- Kertzman, S., Reznik, I., Hornik-Lurie, T., Weizman, A., Kotler, M., & Amital, D. (2010). Stroop performance in major depression: Selective attention impairment or psychomotor slowness?. *Journal of affective disorders*, 122(1), 167-173.
- Kessler, R. C., & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and anxiety*, 7(1), 3-14.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... & Kawakami, N. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry*, 6(3), 168.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(6), 763-771.
- King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology*

Bulletin, 27(7), 798-807.

- King, L. A., & Miner, K. N. (2000). Writing about the perceived benefits of traumatic events: Implications for physical health. *Personality and social psychology bulletin*, 26(2), 220-230.
- Klein, K. (2002). Stress, expressive writing, and working memory. V S. J. Lepore & J. M. Smyth (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (p. 135–155). American Psychological Association.
- Klein, K., & Boals, A. (2001). Expressive writing can increase working memory capacity. *Journal of experimental psychology: General*, 130(3), 520.
- Kolman, L., Noorderhaven, N. G., Hofstede, G., & Dienes, E. (2003). Cross-cultural differences in Central Europe. *Journal of Managerial Psychology*, 18(1), 76-88.
- Kopeček, M. (2006). Kognitivní efekt antidepresiv. (ss. 305-332) V Preiss, M., Kučerová, H., et al.: *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha, Grada Publishing.
- Košč, M., & Novák, J. (1997). Rey-Osterriethova komplexní figura. Brno: *Psychodiagnostika*.
- Koukolík, F. (2002). Lidský mozek. Funkční systémy. Norma a poruchy. Praha: Portál.
- Krantz, A., & Pennebaker, J. W. (1996). Psychological and health effects of expression on traumatic experience through dance and writing: An exploratory study. *Manuscript submitted for publication*. Dallas: Southern Methodist University Press.
- Kučera, D., Havigerová, J. M., Haviger, J., Cvrček, V., Komrsková, Z., Lukeš, D., Jelínek, T., Urbánek, T., & Franková, J. (2018). Výzkum CPACT: Komputační psycholinguistická analýza českého textu [CPACT Research: Computational Psycholinguistic Analysis of Czech Text]. Č. Budějovice: Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.
- Kulišťák, P. (2003). *Neuropsychologie*. Praha: Portál.
- Kumar, K. S., Srivastava, S., Paswan, S., & Dutta, A. S. (2012). Depression-symptoms, causes, medications and therapies. *The Pharma Innovation*, 1(3, Part A), 37.
- Leal-Isidro, M. Psychiatra a profesorka ITESM. V rámci přednáškových cyklů Trastornos psicóticos y del estado de ánimo. [Ústní sdělení]. Monterrey, první trimestr 2018.
- Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., Lépine, J. P., ... & Knapp, E. (1992). Mini mezinárodní neuropsychiatrické interview.
- Lee, S. W., Kim, I., Yoo, J., Park, S., Jeong, B., & Cha, M. (2016). Insights from an expressive writing intervention on Facebook to help alleviate depressive symptoms. *Computers in Human Behavior*, 62,

613-619.

- Lee, S. W., Kim, I., Yoo, J., Park, S., Jeong, B., & Cha, M. (2016). Insights from an expressive writing intervention on Facebook to help alleviate depressive symptoms. *Computers in Human Behavior*, 62, 613-619.
- Lepore, S. J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 73(5), 1030.
- Lepore, S. J., & Smyth, J. M. (2002). *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being*. American Psychological Association.
- Lester, D. (1994). Suicide in writers. *Perceptual and motor skills*, 78(2), 698-698.
- Leventhal, A. M. (2008). Sadness, depression, and avoidance behavior. *Behavior Modification*, 32(6), 759-779.
- Lévy-Bruhl, L. (1966) *How natives think*. New York: Washington Square Press.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*, 150-72.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larson, D. W., & Franklin, J. (1981). Depression-related cognitions: antecedent or consequence?. *Journal of abnormal psychology*, 90, 213.
- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA.
- Litinsky, A. M., & Haslam, N. (1998). Dichotomous thinking as a sign of suicide risk on the TAT. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 368-378.
- Liu, Y., Tsai, S., Fleck, D. E., & Strakowski, S. M. (2011). Cross-cultural comparisons on Wisconsin Card Sorting Test performance in euthymic patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 189(3), 469-471.
- LIWC. (2020). La aplicación del LIWC. *Linguistic Inquiry and Word Count*. [online 2020-1-13]. Dostupné z: <http://www.liwc.net/liwcspanol/liwcdescription.php>
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E., & Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*, 118(13), 493-499.
- Ludwig, A. M. (1994). Mental illness and creative activity in female writers. *American Journal of psychiatry*, 151(11), 1650-1656.

- Ludwig, A. M. (1995). *The price of greatness: Resolving the creativity and madness controversy*. Guilford Press.
- Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Dickerhoof, R. (2006). The costs and benefits of writing, talking, and thinking about life's triumphs and defeats. *Journal of personality and social psychology*, 90(4), 692.
- Mahoney, M. J. (Ed.). (2004). *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research and practice*. Springer Publishing Company.
- Mahurin, R. K., Velligan, D. I., Hazleton, B., Davis, J. M., Eckert, S., & Miller, A. L. (2006). Trail making test errors and executive function in schizophrenia and depression. *The Clinical Neuropsychologist*, 20(2), 271-288.
- Majer, M., Ising, M., Künzel, H., Binder, E. B., Holsboer, F., Modell, S., & Zihl, J. (2004). Impaired divided attention predicts delayed response and risk to relapse in subjects with depressive disorders. *Psychological Medicine*, 34(8), 1453-1463.
- Maratos, A., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. (2008). Music therapy for depression. *The Cochrane Library*.
- Markowitz, D. M., & Hancock, J. T. (2017). The 27 Club: Music lyrics reflect psychological distress. *Communication Reports*, 30(1), 1-13.
- McAdams, D. P. (1999). Personal narratives and the life story. V Pervin, L. A., John, O. P, *Handbook of Personality: Theory and Research* (ss. 478–500). New York: The Guilford Press.
- McCullough Jr, J. P. (2003). Treatment for chronic depression using cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Journal of clinical psychology*, 59(8), 833-846.
- Miller, W. R. (1975). Psychological deficit in depression. *Psychological Bulletin*, 82(2), 238-260.
- MKN-10. (2009). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Praha: Bomton Agency.
- Mohr, P., Bravermanová, A., Kratochvílová, Z., Melicher, T., & Knytl, P. (2015). Kognitivní poruchy u deprese. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 111(6).
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry*, 134(4), 382-389.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry*, 134(4), 382-389.
- Mor, N., & Winquist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: a meta-analysis. *Psychological*

bulletin, 128(4), 638.

- Morimoto, S. S., Wexler, B. E., Liu, J., Hu, W., Seirup, J., & Alexopoulos, G. S. (2014). Neuroplasticity-based computerized cognitive remediation for treatment-resistant geriatric depression. *Nature communications*, 5, 4579.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York : Wiley.
- Murphy, R. F. (1998). *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. Sociologické nakladatelství (Slon).
- Naismith, S. L., Diamond, K., Carter, P. E., Norrie, L. M., Redoblado-Hodge, M. A., Lewis, S. J., & Hickie, I. B. (2011). Enhancing memory in late-life depression: the effects of a combined psychoeducation and cognitive training program. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 240-248.
- Navrátilová, P. (2009). *Kognitivní výkon u pacientů s depresivní poruchou: profil, dynamika a související faktory* (Doctoral dissertation, Masarykova univerzita, Filozofická fakulta).
- Neuringer, C. (1961). Dichotomous evaluations in suicidal individuals. *Journal of Consulting Psychology*, 25(5), 445.
- Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- Páez, D., Velasco, C., & González, J. L. (1999). Expressive writing and the role of alexythimia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(3), 630.
- Pagnin, D., de Queiroz, V., Pini, S., & Cassano, G. B. (2008). Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review. *Focus*, 6(1), 155-162.
- Park, C. L., & Blumberg, C. J. (2002). Disclosing trauma through writing: Testing the meaning-making hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 26(5), 597-616.
- Patel, V. (2001). Cultural factors and international epidemiology: Depression and public health. *British medical bulletin*, 57(1), 33-45.
- Patten, S. B. (2003). International differences in major depression prevalence: what do they mean?. *Journal of clinical epidemiology*, 56(8), 711-716.
- Pennebaker, J. W. , & Chung, C. K. (2012). Expressive writing, emotional upheavals, and health. V Baum, A., Revenson, T. A., & Singer, J. *Handbook of health psychology*. Psychology press.
- Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition, and disease. In Berkowitz, L. E., & Walster, E. E. *Advances in experimental social psychology, Vol. 9, Equity theory: Toward a general theory of social interaction*. (ss. 211-244). New York: Academic Press.

- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological science*, 8(3), 162-166.
- Pennebaker, J. W. (2011). The secret life of pronouns. *New Scientist*, 211(2828), 42-45.
- Pennebaker, J. W. (2018). Expressive writing in psychological science. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 226-229.
- Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of abnormal psychology*, 95(3), 274.
- Pennebaker, J. W., & Francis, M. E. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition & Emotion*, 10(6), 601-626.
- Pennebaker, J. W., & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of clinical psychology*, 55(10), 1243-1254.
- Pennebaker, J. W., & Susman, J. R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social science & medicine*, 26(3), 327-332.
- Pennebaker, J. W., Boyd, R. L., Jordan, K., & Blackburn, K. (2015). *The development and psychometric properties of LIWC2015*. [online 2020-1-13]. Dostupné z: https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/31333/LIWC2015_LanguageManual.pdf?Sequence=3
- Pennebaker, J. W., Francis, M. E., & Booth, R. J. (2001). Linguistic inquiry and word count: LIWC 2001. *Mahway: Lawrence Erlbaum Associates*, 71(2001), 2001.
- Perini, S., Titov, N., & Andrews, G. (2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 43(6), 571-578.
- Perruci, G. (2011). Millennials and globalization. *Journal of Leadership Studies*, 5(3), 82-87.
- Petrie, K. J., Fontanilla, I., Thomas, M. G., Booth, R. J., & Pennebaker, J. W. (2004). Effect of written emotional expression on immune function in patients with human immunodeficiency virus infection: a randomized trial. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 272-275.
- Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2010). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Galén.
- Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Portál, sro.
- Preiss, M. (1999). *Paměťový test učení*. Brno: Psychodiagnostika.

- Preiss, M., & Kučerová, H. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Grada Publishing as.
- Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). BDI-II. *Beckova sebesozovovací škála pro dospělé*. Brno: psychodiagnostika.
- Preiss, M., Kučerová, H., Navrátilová, P., Černík, M. (2006). Kognitivní deficit u depresivní poruchy. V Preiss, M., Kučerová, H. *Neuropsychologie v psychiatrii*. (ss. 235-268). Praha: Grada.
- Preiss, M., Preiss, J. (2006). *Test cesty: příručka testu pro děti a dospělé*. Brno: Psychodiagnostika.
- Preiss, M., Rodriguez, M., & Laing, H. (2002). Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha: Klinické vyšetření základních kognitivních funkcí. Psychiatrické centrum.
- Preiss, M., Rodriguez, M., & Laing, H. (2002). Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha: Klinické vyšetření základních kognitivních funkcí. Psychiatrické centrum.
- Proeve, M., Anton, R., & Kenny, M. (2018). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.
- Progoff, I. (1977). *At a journal workshop: The basic text and guide for using the Intensive Journal*. Dialogue House Library.
- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). Beckova škála deprese BDI-II – Standardizace a využití v praxi. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 112(6).
- Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: a self-awareness theory of reactive depression. *Psychological bulletin*, 102(1), 122.
- Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Ramirez-Esparza, N., Chung, C. K., Kacwicz, E., & Pennebaker, J. W. (2008). The Psychology of Word Use in Depression Forums in English and in Spanish: Texting Two Text Analytic Approaches. In *ICWSM*.
- Ramírez-Esparza, N., Pennebaker, J. W., García, F. A., & Suriá, R. (2007). La psicología del uso de las palabras: Un programa de computadora que analiza textos en español. *Revista mexicana de psicología*, 24(1), 85-99.
- Reinhold, M., Bürkner, P. C., & Holling, H. (2018). Effects of expressive writing on depressive symptoms—A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*.
- Reitan, R. M. (1992). *Trail Making Test: Manual for administration and scoring*. Reitan Neuropsychology Laboratory.

- Reppermund, S., Ising, M., Lucae, S., & Zihl, J. (2009). Cognitive impairment in unipolar depression is persistent and non-specific: further evidence for the final common pathway disorder hypothesis. *Psychological medicine*, 39(4), 603-614.
- Rey, A. (1964). *The clinical examination in psychology*. Paris: Press Universitaire de France.
- Richards, P. M., & Ruff, R. M. (1989). Motivational effects on neuropsychological functioning: comparison of depressed versus nondepressed individuals. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(3), 396.
- Riso, L. P., Du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., ... & Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of abnormal psychology*, 112(1), 72.
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 44(10), 2029-2040.
- Rodriguez, A. J., Holleran, S. E., & Mehl, M. R. (2010). Reading between the lines: The lay assessment of subclinical depression from written self-descriptions. *Journal of personality*, 78(2), 575-598.
- Romero, E. (2011). Confiabilidad y validez de los instrumentos de evaluación neuropsicológica. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(2), 83-92.
- Rude, S., Gortner, E. M., & Pennebaker, J. (2004). Language use of depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition & Emotion*, 18(8), 1121-1133.
- Rush, A. J., Marangell, L. B., Sackeim, H. A., George, M. S., Brannan, S. K., Davis, S. M., ... & Rapaport, M. H. (2005). Vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression: a randomized, controlled acute phase trial. *Biological psychiatry*, 58(5), 347-354.
- Rushton, J. P. (1996). *Race, evolution, and behavior: A life history perspective*. Transaction Publ.
- Salovey, P. (1992). Mood-induced self-focused attention. *Journal of personality and social psychology*, 62(4), 699.
- Sanford, F. H. (1942). Speech and personality. *Psychological Bulletin*, 39(10), 811.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud*, 16(2).
- Sarapas, C., Shankman, S. A., Harrow, M., & Goldberg, J. F. (2012). Parsing trait and state effects of depression severity on neurocognition: Evidence from a 26-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*, 121(4), 830.

- Savekar, A., Tarai, S., & Singh, M. (2019). Linguistic Markers in Individuals With Symptoms of Depression in Bi-Multilingual Context. In *Early Detection of Neurological Disorders Using Machine Learning Systems* (pp. 216-240). IGI Global.
- Scott Jr, V. B., Robare, R. D., Raines, D. B., Konwinski, S. J., Chanin, J. A., & Tolley, R. S. (2003). Emotive writing moderates the relationship between mood awareness and athletic performance in collegiate tennis players. *North American Journal of Psychology*.
- Scult, M. A., Knodt, A. R., Swartz, J. R., Brigidi, B. D., & Hariri, A. R. (2017a). Thinking and feeling: individual differences in habitual emotion regulation and stress-related mood are associated with prefrontal executive control. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 150-157.
- Scult, M. A., Paulli, A. R., Mazure, E. S., Moffitt, T. E., Hariri, A. R., & Strauman, T. J. (2017b). The association between cognitive function and subsequent depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 47(1), 1-17.
- Seligman, M. (2014). *Vzkvétání: nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Jan Melvil Publishing.
- Seligman, M. E. (1974). *Depression and learned helplessness*. John Wiley & Sons.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American psychologist*, 55, 5-14. Edición especial.
- Semkovska, M., & Ahern, E. (2017). Online neurocognitive remediation therapy to improve cognition in community-living individuals with a history of depression: A pilot study. *Internet Interventions*, 9, 7-14.
- Sevcikova, M., Bartoskova, M., Prajsova, J. Preiss, M. Validation of PCQ, nepublikovaný manuscript.
- Sexton, J. D., & Pennebaker, J. W. (2004). Non-expression of emotion and self among members of socially stigmatized groups: Implications for physical and mental health. V Nyklicek, I., Temoshok, L., & Vingerhoets, A., *Emotional Expression and Health* (ss. 321–333). New York: Brunner-Routledge.
- Shallcross, A. J., Willroth, E. C., Fisher, A., Dimidjian, S., Gross, J. J., Visvanathan, P. D., & Mauss, I. B. (2018). Relapse/Recurrence Prevention in Major Depressive Disorder: 26-Month Follow-Up of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus an Active Control. *Behavior Therapy*.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Janavs, J., Knapp, E., Weiller, E., Sheehan, M., ... & Teherani, M. (1992). Mini international neuropsychiatric interview. *English version*, 5(0).
- Schaefer, J. D., Scult, M. A., Caspi, A., Arseneault, L., Belsky, D. W., Hariri, A. R., ... & Moffitt, T. E. (2017). Is low cognitive functioning a predictor or consequence of major depressive disorder? A test in two longitudinal birth cohorts. *Development and psychopathology*, 1-15.

- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69(5), 379.
- Schaller, M. (1997). The psychological consequences of fame: Three tests of the self-consciousness hypothesis. *Journal of Personality*, 65(2), 291-309.
- Schwartz, S. H. (1994). *Beyond individualism/collectivism: New cultural dimensions of values*. Sage Publications, Inc.
- Simonton, D. K. (1990). *Psychology, science, and history: An introduction to historiometry*. Yale University Press.
- Skinner, B. F. (1963). Operant behavior. *American Psychologist*, 18(8), 503.
- Sloan, D. M. (2005). It's all about me: Self-focused attention and depressed mood. *Cognitive Therapy and Research*, 29(3), 279-288.
- Sloan, D. M., & Marx, B. P. (2006). Exposure through written emotional disclosure: Two case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(3), 227-234.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Epstein, E. M., & Dobbs, J. L. (2008). Expressive writing buffers against maladaptive rumination. *Emotion*, 8(2), 302.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 174.
- Smyth, J. M., & Greenberg, M. A. (2000). Scriptotherapy: The effects of writing about traumatic events.
- Smyth, J. M., Hockemeyer, J. R., & Tulloch, H. (2008). Expressive writing and post-traumatic stress disorder: Effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 85-93.
- Smyth, J. M., Stone, A. A., Hurewitz, A., & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: A randomized trial. *Jama*, 281(14), 1304-1309.
- Smyth, J., True, N., & Souto, J. (2001). Effects of writing about traumatic experiences: The necessity for narrative structuring. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(2), 161-172.
- Snyder, C. R. (Ed.). (1999). *Coping: The psychology of what works*. Clarendon Press.
- Spek, V., Cuijpers, P. I. M., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 37(3), 319-328.

- Spera, S. P., Buhrfeind, E. D., & Pennebaker, J. W. (1994). Expressive writing and coping with job loss. *Academy of management journal*, 37(3), 722-733.
- Stach, M. (2011). Specifika české národní kultury. *EMI: Ekonomika Management Inovace*, 2011-01.
- Staltaro, S. O. (2003). *Contemporary American poets, poetry writing, and depression* (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).
- Stephens, A. (1993). Stress and the cardiovascular system: A psychosocial perspective. In S. C. Stanford & P. Salmon (Eds.), *Stress: From synapse to syndrome* (p. 119–141). Academic Press.
- Sternberg, R. J. (2002). *Kognitivní psychologie*. Portál.
- Stirman, S. W., & Pennebaker, J. W. (2001). Word use in the poetry of suicidal and nonsuicidal poets. *Psychosomatic medicine*, 63(4), 517-522.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychology*. New York: WW.
- Sweet, J. J., Newman, P., & Bell, B. (1992). Significance of depression in clinical neuropsychological assessment. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 21-45.
- Šaur, V. (2004). *Pravidla českého pravopisu: s výkladem mluvnice*. Ottovo nakladatelství.
- Tanskanen, A., Hibbeln, J. R., Tuomilehto, J., Uutela, A., Haukkala, A., Viinamäki, H., ... & Vartiainen, E. (2001). Fish consumption and depressive symptoms in the general population in Finland. *Psychiatric Services*, 52(4), 529-531.
- Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(3), 347.
- Temple, S., & Geddes, J. (2008) Psychotherapy for depression: current empirical status and future directions. (ss. 507-515) V Tyrer, P., & Silk, K. R. (Eds.). *Cambridge textbook of effective treatments in psychiatry*. Cambridge University Press.
- Thomas, K. M., & Duke, M. (2007). Depressed writing: Cognitive distortions in the works of depressed and nondepressed poets and writers. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 1(4), 204.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Schwencke, G., & Choi, I. (2009). Shyness programme: longer term benefits, cost-effectiveness, and acceptability. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(1), 36-44.
- Travagin, G., Margola, D., & Revenson, T. A. (2015). How effective are expressive writing interventions for adolescents? A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 36, 42-55.

- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 247-259.
- Trompenaars, F., & Hampden-Turner, C. (2011). *Riding the waves of culture: Understanding diversity in global business*. Nicholas Brealey Publishing.
- Tseng, P. T., Chen, Y. W., Tu, K. Y., Chung, W., Wang, H. Y., Wu, C. K., & Lin, P. Y. (2016). Light therapy in the treatment of patients with bipolar depression: a meta-analytic study. *European Neuropsychopharmacology*, 26(6), 1037-1047.
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. *Organization of memory*, 1, 381-403.
- Twamley, E. W., Thomas, K. R., Burton, C. Z., Vella, L., Jeste, D. V., Heaton, R. K., & McGurk, S. R. (2017). Compensatory cognitive training for people with severe mental illnesses in supported employment: A randomized controlled trial. *Schizophrenia research*.
- Ullrich, P. M., & Lutgendorf, S. K. (2002). Journaling about stressful events: Effects of cognitive processing and emotional expression. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(3), 244-250.
- Van der Zanden, R., Curie, K., Van Londen, M., Kramer, J., Steen, G., & Cuijpers, P. (2014). Web-based depression treatment: Associations of clients' word use with adherence and outcome. *Journal of affective disorders*, 160, 10-13.
- Veiel, H. F. (1997). A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression. *Journal Of Clinical And Experimental Neuropsychology*, 19(4), 587-603.
- von Helversen, B., Wilke, A., Johnson, T., Schmid, G., & Klapp, B. (2011). Performance benefits of depression: sequential decision making in a healthy sample and a clinically depressed sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 962.
- von Helversen, B., Wilke, A., Johnson, T., Schmid, G., & Klapp, B. (2011). Performance benefits of depression: sequential decision making in a healthy sample and a clinically depressed sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 962.
- Wallace, K. O. (2015). Art Therapy and Depression. In *There is No Need to Talk about This* (pp. 27-35). SensePublishers, Rotterdam.
- Watkins, E., & Brown, R. G. (2002). Rumination and executive function in depression: An experimental study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72(3), 400-402.
- Wedding, D. (2000). Cognitive distortions in the poetry of Anne Sexton. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 140-144.

- Weinman, J., Ebrecht, M., Scott, S., Walburn, J., & Dyson, M. (2008). Enhanced wound healing after emotional disclosure intervention. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 95-102.
- Weissman, M. M., & Markowitz, J. C. (2002). Interpersonal psychotherapy for depression. *Handbook of depression*, 404-421.
- Winer, E. S., Nadorff, M. R., Ellis, T. E., Allen, J. G., Herrera, S., & Salem, T. (2014). Anhedonia predicts suicidal ideation in a large psychiatric inpatient sample. *Psychiatry research*, 218(1), 124-128.
- Winterowd, C., Beck, A. T., & Gruener, D. (2003). *Cognitive therapy with chronic pain patients*. Springer publishing company.
- Witkin, H. A. (1967). A cognitive-style approach to cross-cultural research. *International Journal of Psychology*, 2(4), 233-250.
- Woo, Y. S., Rosenblat, J. D., Kakar, R., Bahk, W. M., & McIntyre, R. S. (2016). Cognitive deficits as a mediator of poor occupational function in remitted major depressive disorder patients. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 14(1), 1.
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.
- World Value Survey (2018). Data / Download. *World Value Survey*. [online 2018-03-7]. Dostupné z: <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp>
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(3), 349.
- Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA research monograph*, 137, 123-123.
- Zimmermann, J., Brockmeyer, T., Hunn, M., Schauenburg, H., & Wolf, M. (2017). First-person pronoun use in spoken language as a predictor of future depressive symptoms: Preliminary evidence from a clinical sample of depressed patients. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 384-391.
- Zimmermann, J., Wolf, M., Bock, A., Peham, D., & Benecke, C. (2013). The way we refer to ourselves reflects how we relate to others: Associations between first-person pronoun use and interpersonal problems. *Journal of research in personality*, 47(3), 218-225.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12(1), 63-70.
- Žitníková, D. (2018) Perseverativní myšlení u vysokoškolských studentů, jeho proces a obsahy v kontextu depresivních symptomů (Bakalářská práce). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Přílohy

Příloha 1. Expresivní psaní pro mexický vzorek

Escritura expresiva

Le queremos pedir que escriba, en los siguientes 20 minutos, sobre sus pensamientos y sentimientos más profundos acerca de cualquier evento difícil o emocionalmente inquietante que haya experimentado recientemente. El tema que está por escribir se puede asociar con experiencias estresantes o traumáticas en el pasado. Queremos que escriba libremente y sea lo más abierto posible en explorar sus emociones y pensamientos con el mayor detalle. El tema puede estar asociado con sus relaciones con otras personas incluyendo a sus padres, pareja, amigos o parientes. Si lo desea, puede relacionar sus experiencias con su pasado, presente o futuro, o con quien interactuó en el pasado, con quien quiere interactuar en el futuro o con quien está interactuando ahora. No se preocupe por la gramática o la ortografía, eso no es importante. Todo lo que escriba será absolutamente confidencial.

Příloha 2. Zpětný překlad pro Expresivní psaní

Expresivní psaní

Rádi bychom Vás požádali o to, abyste v následujících 20 minutách napsal(a) o Vašich nejhlubších myšlenkách a pocitech týkajících se jakékoliv emocionálně náročné nebo znepokojivé situace, kterou jste zažil(a) v poslední době. Téma, o kterém budete psát, může být spojené se stresovými nebo traumatickými zážitky z minulosti. Rádi bychom, abyste psali volně a neomezeně a abyste byl(a) co nejotevřenější co se týče líčení Vašich emocí a myšlenek do detailu. Téma může být spojeno s Vašimi vztahy s jinými lidmi včetně Vašich rodičů, partnerů, přátel nebo příbuzných. Pokud chcete, můžete navázat dané zážitky s Vaší minulostí, přítomností nebo budoucností, nebo s osobami, se kterými jste byl(a) ve styku v minulosti, se kterými chcete být ve styku v budoucnu, nebo se kterými se setkáváte v přítomnosti. Neberte ohled na gramatiku a pravopis, na nich nezáleží. Vše, co napíšete, zůstane přísně důvěrné.

Příloha 3. Tabulka absolutních slov pro český vzorek

Četnost	Klinická skupina	Četnost	Kontrolní skupina
32	vše	19	vše
26	nic	11	vždy
18	nikdy	8	nic
12	vždy, celý	6	nikdy, všechno
11	všem	5	musí
10	nejhorší, všechno	4	pořád
8	musím, úplně, všeho, vůbec	3	celý, stále, úplně, všech, všichni, vůbec, žádné
7	každý, pořád, všechny, 200%	2	absolutní, musíme, nikdo, nejvíc, věčně, největším, neustále, musím, muset, museli
6	žádné	1	100%, celá, celku, dokončit, každá, každodenního, maximum, minimálně, musela, napořád, nejhorší, největší, nekonečné, nesměrná*, nesmírným, nijak, nikoho, nikomu, nikterak, osudový, osudových, skončil, skončit, ukončit, určitě, veškeré, všechna, všechnu, všem, vším, žádný
5	neustále, nikdo, nikomu, musí, stále		
4	žádný		
3	celé, konce, musel, musela, nejlepší, nenávidím, nesnáším, ničemu, většinu, všichni, všude		
2	absolutní, celou, jediné, kdykoliv, končí, muset, nejtěžší, nejvíce, nemůžu, nesmím, ničem, nikoho, poslední, trvalé, ukončení, určitě, všemi, ukončení		
1	absolutního, celá, cokoli, dokonalá, dokonalou, donekonečna, hned, ideální, jediného, jistá, každodenně, každým, (v) koncích, konec, maximum, minimálně, museli, muselo, naurčito, navždy, nej, nejdůležitější, nejhlubší, nejhorších, nejkomplikovanější, nejsmutnější, nejšťastnější, nejtěžším, nejtraumatičtějším, největší, nejvíc, nekončícím, nemá, nemohla, nemusel, nemusela, nemuset, nenáviděl, nenáviděla, nenávidí, nenávist, nesmí, nesmírně, nesnášel, nesnášet, neustálém, neustálý, ničím, nijak, nikam, nikým, nucení, okamžitě, osud, osudem, perfekcionista, perfektní, plně, první, příliš, radikálně, radikální, sebevraždu, skončí, skončil, skončila, skončím, totálně, ukončit, veškerou, všech, všechna, všechnu, všemu, všudypřítomná, vždycky, úplného, zcela, zkončil*, žádní, žádného, žádnou		

* přesný přepis probanda

Příloha 4. Tabulka absolutních slov pro mexický vzorek

Četnost	Klinická skupina	Četnost	Kontrolní skupina
33	todo	11	todo
17	siempre	8	siempre
11	nada, nunca	5	nunca, todos
9	todos	3	toda
4	debo, definitivamente, lo más, nadie, toda, todas	2	nada, nadie, tenía que
3	la mejor, tengo que	1	debe, la única, lo más, lo peor, máximo, seguro, tener que, termiando, terminado, todas, tuve que
2	completamente, debe, demasiado, jamás, lo único, ningún, tener que, totalmente		
1	cierto, completo, constantemente, el mejor, final, la más, mi mejor, ninguna, odiala, odiándome, odiar, odio, perfectas, seguro que, siempre, sobretodo, tenía que, tiene que, tenido que, terminar, total, tuve que, única, único		

Příloha 5. Tabulky slov SFL pro český vzorek

Četnost	Klinická skupina	Četnost	Kontrolní skupina
175	mě	59	mi
136	mi	47	mě
42	můj	17	můj
35	mne	13	moje, své
27	mé	9	já
25	moje	8	mého
18	mně, své	7	mně
17	sebe	6	mé, mí, svým
16	já	5	mnou, svých
12	mého, mým	4	mým, sebe
8	mém, svůj, mnou	3	mém, sobě
5	má, mojí, mou, mých, svou, svých, svoji	2	mne, svoje, svou, mému
4	sobě, svém, svému, svými	1	me**, mojí, mou, mých, mými, svém, svoji, svojí, svůj, svými
3	moji, sebou, svého, svým		
2	svoje		
1	me*, mému, mí, svá, svojí		

* Trápí me s tím spojené potřebné finance...

** ... partnerka me vydírá ...

Příloha 6. Tabulka slov SFL pro mexický vzorek

Četnost	Klinická skupina	Četnost	Kontrolní skupina
274	me	82	mi
151	mi	80	me
46	mis	22	mis
45	yo	20	yo
8	conmigo	2	mía
4	mí	1	conmigo, mí
1	mía		

Příloha 7. Tabulka emočně negativních slov pro český vzorek

Četnost	Klinická skupina
30	deprese
29	nejsem
24	bojím
25	nemám
23	problémy
20	strach
17	nedokážu
13	problém
10	problémů, smrt
9	bohužel, sebevraždu, těžké, úzkosti
8	nechce, nemůžu, špatně
7	depresí, nedokázala, nechci, nejsem, nemá
6	dluhy, horší, nebudu, rozvod, selhání, starosti, trauma, zle
5	hrozné, hrozně, nebyl, nemám, nepřijemné, unavená, úzkost, ztratil
4	depresi, chybí, mrzí, nemá, neměla, nemoc, nemohla, nemohu, nemůže, nevěřím, smrti, špatné, špatný, ztratila
3	bojovat, náročné, nebude, nebyla, nedělat, nechápe, nechtěla, nejde, neměl, nemocnice, nemocnici, neschopná, neumím, obtíž, obtížné, peklo, pláč, sama, smrtí, smutek, spáchal, starost, stresuje, stydím, trápí, umřela, vinu, viny, výčitek, zbytečná, znepokojující, ztratím
2	alkoholu, bezcenná, bezmoc, boj, bolesti, bolet, děsí, hádali, chybu, chyby, kolapsu, kouřila, nebaví, nebavilo, nebýt, neblahá, nedokázal, nedostatek, nedovedu, negativní, nechtěli, nechut', nejsou, neklid, neměli, nemoci, nemocí, nemocného, nemohl, nenaplnění, neschopnost, nesouhlasím, nesouhlasu, nestačím, nešťastná, nevidí, nevidím, obávám, obavy, odmítnutí, odstrčená, onemocnění, opustil, pláču, potíže, potrat, potýkám, problémem, přísná, smutku, smutno, stěžuje, strachu, stresových, těžší, traumatem, traumatické, trpět, umřel, utekl, úzkostí, znepokojuje, vyčerpaná, vyčerpaní, zanedbávám, zhoršil, zhroutil, zhroutila, zkazila, zklamala, zklamání, ztráta
1	agresivitou, agresivní, alkohol, alkoholem, alzheimera, amputovali, antidepressiva, apatický, asociálními, bála, balvanem, bát, bezradnosti, bezcennosti, beznaděje, bezradnost, bezradný, bezvědomí, bídě, blázinci, blázinec, blbce, blbosti, bojí, bojují, bolavý, bolestí, bolestivé, bossingu, brečela, bývalým, city, černá, děsem, děsivé, děsný, dilema, dluhů, dohnala, dolů, dotlačit, drog, drogami, drtí, dusit, facek, fackovacího, handicap, hendikepu, heroin, horečkách, hospitalizace, hospitalizaci, hospitalizací, hospitalizovaná, hospitalizována, hovadinách, hrobeček, hrozil, hroznou, hrozným, hrůzné, hůře, hydrocefalu, chladná, chorobě, chronický, chvástal, chyb, chyba, chybějící, infarkt, invalidní, iracionální, iritovaly, klesá, koktala, kolapsem, komplexy, komplikované, komplikovaný, konflikt, konfliktové, kontraproduktivně, kopanci, kouřit, kritická, křičel, labilní, léčebny, lexaury, líto, lžou, manipulovala, marně, méněcenná, méněcennému, méněcennosti, mlátili, mrtvého, mrtvou, nádor, napaden, napětí, napětím, náročnost, nároky, narušuje, násilí, nadávala, nebavili, nebyli, nebylo,

nebyly, necítím, necítit, nečeká, nečekaná, nečinná, nedala, nedělal, nedokončila, nedokončili, nedorozumění, nedostal, nedostala, nedostanu, nedostávám, nedůvěra, neexistoval, nefunkční, negativismus, negativních, nehody, nechala, nechtěly, nejevila, nekomfortní, nekomunikovali, nekřičel, neláskou, nelásku, nemají, nemáme, nemocem, nemocenské, nemocná, nemocniční, nemocnost, nemocnosti, nemocný, nemoct, nemohli, nemožnost, nemožnosti, nemyslím, nenadával, nenajdu, nenarodil, nenašla, nenávistivá, neobstojím, neocení, neodpustím, neohrabanost, neopouštět, neplním, nepodporovala, nepochopí, nepochopitelné, neporozumění, neposlouchá, nepovedl, neprojevil, nepropadnout, nepřejde, nepřekonám, nepřestanu, nepřicházeli, nepřichází, nepřijatelný, nepřijde, nepřijemných, nepůjde, nepustili, nerad, nerovnováhu, nerovný, nerozuměl, nerozumí, nerozumnost, nervi, nervů, neříkal, neschopna, neschůdná, neslyšela, nesnesitelné, nesnesitelný, nešikovný, nesoběstačnosti, nesocializovaný, nespokojený, nespravedlivě, nespravedlivost, neprávne, nesprávnou, nesprávným, nestalo, nestíhala, nesvěřuju, nešel, nešetřím, nešlo, netěším, netrápilo, netrpělivá, neudělala, neudrží, neuměla, neumí, neusiloval, neúspěch, neuspěla, neúspěšná, neutěšené, neuvidím, neuživím, nevážím, nevedli, nevěnoval, nevěrohodné, nevěru, nevhodným, nevidět, nevnímala, nevrátí, nevyčítala, nevydělám, nevydržela, nevydržení, nevýhoda, nevycházejí, nevychovaný, nevypořádala, nevyřeší, nevyšel, nevyšly, nevytvořila, nevyužitá, nezabírá, nezabít, nezaměstnaná, nezaměstnaný, nezaplátili, nezdarů, nezkazila, nelepší, neznámý, nezvladatelnou, nezvládnou, nežil, ničí, nucen, nudila, nudné, nula, marného, obava, obávám, obavi*, obavou, obavu, oběsil, obrečet, obtížně, očerňovala, odcizil, odháněla, odměřenosti, odměřený, odmítá, odporné, odporovat, opustil, odsouzen, odstrkováno, ochladla, omezený, omezila, omezování, omezujícím, onemocněl, oparu, opilosti, opilý, opustit, opuštění, otrávením, otřesný, paniku, paralizuje, pláči, plakat, podrážděná, podřeže, podvedl, pohřební, pochybení, pokazím, ponižována, ponižující, poruchou, posmíval, posmívali, potratem, potrpěla, potupa, poznamenala, prázdnotu, problémech, proleženiny, propadla, propadu, propady, provinění, přehlížena, přejídáním, přerušené, přerušeni, přerušil, přehnané, přezíral, přežívání, přísnou, přezíral, přežívání, přísnou, psychiatrie, rozbitý, rozmetaná, rozpadu, roztržitější, rozvedená, rozvodem, rozzlobená, řezal, řezala, samoty, sebevražda, sebevraždě, selhat, selhávající, selhával, selhávat, selžeme, semlelo, sesype, slabá, složité, smutkem, smutná, snížením, snížilo, sobecká, soudu, soupeřivost, spáchá, spáchala, spáchat, srážela, stahuju (do sebe), sténáním, stranila, strašil, stres, stresem, stresovalo, stresu, stresující, střetu, syndrom, šedivý, šikana, šikanovaná, šikanované, šíleně, špatná, špatného, tenzí, těžce, těžko, těžkých, těžkými, tíhu, tíseň, tísnivé, tíživých, tlačil, tlak, tragédii, tragicky, tracheotomii, trápení, trápila, trápilo, trápily, trápím, trapnost, traumat, traumatický, traumatizujících, trestáno, trpím, truchlit, třesu, týral, ubíjející, ubírají, ublížila, ublížilo, ubližuju, úmrť, únava, únavě, unavený, únavu, upnula, úrazy, uteču, útekem, utekla, utíkám, utiskuji, utrácel, uzavírala, úzkostlivě, úzkostnější, vadí, věšením, vězněný, vina, viním, vláčena, vybourá, vyčerpaný, vyčerpávající, vyčítal, vyčítala, výčitky, vyhladovělá, vyhrožovala, vyhýbám, výpověď, výpovědí, výprask, výprasky, vysilující, výsměchu, vzdávala, vzdorovala, vztek, vztekem, zabíjet, zabiji, zabít, zahanbenosti, záchranka, záchvat, zakotkala, zapomenu, zasáhl, zatěžuje, závažná, závidím, závislá, závislou, zbavila, zbavit, zbití, zbytečné, zemřela, zešlím, zhoršila, zhoršilo, zhoršující, zhroucení, zklamal, zkomplikovala, zlá, zlo, zlobou, zlomenému, zlomil, zlý, zneužívat, zničil, zničit, zrušila, ztracená, ztracenost, ztrácet, ztrácím, ztrátou, ztrátu, ztráty, zvracením

* přesný přepis probanda

Četnost	Kontrolní skupina
11	problémy
10	není
9	nemám
8	problém
4	strach, těžké
3	neměla, obavy, obtížné, potíže, problémů, špatně, zemřel
2	alzheimera, horšímu, líto, obětovat, problémem, rakovinu, nebaví, nebude, necítím, negativně, nemá, nechotu, nepříjemný, nepříjemných, neublížila, složité, stresu, těžce, trápí, utrpení, zlé, ztratila
1	alzheimer, bála, bezmoci, bezmocnou, blbě, bojím, bojujeme, bolest, bolí, chyba, chybí, děsí, diagnostikován, diagnózy, dluhům, drogy, facku, hádá, hádají, hádkami, horší, hroznou, hůře, ignorace, incidentu, komplikovanější, konfliktů, konfliktům, křečovitě, kritiku, křivdu, krve, lehkovážná, lenost, litování, málo, manipulovat, manipulovatelná, mizí, mozkové, mrtvici, mučíme, můry, nalhává, napadá, naštvu, nebát, nebezpečnou, nebudou, nebudu, nebyl, nebylo, nechala, nechce, nechceme, nechci, nechtějí, necítit, necítit, nedá, nedokáže, nedořešené, nedovede, nedržet, nedůslednost, neexistoval, nefungovalo, negativního, negramotnosti, nehezkého, nejde, nejistá, nejistotu, nejsem, nejsmutnějším, nejsou, nekompromisní, nelíbí, nemají, neměl, neměly, nemiluji, nemluvalo, nemoci, nemocná, nemocného, nemocnici, nemocného, nemohoucí, nemůžu, nenávidí, neopětovaně, nepěkné, nepochopitelných, nepodléhal, nepohodlnou, nepovede, nepoznává, nepředvídatelná, nepřidají, nepříjemné, nepříjemnou, neřeší, nerozhádala, nerozumím, nerozvede, neschopnosti, nesnášela, nesnažím, nespravedlnosti, nestalo, nesvítí, neubývá, neudělal, neumíral, neurazili, neuznávám, nevedlo, nevidím, nevyrůstal, nevystačí, nezajímavá, nezdravé, nezhoršilo, nežijí, nežila, nezná, neztratit, nezvládnou, nezvládnou, ničí, nucená, nudí, obáváme, obavami, obtížná, odmítá, odmítnutí, onemocněj, onemocnění, onemocní, operací, opotřebované, opozice, OSPOD, ošklivá, Parkinson, Parkinsona, plakala, podrážděný, pohádal, pomalejší, pomalejším, pomíjivého, ponižování, postěžovat, postěžuji, potlačit, přehnaně, přepracovaně, přerušila, problémům, proti, psychiatrii, psychopat, rozhodit, rozpadl, rozpadne, rozptyluje, rozvádět, rozvést, rozvodová, rozvody, samoty, selžu, sešel, šílený, skončí, smog, smrt, smrti, smutná, smutného, smutných, sobec, soud, špatně, špatného, špatnou, špatným, starost, starosti, starostmi, stinné, strachu, stres, stress, stressující, stresů, stresujícím, štve, stydět, stydím, syndromu, těžká, těžkou, tíha, trápila, traumatickou, traumatizující, trpět, ubývají, umřít, úmrtím, unavenější, unavený, úzkosti, úzkostnější, vážněji, vdova, viny, vyčerpaná, vyčítá, vyčítala, vyčurané, vydírá, vyhýbají, vyhýbat, vypětí, vypjatém, vytáčí, vzdát, vztek, vztekne, vzteku, zabít, zaklet, zanádvám, zavrhovaného, zazlívala, zbavit, zběsilosti, zbytečně, zdivočelá, zemřela, zhoubný, zlá, zmanipulovaný, zmizí, znemožňuje, znepokojivé, znepokojující, znepříjemňují, zneužil, zničila, zraňoval, ztrácejí, ztrátou

Příloha 8. Tabulka emočně negativních slov pro mexický vzorek

Četnost	Kontrolní skupina
157	no
12	mal
9	problema
8	ansiedad
7	culpable, miedo
6	duele, dolor, problemas
5	difícil, enfermedad, molesta
4	coraje, culpa, daño, depresión, falta, fracaso, llorar, preocupa, triste, tristeza
3	castigo, enfermedades, gritaba, inseguridad, malas, soledad
2	bipolaridad, crisis, decepciono, deprime, deprimido, derrumbó, engaños, enojado, fracasos, hastío, infidelidad, lloro, luchar, malo, masoquista, mentiras, molestan, negativo, peleamos, presión, remordimientos, sospechaba, trauma, tristes
1	abofeteen, abuso, afectado, agobiada, agresivo, agudo, alcohol, alejar, alprazolam, amenazan, amputaron, angostia, angostiada, angustia, apática, apegada, apuestas, arrepentiré, arrojas, arruinado, asco, asusataba, aterro, atormenta, autocrítica, autocriticarme, aventaba, aventé, basurero, batallo, bipolar, bipolares, burlando, cancer, celos, celoso, chingar, cigarro, clonazepan, codependiente, complejos, conflicto, confundo, controlado, controlarlo, corrí, corría, crueldad, daña, dañado, deambulando, decepción, decepciones, defensiva, defraudado, dejar, dejarte, depara, depender, deprimida, deriva, derrame, desaparece, desaparecer, desapegarme, desautorizado, desconocí, descuidarme, descuidé, desequilibrarme, desespera, desesperación, desesperada, desestabilizó, desgraciada, desigualdad, desinterés, desmotive, despedirme, desvalorada, diagnosticadas, diagnosticaron, diagrficaron, difíciles, discuto, disminuido, distanciar, divorcios, dolería, dolía, dolieron, drogadictos, duda, dudar, dude, duelen, dura, egoísta, empeoraran, encerraba, enfermiza, enfermos, engañada, engañarme, engaño, engordé, enojada, entistece, entristeció, equivocarme, equivoco, errores, esquizofrenicos, estorbo, estrés, evita, excluyan, exigen, exigente, exigo, exijo, exteriorizar, falleció, faltaba, fatigado, fingir, forzada, fracasado, fracasar, fracazo, fría, fricciones, friegue, frustra, frustración, frustrada, frustrado, fuerte, golpe, golpear, golpes, gorda, gritándole, gritar, grité, gritos, heridas, hipócrita, hirientes, hospitalizaron, humillen, hundirme, idiota, impidió, impotencia, impuntual, incertidumbre, inconformé, indiferentes, indujo, injusta, injusticia, insegura, internarme, inútil, iritan, irrita, irritable, juzgada, juzgan, lagrimas, lastima, lastimada, lucha, luchando, maldiciones, menos, mentira, miedos, mierda, morir, muerte, necesitarlo, obsesiono, olvidada, olvidan, operarme, paralizó, parranda, pecados, pegándole, pegó, pelea, peleaba, peleas, pendejadas, penurias, peor, perder, perdida, perdido, perdidos, perdió, pereza, perjudicando, pisoteen, poca, preocupación, preocupada, presión, psiquiátrico, quebrada, quejo, quitarme, rechazada, rendirme, repele, ridiculo, riesgos, rota, separada, severa, severo, sola, solo, sufrir, suicidar, suicidarme, suicidio, T. L. P., temo, tensa, terminé, terrible, tonta, tóxica, traba, tragarmelos, traicionara, trastorno, vacía, vagabundos, vencen, vicioso, violencia

Četnost	Kontrolní skupina
54	no
7	difícil, triste, tristeza
6	muerte
5	mal, miedo, problema
4	divorcio
3	enfermedad, murió, pena, problemas
2	<p>ansiedad, caos, dificultades, dolió, estrés, estresante, extraño, falleció, falta, grave afectado, alejo, amenaza, ansiosos, arrebató, avergonzaba, bruscamente, cansada, carga, cela, celos, celosa, complicada, complican, conflictua, conformismo, confronté, convulsionando, coraje, crisis, criticada, culpa, culpable, dañada, daño, decaído, decepcionaba, deceso, depresión, decepcionado, desconcentraron, desconcierta, desconectarme, deteriorando, deterioro, deuda, diabetes, diagnosticado, difíciles, discutir, disgusto, distanciados, distraída, divorciarme, dolía, dolor, dudar, duro, empeorar, enfado, enfermedades, enfermó, engañado, engañé, engaño, enojada, enojado, enojo, entristece, envenenada, envolvían, epilepsia, estomacal, estresa, extrañándola, extrañarla, falte, golpe, hospital, incomunicada, incorrecto, indignación, infarto, injusticias, ira, irreparables, lagrimas, lloramos, llorando, llorar, luchandome, mala, malentendimiento, medicamentos, menos, molestia, molesto, moriríamos, pensativa, pensativo, perderla, perderlo, perdí, pesada, pesadilla, preocupa, preocupaba, preocupación, preocupaciones, preocupada, preocupado, rechazo, recuperada, riesgo, sentía, separación, soledad, sufren, sufrimiento, sustituir, temor, tímida, tormenta, trauma, tremendamente, tristes, velorio, víctima</p>

Příloha 9. Tabulka emočně pozitivních slov pro český vzorek

Četnost	Klinická skupina	Četnost	Kontrolní skupina
9	dobře	8	dobře
4	naštěstí	5	lepší, ráda
3	ráda	4	klid, láska
2	baví, dobrý, fajn, lépe, miluji, miluju, pyšná, rád, radost, radosti, šťastná, věřím	3	fajn, lásku, radost, šťastná, věřím
1	bezpečně, čilá, darem, dobré, dobrou, dostatečně, doufám, důvěřuji, erudovaný, hezkého, hezkou, hodná, hrdě, hrdí, chválit, chytrou, idylka, jistá, krásná, krásné, krásném, lásce, lásku, lásky, lepší, milované, milý, nabít, energií, nadšení, nejraději, nového, optimismem, optimistická, podporovat, pohodě, pohodová, pořádku, potěšení, povedlo, pracovitá, přátelských, překonám, pyšně, rádi, romantický, rozuměl, schopná, silná, silnější, smysl, smyslu, souznění, spokojena, spokojená, spokojení, spokojený, správně, statečná, svatba, štěstí, úlevu, úspěchu, úspěchů, uzdravení, věřit, veselá, vírou, vyhrála, vylepšení, vylepšuje, vyrovnala, zabývá*, zajištěný, zamilovala, zdravou	2	baví, díky, doufám, hezký, krásný, nadhledem, optimismus, sílu, šťastní, úsměvem, užívat
		1	:), :D, báječný, bezpečí, bezpečně, čest, chtít, chuť, chytrý, dar, daří, děkuji, dobré, dobrém, dobrými, důvěru, fajnový, férově, hezké, hezky, hodné, hodní, jasný, klidem, krásné, lépe, lepšímu, líp, mám (rád). milý, motivovat, nádherná, nápomocná, nápomocní, naštěstí, nejlépe, nejlepšího, nezávislí, odpustila, odpustit, oporou, optimistický, otevřít, pěkný, pevně (střed), pevnou, podporu, pohodově, pohodový, pohodu, pohody, pokoru, pomáhat, poslouchá, pouto, povede, pozitivně, pozitivní, přála, přání, přátelství, příjemněji, příjemný, prima, rádi, radostí, respektovat, rovnováhu, rozvahou, samostatná, schopná, skvělého, smysl, smyslem, snazší, soucítění, soucítit, spokojenější, spokojení, spokojenosti, spokojený, správné, správní, srdcař, srovnaná, stabilně, stabilní, šťastně, šťastnější, stavím, štěstí, štěstím, (pevný) střed, super, světlo, toužím, ustála, užitečné, vášnivá, vášniví, veselý, vhodné, vlídné, vybudovat, výjimečná, výzvu, zábavnější, zajímavěji, zájmy, zamilovat, zamiluji, zdraví, znalost, ♥♥♥♥♥♥

Příloha 10. Tabulka emočně pozitivních slov pro mexický vzorek

Četnost	Klinická skupina	Četnost	Kontrolní skupina
5	mejor	6	amo
2	bien, encanta	5	feliz
1	acariciado, alcanzarlos, ama, apasionadamente, buena, buenas, caricia, cariño, comprensión, crecer, enamoraré, enamorarme, encantan, esperanza, estable, feliz, gusta, gustaría, lograr, logró, lucharé, mejorando, mejorar, mejores, orgullosa, pasión, positividad, positivo, salir	4	bien
		3	amor, disfrutamos, disfruto, éxito, felicidad, mejor
		2	agradecida, aportar, encanta, energía, fuerte, gracias, gusta, hermosa, lindo, metas
		1	afortunadamente, agradecí, agusto, ama, amorada, añorar, aportó, apoyando, apoyarles, apoyarlos, apoyaron, ayuda, ayudarles, ayudó, bendiciones, bonito, buena, bueno, calidad, capacidad, cercanía, completa, comprender, contentos, deseo, disfrutado, disfrutar, disfrutaren, emocionada, excelente, exitosa, felices, fortuna, gozaba, gustaba, gustan, gustaría, ilusión, intensamente, jeje, jugueton, jugueton, liberador, limpio, logramos, lograr, logré, logro, logros, positivo, propósitos, protección, reímos, respeto, sabiduría, satisfacción, satisfecha, seguridad, tranquila, tranquilidad, tranquilizado, tranquilizo, unida, unidos

Příloha 11. Tabulka emočně pozitivních slov v neg. kontextu pro český vzorek

Četnost	Klinická skupina	Četnost	Kontrolní skupina
6	ráda	2	zájem, klidu, láska
4	zájmu, sebevědomí, zájem	1	dobré, dražv, hodnou, ideální, lehký, lepší, milováníhodný, motivovat, nezávislost, poctivá, pozitivně, pozitivní, prospěšné, příjemného, ráda, rádo, radost, respekt, slunce, snadné, spokojené, svobodě, účelem, vděkem, vesele
3	smyslu, dobrý, dobře, radost, sílu, smysl		
2	důvěru, lásky, motivace, oporou, pyšní, rádi, radosti, snažím, spokojený, pohodě, vážít, zlepšení		
1	„dobře“, naděje, dobrá, dokázal, důvěrou, energii, hezká, hezký, hrdý, chytrá, jistoty, krásně, láska, lásku, lepší, milované, milovat, miluji, motivaci, motivem, motivující, naději, naplnění, obdivovali, optimismu, pěkně, pohotový, pochopení, pochválit, pomůže, porozumění, povznášející, překvapení, příjemnou, přijímali, rád, radostem, radostí, radovat, romantické, sebedůvěru, sebehodnotou, sebehodnotu, sil, silná, silný, smysluplné, smysluplný, spokojeném, správná, správnou, správným, super, šikovná, štěstí, touha, touhy, usmát, úspěch, útěchu, uzdravení, uznání, užívat, užívat, věří, vřelý, vůli, výborní, zábava, zajímavá, zdravý, zlepšovat		

Příloha 12. Tabulka emočně pozitivních slov v neg. kontextu pro mexický vzorek

Četnost	Klinická skupina	Četnost	Kontrolní skupina
5	amor, bien	2	plena
2	aceptada, bueno, confianza, disfrutar, queridos, quiero	1	apoyo, apreciados, bien, deseaba, ganas, paz, tranquilo
1	aceptaban, aceptan, aceptas, adoro, alegre, alegría, ama, amas, apoyara, apoyo, apreciado, apuesto, atenta, atrevo, aumentar, bienestar, buen, caricias, cariñosa, confiable, confiaranhela, creatividad, empatía, empática, enamorado, energía, especial, estabilizó, estrellas, felices, fortaleza, fuerza, gozar, gusta, hermosa, independencia, inteligente, interés, interesan, interesarme, lograr, lograrlo, mejor, mejora, mejorar, orgullo, positivamente, quieren, risas, suerte, triunfado, valorara, valoraría, valorarla		

Příloha 13. Tabulka kognitivních slov pro český vzorek

Četnost	Klinická skupina	Četnost	Kontrolní skupina
23	protože	10	protože
9	chci	6	řešit, řešení
6	řešení	5	řeším
5	řešit	4	způsobem
4	řeším, vyřešit	3	řešíme, řešila, řeší
3	důvodu, důvodů, rozhodnutí, řešila	2	důvod, rozhodnutí, možnosti, tudíž
2	důvod, uvědomuji, rozhodnout, začít, změna, změnit	1	reflektovat, nastavujeme, fungovalo, fungovat, rozhodnu, domluvili, rozhodovat, rozhoduje, rozmyslet, soustředím, radí, vyhledání, vyřeší, vyřešit, zjišťovat, zkušenostech, změna, změnit, zorganizovat, způsob, dokázat
1	důvodem, měnit, mobilizace, organizování, organizovat, plán, plánování, plánovat, rozhodla, rozhodnu, rozhodování, tudíž, uplatním, uskutečnit, uvědomění, variantu, vybírám, vyřešené		

Příloha 14. Tabulka kognitivních slov pro mexický vzorek

Četnost	Klinická skupina	Četnost	Kontrolní skupina
30	porque	5	porque
5	salir adelante	3	decidí, decisión, decisiones
3	razón	1	buscando, cambiado, cambiar, cambios, causan, llevo a cabo, porqué, resolver, resolvió, solucionar, solucionarlo, tomar las riendas
2	causan, proyectos		
1	cambiaría, cambiarlo, causado, decisión, decisiones, iniciar, porqué		

Příloha 15. T testy pro klinickou a kontrolní skupinu odděleně

Průměrné dosažené hodnoty v testech a expresivním psaní a rozdíly mezi klinickou a kontrolní skupinou zachycené dvouvýběrovým T testem s Levinovou korekcí, silou účinku Cohenovo d a intervalem spolehlivosti.

Klinická sk.	Česká (N = 58 ^{abc})		Mexická (N = 20)		T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
Deprese										
MADRS ^a	27.8	6.6	24.7	7.5	-1.63	30	.115	0.44	-7.007	0.796
BDI-II ^b	31.7	11.8	33.9	9.8	0.80	40	.431	0.20	-3.287	7.548
Ruminace										
PCQ ^b	30.0	8.7	34.9	7.1	2.49	41	.017*	0.62	0.932	8.873
ARQ ^b	53.3	11.9	58.9	10.2	2.02	39	.051	0.51	-0.018	11.192
Kognice										
RAVLT ^c	50.1	10.5	42.0	10.4	-2.97	34	.005*	0.78	-13.571	-2.536
TMT A	37.2	15.9	33.0	9.9	-1.37	54	.177	0.32	-10.266	1.937
TMT B	85.1	37.5	81.6	29.9	-0.43	41	.672	0.10	-20.307	13.218
EW										
Absolutní	6.7	5.0	7.9	4.1	1.03	40	.308	0.26	-1.110	3.430
Absolutní %	2.98	1.88	2.67	1.43	-0.78	43	.441	0.19	-1.130	0.501
SFL	10.7	5.3	26.3	12.5	5.40	21	<.001**	1.62	9.553	21.499
SFL %	5.03	1.95	8.52	1.76	7.45	36	<.001**	1.88	2.545	4.447
Negativní	20.88	8.43	29.85	12.40	3.01	25	.006*	0.85	2.826	15.115
Negativní %	9.80	2.80	10.02	2.58	0.32	36	.751	0.08	-1.169	1.606
Pozitivní sum	4.6	4.6	6.6	5.2	1.48	30	.149	0.41	-0.736	4.604
Pozitivní sum %	2.83	2.37	2.76	1.99	-0.14	39	.889	0.03	-1.174	1.022
Pozitivní	2.1	2.6	2.0	1.8	-0.20	49	.846	0.04	-1.147	0.943
Pozitivní %	0.92	1.12	0.72	0.70	-0.92	53	.360	0.21	-0.630	0.233
Pozitivní (neg.)	3.0	2.8	3.9	2.9	1.13	33	.267	0.32	-0.667	2.333
Pozitivní (neg.) %	1.43	1.27	1.31	0.78	-0.49	54	.627	0.11	-0.602	0.367
Kognitivní	1.6	2.0	2.5	1.9	1.65	35	.108	0.46	-0.191	1.850
Kognitivní %	0.79	0.86	0.79	0.55	0.02	52	.984	0.72	-0.332	0.339

*p < 0,05; **p < 0,01; ^aMADR pro český vzorek N = 54; ^bBDI-II, PCQ, ARQ pro český vzorek N = 57;

^cRAVLT pro český vzorek N = 56

Průměrné dosažené hodnoty v testech a expresivním psaní a rozdíly mezi klinickou a kontrolní skupinou zachycené dvouvýběrovým T testem s Levinovou korekcí, silou účinku Cohenovo d a intervalem spolehlivosti.

Kontrolní sk.	Česká (N = 31) ^{a,b}		Mexická (N = 19)		T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
Deprese										
MADRS ^a	2.2	3.0	2.8	2.5	.804	43	.426	0.22	-.957	2.227
BDI-II ^b	2.2	2.6	4.5	3.5	2.556	30	.016	0.75	.475	4.244
Ruminace										
PCQ ^b	15.7	5.5	16.6	4.8	.645	42	.523	0.17	-2.056	3.986
ARQ ^b	40.7	12.0	56.1	11.1	4.581	41	<.001**	1.33	8.602	22.170
Kognice										
RAVLT ^b	57.2	7.1	51.1	6.5	-3.108	41	.003*	0.90	-10.087	-2.141
TMT A ^b	30.2	10.2	26.4	7.7	-1.480	45	.146	0.42	-8.965	1.369
TMT B ^b	71.2	25.1	58.2	11.7	-2.442	44	.019*	0.66	-23.661	-2.265
EW										
Absolutní	4.5	3.3	3.2	2.8	-1.486	44	.144	0.42	-3.049	.461
Absolutní %	2.22	1.33	1.42	0.90	-2.567	47	.013*	0.70	-1.440	-.175
SFL	7.5	5.4	11.0	8.8	1.555	26	.132	0.48	-1.117	8.085
SFL %	3.77	1.88	5.34	2.57	2.312	30	.028*	0.70	.183	2.958
Negativní	12.4	7.0	13.5	9.8	.434	29	.668	0.13	-4.156	6.393
Negativní %	6.35	2.46	7.03	3.47	.745	29	.462	0.27	-1.183	2.540
Pozitivní sum	4.9	3.3	6.7	4.0	1.658	32	.107	0.49	-.413	4.040
Pozitivní sum %	2.32	1.53	3.63	2.38	2.133	27	.042*	0.65	.050	2.560
Pozitivní	5.8	4.4	6.2	4.0	.305	41	.762	0.10	-2.088	2.832
Pozitivní %	3.03	2.36	3.40	2.44	.528	37	.600	0.15	-1.051	1.793
Pozitivní (neg.)	1.1	1.4	0.5	0.9	-1.952	48	.057	0.51	-1.265	.019
Pozitivní (neg.) %	0.48	0.54	0.22	0.42	-1.868	45	.068	0.54	-.532	.020
Kognitivní	2.7	2.8	1.4	1.6	-2.074	48	.044*	0.57	-2.538	-.039
Kognitivní %	1.28	1.22	0.79	0.76	-1.762	48	.084	0.48	-1.059	.070

*p < 0,05; **p < 0,01; ^aMADR pro český vzorek N = 29; ^bBDI-II, PCQ, ARQ, RAVLT, TMT pro český vzorek N = 29

Příloha 16. T testy pro český a mexický vzorek odděleně

Průměrné dosažené hodnoty v testech a expresivním psaní a rozdíly mezi klinickou a kontrolní skupinou zachycené dvouvýběrovým T testem s Levinovou korekcí, silou účinku Cohenova d a intervalem spolehlivosti.

Český vzorek	Klinická (N = 58 ^{abc})		Kontrolní (N = 31)		T test				Interval spolehlivosti	
	M		SD		t	df	p	d	Dolní	Horní
Deprese										
MADRS ^a	27.8	6.6	2.2	3.0	24.27	79	<.001**	5.48	23.499	27.698
BDI-II ^b	31.7	11.8	2.2	2.6	18.18	66	<.001**	3.45	26.307	32.798
Ruminace										
PCQ ^b	30.0	8.7	15.7	5.5	9.32	82	<.001**	1.74	11.234	17.327
ARQ ^b	53.3	11.9	40.7	12.0	4.66	59	<.001**	1.49	7.181	18.012
Kognice										
RAVLT ^c	50.1	10.4	57.2	7.1	-3.74	79	<.001**	0.80	-10.899	-3.327
TMT A	37.2	15.9	30.2	10.2	2.50	82	.015*	0.52	1.422	12.574
TMT B	85.1	37.5	71.2	25.1	2.08	80	.041*	0.44	13.971	6.728
EW										
Absolutní	6.7	5.0	4.5	3.3	2.52	82	.014*	0.93	0.473	4.003
Absolutní %	2.98	1.88	2.23	1.33	2.20	80	.031*	0.46	0.071	1.434
SFL	10.7	5.3	7.5	5.4	2.70	60	.009*	0.60	0.831	5.585
SFL %	5.03	1.95	3.77	1.88	2.95	63	.004*	0.66	0.403	2.10
Negativní	20.9	8.4	12.4	7.0	5.09	72	<.001**	1.43	5.182	11.866
Negativní %	1.43	1.27	0.48	0.54	-4.92	84	<.001**	0.97	-1.335	-0.567
Pozitivní sum	4.6	4.6	4.9	3.3	-.31	80	.761	0.07	-1.919	1.409
Pozitivní sum %	2.83	2.37	2.32	1.53	1.24	84	.220	0.26	-0.313	1.338
Pozitivní	2.1	2.6	5.8	4.4	-4.38	41	<.001**	1.02	-5.533	-2.041
Pozitivní %	0.92	1.12	3.03	2.36	-4.69	37	<.001**	1.14	-3.019	-1.199
Pozitivní (neg.)	3.0	2.8	1.1	1.4	4.35	86	<.001**	0.36	1.042	2.799
Pozitivní (neg.) %	1.43	1.27	0.48	0.54	4.92	84	<.001**	0.97	0.567	1.335
Kognitivní	1.6	2.0	2.7	2.8	-1.92	48	.061	0.55	-2.229	0.051
Kognitivní %	0.79	0.86	1.28	1.22	-1.99	46	.053	0.46	-0.988	0.006

*p < 0,05; **p < 0,01; ^aMADRS pro klinickou skupinu CZ N = 54; ^bBDI-II, PCQ, ARQ pro klinickou skupinu CZ N = 57; ^cRAVLT pro klinickou skupinu CZ N = 56

Průměrné dosažené hodnoty v testech a expresivním psaní a rozdíly mezi klinickou a kontrolní skupinou zachycené dvouvýběrovým T testem s Levinovou korekcí, silou účinku Cohenovo d a intervalem spolehlivosti.

Mexický vzorek	Klinická (N = 20)		Kontrolní (N = 19)		T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
Deprese										
MADRS	24.7	7.5	2.8	2.5	12.29	23	<.001**	3.92	18.179	25.537
BDI-II	33.9	9.8	4.5	3.5	12.63	24	<.001**	4.00	24.530	34.117
Ruminace										
PCQ	34.9	7.1	16.6	4.8	9.40	34	<.001**	3.02	14.277	22.159
ARQ	58.9	10.2	56.1	11.1	0.82	36	.417	0.26	-4.118	9.713
Kognice										
RAVLT	42.0	10.4	51.1	6.5	-3.28	32	.003*	5.41	-14.674	-3.431
TMT A	33.0	9.9	26.4	7.7	2.35	36	.025*	2.60	0.897	12.367
TMT B	81.6	29.9	58.2	11.7	3.25	25	.003*	1.03	8.560	38.219
EW										
Absolutní	7.9	4.1	3.2	2.8	4.23	33	<.001**	1.34	2.435	6.949
Absolutní %	2.67	1.43	1.42	0.90	3.27	32	.003*	1.23	0.470	2.021
SFL	26.3	12.5	11.0	8.8	4.43	34	<.001**	2.33	8.250	22.250
SFL %	8.52	1.76	5.34	2.57	4.49	32	<.001**	1.44	1.735	4.620
Negativní	29.9	12.4	13.5	9.8	4.59	36	<.001**	1.47	9.131	23.621
Negativní %	1.311	0.78	0.22	0.42	-5.452	30	<.001**	1.31	-1.497	-.681
Pozitivní sum	6.6	5.2	6.7	4.0	-0.09	36	.928	0.02	-3.146	2.878
Pozitivní sum %	2.76	1.99	3.63	2.38	-1.23	35	.226	0.40	-2.300	0.562
Pozitivní	2.0	1.8	6.2	4.0	-4.25	24	<.001**	4.60	-6.329	-2.192
Pozitivní %	0.72	0.70	3.40	2.44	-4.61	21	<.001**	0.22	-3.887	-1.470
Pozitivní (neg.)	3.9	2.9	0.5	0.9	5.03	23	<.001**	1.58	1.989	4.764
Pozitivní (neg.) %	1.31	0.78	0.22	0.42	5.45	30	<.001**	1.74	0.681	1.497
Kognitivní	2.5	1.9	1.4	1.6	1.83	37	.076	6.55	-0.114	2.172
Kognitivní %	0.79	0.55	0.79	0.76	0.03	33	.974	0	-0.428	0.442

*p < 0,05; **p < 0,01

Příloha 17. T testy pro kategorie slov emočního psaní

Průměrné dosažené hodnoty pro jednotlivé kategorie slov v expresivním psaní a rozdíly mezi klinickou a kontrolní skupinou zachycené dvouvýběrovým T testem s Levinovou korekcí, silou účinku Cohenovo d a intervalem spolehlivosti.

Slova EW	Klinická sk. (N = 78)		Kontrolní sk. (N = 50)		T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
Počet znaků	1 341	501	1076	510	2.89	103	.005*	0.52	83.356	447.744
Počet slov	240	96	201	94	2.28	106	0.25	0.41	5.129	73.451
Absolutní	7.0	4.8	4.0	3.2	4.32	126	<.001**	0.07	1.639	4.415
Absolutní %	2.90	1.77	1.92	1.24	3.68	125	<.001**	1.07	0.452	1.505
SFL	14.7	10.3	8.8	7.0	3.84	125	<.001**	0.81	2.841	8.890
SFL %	5.92	2.44	4.37	2.28	3.66	110	<.001**	0.66	0.710	2.392
Negativní	23.2	10.3	12.8	8.1	-6.36	121	<.001**	1.12	-13.638	-7.161
Negativní %	9.86	2.73	6.61	2.87	-6.38	100	<.001**	1.16	-4.266	-2.243
Pozitivní sum	5.1	4.8	5.6	3.6	-0.60	122	.549	0.12	-1.925	1.028
Pozitivní sum %	2.81	2.36	2.82	1.98	-0.01	114	.993	0.01	-0.756	0.749
Pozitivní	2.0	2.4	6.0	4.2	-6.01	69	<.001**	0.12	-5.267	-2.642
Pozitivní %	0.87	1.03	3.17	2.37	-6.48	61	<.001**	1.26	-3.011	-1.590
Pozitivní (neg.)	3.2	2.8	0.9	1.2	6.51	114	<.001**	1.07	1.649	3.093
Pozitivní (neg.) %	1.40	1.16	0.38	0.51	6.78	114	<.001**	0.27	0.721	1.315
Kognitivní	1.8	2.0	2.2	2.5	-0.93	90	-.387	0.23	-1.216	0.443
Kognitivní %	0.79	0.79	1.09	1.09	-1.70	82	-.302	0.32	-0.657	0.052

*p < 0,05; **p < 0,01

Příloha 18. Korelace mezi depresí a kategoriemi emočního psaní

Pearsonova korelace mezi kategoriemi slov v expresivním psaní a výsledky testů měřících míru deprese MADRS a BDI-II.

		MADRS	BDI
Absolutní	r	.312**	.386**
	p	.000	.000
Absolutní %	r	.242**	.340**
	p	.007	.000
SFL	r	.289**	.366**
	p	.001	.000
SFL %	r	.271**	.347**
	p	.002	.000
Negativní	r	.442**	.515**
	p	.000	.000
Negativní %	r	.430**	.486*
	p	.000	.018
Pozitivní sum	r	-.093	.000
	p	.310	.996
Pozitivní sum %	r	-.002	.007
	p	.983	.942
Pozitivní	r	-.430**	-.457**
	p	.000	.000
Pozitivní %	r	-.510**	-.518**
	p	.000	.000
Pozitivní (neg.)	r	.439**	.411**
	p	.000	.000
Pozitivní (neg.) %	r	.450**	.368**
	p	.000	.000
Kognitivní	r	-.064	-.118
	p	.486	.187
Kognitivní %	r	-.122	-.231**
	p	.180	.009

*p < 0,05; **p < 0,01

(N = 122)

(N = 126)

Příloha 19. Korelace mezi kognicí a kategoriemi emočního psaní

Pearsonova korelace mezi kategoriemi slov v expresivním psaní a výsledky testů kognice.

		PCQ	ARQ	RAVLT:				30	rekog.	FP	TMT	A	B	B	
				I	V	B	VI	I-V			A	chyby	B	chyby	
Absolutní	r	.329**	.238**	.009	-.034	.046	.213*	-.019	.127	.055	.023	-.039	-.061	-.020	-.012
	p	.000	.007	.922	.707	.615	.018	.831	.164	.548	.797	.667	.499	.821	.898
Absolutní %	r	.182*	.184*	.015	.047	.173	.195*	.075	.115	.030	-.050	-.026	-.065	.056	-.128
	p	.042	.039	.867	.603	.054	.031	.405	.207	.748	.574	.776	.472	.530	.153
SFL	r	.429**	.257**	-.287**	-.124	-.248**	-.051	-.304**	-.051	.027	.251**	-.021	-.108	-.039	.040
	p	.000	.004	.001	.170	.006	.573	.001	.580	.773	.004	.818	.229	.660	.654
SFL %	r	.311**	.323**	-.277**	-.188*	-.266**	-.108	-.322**	-.113	.033	.195*	-.034	-.154	.039	-.035
	p	.000	.000	.002	.036	.003	.233	.000	.215	.718	.028	.704	.085	.665	.694
Negativní	r	.525**	.193*	-.162	-.082	-.161	-.010	-.214*	-.044	-.012	.209*	.009	-.065	-.090	.077
	p	.000	.030	.071	.363	.074	.908	.016	.634	.895	.018	.920	.469	.312	.391
Negativní %	r	.391**	.131	-.089	-.061	-.106	-.112	-.139	-.087	-.102	.103	.049	-.077	.021	.005
	p	.000	.145	.322	.503	.244	.219	.122	.338	.267	.248	.583	.392	.819	.952
Pozitivní	r	-.049	.053	-.022	-.027	-.015	.026	-.021	.087	.168	.131	-.011	-.078	-.149	-.146
	p	.585	.555	.810	.765	.864	.774	.816	.342	.067	.141	.905	.388	.094	.103
Pozitivní Sum	r	-.064	.022	-.071	.007	-.064	.040	-.020	.117	.105	.096	.096	-.087	-.037	-.120
	p	.476	.805	.432	.936	.481	.664	.822	.199	.252	.283	.281	.332	.682	.180
Pozitivní Sum %	r	-.394**	-.078	.158	.147	.141	.085	.201*	.153	.156	-.008	-.098	.014	-.151	-.100
	p	.000	.385	.079	.102	.117	.350	.024	.092	.089	.925	.272	.874	.091	.268
Pozitivní %	r	-.483**	-.096	.098	.160	.125	.039	.197*	.134	.079	-.081	-.108	.006	-.130	-.172
	p	.000	.286	.278	.077	.167	.665	.028	.140	.390	.366	.226	.949	.146	.055
Pozitivní (neg.)	r	.436**	.155	-.159	-.014	-.147	.138	-.159	.024	.006	.091	.078	.076	.106	.066
	p	.000	.082	.077	.877	.104	.127	.077	.793	.945	.308	.381	.397	.235	.464
Pozitivní (neg.) %	r	.322**	.129	-.153	.003	-.116	.118	-.109	-.013	.018	.051	.095	.129	.129	.030
	p	.000	.149	.088	.969	.199	.195	.228	.885	.844	.569	.290	.149	.147	.738
Kognitivní	r	.060	-.056	.068	.070	-.036	.117	.062	.130	.120	-.151	-.220*	-.045	-.216*	-.026
	p	.502	.536	.450	.442	.689	.199	.489	.154	.192	.090	.013	.615	.015	.774
Kognitivní %	r	-.082	-.156	.084	.005	-.061	.057	.037	.084	.076	-.130	-.139	-.003	-.143	-.002
	p	.362	.082	.354	.956	.502	.533	.682	.356	.407	.145	.119	.970	.110	.983
		N=126	N=126	N=125	N=124	N=124	N=124	(N=123)	N=122	N=120	N=127	N=127	N=126	N=127	N=126

*p < 0,05; **p < 0,01