

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Souvislost empatie a deprese u vysokoškolských studentů

Diplomová práce

Autor: Tereza Svobodová

Studijní program: M7503 Učitelství pro základní školy

Studijní obor: Učitelství pro 2. stupeň základních škol – etická výchova

Učitelství pro 2. stupeň základních škol – výtvarná výchova

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Novák

Oponent práce: Mgr. Irena Loudová, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Tereza Svobodová

Studium: P19P0852

Studijní program: M7503 Učitelství pro základní školy

Studijní obor: Učitelství pro 2. stupeň ZŠ - výtvarná výchova, Učitelství pro 2. stupeň základních škol - etická výchova

Název diplomové práce: **Souvislost empatie a deprese u vysokoškolských studentů**

Název diplomové práce AJ: The link between empathy and depression in university students

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce bude sestavena ze dvou částí. V teoretické části bude čtenář seznámen s hlavními pojmy jako jsou: empatie, deprese či smutek. Rovněž budou představeny teoreticko-empirická zjištění pojednávající o těchto konstruktech a jejich biologických základech. V této části bude taktéž pojednáno o dílčích aspektech těchto konstruktů – především pak z perspektivy morální psychologie. V praktické části bude k sledování vztahu mezi empatií a depresí použito kvantitativních metod především pak metody dotazníku.

BARON-COHEN, Simon. Věda zla: nová teorie lidské krutosti. Brno: Emitos, 2014. ISBN 978-80-87171-37-0.

DUSKA, Ronald F. a Mariellen WHELAN. Moral development: a guide to Piaget and Kohlberg. New York: Paulist Press, c1975. ISBN 0-8091-1892-0.

HANSEN, Anders. Instamozek: stres, deprese a úzkosti zapříčiněné moderní dobou. Přeložil Helena STIESSOVÁ. Praha: Portál, 2021. ISBN 978-80-262-1717-6.

KOUKOLÍK, František. Mozek a jeho duše. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2014. Makropulos. ISBN 978-80-7492-069-1.

MIKOŠKA, Petr a Lukáš NOVÁK. Jak současná věda objevuje empatii: transdisciplinární pohled na klíč k lidské duši. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. ISBN 978-80-7465-290-5.

O'CONNOR, Lynn E., et al. Empathy and depression: the moral system on overdrive. Empathy in mental illness, 2007, 49: 75.

PRAŠKO, Ján. Co je to deprese a jak se léčí?: příručka pro nemocné. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 80-85121-17-4.

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

SCHREITER, S.; PIJNENBORG, G. H. M.; AAN HET ROT, M. Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. Journal of Affective Disorders, 2013, 150.1: 1-16.

SCHULZE, Ralf a Richard D. ROBERTS, ed. Emoční inteligence: přehled základních přístupů a aplikací. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-229-4.

STOJILJKOVIĆ, Snežana; DJIGIĆ, Gordana; ZLATKOVIĆ, Blagica. Empathy and teachers' roles. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2012, 69: 960-966.

VYMĚTAL, Jan. Speciální psychoterapie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.

YAN, Zhiqiang, et al. The dark side of empathy: Meta-analysis evidence of the relationship between empathy and depression. PsyCh Journal, 2021, 10.5: 794-804.

Zadávající pracoviště: Katedra pedagogiky a psychologie,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Lukáš Novák

Oponent: Mgr. Irena Loudová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.1.2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou závěrečnou práci Vliv empatie na úzkost u vysokoškolských studentů pedagogiky vypracovala pod vedením vedoucího závěrečné práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 20.06.2024

Tereza Svobodová

Anotace

SVOBODOVÁ, Tereza. Souvislost empatie a deprese u vysokoškolských studentů. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 87 s., diplomová závěrečná práce.

Diplomová práce sestává ze dvou částí. V teoretické části bude čtenář seznámen s hlavními pojmy, jako jsou: empatie, deprese či smutek. V této části práce jsou představeny teoreticko-empirická zjištění pojednávající o těchto konstruktech a o jejich biologických základech. V teoretické části je také pojednáno o dílčích aspektech těchto konstruktů – především z perspektivy morální psychologie. V praktické části je pro sledování vztahu mezi empatií a depresí použito kvantitativních metod, především techniky dotazníku.

Klíčová slova: empatie, studenti, deprese, úzkost, strach, mozek, Kohlberg, amygdala, kvantitativní

Annotation

SVOBODOVÁ, Tereza. The Title of the Diploma Thesis. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2022. 87 pp. Diploma Dissertation/Bachelor Degree Thesis.

The diploma thesis will consist of two parts. In the theoretical part, the reader will be introduced to the main concepts such as: empathy, depression or sadness. In this part of the work, the theoretical-empirical findings dealing with these constructs and their biological foundations will be presented.

In the theoretical part of the work, partial aspects of these constructs will also be discussed - especially from the perspective of moral psychology. In the practical part, quantitative methods will be used to monitor the relationship between empathy and depression, especially questionnaire methods.

Keywords: empathy, students, depression, anxiety, fear, brain, Kohlberg, amygdala, quantitative

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomová závěrečná práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: 20.06.2024

Podpis studenta: Tereza Svobodová

Obsah

Úvod.....	10
1 Teoretická část.....	11
1.1 Neurální koreláty deprese a empatie	11
1.1.1 Amygdala a její hlavní funkce	11
1.1.2 Vliv hypothalamu a hippocampu na empatii a depresi	13
1.2 Empatie.....	15
1.2.1 Empatie v mozku	16
1.2.2 Vývoj.....	17
1.2.3 Metody měření empatie	19
1.2.4 Důsledky dysfunkce a inhibice empatie	23
1.2.5 Emoce	24
1.2.6 Poruchy a nemoci ovlivňující empatii	32
1.2.7 Rozvoj empatie a emocí.....	37
1.2.8 Důležitost empatie v učitelské profesi	39
1.3 Stres.....	40
1.3.1 Konkrétní funkce stresu	41
1.3.2 Průběh	42
1.3.3 Důsledky chronického stresu	42
1.4 Deprese.....	44
1.4.1 Příčiny	45
1.4.2 Příznaky	45
1.4.3 Depresivní poruchy u adolescentů a pubescentů	47
1.4.4 Poruchy spojené s depresí.....	48
1.4.5 Léčba.....	49

1.5	Dosavadní výzkumy v rámci našeho území.....	52
1.5.1	Empatie	52
1.5.2	Deprese	53
1.5.3	Souvislosti.....	54
2	Empirická část.....	55
2.1	Stanovení teorie.....	55
2.2	Metoda.....	55
2.2.1	Nástroje k měření empatie	55
2.2.2	Nástroje pro měření deprese	56
2.2.3	Nástroj na vyhodnocení veškerých dat	56
2.2.4	Hypotézy	57
2.3	Potřebná data	58
2.4	Ověření hypotéz a jejich testování	61
2.4.1	Anomálie.....	68
2.5	Verifikace výzkumu	73
2.6	Variace a rozšíření výzkumu.....	75
	Závěr	76

Seznam použitých zkratek, značek a termínů

ACTH = Adrenokortikotropní hormon

ADD = attention deficit disorder (porucha pozornosti)

ADHD = attention deficit hyperactivity disorder (porucha pozornosti s hyperaktivitou)

ANS = autonomní nervový systém

CDC = Centers for Disease Control and Prevention

DSM-5 = Diagnostický a statický manuál duševních poruch, 5. vydání

EQ = empathy quotient (kvocient empatie)

HPA osa = Hypothalamic-pituitary-adrenal axis (hypothalamo-hypofýzo-nadledvinová osa)

KBT = Kognitivně behaviorální terapie

MKN = Mezinárodní klasifikace nemocí

MRI = Magnetic resonance imaging (magnetická rezonance)

ODSIS = Overall Depression Severity and Impairment Scale (Celková škála závažnosti deprese a poškození)

PAS = Porucha autistického spektra

rTMS = Repetitivní transkraniální magnetická stimulace

RVP = Rámcový vzdělávací program

SPARC = Stroke Prevention and Recovery Centre

TEQ = Toronto Empathy Questionnaire (Torontský empatický dotazník)

VDP = Velká depresivní porucha

Úvod

Diplomová práce na téma Souvislosti empatie a deprese u vysokoškolských studentů je rozdělena na dvě části. V první části bude uvedeno seznámení s dosavadními teoretickými poznatky v rámci jednotlivých pojmů, faktorů a prvků. Představíme i dosavadní výzkumy, které byly realizovány na území České republiky.

Poté, co zmíníme dosavadní znalosti z tohoto tématu, následuje empirická část. Zde představíme vlastní kvantitativní výzkum, který je zaměřen na věkovou kategorii studentů vysokých škol. Z pohledu vývojové psychologie se jedná o adolescenty a mladé dospělé. Na konci empirické části bude objasněno, zda existuje souvislost mezi empatií a depresí.

Téma bylo zvoleno z důvodu, že jej prozatím v České republice nikdo neřešil a toto zpracování může být použito jako odrazový můstek pro další výzkum. Práce může poskytnout odpověď na otázku prevence vyhoření nebo na první příznaky deprese. Pokud toto nepomůže přiblížit problematiku zmíněných obtíží, tak můžeme minimálně lépe pochopit souvislosti mezi jednotlivými částmi mozku, které mají na starost empatii a depresi.

V části empirického výzkumu budeme hledat odpověď na otázku, zda existuje souvislost mezi empatií a depresí u vysokoškolských studentů. Výsledky mohou posléze poskytnout určité vysvětlení pro chování některých jedinců v průběhu studia.

Celkově práce a zjištěné výsledky mohou nabídnout mnoho odpovědí na velké množství otázek a lepší pochopení dané problematiky. Případně nám může nabídnout možnost rozšíření na jiné kategorie, ať už věkové, pracovní nebo společenské postavení.

1 Teoretická část

V této kapitole se seznámíme s empatií, depresí a souvisejícími pojmy. Vysvětlíme, jaký mají fyziologický původ a jak se vyvíjí spolu s člověkem. Jelikož vše má původ v mozku, zpočátku se budeme okrajově zabývat neurovědou, abychom vysvětlili, jak jednotlivé části fungují. Později na ně navážeme v dalších kapitolách, kdy by mělo dojít ke komplexnějšímu pochopení empatie, deprese a jejich souvislostí.

1.1 Neurální koreláty deprese a empatie

Vše má původ v mozku, dokonce i sama empatie. Hlavní část v mozku, které se dotkneme, je amygdala, což je jedna z jeho nejmenších a nejstarší částí. Přesto díky ní lidstvo překonalo mnoho nástrah. V současné době jsou nové nástrahy a často ve virtuálním světě.

Kromě amygdaly zmíníme další součásti limbického systému – hypothalamus a hippocampus, které mají více funkcí než jen hlavní, jako je regulace tělesných potřeb nebo zpracování informací. Jsou přímo propojeny s amygdalou, která je často může svou funkcí poškodit, více k tomuto je uvedeno níže.

1.1.1 Amygdala a její hlavní funkce

Součástí limbického systému je amygdala, což je malý párový orgán, který má na svědomí epilepsii. Také jde o orgán, který je v mozku nejčastěji poškozen z důvodu užívání narkotik (ARONIADOU-ANDERJASKA et al. 2008). Přesto byl jeho objev učiněn až v 80. letech minulého století (HANSEN 2021, s. 22). V té době sice vznikl první klinický tomograf, ale on se na nalezení této části mozku nepodílel.

Co tedy amygdala dělá? Pokud bychom to měli vysvětlit, zkusme si představit, že člověk je budova a imunita je bezpečnostní systém, který brání vniku nepřátel. Amygdala je požární hlásič, detekuje jakýkoliv náznak ohně, který by mohl ohrozit budovu. Právě díky tomu se způsob, jakým amygdala pracuje, nazývá „princip požárního hlásiče“ (HANSEN 2021, s. 23). Imaginární kouř, který byl v přirovnání použit, může být cokoliv. Amygdala totiž slouží k tomu, že hledá nebezpečí a pokud vyhodnotí situaci jako nebezpečnou, spustí stresovou reakci. Ta může být jen na krátkou dobu, než mozek zpracuje, že situace nebezpečná není. Jako

příklad můžeme uvést větev v trávě. Pokud jdeme po louce, kde je vysoká tráva, amygdala může vyhodnotit tuto větev jako hada (HANSEN 2021, s. 20–24). Okamžitě spustí poplach, člověk se lekne a více se zaměří na tento objekt. Když zjistí, že jde jen o větev, tak se uklidní a amygdala dále pracuje na hledání hrozeb v okolí.

Mimo hledání hrozeb je amygdala hlavní zdroj emocí. Právě v ní vznikají a amygdala se podílí na jejich rozpoznávání. Ovšem v tomto rozpoznávání nejde pouze o amygdalu, ale o více prvků (ŠIMIC et al. 2021). Samotná amygdala rozeznává emoce hlavně kvůli tomu, aby dokázala určit, zda se jedná o hrozbu, nebo nikoliv.

1.1.1.1 Role amygdaly ve vztahu k empatii

Amygdala je jedním z účastníků, kteří se podílí na empatii. Mimo ni je zde také mediální prefrontální kortex, přední insula, přední cingulát a temporoparietální spojení. Tyto účastníci se podle některých studií podílí na primárním fungování empatie, například Stroke Prevention and Recovery Centre (SPARC), (HILLIS 2014). Primární funkce jsou emoční nákaza a kognitivní perspektiva, které jsou více popsány v kapitole o empatii.

Můžeme z tohoto tedy vyvodit, že pokud dojde k určitému poškození amygdaly, bude zasaženo i fungování empatie. Tato malá část mozku je velice dobře kryta, takže k jejímu poškození dojde spíše z důvodu užívání návykových látek nebo díky dlouhodobému stresu. Další faktory, které mohou ovlivnit funkci amygdaly z pohledu emocí a empatie, jsou psychické nemoci a poruchy.

1.1.1.2 Úloha amygdaly a její vliv na patogenezi depresivních stavů

Jednou z nejznámějších poruch, která je i v současnosti mnohem více zmiňována, je velká depresivní porucha (dále také „VDP“). Pro širokou veřejnost je známá hlavně jako deprese. Jak tedy souvisí amygdala s VDP? Z výsledků několika amerických studií (například Alexandra Shackmana) se ukázalo, že pokud je amygdala hyperaktivní, zvyšuje to šanci výskytu VDP (GROGANS et al. 2022). To se pojí stresem, který s amygdalou souvisí.

Amygdala má velký vliv na podtypy deprese a depresivních stavů. Drevets a kol. během zkoumání deprese a amygdaly zjistili, že se mění průtok krve. Během období, kdy trvají příznaky deprese, je klidový průtok krve amygdalou zvýšen. Toto trvá i během remise a deprese se tak vrací. Nejde jen o tento fyziologický faktor, ale velký vliv mají i okolní stimuly

(WHALEN et al. 2002). Amygdala je však vyhodnocuje negativně a vznikají tím odpovídající emoce.

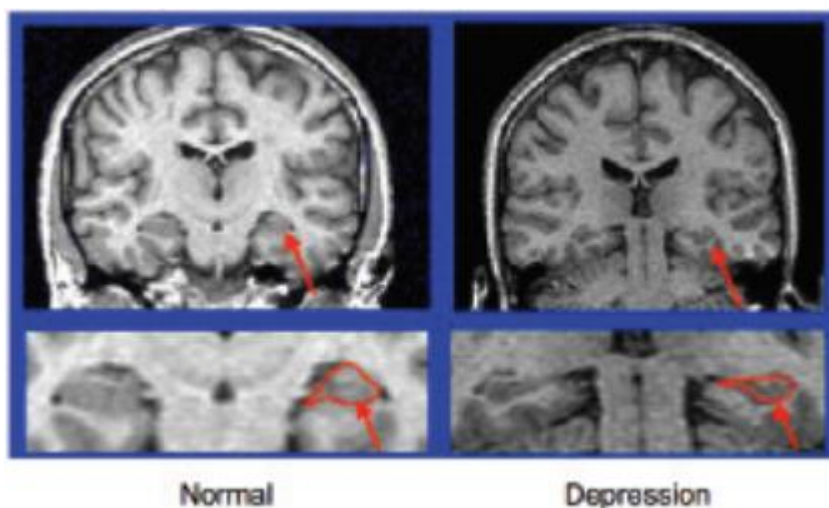
1.1.2 Vliv hypothalamu a hippocampu na empatii a depresi

Velkou mírou se na empatii a depresi podepisuje i zbytek limbického systému. Hippocampus se stará o ukládání nových vzpomínek. Tomu však může zabránit dlouhodobý stres, který je zároveň těžký. Během takového stresu nastává celkově špatná psychika, ale nedochází k uchování vzpomínek (HANSEN 2021, s. 22). Za tímto stavem stojí amygdala.

Hippocampus je negativně ovlivněn během stresu, který může vést k depresi. Jak je to u empatie? Hypothalamus a hippocampus patří mezi složky afektivního vzrušení, což je součást empatie. Součástí těchto základních neurálních složek afektivního vzrušení je i amygdala a orbitofrontální kortex (DECETY 2010). Hippocampus slouží v empatii k zapamatování emocí, neboť práce krátkodobé paměti je jeho úkol. Nachází se ve velkém mozku a přímo komunikuje s amygdalou (MOKRIŠOVÁ et al. 2012). Díky této komunikaci vzniká emoční paměť.

Pokud se poškodí hippocampus, člověk stále cítí emoční reakce, ale nedokáže říci proč. Tito lidé tak mohou potkat člověka, který v nich vyvolává pozitivní reakci. Jenže když se nad touto reakcí zamyslí, nejsou schopni říci proč. Jestliže není porušen hippocampus nebo amygdala, může dojít k narušení komunikace mezi nimi. Pokud k tomu dojde, vzniká porucha deklarativní paměti (MOKRIŠOVÁ et al. 2012). Ta se dá včas zachytit, léčit nebo i předcházet.

Pokud člověk trpí depresí, tak je ovlivněn hippocampus. Několik výzkumů zjistilo, že tato část mozku je zmenšená ještě před první depresivní epizodou (BREMNER et al. 2000). Mluvíme-li o zmenšení, jedná se o skutečně zřetelné zmenšení, viz Obrázek 1.



Obrázek 1 Hippocampus kontrolního subjektu (normální velikost) a pacienta s depresí (zmenšená velikost) podle Bremner et al., 2000.

Další část mozku, která má silné spojení s emocemi, je hypothalamus. Ten byl ve 20. letech zkoumán jako základní oblast mozku, která je zodpovědná za vytváření a ovládání emocí a jejich autonomní reakce (PŘIKRYL 2005). Mimo jiné zodpovídá za správnou funkci vnitřních orgánů, hlavně pokud má dojít k určité zátěži.

Hypothalamus komunikuje s amygdalou právě v tom, co se stavu celého těla týče. Amygdala na druhou stranu předá informaci, jak by tělo mělo reagovat. Tato část mozku slouží mimo jiné i k měření míry stresu (osa HPA). Co se empatie týče, je hypothalamus součástí složek afektivního vzrušení. Také díky vzájemné komunikaci s amygdalou vzniká pudové chování a non-kognitivní emoční projevy (PŘIKRYL 2005).

Když je člověk v depresi, zasáhne to i hypothalamus, jelikož se podílí na funkci vnitřních orgánů, tak se to projeví i na nich (AUTRY 2022). Vliv deprese na tuto část mozku bude pozorován na úbytku váhy, ztráty chuti na jídlo i na sex. Kromě těchto fyzických projevů se stav projeví i behaviorálně (OREL 2020, s. 220). Obecně můžeme říci, že mnoho projevů deprese souvisí právě s hypothalamem.

1.2 Empatie

Empatie je něco, co se v současné společnosti objevuje čím dál častěji. Často je spojena i s pojmy jako emoce a lidskost. První pojem, který označoval empatii, byl Einfühlung, který zavedl v roce 1903 Theodor Lipps. Původně měl však význam hlavně pro estetiku a šlo o vymezení hranic mezi smyslovým a estetickým potěšením (KRÁMSKÝ 2015, s. 65). Až později začala mít jiný význam.

Samotný pojem empatie použil až Edward Titchener v roce 1909. Tento pojem zavedl při překladu německého pojmu od Lippse. Již tehdy měla empatie některé body, které se jí zachovaly dodnes. Jedním je osobní zkušenost s jiným člověkem. Hlavní myšlenka totiž spočívá v tom, že Einfühlung/empatie je naše smyslové vnímání a vnímání jiné bytosti jako myslící. Díky tomu dokáže i jiné já vnímat krásné (KRÁMSKÝ 2015, s. 67). Posléze se od tohoto bodu lehce odklonilo.

Postupně se empatie dále zkoumala a přešla z umění do psychologie a sociologie. Dnes se dá empatie definovat pěti způsoby (HARTL a HARTLOVÁ 2009, s. 139):

1. Schopnost uvést se do duševního stavu druhé osoby, spjatá s pochopením jejích emocí a pocitů. Podkladem je niterná simulace nebo imitace.
2. Složitá podoba psychologického usuzování a v jeho průběhu se kombinuje pozorování, paměť, vědomosti a uvažování. Pozorovatel tím získává vhled do myšlenek a pocitů druhých.
3. Afektivní odpověď, jež je přiměřenější situaci někoho druhého než situaci vlastní.
4. Emoční odpověď orientovaná na druhého jedince odpovídající tomu, jak pozorovatel vnímá jeho míru blaha.
5. Afektivní odpověď pramenící z vyhodnocení či chápání emočního stavu nebo kondice druhého jedince. Odpověď je tak podobná tomu, co by pozorovatel cítil či očekávání, co by cítil v dané situaci.

Všechny tyto definice mají společné znaky. V empatii se pracuje s vlastní zkušeností a emocionální pamětí. Jedná se o dvě základní složky empatie – kognitivní a afektivní. Kromě toho jde do určité míry o sociální citění, kdy se pozorovatel snaží reagovat na druhého jedince tak, aby nedošlo ke zhoršení stavu.

Kromě toho musíme brát v potaz další proměnou. Empatie a emoce jsou v každé etapě vývoje člověka jiné a mohou se i odlišně vyvíjet. Dokonce i empatie se v průběhu historie lidstva určitým způsobem vyvíjela.

1.2.1 Empatie v mozku

Empatie vychází z mozku – o jaké části se jedná konkrétně? Díky MRI máme možnost vidět, které části to jsou. Na empatii se nepodílí celý mozek, ale pouze cca deset oblastí (BARON-COHEN 2014, s. 39). Ty mezi sebou komunikují a předávají signály dále.

Vše začíná prefrontálním kortexem, který porovnává sociální hlediska. Dochází k zamyšlení nad pocity jiných a svých vlastní. Tato oblast se překrývá s orbitofrontálním kortexem, který má na starosti v empatii hledání slovních výrazů a slouží k vytvoření sociálních zábrán (BARON-COHEN 2014, s. 39–41). K ní přiléhá část mozku, která má na starosti řeč a také je součástí tohoto obvodu soucitu.

Následně se empatie zpracovává v dolním čelním závitu. Ten zodpovídá za určení emocí. Díky němu dokážeme pojmenovat jednotlivé emoce. S tím souvisí i části mozku, kde jednotlivé emoce vznikají (BARON-COHEN 2014, s. 43). Přesto je důležitější právě dolní čelní zavit, neboť pokud máme vysokou empatii, tato část mozku je velice aktivní.

V empatii se aktivují i části mozku, které stojí za bolestí (střední cingulární kortex a přední insula). Ty souvisí s tím, že se dokážeme vcítit do něčí bolesti. Pokud ve filmu uvidíme, jak je někdo zraněn, tyto části zareagují a dokážeme se s danou emocí sžít. V této mozkové oblasti vykazují větší aktivitu ženy než muži. Roli hraje vztah k tomu, komu se něco takového děje (BARON-COHEN 2014, s. 44). Větší reakce bude v případě, pokud k danému člověku chováme sympatie nebo respekt.

Jestliže v empatii potřebujeme posoudit něčí další chování, na pravé straně mozku se aktivuje temporoparietální junkce. To souvisí s kognitivní složkou empatie. Díky této části mozku se dokážeme vcítit do myšlení ostatních (BARON-COHEN 2014, s. 45). Temporoparietální junkce se podílí na sledování sebe sama a ostatních, ale mimoto má na starosti i pozornost člověka.

Následují další části mozku, jež stojí za dalším pozorování jiných faktorů ovlivňujících chování během prožívání, například pohled do očí, doteky, pohyby a následné zrcadlení. Díky zrcadlení nebo také napodobování dochází k emoční nákaze, neboť neurony za toto zodpovědné

sdělují, že v dané situaci bychom se měli určitým způsobem tvářit, pohybovat, držet tělo a podobně (BARON-COHEN 2014, s. 46, 49). Děláme to převážně nevědomě, ale lidé s nižší empatií toto napodobování mohou dělat proto, aby zapadli do dané situace.

Poslední částí je amygdala, která má roli regulace a směřování emocí. Pokud je amygdala poškozena (obě části), v obvodu empatie to může vést k neschopnosti rozeznat některé emoce ve tváři. Takovou hlavní emoci je strach, ale jelikož z důvodu tohoto poškození se člověk nedokáže dívat ostatním do očí, má problém i s dalšími emocemi a myšlenkami jiných (BARON-COHEN 2014, s. 49).

Empatie se vyvíjela společně s mozkem a postupem času se vylepšují i technologie na zkoumání tohoto orgánu nervové soustavy. Spolu s nimi se rozvíjelo i poznání, jak tato lidská schopnost funguje.

1.2.2 Vývoj

Empatie se vyvíjí spolu s člověkem a má evoluční kořeny v emocích. Konkrétně v takových, které byly v průběhu historie používány během emočních interakcí mezi příslušníky vlastní skupiny (KOUKOLÍK 2014, s. 353). Darwin (1871) prohlásil: „Mnohá zvířata jistě vzájemně sympatizují, jsou-li ve stresu nebo v nebezpečí.“

Právě na zvířatech je nejlépe vidět určitý evoluční vývoj empatie, kde první stupeň je emoční infekce. Tu můžeme sledovat na ptácích. Pokud se v hejnu jeden vyděsí a odletí, tak jej následují i ostatní. Jde o nakažlivost emocí i nálad. U hlodavců můžeme vidět, že se dostávají do stresu, pokud vidí někoho svého druhu v tomto stavu. Přeneseme-li to na lidské bytosti, emoční infekci můžeme vidět u novorozeňat (KOUKOLÍK 2014, s. 354). Pokud jich je více v místnosti a jedno se rozpláče, začnou plakat všechna.

V dalším vývojovém stupni se pojí emoční infekce s vyhodnocováním situace a vzniká sympatizující zájem. Během tohoto stupně se snaží jedinec pochopit emoční stav druhého. Mnoho autorů jej řadí do kognitivní empatie. Projevem sympatizujícího zájmu je následně utěšování, kde dojde k určitému pochopení stavu a snažíme se jej vyřešit (KOUKOLÍK 2014, s. 354, 355). Toto chování můžeme vidět u goril a šimpanzů.

Utěšování však není naprosté pochopení a převzetí stavu. Dochází pouze k obecnému pochopení ve smyslu, že identifikujeme stav, například, když je někdo smutný, tak se tento stav pokusíme změnit. Jestliže převezmeme tento stav a podíváme se na situaci perspektivou toho, co trpí, dochází k empatické perspektivě. Díky tomu, že se odkloníme od vlastního pohledu na situaci a vžijeme se do toho, koho se přímo týká, můžeme nabídnout cílenou pomoc. Toto stadium však nevidíme u mnoha zvířat (KOUKOLÍK 2014, s. 355). Určitou podmínkou k tomu tohoto stadia docílit je rozeznat svůj vlastní odraz v zrcadle.

Pokud se na empatii podíváme z evolučního pohledu člověka, mělo by zaznít, že schopnost se do někoho vcítit je součástí mentalizace. Jestliže se tyto dva faktory naruší, může se u jedince vyskytnout porucha autistického spektra, poruchy chování nebo osobnosti (KOUKOLÍK 2014, s. 355). Mnoho autorů uvádí psychopatii, ale ta již není uznávaná jako možná diagnóza.

Model vývoje mentalizace popisuje pět detektorů¹ a jeden systém. Postupně se dělají pokroky a ty vedou k prvním znakům empatie. První se však musí vyvinout dva detektory. Jedná se o záměr a směr pohybu. Tyto dva detektory se tvoří v prvních devíti měsících života. Následuje detektor sdílené pozornosti. Ten pracuje na principu, že pokud se budu dostatečně dlouho na něco dívat, tak na to upoutám pozornost a onu věc dostanu (KOUKOLÍK 2014, s. 355, 356). Jedná se v podstatě o neverbální komunikaci místo slovního spojení: „Chci to!“. Navíc se vyvíjí od devátého do čtrnáctého měsíce života, kdy dítě neumí mluvit.

Když se toto vše spojí, vzniká mentalizace. K ní se později přidává detektor emocí a systém empatizace. Jak se posléze mozek dále vyvíjí, dosahují jednotlivé detektory jiné úrovně. Vliv může mít i pohlaví dítěte.

1.2.2.1 Gender a emoční mozek

Pohlavní hormony mají velký vliv na vývoj mozku. Na toto téma existuje mnoho studií a výsledky jsou značně komplikované. Všeobecně můžeme uvést rozdíly jako velikost, kdy je ženský mozek menší než mužský, dále funkce zpracování slov, kde ženský pracuje lépe. Muži na druhou stranu lépe zpracovávají prostorové informace. Poslední rozdíl, co se fyzické podoby týče, je hypothalamus. Ten u žen pracuje jinak než u mužů, ale rozdíl je i u homosexuálů

¹ Detektorem se v tomto smyslu rozumí činnost a stavba neuronálního systému, který má za úkol řešit dané problémy.

a transgender jedinců. U nich se objevuje jiná velikost a množství neuronů (KOUKOLÍK 2014, s. 317–320). Zatím se v této oblasti dále zkoumá.

Pokud jde o emoce a empatii, jsou na vyšší úrovni ženy. Ty mají vyšší míru citových výlevů a samotná emoční zátěž u ženského mozku vypadá jinak než u mužů. Emoční odpovědi bývají podmíněny i jinými faktory, než je pouze pohlaví. Hlavní podmínka je schopnost regulace emocí, jinak řečeno rozum. Ženy u této činnosti aktivněji využívají amygdalu a prefrontální a spánkovou kůru (KOUKOLÍK 2014, s. 325, 326). Přesto se v dalším výzkumu ukazuje, že pohlaví na amygdaly vliv nemá.

Na druhou stranu se při zkoumání empatie ukazuje, že ženy dosahují vyšších výsledků. Za tímto výsledkem stojí rozdíl v objemu temenního mozkového laloku. Odtud vychází zrcadlové neurony, takže hrají velice důležitou roli a nejde jen o napodobování (KOUKOLÍK 2014, s. 326). Nečekejme však, že měření empatie a funkce empatizace se měří přes tyto hormony.

1.2.3 Metody měření empatie

Existuje mnoho metod, které se dají použít u měření empatie. Můžeme je rozdělit na dva základní typy – první je vnější pozorování. Během něj je nezávislý pozorovatel, často terapeut, postaven před zkoumaného a zaznamenává jeho reakce. Druhý způsob je perspektiva samotného klienta, kdy on sám pozoruje vlastní pochody a zaznamenává. Aby došlo k empirické přesnosti, často dochází k oběma pozorováním současně a následně se porovnají (MIKOŠKA a NOVÁK 2017, s. 98). Takto se lze vyhnout subjektivním narušujícím faktorům.

Další dělení je podle obsahu. Empatie se v současné době měří nejčastěji pomocí dotazníků. V nich může být text nebo obrázky. V textu jsou uvedeny situace nebo tvrzení, kde musí respondent na Likertově škále vybrat, jak moc s daným tvrzením souhlasí. S touto škálou se pracuje i v rámci obrázků, kde respondent zaznamenává, jakou mírou na něj jednotlivé fotografie působí (MIKOŠKA a NOVÁK 2017, s. 98). Díky tomuto se dokáže změřit afektivní složka empatie.

Simon Baron-Cohen, Sally Wheelwrightová a kol. vyvinuli test a následnou škálu pro měření empatie u dospělých. Nazvali jej kvocient empatie (EQ). Snažili se o to, aby to bylo zábavné a respondent to neunavilo. Tento test chtěli totiž využít v rámci zkoumání autismu. Výsledky následně ukáží, kteří respondenti mají problém s empatií a kteří nikoliv (BARON-

COHEN 2014, s. 32). Celý test pracuje se situacemi, u nichž se vybere, jak moc s nimi respondent souhlasí. Následně se body sečtou a čím větší číslo vyjde, tím je vyšší empatie. Během vlastního výzkumu autoři přišli se zjištěním, že ženy mají mírně vyšší úroveň empatie oproti mužům. Další rozdíl byl mezi studenty humanitních a technických oborů. Ti, co studují techniku, mají o něco menší empatii (BARON-COHEN 2014, s. 33). Více jsou totiž zaměřeni na logiku než společenské vztahy.

1.2.3.1 Typologie empatie dle Cohena

Z výsledků vypracovali výše uvedení autoři úrovně empatického mechanismu. Pracovně toto lze nazvat typologií. Ta má sedm úrovní – 0 až 6, které se dají zaznamenat na Gaussově křivce (BARON-COHEN 2014, s. 31). Každý stupeň je vždy něčím ovlivněn a vyznačuje se jinými faktory, které mohou stát za touto mírou empatie.

Nulová empatie je první a nejnižší úroveň. Na Gaussově křivce ji nalezneme s nejnižším procentem lidí, kteří ji mají. Důvodem je, že úroveň 0 je typická žádnou nebo extrémně nízkou empatií. Tito lidé mají problém pochopit a navázat vztahy s ostatními a spoléhají pouze na své vlastní myšlenky (BARON-COHEN 2014, s. 35). Cohen tuto úroveň rozděluje na pozitivní a negativní.

Negativní nulová empatie se dá snadno nahradit pojmem zlo. Často se zde setkáme se zločinci, kteří páchají trestné činy na jiných lidech (BARON-COHEN 2014, s. 53). Typicky zde nalezneme sériové vrahy nebo lidi trpící různými psychickými poruchami. Cohen uvádí hlavně hraniční poruchu osobnosti, asociální poruchu nebo narcistickou poruchu osobnosti. Člověk na této úrovni je často násilný verbálně i fyzicky. Nečekejme však, že když se s někým takovým potkáme náhodně, tak nás hned napadne. Spíše se z jeho strany projeví velký nezájem. Bude mluvit jen o své osobně a nebude řešit problémy ostatních (BARON-COHEN 2014, s. 54,55). Násilí se projeví až v soukromí a po určitém čase. Jako příklad této negativní nulové empatie uvádí Marilyn Monroe. Ta byla přes svou krásu vznětlivá a měla proměnlivou náladu. Dalším příkladem nulové empatie je neschopnost si udržet vztahy. Určitým způsobem se jí vztahy nedařilo udržet ani v rodině, ale zde není možné, aby to byla její chyba. Na druhou stranu její tři manželství již ano. Když se vdala, manželství netrvalo dlouho. Dokonce udržovala paralelní vztahy, které také neměly pevné emoční vazby. Přesto vyžadovala někoho mít (BARON-COHEN 2014, s. 66,67). Nesnesla samotu, což je další bod, který se často opakuje u negativní nulové empatie.

Pozitivní nulová empatie je ta, kde mají lidé precizní a přesné myšlení. Více proto pracují s logikou, zkušenostmi a znalostmi. Typickým příkladem jsou lidé trpící Aspergerovým syndromem. Jedná se o poruchu v autistickém spektru (BARON-COHEN 2014, s. 103). Další možností je poškození mozku, které brání funkci empatie. Člověk se musí spoléhat na jinou část mozku a díky tomu mohou vznikat velice nadaní lidé, kteří však nedokáží udržet vztahy nebo jsou hrubí. To sice může vést k myšlence, že jsou amorální, ale pravda je taková, že chápou morální normy, fungování systému odměn a trestů a extrémně se morálních zásad drží (BARON-COHEN 2014, s. 35). Mohou působit necitlivě, ale neporuší morální pravidla.

Úroveň 1 je druhá, a i když se zde empatie objevuje, stále jsou tyto jedinci schopni ostatním ubližovat. Přesto se u nich objeví lítost a reflexe nad svými činy. Míra empatie je však nedokáže zastavit v jejich špatném jednání. Na rozdíl od nulové empatie k napadení a ublížení dochází až za určitých okolností. Musí dojít k aktivaci agresivního jednání, během kterého přestanou vnímat pocity druhých a možné důsledky (BARON-COHEN 2014, s. 35, 36). Později se empatie ozve v podobě svědomí, kdy svého jednání tento člověk lituje.

Na 2. úrovni mají lidé stále s empatií potíže, ale již dokáží kontrolovat svou agresi. Na druhou stranu se jejich agrese neboli „zlo“ stále projevuje, ale již ne ve fyzické podobě. Útočí verbálně, křičí, nadávají a podobně. Neberou druhého jen jako věc, ale jako člověka a uvědomují si, že jej zranili. Jde hlavně o psychické zranění. Nepředstavujme si, že za někým přijdou a začnou na něj křičet. Spíše se jedná o špatné a urážející poznámky. Můžeme to nazvat faux pas, která komplikují vztahy s přáteli či v práci (BARON-COHEN 2014, s. 36). Tito lidé často ani netuší, proč se s nimi přestávají ostatní stýkat nebo jsou vůči nim nepřijemní.

Na úrovni 3 již lidé vědí o svém hendikepu v empatii. S tím však dokáží pracovat – buď jej skrývají, nebo jej kompenzují. Často se vyhýbají profesím, kde by byla empatie potřeba, například zdravotní sestra, učitel, psycholog, terapeut a podobně (BARON-COHEN 2014, s. 36). V zaměstnání se mohou vyhýbat interakcím s lidmi. Takoví lidé nepůjdou na pracovní oslavu, do bufetu, kde probíhá debata nad osobními tématy a podobně. Snaží se vyhnout setkání s velkým počtem lidí, kde by je nedostačující empatie dostala do nepříjemné situace. Pokud se totiž dostanou mezi velkou skupinu lidí, zjišťují, že se nedokáží vyznat ve výrazech tváře, nerozumí vtipům nebo společenské konverzaci. Snaží se totiž v konverzaci držet pravidel, která jsou u formálních rozhovorů, ale jakmile jde o neformální, jsou silně nejistí (BARON-COHEN 2014, s. 37). Doma ve známém prostředí se cítí nejlépe.

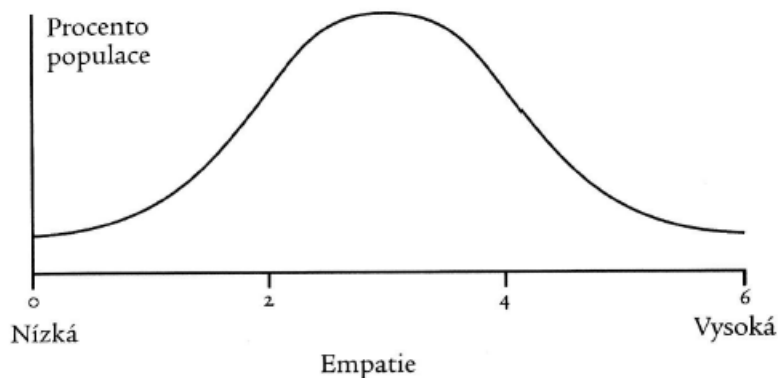
Čtvrtá úroveň stále není vysoká a již zde nedochází k negativnímu vlivu na každodenní život a chování. V konverzacích se tito lidé vyhýbají tématům týkající se emocí a často z nich dokáží velice dobře odejít a změnit téma na něco obecnějšího. Dokonce místo konverzace budou preferovat něco praktického a více toto pozorujeme u mužů než u žen. Pokud uvedeme extrémní příklad, místo toho, aby si s někým promluvili o svých pocitech, spíše půjdou cvičit, něco vyrábět nebo na zahrádku. Z tohoto důvodu jsou i jejich společenské vztahy založeny na společných zájmech (BARON-COHEN 2014, s. 37). Ty zájmy však nebudou emoční, ale opravdu týkající se dané aktivity – například klub modelářů, rybáři a podobně.

Následuje 5. úroveň, kde je empatie již mírně nadprůměrná. Nalezneme zde více žen než mužů a osobní vztahy jsou více postaveny na emocích. Často se v konverzacích objevují osobní témata, podpora, soucit nebo vzájemná emocionální pomoc (BARON-COHEN 2014, s. 37). Přesto tito lidé neprosazují své názory za každou cenu, berou ohledy na druhé a snaží se najít kompromis. Často dochází k diskusi nad problémy a ostatní poznávají díky běžnému rozhovoru spíše než výsledkem (BARON-COHEN 2014, s. 38). Jejich přátelské vztahy jsou mnohem přirozenější.

Na 6. úrovni je empatie již nadprůměrná. Oproti předchozí fázi jsou lidé neustále zaměřeni na city jiných lidí. Upouští od svých zájmů, koníčků a neupřednostňují sebe, ale druhé. Mají velký přehled o lidech ve svém okolí a jejich citové situaci. Již během rozhovoru si všimají projevů emocí a pokud jsou negativní, snaží se dostat druhého do pohody. Cohen uvádí příklad terapeutky Hany (BARON-COHEN 2014, s. 38,39). Na její situaci, která je popsána v knize, je vidět, jak je nabuzená a snaží se zlepšit náladu a zjistit, jaký je problém a snaží se podpořit v řešení.

1.2.3.2 Gaussova křivka

Všechny tyto úrovně můžeme zaznamenat na Gaussově křivce. Dle kvantitativního výzkumu pomocí EQ testu se zjistí procento lidí v jednotlivých úrovních a následně se zaznamenají do grafu, viz obrázek 2 (BARON-COHEN 2014, s. 31). Gaussova křivka se používá v mnoha případech, kde je středová úroveň v extrému. Zároveň se křivka nedotýká vodorovné linie (CHRÁSKA 2016, s. 53). Nejznámější zaznamenání v této funkci je naměřené IQ v populaci nebo pravděpodobnost výskytu hodnot.



Obrázek 2 Gaussova křivka empatie. Simon Baron-Cohen. 2014

1.2.4 Důsledky dysfunkce a inhibice empatie

Pokud mají lidé s empatií potíže, může jít o důsledek duševního onemocnění. Jedinec se pomocí terapie a léčby může dostat z tohoto útlumu empatie a fungovat dále normálně. Přesto musíme brát v potaz, že ne všechna duševní onemocnění se dají léčit.

Pokud jde o důsledky, jedná se o mezilidské vztahy a výchovu vlastních dětí. Člověk, který má nulovou empatii (nebo ji má v záporu), si nepřipouští svou chybu ve špatných vztazích. Nedostatky vidí v ostatních a často bývají až absurdní. Jeho zorné pole se stává omezeným a uzavírá se do osobní bubliny. Jakmile je v této bublině, nebere ohled na emoce ostatních (BARON-COHEN 2014, s. 35). Takové chování může následně vést k nezákonnému jednání. Mnoho recidivistů se nachází právě zde. Sám Simon Baron-Cohen jako konkrétní případ uvedl Marilyn Monroe (BARON-COHEN 2014, s. 66). Sice nebyla kriminální osoba, ale její vztahy byly v důsledku nízké empatie narušeny.

Kromě ní zde zmiňuje psychopaty. Cohen zde uvádí, že se jedná o lidi s psychopatickou poruchou osobnosti (BARON-COHEN 2014, s. 88). Pokud ji budeme hledat v mezinárodních klasifikacích, nenajdeme ji. Nalezneme zde však disociální poruchu osobnosti psychopatickou. V nulové empatii nalezneme více poruch osobnosti.

S empatií mají potíže lidé až do úrovně 4, ale od úrovně 3 si uvědomují, že v tomto ohledu zaostávají. Výše jsme zmínili, že to má dopad na jejich společenské vztahy. Pokud vynecháme psychické poruchy, největší a nejčastější problém u dysfunkční empatii jsou právě vztahy (BARON-COHEN 2014, s. 35, 36, 37). Člověk se sám izoluje, nebo naopak vyhledává

vztahy, které však nedokáže citově naplnit a udržet. Tito lidé se v konverzacích vyhýbají tomu, co nedokáží korigovat nebo tomu nerozumí. Témata, která jsou mimo jejich pochopení, se dotýkají emocí nebo je potřeba soucitu. Nepřijdou tedy za kolegou, kterému zemřel příbuzný, aby jej povzbudili a potěšili (BARON-COHEN 2014, s. 36, 37). Netuší totiž, jak by to měli udělat. Dokonce se může stát, že řeknou poznámku, která daný problém může zhoršit.

Větší problém nastává, pokud se někdo s velice nízkou úrovní empatie stane rodičem. Vcítění, soucit a schopnost utěšit je důležitá u péče o dítě. Jestliže člověk nemá tuto dovednost, může to vést k zanedbávání dítěte nebo přinejhorším k týrání (FRODI 1985). Pokud žena trpí i poporodní depresí, je péče o dítě z citové stránky skoro nemožná.

Lidé na nižších úrovních empatie špatně nebo vůbec neovládají agresi. Pokud tedy dítě pláče, může to odstartovat agresivní reakci. Horší je, když není vnímáno jako živá bytost, ale věc, a tak se k němu chovají (BARON-COHEN 2014, s. 35, 36). Existuje mnoho příkladů takového chování k dětem, co se kriminálního jednání týče. Často je doprovázeno citovou deprivací.

1.2.5 Emoce

Součástí empatie jsou emoce. Afekty jsou intenzivní a krátkodobé emoce (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ 2015, s. 53). Vyznačují se tím, že vzniknou náhle a člověk často reaguje až přehnaně a racionalita ustupuje do pozadí emocím. Běžný příklad je, když nás někdo riskantně předjede na silnici nebo z nepozornosti vjede před nás u předjíždění (OREL 2020, s. 139). Tehdy se u nás probudí hněv a vypustíme mnoho slov, která bychom jinak neřekli.

Nálady jsou opakem afektů, co se intenzitou týče. Mimoto trvají mnohem delší dobu (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ 2015, s. 54) a nálady ovlivňují jiné procesy. Jedním je paměť, kdy si člověk spojí určité emoce s určitou vzpomínkou a s tím později pracuje empatie (OREL 2020, s. 139). Mimo paměti zde funguje i motivace, pozornost, myšlení atd. Vliv nálady na pozornost můžeme pozorovat u dětí s poruchou autistického spektra nebo ADHD (REIMANN - HÖHN 2018, s. 70). Pokud je jejich nálada pozitivní a jsou i díky tomu motivovány k učení, tak se dobře soustředí a práce s nimi je snazší.

Emoce jsou psychické a sociální procesy, kdy osoba subjektivně prožívá určité zážitky (OREL 2020, s. 138). Ty mohou být kladné, nebo záporné, ale ne každý člověk je bude vnímat

stejně (BARON-COHEN 2014, s. 43, 44). Emoce se projevují také fyziologicky, a to od změny srdečního tepu po mimiku a řeč těla. Empatie často pracuje právě s těmito projevy.

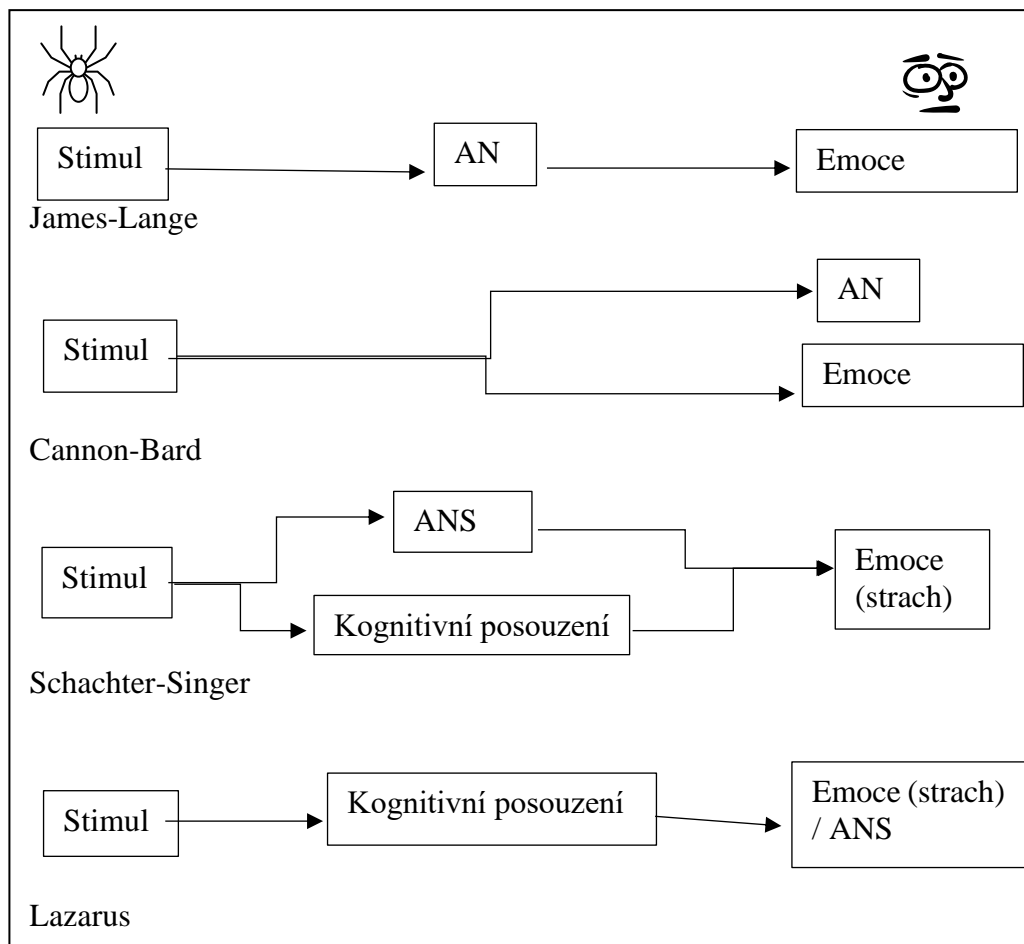
Emoce odráží složitou psychickou funkci. Ta vyjadřuje postoje, vztahy a reakce na okolní i vnitřní jevy. Emoce jsou subjektivní, takže ne všichni si spojí strach s pavoukem, ale třeba s radostí. To souvisí i s tím, že mají hodnotící význam, kdy určují dimenzi toho, zda je daná situace či jev příjemná, nebo nepříjemná. Mimoto jsou dynamické a reagují na změny situací (OREL 2020, s. 138). Opět může dát za příklad pavouka. Vidíme jej na stropě v rohu, může nás to lehce znepokojit nebo naštvat. Jenže poté zmizí a naše emoce se mohou rychle změnit na strach.

Emoce nereagují jen na jevy mimo naše tělo, ale i uvnitř. Každá emoce nemá stejnou tělesnou reakci. Běžný člověk to nejvíce uvidí v mimice tváře, postavení těla a podobně. Některé emoce se poznají velice snadno, ale jsou i takové tělesné projevy, které se špatně zařadí ke konkrétní emoci. Kromě zvýšené srdeční frekvence existují i vegetativní projevy a hormonální (OREL 2020, s. 138). Tyto projevy však jedinec nemůže ovládat – jedná se o něco, co se děje podvědomě.

Mozek je zdrojem emocí, i když v každé pohádce uslyšíme, že vychází ze srdce. Srdce v naší hlavě je mozek, a to hlavně limbický systém, jehož součástí je amygdala. Mimo něj zde je ještě prefrontální kůra a mezimozek. V posledním zmíněném se nachází talamus, který propojuje vše ostatní s hypotalamem, který vše řídí (ŠIMÍČ et al. 2021).

1.2.5.1 Funkce a evoluce emocí

Jak emoce fungují? Obecně můžeme říci, že existuje určitý stimul. Ten zachytí smysly a dále s touto informací pracuje kognitivní část mozku a autonomní nervový systém (ANS), který stojí za tělesnou reakcí. Každá emoce vychází z trochu jiné části mozku (ŠIMÍČ et al. 2021). Pracuje tedy často velká část mozku během prožívání emocí. Přesto je jejich proces podobný a vzniklo mnoho teorií o vzniku emocí, viz obrázek 3.



Obrázek 3 Teorie fungování emocí

Ve schématu na obrázku 3 můžeme vidět několik teorií, jak emoce vznikají. První pochází od Jamese – Langa, který proces vysvětluje tak, že pocity a jejich prožívání vychází z toho, jak tělo reaguje na stimuly. Můžeme si to uvést na příkladu pavouka. Člověk uvidí pavouka a objeví se mu husí kůže, začne se chvět a rychleji buší srdce (ŠIMÍČ et al. 2021). Tyto fyzické projevy jej vedou k tomu, že má strach. Jedná se o velice jednoduchý model.

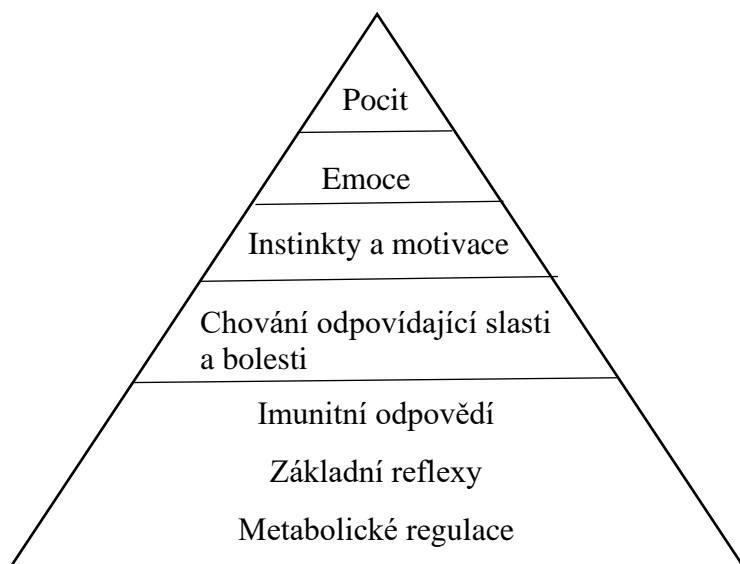
Složitější model představují Cannon a Bard. Ti přichází s thalamicou teorií emocí, která vznikla na základě experimentů, kdy hledali, v jaké části mozku emoce vznikají. Během nich zjistili, že důležitou část hraje thalamus a podle toho je teorie pojmenována. Podle nich stimul vyvolá dvě separátní reakce. Jednou je autonomní nervový systém, který uvede do pohybu projevy dané emoce. Současně s tím se objevuje i samotná emoce (ŠIMÍČ et al. 2021). Když si toto přiblížíme opět na příkladu s pavoukem, pokud jej člověk vidí, cítí strach a zároveň s tím se mu objevila husí kůže a začal se chvět.

Schachter a Singer přichází s odlišnou teorií, která však vychází z předchozích teorií. Přidávají zde nový faktor a tím jsou kognitivní procesy. Pracují s tím, že ANS aktivuje právě tyto procesy a ty dávají konečný význam emočnímu stavu. Fyziologická reakce je totiž velice nepřesná, neboť mnoho emocí má podobné projevy. Silné bušení srdce může nastat skoro u všech emocí, husí kůže může naskočit i u vzrušení. Proto přidávají právě kognitivní procesy, které si spojí konkrétní stimul s ANS a přiřadí konkrétní emoci (ŠIMÍČ et al. 2021). Na příkladu s pavoukem bude probíhat fyziologický projev a rozeznání stimulu. Následně se mu přiřadí emoce. Člověk pracuje s myšlenkou, že se chvěje a má husí kůži, protože má strach.

Více s tím následně pracují Lazarus a Arnold. Arnold přichází s myšlenkou, že ANS není nezbytný pro emoce a spíše pracuje s tím, že dochází k nevědomému vyhodnocení situace, což vede k projevu emoce. Lazarus následně přichází s myšlenkou, že emoce vznikají jako výsledek série hodnocení situace (ŠIMÍČ et al. 2021). Když si to přiblížíme na příkladu pavouka, pokud jej člověk spatří, začínají procesy – je pavouk jedovatý? Co když mě kousne? Je daleko? Je velký? Mozek vyhodnocuje toto vše a následně přichází fyziologická reakce a současně cítíme strach. Výsledkem je, že se člověk cítí v nepříjemné situaci, a proto má strach a chvěje se.

Poslední teorie, která není zobrazena výše, pochází od Damasia a jeho spolupracovníků. Nazývá se hypotéza somatických markerů, kde tento pojem znamená emoční reakce, která je doprovázena silnou fyzickou reakcí. Reakce vzniká na základě předchozích zkušeností s danou situací. Přitom somatické markery se objevují již od kojeneckého období lidského vývoje (ŠIMÍČ et al. 2021). S nimi se nadále pracuje, hlavně s těmi, které souvisí se základními hodnotami pro přežití. Postupně se však zlepšuje jejich efektivita a schopnost přesného rozhodnutí. Jak se člověk vyvíjí, tak se kognitivní zpracování zdokonaluje a spolu s tím i emoční rozhodnutí.

Damasio přichází i s teorií vývoje emocí. Sestavil homeostatický strom (viz obrázek 4), kde jsou zobrazeny evolučně nejnižší emoce až po pocity. Důležité je vysvětlit, co pocity jsou (KOUKOLÍK 2014, s. 266, 267). Pocit je základní jednotka smyslového poznání, které má intenzitu i jakost. Je ovlivněn silou podnětu a dá se měřit (KRATOCHVIL et al. 1937, s. 390). Často se jedná o obtížně pojmenovatelné emoce. Z tohoto důvodu se nachází na vrcholu stromu.



Obrázek 4 Damasiův homeostatický strom evoluce emocí

Homeostatický strom ukazuje evoluci emocí a pocitů od nejjednodušších organismů, které mají určité chemické reakce na odměny a tresty. Základní úroveň ukazuje právě tyto základní reflexy, imunitní odpovědi a metabolické regulace (KOUKOLÍK 2014, s. 266). Může se zde objevit krátkodobý stres, který prožívají i zvířata.

Ve druhé úrovni se nachází chování, jež odpovídá slasti a bolesti. Když budeme prožívat slast, budeme více energetičtí a u bolesti se více stáhneme do sebe. Třetí úroveň patří instinktům a motivacím. Patří sem pojmy, které našemu mozku říkají, aby uspokojil základní potřeby. Objevuje se zde hlad, hra, žízeň, sexuální chování atd. Ve čtvrté úrovni se nachází konkrétní emoce (KOUKOLÍK 2014, s. 266). Objevují se základní emoce jako hněv, smutek, radost a podobně. Mimo tyto jsou zde sociální emoce, kam patří láska, přátelství, hrdost a empatie.

Poslední úroveň jsou pocity, které jsou mentálním vyjádření všech přechodných úrovní. Pocity nemůžeme dosáhnout bez předchozích úrovní. Pokud dojde k poškození na jedné z pěti úrovní, má to vliv na chování a emoční prožitky jedince (KOUKOLÍK 2014, s. 266). Co se emocí týče, jestliže čtvrtá úroveň je narušena, nedá se správně dostat do úrovně pocitů.

1.2.5.2 Poruchy emocí

Třetí úroveň Damasia homeostatického stromu emocí představuje právě emoce. Pokud je jejich funkce narušena, vznikají poruchy emocí. Každá se týká spektra, které jsme zmínili výše. Poruchy afektu popíšeme první – jsou jich čtyři typy. Nevládnutý afekt je první a ne tak vážný. Jedná se o poruchu, která se projevuje mimořádně silným afektem, kdy je člověk

při vědomí, ale jedinec jej nedokáže úplně ovládat (OREL 2020, s. 140). Člověk si v danou chvíli neuvědomuje, co dělá.

Další porucha je patický afekt. Opět jde o déle trvající afekt, ale na samotném vrcholu může dojít ke ztrátě vědomí a amnézii. Ztráta paměti může být krátkodobá, nebo dlouhodobá. Pacient si to může později vybavit, ale opět platí, že své jednání neovlivní. V chování se projevuje nesmyslným jednáním a konáním. Často se objevuje i agrese. Jakmile záchvat skončí, přichází únava, vyčerpání a člověk může až usnout (OREL 2020, s. 140). Z toho vyplývá, že jde o psychicky a emočně náročnou situaci.

Ne vždy člověk s poruchou afektu reaguje agresivně. Během afektivního stuporu člověk prakticky zamrzne. Často takto reaguje na určitou traumatizující situaci. Můžeme to přirovnat k počítači, kdy máme pevný disk, který je po mnoha letech velké zátěže poškozen. Když po něm chceme otevřít náročnější program, tak zamrzne (OREL 2020, s. 140). Může se to stát, když amygdala nezpracuje dostatečně informace. Můžeme to brát jako určité zacyklení stresoru v amygdale a celém systému emocí.

Opakem afektivního stuporu je raptus. Jedná se o velice intenzivní a déle trvající afekt. Opět se zde objevuje agrese vůči svému okolí nebo sobě. Materiální škody jsou v zásadě pravidlem. Jen výjimečně může dojít k ohrožení života (OREL 2020, s. 141). Po této náhlé agresivní vlně může následovat úzkost, ale není to vždy pravidlem.

Poruchy nálady nebo také patická nálada se charakterizují chorobným vznikem, vyšší intenzitou a delším trváním (až rok). Dělí se na tři typy: expanzivní, depresivní a úzkostné (OREL 2020, s. 141). Více k typům je uvedeno níže.

Zvýšení nálady je expanzivní a spadá zde euforie, manická nálada, moria, extatická, explozivní a rezonantní nálada. Euforie je silná spokojenost a její síla je až otupující. Manická nálada je nadměrně veselá a člověk během mánie je více nápaditý, aktivní, rychlý a sebevědomý. Toto veselí může dojít až k odpojení od reality (OREL 2020, s. 141). Můžeme to přirovnat k určitým filmovým ztvárněním šílenství.

Pod pojmem moria si představme něco podobného předchozímu případu. Jediný rozdíl je, že člověk se s touto veselostí stává vulgární, hrubý a jeho chování je orientováno sexuálně (OREL 2020, s. 141). Mnoho lidí se s tímto může setkat u některých podnapilých lidí, ovšem v tomto případě zde nejsou žádné návykové látky.

Extatická nálada se podobá euforii s tím rozdílem, že je spojena se sexuálními a náboženskými prožitky. Explosivní, jak z názvu vyplývá, je výbušná. Můžeme to přirovnat k cholericovi. Poslední je rezonanční nálada, kdy je člověk podrážděný, nepříjemný a to bez zjevné příčiny. Tyto poruchy mohou dle popisu působit jako běžné charakterové rysy (OREL 2020, s. 141). Na nich lze nejvíce vidět důležitost více sezení s odborníkem než jen jedno.

Dalším typem je depresivní nálada. Člověk je naplněn pocitem smutku, pesimismem a ztrácí perspektivu a motivace. Vše se zpomalí a tím padá výkonnost, sebevědomí a sebehodnocení. Patří zde morózní a anhedonická nálada. Obě vychází z depresivní, ale s tím rozdílem, že morózní je v podstatě mrzout, který je nepříjemný. Anhedonický člověk špatně hledá nové koníčky z toho důvodu, že se nedokáže pro něco nadchnout (OREL 2020, s. 142).

Poslední poruchou související s náladou je úzkostná. Jde o nálady spojené s úzkostným stavem psychickým i fyzickým. Jedná se o chorobný a mnohdy až nesmyslný strach z různých věcí, situací a podobně. Spadají zde fobie a úzkost. Fobií existuje velká řada a člověk může mít tento nesmyslný strach prakticky z čehokoliv (OREL 2020, s. 142). Dá se s nimi pracovat a mnoho lidí je zmenšuje i bez pomoci lékaře.

Poruchy vyšších citů jsou nadměrné, defektní nebo nedostatečné. Mezi první patří to, kdy člověk něco až moc přehání. Může jít o přehnané ochranářství, altruismus nebo svědomitost. Může se to zdát neškodné, ale dané chování může člověka ohrozit na zdraví (OREL 2020, s. 143). V nejmenším případě bude jen společensky méně přijímaný.

Pokud však jde o defektní nebo nedostatečné vyvinutí vyšších citů, zde je již narušena empatie. Chybí ovšem i ohleduplnost a vztahy k lidem nebo dokonce celé společnosti. To se dotýká i morálních zásad, společensky uznávané etiky a ani spravedlnost těmto lidem nic neříká. Člověk s tímto defektem má určité problémy fungovat ve společnosti. Mimo jiné je poškozeno i jeho estetické vnímání (OREL 2020, s. 143).

Nedostatek empatie se často pojí se sociální tupostí, kdy tato kombinace poškozuje sociální vazby. Danému člověku to často tolik nevádí, neboť je silně egocentrický. To se pojí s jakousi morální tupostí, kdy on sám nevnímá, že morálně není v některých situacích správně. Přesto to na něm nepoznáme, neboť člověk ani mimikou tváře nereaguje, jak by měl (OREL 2020, s. 143). Přímou před ním může někdo trpět bolestí, ale on bude mít klidný až nezúčastněný výraz.

Porucha etických pocitů v podstatě znamená, že u člověka převládá pudové jednání. Morální zásady jsou potlačeny a neuvidíme zde ani sebevědomí, stud, ohleduplnost, pocit viny, čestné jednání apod. Takový člověk je často považován za někoho s emoční deprivací a degradací. Když spojíme všechny tyto aspekty, odpovídá to laickému popisu psychopata (OREL 2020, s. 143).

Výše je zmíněno i poškozené estetické vnímání. Nevyskytuje se samostatně, ale často s jinými symptomy. Člověk má problém s harmonií, krásou a celkově s estetickým vnímáním. Ovšem u tohoto bodu je problém hranice, co je estetické a krásné, když se podíváme na některé přední návrháře a jejich modely, tak to každý uvidí jinak (JUDIN 1966, s. 106). Zde můžeme vidět, že vnímání krásy je silně individuální.

Poslední kategorií poruch emocí jsou poruchy struktury emocí. Jde o dlouhý seznam onemocnění, které mají společné to, že jde o významné změny emocionálního projevu. Spadá zde například emoční ambivalence, alexitymie, emoční labilita, paratymie, idiosynkrazie, katatymie a další (OREL 2020, s. 144). Každá z těchto poruch se vyznačuje specifickými prvky.

Emoční ambivalence znamená, že člověk cítí současně dvě protichůdné emoce. Například ve stejné chvíli cítí smutek a radost nebo nadšení a znudění. Další je alexitymie, kdy je pro osobu velice obtížné vyjádřit emoce, což v podstatě nejde žádným způsobem. Nikdy tuto osobu neuvidíme říci, že má strach nebo radost proto, že sama ani neví, co cítí. Dělá jí i problém pochopit, jaké emoce prožívají ostatní. Vlastní emoce popisuje jako zdravotní stav a ne jako emoci. Běžný člověk řekne, že má strach, ale někdo s alexitymií řekne, že mu buší srdce, polévá jej studený pot a má nepříjemný pocit na hrudi (OREL 2020, s. 144). To působí velice zvláště.

Opakem předchozího stavu je idiosynkrazie, kdy je člověk extrémně přecitlivělý. Problém mu může dělat škrábání nehtů o tabuli, kov o kov, příbor o talíř atd. Většinou lidem tyto zvuky vadí, ale ti s idiosynkrazií reagují mnohem více. Nepletme si toto s emoční labilitou, kde se rychle střídají emoce. Tato labilita může vést až k emoční inkontinenci, kdy se emoce střídají neustále a ani nesouvisí s kontextem událostí (OREL 2020, s. 144).

Poslední dva termíny popisují dvě odlišné věci. Paratymie neboli paradoxní emoce je stav, kdy emoce kvalitou ani kvantitou adekvátně nereagují na aktuální podněty. Člověk se

například na pohřbu směje nebo při vyprodání drobné věci se hystericky rozpláče (OREL 2020, s. 144). Často ani mimika neodpovídá internímu rozpoložení člověka.

Katatymie je pojem, který označuje stav, kdy emoce silně ovlivňují a zkreslují chování, myšlení, rozhodování a postoje. Běžně, aniž by šlo o poruchu emocí, to můžeme vidět, když je člověk naštvaný. Ve vzteku člověk často dělá a říká věci, které by s čistou myslí neřekl. Proto ne každé takové chování je patologické (OREL 2020, s. 144). Mimo jiné musí všechny příznaky trvat delší dobu, neboť emoce mohou být silně ovlivněny stresem či jinou událostí.

1.2.6 Poruchy a nemoci ovlivňující empatii

Existuje velké množství jiných poruch a nemocí, jež mají velký vliv na empatii člověka. Nebudeme zde zmiňovat psychopatii, která sice patří do poruch osobnosti, ale psychopatie jako taková se nikdy neurčuje jako diagnóza (ŠKODA 2019). Existuje k tomu mnoho důvodů, ale důležité je, že nesplňuje jasná kritéria pro klasifikaci.

První je velká depresivní porucha. Deprese se občas řadí mezi poruchy nálad, neboť právě ty jsou tímto onemocněním nejvíce zasaženy. Dochází k celkovému útlumu organismu. Mizí pozitivní emoce a více se v mysli člověka objevují negativní myšlenky. Trochu to působí jako emocionální a fyzická únava (RABOCH et al. 2015). Podrobněji se k této poruše dostaneme v kapitole Deprese, kde popíšeme veškeré příznaky a příčiny.

Zmíníme poruchu pozornosti s hyperaktivitou neboli ADHD. S tímto se v rámci školství můžeme setkat velice často. Jedná se o poruchu, která se projevuje nepozorností a hyperaktivitou. Právě hyperaktivita je jedním z nejdůležitějších faktorů². Pokud ji nedagnostikují v dětství, v dospělosti se může zaměnit za jiné poruchy (REIMANN - HÖHN 2018, s. 19). Nejčastěji to je počáteční fáze Alzheimerovy choroby, která se stejně jako ADHD projevuje zapomínáním i dalšími symptomy (MORGAN 2023). Psychiatři a psychologové si dávají pozor s diagnostikou, aby nedošlo k špatné léčbě.

Pokud jde o chování jedince s touto poruchou, je těžké stanovit a definovat, dokud je dané chování normální a kdy znak poruchy. Hlavní příznaky ADHD jsou hyperaktivita, nepozornost a impulzivita (REIMANN - HÖHN 2018, s. 19).

² Bez hyperaktivity se jedná jen o poruchu osobnosti neboli ADD.

Stejně, jako s ADHD, se ve školství můžeme setkat s poruchou autistického spektra (PAS). Tyto poruchy můžeme v MKN nalézt až od 10. revize pod Pervazivními vývojovými poruchami (F84), (OREL 2020, s. 293). Důvodem tohoto pozdějšího zařazení je i to, že první popsany klasický autistický syndrom byl až v roce 1943 Leem Kannerem v USA. Krátce nato popsal Hans Asperger (1906–1980) podobnou poruchu (EVANS 2013). Jenže Aspergerův syndrom se začal více řešit až po jeho smrti.

Než se začal prozkoumávat Aspergerův syndrom, tak přichází řada klinických výzkumů. Během nich se zkoumají hlavně děti, u nichž se objevují příznaky, jež popsal Kanner. Tento výzkum prováděly Lorna Wingová a Judith Gouldová. Dvojice přišla na to, že ne všechny děti zapadají do Kannerova autismu, ale našli stejné a opakující příznaky, které označily jako triádu postižení. Do této triády patří potíže se sociální interakcí, komunikací a představivostí (EVANS 2013). Od té doby se začal autismus více zkoumat a každým rokem je diagnostikováno o přibližně 3 % více dětí na různém stupni spektra.

Jelikož je empatie součástí sociálních interakcí, můžeme předpokládat, že empatii jako takovou autisté nemají. Empatie je však u autistů komplikovanější. Otázku empatie u autismu si položil již Simon Baron-Cohen, který empatii zkoumá dlouhodobě. Ten přichází se zjištěním, že se u lidí s touto poruchou objevuje určitý „deficit“ empatie (BARON-COHEN 2014, s. 108). Po tomto zjištění se na tuto otázku zaměřilo více vědců.

Nejnovější výzkum pochází od Diarmuida Verriera, Stephana Connollyho a Lesleyho Kimbera. Ti se rozhodli zeptat se na empatii 76 lidí trpících autismem, konkrétně jak oni u sebe vnímají empatii. Z dat zjistili čtyři hlavní body, ale ve výsledku můžeme říci, že jim empatie nechybí. Mají širokou řadu empatických zkušeností. Někteří mají silné reakce a jiní se spíše vcítí do zvířat (KIMBER et al. 2023). Pokud jde o empatii, tak je poměrně individuální.

Schizofrenie je psychické onemocnění, které je široké veřejnosti známé, ale často jen v negativním smyslu. Tento negativní pohled je hlavně díky médiím. V současné době se tento pohled stává více neutrálním. Schizofrenie má několik typů (SMOLÍK 2002, s. 160–163).

První známky o diagnostice schizofrenie můžeme dohledat již v polovině 19. století. Tehdy si psychiatři všímají nemoci, která postihuje mladé lidi. V každé zemi nachází pacienty s příznaky, které dnes vidíme u schizofrenních poruch. První konkrétní diagnostika přichází

na počátku 20. století (SMOLÍK 2002, s. 149). Celková problematika tohoto onemocnění se posléze začíná řešit více.

Schizofrenie je duševní onemocnění mnohotvárné. Onemocnění nepotkáme typicky v dětství, ale v adolescenci. Existují ovšem případy dětí se schizofrenním onemocněním (OREL 2020, s. 208). K samotné diagnóze může dojít až tehdy, když příznaky přetrvávají minimálně měsíc. Autor pojmu, Eugen Bleuler, rozlišuje dva typy příznaků. Mezi primární symptomy spadají poruchy asociační činnosti, poruchy afektivity, ambivalence, autismu a protichůdné impulzy. Bleuler tyto příznaky považoval za psychologicky nevysvětlitelné. Za ty vysvětlitelné považoval akcesorní (sekundární) symptomy. Mezi ně spadají bludy, poruchy osobnosti, halucinace, katatonie a somatické příznaky, změny v mluveném a psaném projevu (SMOLÍK 2002, s. 151).

Kurt Schneider popisuje konkrétnější příznaky prvního a druhého řádu. Do prvního řádu spadají zvukové halucinace, narušení myšlenek a bludy. Tyto kondice se vyskytují mimo schizofrenie i u psychotických stavů, které vznikly z důvodu jiného onemocnění. Mezi ně může patřit epilepsie nebo alkoholová psychóza. Ne všechny smyslové klamy spadají do prvního řádu. Schneider jiné bludy zařadil do druhého řádu. Mají však pro diagnostiku menší význam, pokud nejsou spojeny s jinými příznaky (SMOLÍK 2002, s. 151). Spadá zde bezradnost, euforické a depresivní rozklady, smyslové klamy, bludné nápady, prožitky citového ochuzení a další (SMOLÍK 2002, s. 152). Ze všech symptomů je jasné, že je velice obtížné určit hranici, kdy jde o schizofrenii a kdy o jinou psychickou poruchu.

Všechny příznaky můžeme rozdělit na negativní a pozitivní. Mezi pozitivní řadíme ty, které si spojí se schizofrenií každý. Nalezneme zde bludy, halucinace, dezorganizované chování a řeč, impulzy, raptý a další. Mezi negativní patří autismus, alogie, emoční oploštělost, anhedonie, abulle a hypobulle (SMOLÍK 2002, s. 154). Průběh schizofrenie bývá variabilní. Nejdůležitější je nemoc zachytit brzy, aby se mohl ovlivnit její vývoj (OREL 2020, s. 209). Kromě jiného má schizofrenie několik typů, které se nemusí díky symptomům včas podchytit.

Pokud se na schizofrenii podíváme přes empatii, existuje mnoho výzkumů. Přesto obecně můžeme říci, že empatie takto nemocných lidí není jako u zdravých lidí. Jejich empatie má deficity v afektivní i kognitivní oblasti. Osoby trpící schizofrenií spíše trpí úzkostí, která jim brání empaticky vnímat okolí (BONFILS et al. 2017). Mimo to je výše uveden jeden symptom, který má na empatii a emoce vliv – emoční oploštělost, kdy má jedinec potíže

dostatečně prožívat emoce (TÚMA 2013). Člověk má určitou lhostejnost, a to může vést k tomu, že jeho empatie nepracuje stejně jako u zdravého člověka.

Poruchy osobnosti – konkrétně narcistní, disociální a schizoidní. První zmiňovaná je nejznámější. Jedná se o poruchu, která se projevuje velikášstvím, nadměrným sebehodnocením, to vše jsou trvalé vlastnosti, ne pouhé velké ego (RABOCH et al. 2015, s. 669, 670). Toto onemocnění je docela časté, ale hůře diagnostikovatelné. Důvod tohoto problému je, že se často může zaměnit s hraniční poruchou osobnosti (mohou být synchronní), somatizační poruchou, konverzní poruchou a závislou poruchou osobností (SMOLÍK 2002, s. 384). Přesto každé z těchto onemocnění se v určitých symptomech liší a lékař musí být v určitých diagnostikách být opatrný.

Příznaky u člověka s narcistickou poruchou jsou velikášství, a to hlavně o své vlastní důležitosti, kdy se považuje za lepšího a geniálnějšího, i když tomu výsledky jakékoliv jeho činnosti neodpovídají. Jakýkoliv jeho úspěch se stane centrem jeho zájmu a často se ve svých fantaziích dostane i do absolutního úspěchu (SMOLÍK 2002, s. 383). Jeho víra v tyto „úspěchy“ je tak velká, že se považuje za „výjimečnou“ osobu, která se může stýkat a komunikovat pouze s dalšími takovými osobnostmi. Často se tak snaží dostat do kontaktu s herci, právníky a jinak mediálně či v oboru známými osobnostmi. Můžeme říci, že takový může být občas každý, ale narcisté vyžadují nekonečný obdiv (BARON-COHEN 2014, s. 98, 99). Z toho důvodu si hledají často partnery, kteří jim toto poskytnou. Vztahy jako takové mají hlavně k tomu, aby dosáhli vlastního cíle. Narcisté si mohou vyhlédnout dobrého pracovníka a parazitovat na jeho práci. To jim opět napomáhá k obrazu jejich privilegovanosti, kdy jsou schopni si nárokovat jídlo, léčbu a zvláštní zacházení zadarmo (SMOLÍK 2002, s. 383). Často to vede k arogantnímu a nadutému chování. Narcistům chybí empatie, kdy mají problém (ani se často nesnaží) vcítit se do ostatních (BARON-COHEN 2014, s. 98). Přesto ostatním závidí, nebo žijí v představě, kde všichni závidí jim. Závistí si často ospravedlňují i veškeré činy a chování ostatních, které jim nevyhovuje.

Disociální porucha osobnosti je jiná než narcistická. Neuvidíme zde totiž velikášství, aroganci a zvyšování vlastního ega. Diagnostika tohoto onemocnění je mnohem složitější. Důvodem je, že ne vždy dané chování spadá do poruchy, ale člověk může mít pouze takové charakteristické projevy (SMOLÍK 2002, s. 365). Lidé s touto poruchou často překračují

hranice ze společenské normy do kriminální oblasti (OREL 2020, s. 257,258). I když daný člověk navštěvuje odborníka, ten nemusí vždy nezákonnému činu zabránit.

Disociální porucha osobnosti – osoba trpící touto nemocí nedodrží a nemá zájem o společenské normy, emočně je chladná a nezajímají ji ostatní. Může mít problém s chováním, které je společensky přijatelné, neboť na to nemá dostatečné zkušenosti (OREL 2020, s. 258). To může vést k určité frustraci a tu nezvládá dobře. Pokud je totiž pod tlakem, snadno podléhá agresi (SMOLÍK 2002, s. 365). Z toho můžeme vidět, že diagnostika bude náročnější, pokud nemá lékař zkušenosti. Aby diagnostika byla učiněna, musí splňovat určité body. Důležité je si uvědomit, že existují dvoje kritéria. V MKN – 10, kde tuto poruchu nalezneme pod „Disociální porucha osobnosti“ (F60.2), ke diagnostice musí splňovat kritéria pro poruchu osobnosti a minimálně tři další kritéria (SMOLÍK 2002, s. 365). Mezi ně patří chladný nezájem o emoce a city druhých bez ohledu na jejich blízkost k pacientovi. Neočekávejme však, že by tento člověk měl trvalejší vztahy. Má velký problém je vytvářet a udržovat. Mimo vztahů má potíže se společenskými normami a pravidly. Postoj vůči nim je velice nezdvořilý, bezohledný a nezodpovědný (SMOLÍK 2002, s. 366). To často vede ke sklonu ke kriminálnímu jednání.

Pokud nedojde k tomuto jednání, určitě na pacienta dopadne frustrace. Těmto lidem stačí skutečně málo a velice snadno sklouzávají k agresi. Pokud během toho učiní něco, kdy automaticky následuje trest, postrádají schopnost se z trestu poučit. Více se u nich objevuje tendence, kdy svádí vinu na kohokoliv jiného nebo si ospravedlňují vlastní chování (SMOLÍK 2002, s. 366). To vede ke konfliktům právě se společností a vysvětluje to časté recidivisty a určitou nefunkčnost vězeňského systému.

Kritéria v MKN-10, ale v DSM-IV se liší v určitých bodech. První je, že v DSM tuto poruchu nalezneme pod názvem „Asociální porucha osobnosti“. Další rozdíl je, že je pohlíženo u diagnostiky na věk a to, aby nešlo o součást symptomů jiné choroby, kterou dotyčný trpí. Mimoto se více zaměřuje na opakující se porušování společenské normy, impulzivitou, podvodné jednání, bezohlednost a nedostatek lítosti a empatie (SMOLÍK 2002, s. 366). Můžeme říci, že se více zaměřuje a kriminalistický pohled než behaviorální.

Poslední porucha je schizoidní. Člověk s touto chorobou je stažen od kontaktů, a to emočních i společenských. Více se zaměřuje do svých fantazií a samoty. Aby někdo mohl být takto diagnostikován, musí opět splňovat určitá kritéria (SMOLÍK 2002, s. 363). Pokud se objeví minimálně čtyři příznaky, již se může uvažovat o této diagnostice. Příznaky jsou hlavně

omezení a utlumení emotivity, vyjádření emocí a touha po důvěrných vztazích. Člověk má určitou lhostejnost ke kritice, chvále a společenské normy také nevnímá, jak by měl. Osoba se tímto izoluje a více se obrací do svých fantazií a více ji baví být sama. Pokud jde o činnosti zájmu nebo sex, ztrácí v těchto oblastech potěšení a zálibu. Činnosti těchto lidí jsou zaměřeny na oblast fantazií a nemají tak možnost rozšiřovat a procvičovat empatii. Empatie je u nich v určitém deficitu (SMOLÍK 2002, s. 363, 364). Nejde však o úplnou ztrátu empatie, jen se nachází spíše na první úrovni Cohenovy škály empatie.

1.2.7 Rozvoj empatie a emocí

Může se stát, že v rámci života se člověk setká s lidmi s těmito poruchami, kde je empatie jinak než u zdravých lidí. Přesto je důležité svou empatii a emoce rozvíjet a umět je zpracovávat. Pokud člověk s těmito dvěma faktory ve svém životě nepracuje a potlačuje je, může to vést k frustraci nebo až ke psychickým poruchám.

Rozvoj empatie a emocí není složitý a můžeme se s ním setkat již v rámci mateřské školy, přes základní školu až na střední školu (KOCÁBKOVÁ 2010). V RVP jednotlivých stupňů jsou tyto pojmy zahrnuty. Existuje i mnoho metodik, které se dají využít v rámci výuky nebo výchovy vlastních dětí.

1.2.7.1 Empatie a emoce v rámci výuky

Empatie by měla být spolu s emocemi součástí výuky již od předškolního vzdělávání. Na základní škole jsou oba tyto pojmy ve výuce zastoupeny. To, jak se jejich začlenění do výuky provádí, je otázka pro jiné výzkumy. Obecně můžeme říci, že nejčastěji se empatie a emoce objevují v rámci hodin občanské nauky nebo etické výuky (MŠMT 2023, s. 114). Ne všechny základní školy mají etickou výchovu a ne všichni učitelé občanské nauky dokáží pracovat s těmito tématy.

1.2.7.1.1 Zastoupení empatie s emocemi v RVP

Pokud jde o možnosti rozvoje těchto kompetencí u žáků, existuje mnoho aktivit. Ty se dají různě modifikovat i na jiné předměty, než je etická výchova. Empatii můžeme dobře rozvíjet v dějepisu, kde můžeme pracovat s historickými událostmi (MŠMT 2023, s. 53). Díky tomu se žákům může dařit konkrétní učivo lépe zapamatovat. Přesto se v samotném RVP pracuje s tím, že žáci rozumí empatii.

Emoce můžeme nalézt v uměleckých předmětech, jako je výtvarná výchova nebo dramatická výchova (MŠMT 2023, s. 112). V obou se však zaměřuje na jejich vyjádření v rámci aktivity nebo jako součást hodnotové reflexe. Opět nás to tedy vede do etické výchovy, kde komunikace a vyjádření emocí patří mezi jedno z hlavních etických témat.

1.2.7.1.2 Práce s empatií a emocemi v metodice etické výchovy

V etické výchově se empatie objevuje již od prvního stupně. Neočekávejme však komplexní práci s tímto tématem. Z počátku žáci ani nemusí tušit, že jde o empatii, ale postupně více pracují s tím, aby se vcítili do jiných v různých situacích. Pracuje se s příběhy i se využívá kreativní tvorba či dramatická (PLACHÁ a KOUTSKÁ 2014, s. 204–218). Žáky samotné musí daná aktivita bavit. Dítě tím není zatíženo složitými úkoly.

To jsou aktivity v rámci metodiky a učebnice, ale pedagog může pracovat s jinými aktivitami. Měl by však při tvorbě dbát na žáky. Pokud se žáci blíží druhému stupni, jsou seznámeni s pojmem empatie a úkoly jsou složitější. Více se pracuje se vcítením do jiných, mimikou, reálnými lidmi a situacemi (TRČKOVÁ a ZEMANOVÁ 2014, s. 77). Žáci by si měli na konci výuky uvědomit, proč je empatie důležitá v přátelství a při hledání nových přátel.

Jakmile žáci přejdou na druhý stupeň, měli by empatii chápat a používat. Naposledy se s ní setkávají až ke konci studia, kde jde o sociální empatii. V této kapitole by se měli žáci dostat k tomu, aby jim nebyli lhostejní lidé kolem nich, které osobně neznají. Jedná se o empatii pro veřejnost a veřejný prostor. To je další krok k prosociálnímu chování, které je cílem etické výchovy. Aktivity více směřují k tomu, co je pro koho normální a co tento pojem představuje. Objevují se častěji problémovější situace, do nichž se musí vžít, pracují s vlastní zkušeností a hodnotami jiných (GINTEROVÁ a HAJDINOVÁ 2014, s. 139). Jde tedy o velice složitou práci s empatií, která nepřísluší mladším žákům.

Kromě empatie se v metodice pracuje i s emocemi. Ty můžeme nalézt v mnoha tématech a jelikož témata na sebe navzájem navazují, s emocemi se pracuje prakticky od začátku. Na počátku se musí žák naučit komunikovat. Následně pozitivně ohodnotit sebe jako člověka. Právě zde se objevuje první práce s emocemi. Žák se zde naučí základní emoce a jak se u jejich prožívání člověk tváří (PLACHÁ a KOUTSKÁ 2014). Jde o aktivitu, kdy se snaží pochopit své pocity i pocity druhých.

Nejvíce se emoce objevují v komunikaci citů. Jedná se o téma, které přichází až jako páté. Více se zde pracuje s emocemi a jak je vyjádřit, pojmenovat, projevit a komunikovat s ohledem na emoce druhých (PLACHÁ a KOUTSKÁ 2014). Na prvním stupni žáci začínají s pojmenováním citům a postupně se dostávají ke komunikaci, kdy neublíží jiným svými slovy.

S blížícím se druhým stupněm se opět toto téma více komplikuje. Žáci se postupně učí usměrňovat emoce, rozlišují nálady, afekty a vášně. Pracuje se s více složitými emocemi, než jsou ty základní a u základních se jde více do hloubky (TRČKOVÁ a ZEMANOVÁ 2014, s. 61). Žáci díky tomu více porozumí svým emocím a jak se prezentují emoce navenek.

Na druhém stupni se s emocemi pracuje více v rámci citlivé komunikace, důstojnosti lidské osoby a ke konci se opět vrací komunikace citů. Tentokrát se více zaměřuje na využití v běžném životě, jak naše emoce ovlivňují druhé, zvládnutí negativních emocí a vyšší city. Opět se zde aktivity stávají obtížnější a více pracují s již osvojenými tématy a prohlubují je o další rozměr (GINTEROVÁ a HAJDINOVÁ 2014). Stále se však drží zajímavých aktivit.

Přesto je důležité, že nejde jen o samotné aktivity, ale důležitým činitelem je vyučující. Pokud vyučující nebude mít snahu rozšiřovat znalosti v této oblasti a kreativně na témata pohlížet, bude pedagogicko-výchovný proces nekvalitní. Tento činitel výuky by měl mít i další kompetence než pouze aktivity a metody ve výuce.

1.2.8 Důležitost empatie v učitelské profesi

V rámci výuky existuje mnoho metod na rozvoj empatie a emocí. Jak moc je důležitá empatie u učitele? Na toto téma existuje mnoho prací, které se jej dotýkají. Přesto v klíčových kompetencích učitele empatii nalezneme. Není tam přímo zmíněna, ale nalezneme ji pod sociálními kompetencemi. Do nich mimo empatie patří sociální dovednosti, sociální inteligence, komunikační dovednosti, sociální obratnost a inteligence (JIŘIČKOVÁ a SELČANOVÁ 2022).

Důležitost empatie v učitelské profesi zkoumá několik autorů. Mezi nejvýznamnější patří Tomáš Svatoš, který poukazuje na to, že empatie je důležitou součástí studenta učitelství (SVATOŠ 1999). Následně na toto navázal Martzgot se svými společníky, kteří zkoumají, jak se liší empatie u žáků waldorfské a běžné školy. Výsledky toho výzkumu z roku 2016 ukazují,

že studenti z alternativní školy mají lépe vyvinutou empatii (JIŘIČKOVÁ a SELČANOVÁ 2022).

Mnoho výzkumů se shodne na tom, že učitel s empatií dokáže mnohem efektivněji pracovat s žáky. Lépe u nich rozvíjí kompetence k učení, což má dopad na jejich výsledky (SUCHÁČEK 2022). Dokonce hraje empatie velkou roli v prevence diskriminace žáků, kteří pochází ze znevýhodněného prostředí.

Přesto empatie může být nevýhoda, pokud nemá učitel odolnost vůči stresu. Klinická psycholožka Vojtíšková mluví o empatii v kontextu syndromu vyhoření. Není to zde však myšleno v dobrém smyslu. Spadá pod faktory, které predisponují vznik syndromu vyhoření. Mimo ni se zde nachází obětavost, idealismus, úzkost, senzitivita a pedantství (ZZMV 2023). Když se všechny faktory spojí, přichází syndrom vyhoření. Jestliže je člověk „nakažen“ syndromem vyhoření, nemá to vliv pouze na něj jako jednotlivce. Silně je tím ovlivněna i jeho práce a služby. Pokud jde o učitele, může to vést až ke ztrátě sebereflexe a vina je svalována na žáky (ZORMANOVÁ 2018). Mimo jiné se může objevit depresivní nálada a postupně se vyvinout v další problémy.

1.3 Stres

S pojmem stres se člověk setkává častěji než s pojmem empatie. Dokonce o stresu dokáže běžný člověk říci více než právě o empatii a emocích. Přesto s emocemi stres úzce souvisí. Obecně můžeme říci, že člověk emočně reaguje na konkrétní situaci, osobu nebo objekt. Nejde ovšem o pozitivní emoci (HANSEN 2021, s. 20,21). Na druhou stranu stres vznikl jako obranný mechanismus člověka a má za cíl vyvolat negativní emoce.

V Hookově zákonu můžeme nalézt formulaci vztahu stresu k zátěži, kde u lidského stresu konstanta „k“ znázorňuje zranitelnost daného člověka. Stres v tomto technickém vzorci, pokud jej dáme k člověku, by se měl přesněji nazývat stresogenní situace, nebo případně soubor stresorů (KŘIVOHLAVÝ 2009, s. 169).

Rovnice k výpočtu stresu: $\text{Stres} = k \times \text{napětí}$

Obecně můžeme říci, že stres vzniká, pokud na člověka působí tlak z více stran. Když je tento tlak moc velký, dostává se organismus do stresu. Tuto zátěž způsobují stresory, které

zpracovává amygdala a dále rozesílá signály, jak by mělo tělo reagovat (HANSEN 2021, s. 20). Stresory můžeme rozdělit na pozitivní a negativní. Pozitivní stresory člověka posilují a motivují. Patří zde uznání od pro nás důležité osoby, povzbuzení a podobně. Negativní stresory jsou stresory, které způsobí tlak na člověka. Může to být blížící se termín zkoušky, daňové období, první rande a podobně (KŘIVOHLAVÝ 2009, s. 170). Právě o těchto faktorech mluvíme jako o stresorech, které způsobují stres.

Stresor obecně označuje všechny události a objekty, se kterými se člověk setkává. Na některé člověk vědomě nereaguje a spíše je zpracovává nevědomě (HANSEN 2021, s. 21). Některého stresu si proto nevšimneme.

1.3.1 Konkrétní funkce stresu

Stres z psychologicky neurologického pohledu není jednoduchý proces. V procesu se vyskytují zásadní dva pojmy – stresor, což je původce stresu. Tím může být cokoli – pavouk, výšky, zkouška, rodina, partner a mnoho dalšího. Často jde ovšem o něco, co vyvolává neklid a strach (OREL 2020, s. 127). Každý člověk má jiné negativní stresory, někomu stres vyvolá jen myšlenka, že musí jít k lékaři, jiný zase takto reaguje na to, že mu na sociálních sítích nechodí srdíčka u příspěvku.

Pojem stres je reakce, které se říká stresová. Tato reakce je s lidskou bytostí spojena od prapočátku. Jedná se totiž o jednu z funkcí, která se vyvinula jako ochrana. Její fyziologická funkce je, že zvýší výkon, umožní čelit změnám a zachránit život (HANSEN 2021, s. 20, 21). Vychází tedy z genetiky a má uniformní průběh.

Jaká je hlavní funkce stresu? Na počátku lidské existence člověk musel přežívat v nebezpečném prostředí. Z toho důvodu se zdržoval v jeskyních, které poskytovaly úkryt a bezpečí a ven chodil kvůli lovu. Pokud však byl venku, musel dávat pozor na možná nebezpečí. Již tehdy se objevil stres. Stresory spustily varovný signál v amygdale a ta pokračovala v procesu dále. Člověk tak mohl zareagovat adekvátně na hrozící nebezpečí (HANSEN 2021, s. 23,24). Z této doby se tento proces na ochranu života dochoval a jen se změnilly stresory.

1.3.2 Průběh

Průběh začíná stresorem, který je u každého člověka individuální, až na extrémní situaci. Průběh je však uniformní. Již v roce 1950 Selye přichází s popisem obecného adaptačního syndromu, který souvisí s činností osy hypothalamus-hypofýza. Vychází z Cannoneva popisu adaptivní odpovědi organismu na zátěž. Walter Cannon ji v roce 1920 popsal hlavně fyziologickými projevy, jako je zvýšení adrenalinu, utlumení organismu, urychlení krevního oběhu a podobně (KOUKOLÍK 2014, s. 307). Obecný adaptační syndrom se více dotýká reakce mozku na stres, viz níže.

1. Poplach – narůstá aktivita stresové osy hypothalamu-hypofýzy-nadledviny (HPA). Hypothalamus je aktivován zátěží, což je v tomto případě signál od amygdaly, která vyhodnotila něco jako hrozbu. Hypothalamus vyšle signál v podobě hormonu, který uvolní kortikotropin do hypofýzy. Podvěsek mozkový uvolní adrenokortikotropní hormon (ACTH), jenž zamíří k nadledvinkám, které mají úkol vypustit kortizol (KOUKOLÍK 2014, s. 307). Kortizol mobilizuje organismus a díky tomu je označován za hormon stresu.
2. Rezistence následuje po poplachu a organismus vyrovnává vliv stresoru. Příznaky stresu pomalu mizí nebo se utlumují (KOUKOLÍK 2014, s. 307). Pokud však stres pokračuje, následuje vyčerpání organismu.
3. Vyčerpání je poslední stadium. Pokud stres i přesto pokračuje a tlak na organismus zůstává stejný nebo se zvětšuje, následuje smrt.

Selye přichází s tím, že stresové podněty nejsou specifické. Reakci může vyvolat vliv teploty, zranění, infekce a další. Následovaly výzkumy průběhu stresu, ale Selye mu byl nejbližší. Přesto je důležité si uvědomit, že přetrvávající stres po vyčerpání není chronický neboli dlouhodobý stres (KOUKOLÍK 2014, s. 307). Během chronického stresu dochází k tomu, že příznaky stresu mizí nebo dochází k jejich útlumu a tlak na organismus se snižuje.

1.3.3 Důsledky chronického stresu

Pokud je člověk vystaven stresu delší dobu a nejde o akutní záležitost, která může být motivační, chronický na něm zanechává následky. Může se zdát, že nejde o vážné důsledky,

ale často dochází až k nevratným poškozením mozku (KOUKOLÍK 2014, s. 308). Nejde však o rozsáhlé poškození jako u závislostí na návykových látkách.

Během experimentů na zvířatech bylo zjištěno, že tento dlouhodobý stres poškozuje hippocampus. Dochází k redukci tvorby nových neuronů, počtu synaptických spojů na dendritech a délky dendritických výběžků. Nejde však o trvalé poškození. Na druhou stranu je zde poškození paměti a je narušena funkce osy HPA. Kromě těchto škod však bylo zjištěno, že u zvířat i u lidí má stres dědičnou složku (KOUKOLÍK 2014, s. 308). Každý zdědí jinou část této složky a z tohoto důvodu reaguje každý jinak.

Chronický stres nepoškozuje jen paměť, co se ukládání vzpomínek a jejich udržení týče. Poškozuje také poznávací funkce. Na nich se podílí hippocampus a vede to ke zvýšení strachu, který odpovídá aktivitě amygdaly. Tento stav může vést k srdečním potížím. Pokud se objevují stavy hněvu a ne strachu, tak to na druhou stranu vede ke vzniku aterosklerózy (KOUKOLÍK 2014, s. 308). Tato onemocnění jsou ovlivněna i jinými faktory jako věk, pohlaví nebo životospráva.

Důsledky stresu zkoumá mnoho badatelů a přichází s tím, že stres je jedním z faktorů, který ovlivňuje vznik infekčního onemocnění. Cohen tvrdí, že člověk trpící stresem snadněji podlehne nachlazení. Další empirická šetření poskytla důkaz o souvislosti se zpracováním soli v těle nebo bolestí hlavy. Poukazují na to, že chronický stres silně ovlivňuje funkci ledvin, které v sobě hromadí sůl. Tento stav vede k hypertenzi. Bolest hlavy souvisí s intenzivním stresem, ale nejedná se o migrénu. Bolestí hlav je mnoho a ta způsobená stresem je spíše popisována jako napět'ová nebo smíšená (KRATOCHVIL et al. 1937, s. 185, 186). Tenzní bolest hlavy se často pojí mimo jiné s únavou a může se tedy snadno zaměnit.

Stres má vliv na mnoho dalších fyziologických onemocnění. Například u astma je stres podnětem, který nastartuje záchvat. Další příklad je diabetes, kde je stres jedním z faktorů vzniku tohoto onemocnění. Dokonce se objevuje teorie, že stres může ovlivnit výskyt revmatické artritidy, ale nejde o potvrzené zjištění (KŘIVOHLAVÝ 2009, s. 186, 187). Stres silně ovlivňuje fungování organismu a může být tedy jednou z příčin vzniku onemocnění.

Chronický stres poškozuje funkci hippocampu a to způsobuje více pocitů strachu, což může vést až k úzkosti. Nebylo potvrzeno empirickými výzkumy, že by stres stál za vznikem fobií, úzkostné stresové poruchy a podobně. Jediná porucha, která stres funguje jako

katalyzátor, je posttraumatická stresová porucha (PTSD), (KŘIVOHLAVÝ 2009, s. 188). S ní se můžeme potkat hlavně u válečných veteránů, kde se často uvádí, že 7 ze 100 veteránů trpí touto poruchou (BERGMAN et al. 2017). Největší podíl se objevuje u těch, kteří se zúčastnili vojenské operace v Iráku (válka v Zálivu).

Více stres ovlivňuje vznik deprese. Pokud člověk trpí dlouhodobým stresem, žije v neustálém ohrožení. Mozek si stres vysvětluje právě jako ohrožení, protože z toho důvodu vzniká. Mozek tedy začne jednat. Přírozená obrana před tímto neustálým ohrožením je se stáhnout z nebezpečí (HANSEN 2021, s. 30). Toho se docílí stáhnutím se do sebe, utlumením organismu a emoce se více orientují na negativní spektrum. Na druhou stranu mozek si často sám stres vyvolává a do tohoto stavu dostává. Velice často to můžeme vidět u pacientů s Alzheimerovou nemocí (KŘIVOHLAVÝ 2009, s. 187). Obecně můžeme říci, že stres, ať už vyvolaný okolím nebo iracionálními myšlenkami, zhoršuje depresi.

1.4 Deprese

Emoce a empatie jsou nedílnou součástí člověka, stejně jako deprese. Ta se objevuje u lidí již v mladém věku a v různých společenských skupinách. Netrpí jí však každý. Široká veřejnost si často plete depresi se špatnou náladou, kterou laicky nazývá „depka“.

U deprese najdeme v psychologickém slovníku mnoho popisů. Význam slova deprese je „stlačení, potlačení“. Tato slova nejlépe popisují stav, kterým trpí lidé s depresí. Ti, kteří se potýkají s depresí, trpí chorobným smutkem, skleslostí a jsou vnitřně napnuti (HARTL a HARTLOVÁ 2009, s. 105). Často mají problém se rozhodnout a jejich tělo i emoce se zpomalí a utlumí.

Deprese je tedy duševní onemocnění, kdy se celé tělo a mozek utlumí. Nálada uvnitř člověka ochladne. Dochází i k určité deformaci životních hodnot a pohled těchto lidí na sebe je záporný. Často to může dojít i do fáze, kdy je hlavní myšlenka smrt (RABOCH et al. 2015, s. 160–167). Z toho důvodu je deprese nejčastější příčinou sebevražd.

1.4.1 Příčiny

Co způsobuje depresi? Kdy k tomu dochází? Dle dat CDC z roku 2019 nejvíce pociťují příznaky depresí dospělí v rozmezí 18 až 29 let a to 21 %. Následovala věková kategorie mezi 45 až 65 lety. Nejmenší procento se objevuje v kategorii od 30 do 44 let (VILLARROEL 2020).

Pokud na depresi nahlížíme z obecného hlediska, tak za ní stojí stres. Jestliže je řeč o stresu, který může být příčinou deprese, jedná se o dlouhodobý. Někteří jedinci mohou stresem trpět mnoho měsíců až let, ale depresí netrpí (HANSEN 2021, s. 31–32). Následně existují osoby, které jsou pod tlakem stresu několik měsíců a začínají se u nich projevovat první příznaky deprese.

Mimo stres je dalším faktorem genetická predispozice. Geny celkově ovlivňují náš imunitní systém. Tudiž můžeme říci, že deprese vzniká jako ochrana před infekcí v podobě stresu. Pokud trvá delší dobu, může narušit fungování mozku natolik, že se dostane do deprese. Ohlédneme-li od genetiky a faktoru dědičnosti, deprese narušuje neurony v části mozku, jejíž poškození stojí za vznikem deprese (KOUKOLÍK 2014, s. 291–295). Další možnou podmínkou pro vznik deprese je narušený systém odměn. Odměnou se zde rozumí dopamin a člověk s touto poruchou potřebuje větší přísun tohoto hormonu, až se na něm stane závislý a potřebuje zvyšovat dávky (WEST 2016). To vše může hrát roli při vzniku deprese.

1.4.2 Příznaky

Deprese má mnoho příznaků, ale typická je depresivní nálada, která může vést až k myšlenkám na smrt. Depresivní nálada by měla trvat minimálně dva týdny a nestřídá ji mánie, aby bylo možné říci, že člověk trpí depresí. Co je tato depresivní nálada? Jedná se o emocionální stav, kdy převládá emoce smutku. S tím se pojí ztráta zájmu, potěšení a vnitřní motivace (OREL 2020, s. 220). To vede člověka k určité stagnaci.

Nejvíce se objevuje ráno, kde je intenzita opravdu velká. Sice může mít každý těžká rána, ale lidé trpící depresí mohou být plni negativních myšlenek. Toto rozpoložení může vést k tomu, že neopustí domov. Často to doprovází ztráta energie, která vychází z nálad i z poruch spánku (OREL 2020, s. 219,220). Spánek je často odepírán vlastními myšlenkami nebo celkovým neklidem. Osoba trpící depresí je ve výsledku celkově vyčerpaná.

Během deprese upadá mentální výkon, je narušena kognice, což může mít za příčinu stres nebo nesprávná hormonální funkce mozku. Dochází ke ztrátě radosti, a to ve všech oblastech života. Chybí možnost získávání dopaminu. Během deprese mizí chuť na uspokojování základních potřeb jako hlad, rozmnožování nebo žízeň. Často to má dopady na trávení nebo se projevuje tlak a sevření hrudi a bolesti končetin (OREL 2020, s. 220). Z toho vyplývá, že dlouhotrvající stres může mít negativní dopady na lidské tělo a zvyšuje se pravděpodobnost výskytu poruchu příjmu potravy.

Mimo tyto vnitřní změny v těle se deprese projevuje i navenek. Jelikož si člověk první všimá tváře, na ní si mohou ostatní pozorovatelé všimnout změn. Dříve usměvavý člověk plný emocí neukazuje v mimice tváře téměř žádné emoce. Pokud se dostanou na povrch, jsou utlumené. Další projev je držení těla a jeho pohyby. Opět je vidět chybějící energie (OREL 2020, s. 221). Člověk je pomalejší a gesta, která bývala výrazná, jsou nevýrazná nebo mizí.

Jestliže se člověk dostane do hluboké deprese, ještě více se uzavře. Přestává o sebe dbát a může se stát, že omezí pohyb i v rámci domova. Nejedná se však o syndrom uzamčení, který tak může působit, ale ten se netýká deprese, nýbrž vážné poruchy mozku. V depresi se pacient spíše izoluje a straní se všem a všemu. Pokud se hluboká deprese neléčí, mohou se objevit psychotické symptomy jako bludy nebo halucinace. Depresi konkrétně doprovází mikromanické bludy, jež se vyznačují malým sebevědomím a nízkým přesvědčením o vlastní kvalitě (VOKURKA a HUGO 2015, s. 635). Existuje několik typů těchto bludů a patří sem například nihilistický nebo ahasverismus.

1.4.2.1 Rozdíly mezi depresí u mužů a žen

Příznaky i příčiny jsou stejné. V tomto ohledu se nemoc neliší. Velkým rozdílem je spíše statistické hledisko, kdy ženy a muži trpí depresí a jaké jsou konkrétní příčiny. Obecně je vždy důvodem deprese stres, ale rozdíl je, co tento stres způsobuje.

U žen je dvakrát větší pravděpodobnost výskytu deprese. Velkou roli zde hraje těhotenství a následný porod. Pro ženu může jít o velice silnou stresovou otázku. Navíc pracují hormony a může dojít k poporodní depresi, která se dotýká právě žen (YOON a KIM 2018). V některých zemích je výskyt deprese ovlivněn i pracovní nabídkou a diskriminací.

Kromě těchto faktorů existují i dva zásadní prvky – osa HPA a hormony. Jejich vzájemná komunikace je dle mnoha výzkumů různá u obou pohlaví. Z toho důvodu i samotná

lčba by měla být indikována s ohledem na to, co bude více pacientovi vyhovovat, a hlavně pŕjde o efektivní lčbu (YOON a KIM 2018). U žen totiž více hrozí poporodní deprese, takže v tomto pŕpadě se postupuje jinak než u sezonní deprese.

1.4.3 Depresivní poruchy u adolescentů a pubescentů

Rozdílnost pohlaví je jeden z faktorů, kdy další důležitý faktor je věk. Změny ve výskytu deprese začínají v období puberty, kdy dochází k hormonálním změnám (YOON a KIM 2018). Do té doby není žádná velká diference v dětské depresi a velké depresivní poruše. Přesto se rozlišuje, jaké poruchy se v tomto pŕpadě mohou diagnostikovat (DUBOVÁ 2007). Mozek se totiž vyvíjí velice dlouho.

Deprese u adolescentů a pubescentů je obtížná na lčbu. Také se objevují jiné příznaky a lékař musí brát v potaz, co je v jakém vývojovém stádiu člověka běžné. Děti v pŕedškolním věku budou během deprese smutné, málo komunikují, neudrží pozornost nebo se pŕstávají stýkat s vrstevníky. Z těchto příznaků však můžeme dojít k závěru, že je dítěti ubližováno nebo trpí ADD (DUBOVÁ 2007). Psycholog by si proto měl všímat i nevysvětlitelných fyziologických projevů, jako je například bolest břicha s plačtivostí.

Mnohem hůře si může někdo všimnout a následně spojit příznaky deprese u dětí ve školním věku. Typičtější jsou psychosomatické příznaky, jako je výše zmíněná bolest břicha, ale také se objevuje bolest hlavy a nevolnost. Nepozornost se objevuje spolu se špatnou náladou a podrážděním. Pro některé může jít jen o typické pubertální chování. Tito jedinci jsou i více unavení a úzkostní, což opět může být pŕpisováno jen tomu, že dítě ponocuje a nevěnuje se svým povinnostem, které se snaží posléze dohnat. Velice tomuto napomáhá i fakt, že se zhoršuje výkon právě ve škole a vztahy s vrstevníky i dospělými (DUBOVÁ 2007). Nejedná se však o vzdor vůči autoritám.

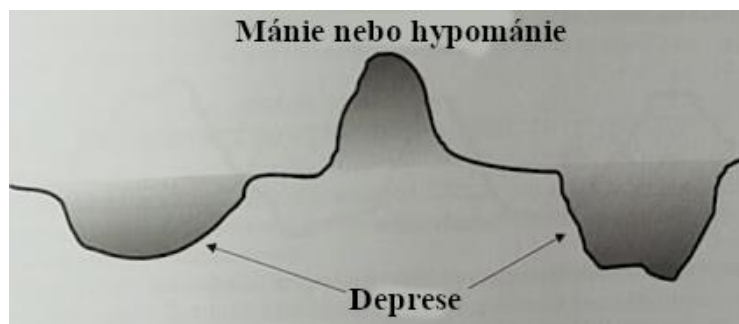
Dítě ve školním věku trpící depresí se častěji pŕejídá. To vede ke zvýšení hmotnosti a může to vést k prohloubení deprese nebo výskytu jiných poruch či nemocí. Kromě těchto fyziologických změn se objevují i psychotické příznaky. Źák trpí bludy, halucinacemi nebo paranoiou. Na rozdíl od deprese dospělých tyto problémy nemají spojitost s tíží deprese (DUBOVÁ 2007). Pokud je dítě již u konce puberty (15 let), mohou se některé příznaky zaměnit se schizofrenií.

Mnohem lépe se určuje deprese u adolescentů, kde jsou příznaky a průběh prakticky totožný s tím u dospělých. Mladý člověk ztrácí své zájmy, omezuje společenské aktivity, jeho spánek je narušen. Mění se chuť k jídlu a spolu s tím i hmotnost. Jelikož se člověk izoluje, objevuje se pocit nudy, spolu s tím se častěji objevují myšlenky na smrt a dokonce i vlastní pokusy o její uskutečnění. Neustále se objevují bludy a halucinace, které odpovídají náladě. Ta nemusí být přímo depresivní, ale pouze podrážděná nebo smutná. Na druhou stranu se bludy a halucinace objevují u těžké deprese (DUBOVÁ 2007), což je další ze znaků, které mají společný s průběhem u dospělých.

1.4.4 Poruchy spojené s depresí

Pokud mluvíme o jiných poruchách, které jsou asociovány s depresí, většinu napadne bipolární porucha. Někteří laici ji zaměňují s depresí, manickou poruchou, schizofrenií, disociativní poruchou osobnosti (DID) nebo mnohočetnou poruchou osobnosti (RABOCH et al. 2015, s. 124–126). Poslední je však zastaralý název pro DID, ale objevuje se v MKN-10 jako jedna z jiných disociativních poruch (ÚZIS 2017, s. 224). Všechny tyto poruchy mají určité podobné znaky jako deprese, změny nálady a podobně. Přesto je bipolární porucha od ostatních specifická.

Pokud někdo trpí bipolární poruchou, tak u něj nevidíme jinou osobnost nebo jiný typ disociace. Jak se bipolární porucha projevuje? Obecně jde o to, že se u pacienta střídá manická epizoda nebo hypomanická epizoda a depresivní epizoda (RABOCH et al. 2015, s. 124–125). Na grafu na obrázku 5 se jedná o vlny, kde přechází jednotlivé epizody a depresivní epizoda často přichází pozvolna. Její příchod je předcházen různými nespecifickými příznaky. Na druhou stranu manická epizoda je náhlá (OREL 2020, s. 225). Všechny tyto epizody by měly trvat dohromady minimálně tři týdny. Manická epizoda by měla trvat týden a depresivní dva. Ne vždy je podmínkou, že se objeví depresivní epizoda (ÚZIS 2017, s. 211). Přesto patří mezi charakteristické znaky.



Obrázek 5 Průběh bipolární afektivní poruchy – Orel, Miroslav

Bipolární afektivní porucha má více typů. Liší se převážně tím, která epizoda se dominantně projevuje. Mimoto záleží, zda se objevují psychosomatické symptomy. Poslední variantou je, že může být porucha v remisi. S touto poruchou člověk žije do konce života (OREL 2020, s. 224,225). Nepatří mezi vyléčitelné nemoci a pro pacienta nejlepší, co se může stát, je dostat se do stadia remise.

Bludná dysmorfofobie je jedna z poruch, která spadá pod poruchy s trvalými bludy. Někdy se zaměňuje za schizofrenii. Tato porucha se vyznačuje bludy, které trvají minimálně měsíc. Bludy však nijak nenarušují běžné fungování člověka (RABOCH et al. 2015, s. 242). Dokonce se mohou objevit manické a depresivní epizody jako u bipolární poruchy.

Katatonie je porucha, která se charakterizuje psychomotorickou aktivitou, jež může být snižená, zvýšená nebo abnormální. Může se tedy projevit jako stupor, manýrismus, stereotypie, grimasování, agitace, echopraxie a jiné (RABOCH et al. 2015, s. 119). Často katatonie doprovází jiné poruchy, jako je bipolární porucha nebo deprese.

Cyklotymie spadá konkrétně pod perzistentní afektivní poruchy, kdy se vyznačuje nestabilní náladou a častým střídáním období deprese a mánie. Nejedná se však o bipolární poruchu osobnosti ani o velkou depresivní poruchu. Jednotlivá období totiž netrvají dostatečně dlouho, aby se dala diagnostikovat jedna z těchto poruch. Dalším rozdílem je, že tato nestabilita nálady by měla trvat dva roky (u dětí a adolescentů aspoň rok), (ÚZIS 2017, s. 215). Přesto se vyskytují případy, kdy byli pacienti s cyklotymií diagnostikováni s bipolární poruchou, neboť se do ní vyvinula.

1.4.5 Léčba

Pokud je člověk diagnostikován s depresí, je zahájena léčba. Pacient může být léčen čtyřmi různými způsoby. Nejznámější je farmakoterapie. Pacientovi jsou podána antidepresiva.

Ty urovnávají neurotransmitery v mozku. Přesto tyto léky nedodávají chybějící látky, ale podpoří mozek v jejich tvorbě. Antidepresiva nezačnou působit okamžitě. Průměrně tato farmaka zabírají mezi 3 až 6 týdny od podávání. Pokud příznaky odezní, tak by se v jejich užívání mělo pokračovat minimálně dalších 6 až 9 měsíců. U opakovaných případů jde o farmakoterapii v délce až dva roky (PRÁŠKO et al. 2012, s. 58, 59). Jestliže jsou léky vysazeny dříve, nebo nebyly užívány správně, dochází k relapsu.

Antidepresiva se nepředepíše někomu, kdo trpí bipolární poruchou, neboť bipolární porucha je střídání dvou protichůdných epizod. Z tohoto důvodu se musí použít k léčbě lithium, valproát nebo carbamazepin. Jejich úkolem není něco nahrazovat, ale zamezit cykličnosti epizod (PRÁŠKO et al. 2012, s. 59). Také by se neměly zaměřovat za léky na úzkost, které pracují na jiném principu.

Mezi dlouhotrvající léčebný prostředek patří psychoterapie. Během ní pacient hlouběji poznává onemocnění a to, jak rozeznávat příznaky a pracovat s nimi. Provádí se v místě, kde je bezpečný prostor pro svěřování a diskusi intimních témat. Psychoterapeut se snaží zaměřit na zdravé části osobnosti a ty vyzdvihnout (PRÁŠKO et al. 2012, s. 63). Odborník tedy musí dobře pracovat s daným pacientem a vědět, kdy co říci a udělat, aby jeho příznaky více nezhoršil.

Psychoterapie může probíhat mnoha způsoby. Může se jednat o individuální, kdy je jen psychoterapeut a pacient. Během sezení probíhá analýza a následná interpretace, aby pacient více pochopil své vnitřní pohnutky. Další možností je psychoterapie podpůrná. Tento typ často provádí psychologové a psychiatři. Probíhá jako dialog mezi oběma účastníky (PRÁŠKO et al. 2012, s. 64). Působí to více jako rozhovor mezi přáteli, kdy je přítomno porozumění, vcítění, vedení a podpora.

Skupinová psychoterapie je další a poslední variantou tohoto typu léčby. Tento typ však není vhodný pro všechny. Velice vhodná je pro lidi trpící dystymií a mírnou depresí. Nejvíce užitečná bude pro ty případy, kde je hlavní zdroj deprese v rodině, v práci, společenských vztazích a podobně. Z tohoto důvodu je skupina početná (v průměru 10 osob) a vedou ji dva psychoterapeuti (muž a žena). Ve skupině si navzájem sdílí své potíže a hledají řešení. Dynamika se velikostí a průběhem liší a terapie může trvat až dvě hodiny. Mezi členy skupiny vznikají vztahy a důvěra, díky čemuž se dokáží lépe svěřit (PRÁŠKO et al. 2012, s. 65). Rozdíl činí i to, zda je skupina uzavřená, kde se nepřijímají noví pacienti, nebo otevřená, kde se mohou objevit nové tváře.

Dalším typem léčby je kognitivně behaviorální terapie (KBT). Ta pracuje s myšlenkou, že se člověk naučil myslet, chovat se a přemýšlet s depresí. To vše se však dá přeučit na tvořivé myšlení. Pracuje s tím, aby se změnilo myšlení a učí, jak si plánovat a měnit aktivity (PRÁŠKO et al. 2012, s. 66). Jedná se o velice účinný způsob terapie, který je vhodný pro osoby se střední a těžkou depresí.

Kognitivně behaviorální terapie pracuje s několika základními principy (PRÁŠKO et al. 2012, s. 66). Těmi jsou:

- Porozumění příznakům, souvislostem a celkové depresi.
- Záměrné plánování činností, kdy se postupně zvyšuje aktivita.
- Postupné změny a vytváření nedepresivního myšlení.
- Změna hlubších depresivních postojů k sobě se mění na pozitivní.
- Naučení relaxovat.
- Naučení a nácvik asertivity a komunikace.
- Naučení metod k řešení problémů.

Když si tyto principy přečteme, můžeme nalézt i souvislost s etickými tématy. To souvisí s tím, že etická výchova i KBT se zaměřuje na chování.

Zaměříme se na další typ terapie a tím je fototerapie. Jedná se o léčbu pro osoby trpící sezónní změnou nálady. Probíhá i po velice krátkou dobu cca tři týdnů. Během této doby si pacient každé ráno aplikuje intenzivní světlo. Dávku postupně zvyšuje. Jedná se o světlo, které je nejvíce podobné slunečnímu a nejde o žádné škodlivé modré světlo, ale bílé. Fototerapie je mnohem rychlejší než antidepresiva a z toho důvodu se volí u sezónních komplikací (PRÁŠKO et al. 2012, s. 67). Na druhou stranu osoby s těžkou depresí si touto terapií nepomohou.

Na těžkou depresi se více využívá elektrokonvulzivní léčba – nejedná o terapii a ani o podávání farmak. Léčba probíhá v narkóze a elektricky se stimulují konkrétní oblasti v mozku. Nejde však o invazní léčbu. Na kůži se přikládají elektrody vysílající impulsy, které stimulují a elektricky synchronizují mozek. Přestože se mohou objevit mírné vedlejší příznaky, patří tento způsob léčby deprese mezi nejúspěšnější (PRÁŠKO et al. 2012, s. 67, 68). Avšak pacienti s jiným typem depresivního onemocnění mimo těžké deprese tento způsob nemohou využít.

Poslední možností léčby je rTMS. Jedná se o neinvazivní neurostimulační léčebnou metodu, při které je pacient po celou dobu při vědomí. Aplikace je bezbolestná, ale může být hlučná a pro osoby s epilepsií se zvyšuje pravděpodobnost výskytu záchvatu. Pracuje se totiž s magnetickým polem a procedura trvá 20 minut a opakuje se maximálně dva týdny jednou denně. Léčba je prováděna pomocí cívky, která se přiloží na místo, kde bude její účinek nejintenzivnější. Pacienta ruší pouze hluk a u některých se později může objevit mírná bolest hlavy (PRÁŠKO et al. 2012, s. 68). Jedná se tedy o metodu, která je pro osoby trpící depresí pohodlná.

Všechny tyto typy se mohou kombinovat a často se i kombinují, hlavně léčba pomocí antidepressiv s jinými terapeutickými metodami. Existují i možnosti, které může pacient provádět doma bez lékaře, ale deprese se bez lékaře nedá vyléčit. Doma musí člověk nastavit režim, zaměstnat mysl, snažit se změnit myšlení a snížit bariéry ohledně otevřenosti k druhým.

Problémem s metodou vytvářet si plány může nastat, pokud je u deprese přítomná porucha narušující pozornost. Osoba s něčím takovým může mít potíže držet se plánu, který si stanoví. Další potíží může být porucha paměti.

1.5 Dosavadní výzkumy v rámci našeho území

Výzkum na našem území je velice malý. Neexistuje mnoho výzkumů, které by pohlížely na jednotlivá témata samostatně. Empatie a deprese je často součástí jiných výzkumů. Níže zmíníme výzkumy, které se týkají pouze těchto pojmů a na co konkrétně se zaměřily.

1.5.1 Empatie

Existuje několik výzkumů empatie, ale na našem území se jí věnuje především Mgr. Lukáš Novák. Přesto se na našem území objevuje mnoho pseudovědeckých článků nebo testů, jež se dotýkají pojmu empatie. Možným důvodem, proč zde není mnoho výzkumů empatie, je to, že neexistuje žádné stoprocentní měření. Každý výzkumník pracuje s jiným nástrojem a jinou metodou.

Empatie se často objevuje ve výzkumech týkajících se terapie, práce zdravotních sester nebo v rámci vysokého managementu. Pro nás jsou důležité články týkající se školství. Jako

příklad můžeme uvést článek Empatie žáků vůči šikanovaným spolužákům. Jde o výzkumný článek, který se zaměřuje na šikanu a její celkový vývoj, viktimizaci a empatii. Autoři učinili rozsáhlý výzkum u žáků sedmých tříd (Psychologický ústav AV ČR, Czech Republic et al. 2023). Výsledky dopadly tak, že se ukázalo, že empatie s oběťmi šikany je poměrně malá a má klesající charakter.

Další výzkum se dotýkal empatie z pohledu nakažlivosti zívání. Předchozí výzkum probíhal pomocí kvantitativní metody, ale zde šlo o kvalitativní. Autoři pracovali s mnohem menším vzorkem respondentů, nerozlišovali pohlaví a celý proces probíhal individuálně. Snažili se různými technikami spojit nakažlivost zívání s empatií. Na konci výzkumu však dospěli k tomu, že zde spojitost neexistuje (GOTTFRIED et al. 2015). Tento výzkum ovšem dokázal správnost předchozích výzkumů. Ty objevily různé faktory, jež mají vliv na fenomén nakažlivosti zívání.

Dalším autorem, který se dotýká daného tématu, je Karel Rečka. Jeho článek s názvem „Patologický narcismus a empatie“ z roku 2013 pojednává o konkrétní poruše osobnosti a její propojení s empatií u jednotlivců. Ve svém výzkumu se dívá mimo jiné na věk a pohlaví. Pokud jde o metodu, využívá kvantitativní výzkum s dvěma formami. Jedna byla specializovaná na narcismus a druhá na empatii. Index interpersonální reaktivity použil právě na empatii (REČKA 2013). Jedná se o nejpoužívanější nástroj pro měření empatie, neboť je velice komplexní a pracuje s bodovým systémem.

Pro výzkum empatie se používá mnoho metod a nejvíce záleží na tom, co konkrétně hodlá výzkumník zjistit. Mimo jiné se s empatií nejvíce pracuje v rámci terapií. V tomto odvětví je často zmiňována a probírána.

1.5.2 Deprese

Výzkum deprese u nás není tak omezen jako empatie. Opět se zde opakují podobná témata jako terapie, ale mimo ni také prevence a práce s ní. Přesto se objeví i výjimky a jednou je článek od Marceli Ševčíkové a jejích kolegů "Truchlení: depresivní porucha, či evoluční výhoda?". Text porovnává popis VDP v DSM-5 a průběh truchlení. Snaží se poukázat na to, do jaké míry jde ještě o běžné truchlení jako adaptivní proces v rámci ztráty blízké osoby a kdy již o duševní poruchu (ŠEVČÍKOVÁ et al. 2019), neboť ne každá smutná nálada je deprese.

Dalším výzkumem deprese, který bychom měli zmínit, je souvislost s kognitivními poruchami. Článek pracuje s mnoha studiemi, kde porovnává jejich výsledky a vyhledává souvislosti. Na konci dochází k závěru, že kognitivní poruchy se objevují častěji u depresivní poruchy unipolární (MOHR et al. 2015).

Mimo tyto články můžeme nalézt mnoho výzkumů, jež pojednávají o poporodní depresi a depresi u seniorů. Obě tyto témata jsou často projednávána v rámci jiných závažných a často etických otázek. Deprese u seniorů se může objevit během otázky eutanazie, kdy může být některým žadatelům zamítnuta kvůli tomuto onemocnění. Mnohem častěji se můžeme setkat s poporodní depresí. Často se objevuje jako jedna z možných příčin, kdy ženy ublíží nebo usmrtí své potomky (WOOD et al. 2018). Jedná se o velice závažný problém, neboť tato porucha u matky může mít špatný vliv na rodinný život.

1.5.3 Souvislosti

Empatie a deprese je spojována pojmem terapie. Souvislost tedy existuje v terapeutické praxi. Mnoho autorů o tomto pojednává ve svých výzkumných článcích nebo kazuistikách. Jelikož se empatie tak často nezkoumá jako faktor ovlivňující depresi, mimo určitou léčbu se tyto dva pojmy neseťkávají.

2 Empirická část

V této části je uveden vlastní výzkum, který zkoumá souvislost empatie a deprese u skupiny studentů vysokých škol. Pohlíží se zde na mnoho faktorů, které mohou mít vliv na vznik deprese.

2.1 Stanovení teorie

Před výzkumem je potřeba stanovit teorii. Ta vychází z toho, že deprese i empatie má několik společných komponentů. Hlavním společným faktorem je limbický systém, konkrétně amygdala, a emoce. Emoce jsou propojeny se stresovým systémem a ten je katalyzátorem deprese.

To vede k teorii, že by empatie a deprese mohly mít mezi sebou souvislost. Poté mohou existovat i jiné faktory, které můžeme ověřit v rámci výzkumu. Z toho posléze vychází hypotézy, jež ověříme výzkumem.

2.2 Metoda

Výzkum využívá kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření. Díky němu bylo osloveno 672. Z toho bylo 459 žen a 213 mužů. Průměrný věk respondentů činí 21 let. Některá data byla vyloučena z důvodů nedokončení dotazníku v částech, jež jsou pro práci důležité. Na konci byly využity odpovědi od 425 respondentů.

Tato data napovídají, že kvantitativní výzkum je zaměřen na množství dat, a ne na jejich kvalitu. Nejčastěji k tomuto průzkumu slouží dotazník. V dotazníku musí být respondent s určitými pojmy a tématy seznámen, aby s nimi dokázal lépe pracovat.

V dotazníku byly využity nástroje na měření jednotlivých bodů, které jsou pro výzkum důležité. Následně byla tato data zpracována v několika programech na zpracování dat, viz níže.

2.2.1 Nástroje k měření empatie

V tomto výzkumu byl využit torontský dotazník empatie (TEQ). Jedná se o krátký formát, který měří emoční schopnosti člověka. Vznikl, aby se mohly vyhodnotit obecné faktory

empatie. Jeho pojetí spočívá dominantně v emocionálním procesu. Obsahuje 16 tvrzení, které se hodnotí na Likertově stupnici od 1 do 4 (OUSHI. 2023). Tato škála se využívá převážně u behaviorálního, názorového nebo postojového výzkumu.

Jedničkou se znázorní to, pokud s daným tvrzením absolutně nesouhlasíme. Čtyřka ukazuje, že s ním naprosto souhlasíme. Na konci se všechna zodpovězená čísla sečtou. Výsledek odpovídá na to, jak velkou míru empatie v našem případě máme. Čím vyšší číslo, tím snadnější je pro nás „se vcítit“. Pokud se výsledek pohybuje na opačné straně, naše empatie je velice nízká.

2.2.2 Nástroje pro měření deprese

K měření deprese jsme využili krátký dotazník o pěti bodech s názvem Overall Depression and Impairment Scale (ODSIS). Díky němu můžeme zachytit příznaky deprese. U tohoto se opět pracuje s Likertovou stupnicí, ale zde začíná na 0 a končí na 4. U vyhodnocení platí, že čím vyšší číslo, tím více depresivních symptomů.

Tento dotazník ODSIS se doporučuje provádět opakovaně, aby se mohly zaznamenat změny v těchto symptomech (OUSHI. 2023). Mohou jej využít terapeuti, aby viděli progres v průběhu případné léčby.

2.2.3 Nástroj na vyhodnocení veškerých dat

Na vyhodnocení dat byly využity tři programy a jeden systém umělé inteligence, konkrétně ChatGPT od OpenAI, který při zpracování dat pomáhal při vytváření filtrů a počítání průměru. Jeho výpočty byly následně ověřeny v programu Excel od Microsoftu.

Dva programy sloužily k dalšímu zpracování dat. První byl program IBM SPSS Statistic Data Editor, ve kterém se vyfiltrovala nevyhovující data (nedokončené dotazníky s chybějícími daty). Tento software se hojně využívá v oblasti výzkumu sociálních věd, zdravotnictví, marketingu a dalších oborech. Program umožňuje uživatelům provádět různé typy analýz, jako příklad můžeme uvést: deskriptivní statistika, testování hypotéz, regresní analýzy a další. Velkou výhodou tohoto softwaru je možnost pracovat s mnoha různými zdroji dat a zpracovat je do podoby, grafů, map a podobně.

Finální zpracování učinil program Jamovi. Jedná se o software, který má možnost i webového rozhraní. Tento program zpracovává data do grafů, vypočítává, vizualizuje a uživatelsky je snadnější pro práci. Výsledné grafy jsou v práci z velké části využity. Díky nim můžeme lépe vidět odpověď na stanovené hypotézy.

2.2.4 Hypotézy

Pracujeme se dvěma nulovými hypotézami, které jsou analogové. Další více rozvádí tyto předpoklady. Všechny vychází z teoretické části a v kvantitativním výzkumu z výsledků dotazníkového šetření je budeme ověřovat. Na hypotézy pohlížíme z pohledu počátku studia a jeho konce.

H01 = Není souvislost mezi mírou empatie a depresí u vysokoškolských studentů v prvním ročníku studia.

H02 = Není souvislost mezi mírou empatie a depresí u vysokoškolských studentů v posledním ročníku studia.

H1 = Existuje souvislost mezi mírou empatie a deprese u vysokoškolských studentů v prvním ročníku.

H2 = Existuje souvislost mezi mírou empatie a deprese u vysokoškolských studentů v posledním ročníku.

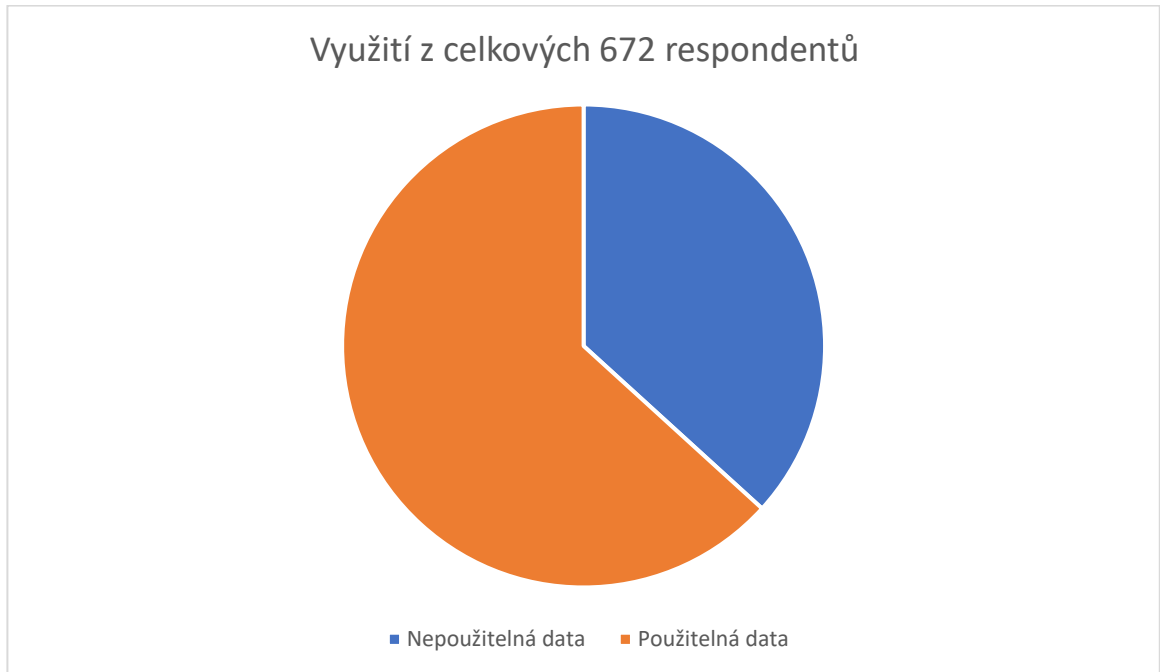
Ověříme i to, jaké jsou další možné faktory, které ovlivňují empatii a depresi. Z toho vychází ještě jedna nulová hypotéza. Na ní můžeme ověřit, zda hraje roli pohlaví. Spolu s tímto ověříme i další faktory, které by mohly hrát roli.

H03 = Není žádný rozdíl ve vztahu mezi mírou empatie a depresí mezi muži a ženami.

H3 = Existuje souvislost mezi mírou empatie a depresí u žen (ženy s vyšší mírou empatie více podléhají depresím).

2.3 Potřebná data

Na grafech nyní zobrazíme jednotlivé body, které byly zpracovány. Začneme poměrem využitých dat a těch, které nebyly využity ke zpracování, viz graf 1. Dále uvedeme data a grafy z pohledu pohlaví, věku, náboženství, vzdělání a ročníků studia.



Graf 1 Poměr využití dat z celkového počtu 672 respondentů

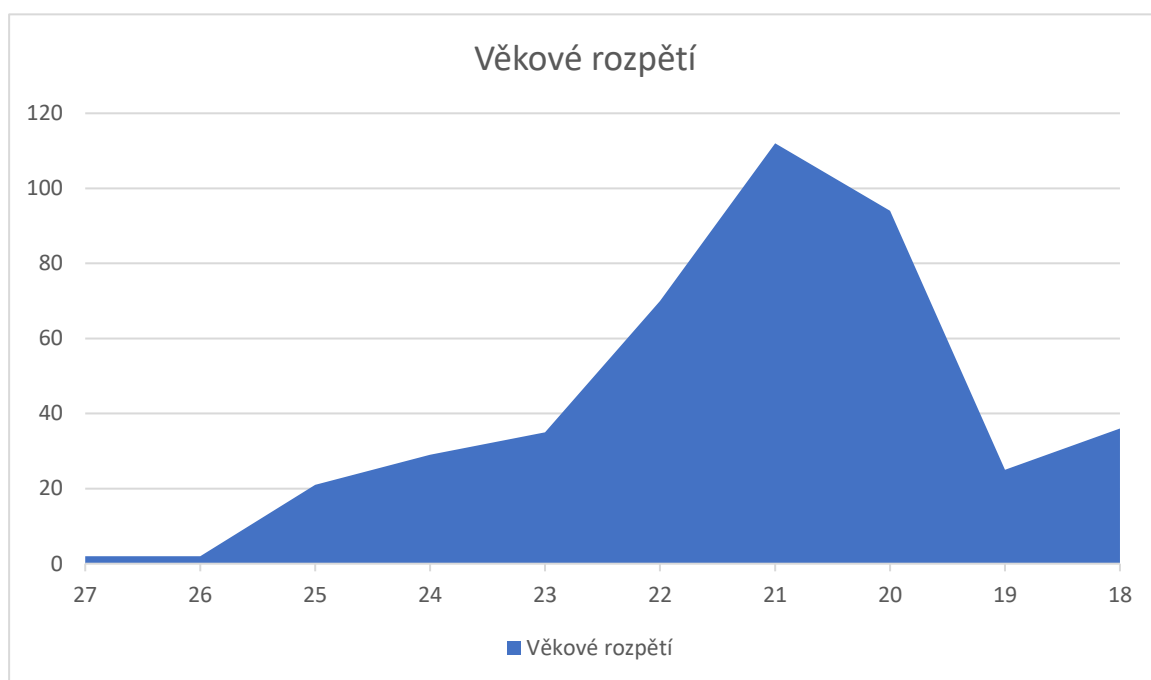
Na grafu 1 můžeme vidět, že z celkového množství dat bylo vyloučeno 245 odpovědí. Důvodem vyloučení bylo, že během šetření respondenti nedokončili celý dotazník. Z toho důvodu neobsahoval potřebná data. Přesto zůstala více než polovina dat, s nimiž lze dále pracovat. Pracujeme tedy se 427 odpověďmi z dotazníkového šetření.

Tabulka 1 Počet žen a mužů

Binomický test

	Level	Počet	Celek	Poměr	p
Pohlaví	Ženy	290	425	0.679	<.001
	Muži	135	425	0.319	<.001

Poznámka. H_a je poměr {směr} {hodnota testu}



Graf 2 Průměrný věk

V tabulce 1 můžeme vidět, že je mnohem více žen než mužů a graf 2 ukazuje průměrný věk 21 let. Nejméně se zúčastnilo respondentů nad 25 let. Následné grafy 3, 4, a 5 ukáží ročníky studia a výsledky TEQ a ODSIS. Dále ukážeme, na jaké úrovni vzdělání respondenti jsou, zda jsou věřící a jaký je jejich rodinný status.

Tabulka 2 Ročníky studia u respondentů

Ročníky studia respondentů					
	Level	Počet	Celek	Poměr	p
Ročník	7	1	425	0.002	< .001
	3	86	425	0.202	< .001
	0	40	425	0.094	< .001
	6	15	425	0.035	< .001
	4	44	425	0.103	< .001
	5	26	425	0.061	< .001
	1	63	425	0.148	< .001
	2	150	425	0.353	< .001

Poznámka. H_a je poměr {směr} {hodnota testu}

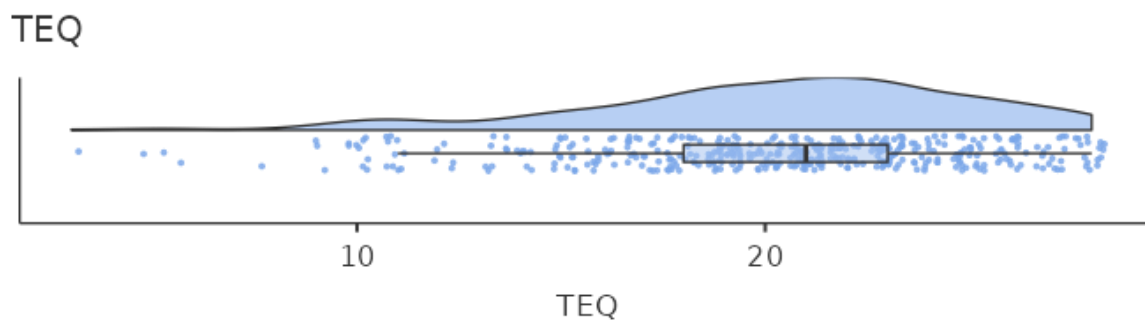
Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání z celku

Nejvyšší dosažené vzdělání

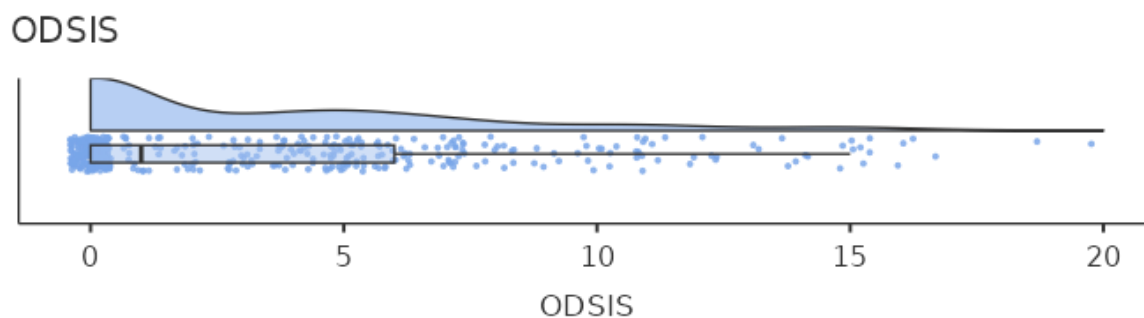
	Level	Počet	Celek	Poměr	p
Vzdělání	VOŠ nebo nižší	372	425	0.875	< .001
	Magisterský nebo doktorský	4	425	0.009	< .001
	Bakalářský	39	425	0.092	< .001
	VOŠ	10	425	0.023	< .001

Poznámka. H_a je poměr {směr} {hodnota testu}

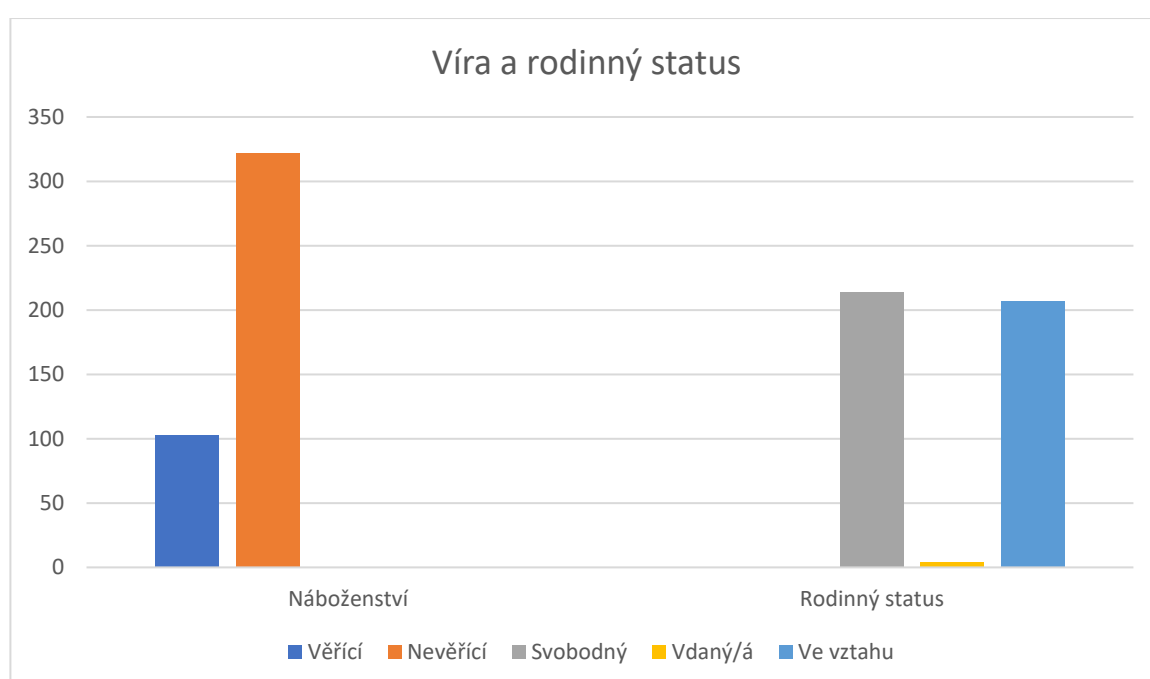
Z tabulek 2 a 3 můžeme vidět, že nejvíce lidí má nižší než univerzitní vzdělání. Přesto z pohledu na studované ročníky můžeme vyčíst, že pravděpodobně studují na jedné z univerzitních úrovní. Jsou zde i respondenti, kteří nestudují. Tito respondenti jsou zachováni, neboť výrazně neovlivňují zjištěné výsledky.



Graf 3 Výsledky všech respondentů TEQ



Graf 4 Výsledky všech respondentů ODSIS

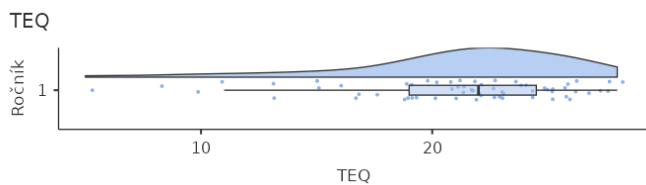


Graf 5 Víra a rodinný status všech respondentů

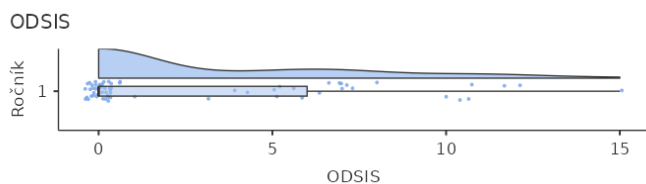
Grafy a tabulky s demografickými a sociologickými údaji výše ukazují velkou rozmanitost respondentů.

2.4 Ověření hypotéz a jejich testování

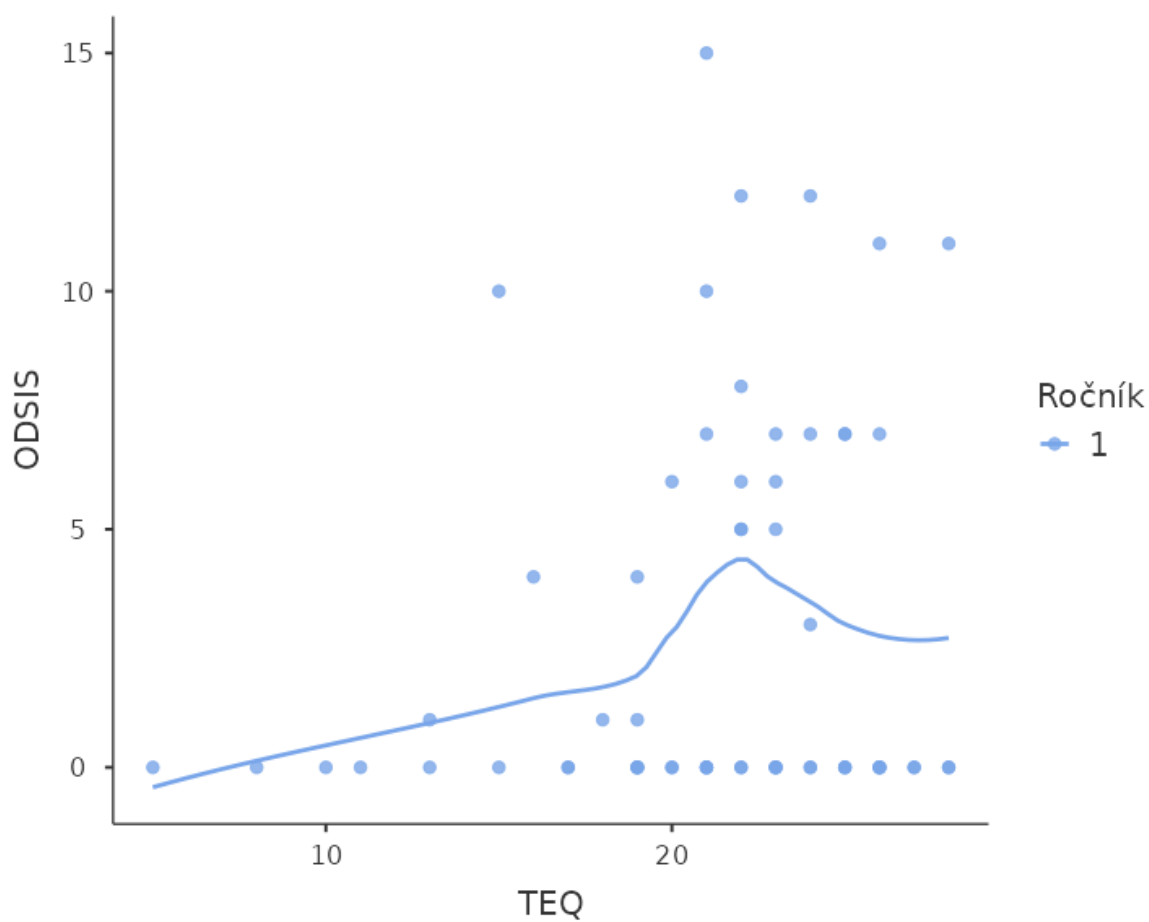
Jako první ověříme míru empatie a výskyt deprese u studentů prvních ročníků. Nejdříve na grafech ukážeme samostatně výsledky TEQ a ODSIS. Posléze je zaneseme do společného bodového diagramu, kde uvidíme, jaké jsou mezi nimi vztahy.



Graf 6 Výsledky prvního ročníku – empatie



Graf 7 Výsledky prvního ročníku – depresivní symptomy



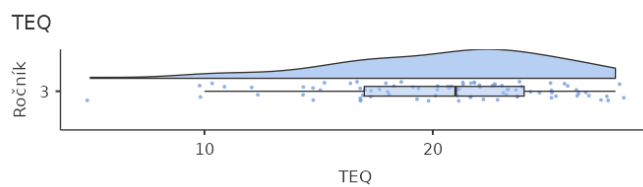
Graf 8 Bodový diagram souvislost empatie a deprese pro první ročník

Bodový diagram 8 ukazuje, že u studentů prvního ročníku vysokých škol existuje určitá pravděpodobnost vztahu mezi výsledky TEQ a ODSIS. Můžeme vidět, jak depresivní

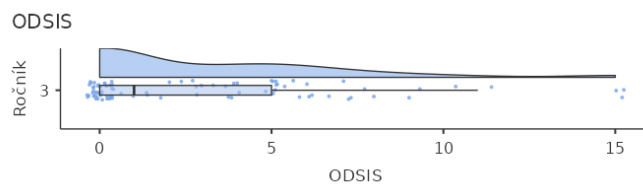
symptomy stoupají s mírou naměřené empatie. V určitém bodě, konkrétně kolem 22 bodů na škále TEQ, stoupající tendence depresivních symptomů končí a mírní se.

Pokud jde o extrémny, kde můžeme mluvit o silné depresi, jedná se o malý počet. U těchto výkyvů by bylo třeba udělat kvalitativní výzkum, zda zde není faktor psychického onemocnění. Kromě tohoto vztahu můžeme vidět, že míra empatie v prvním ročníku je převážně vyšší.

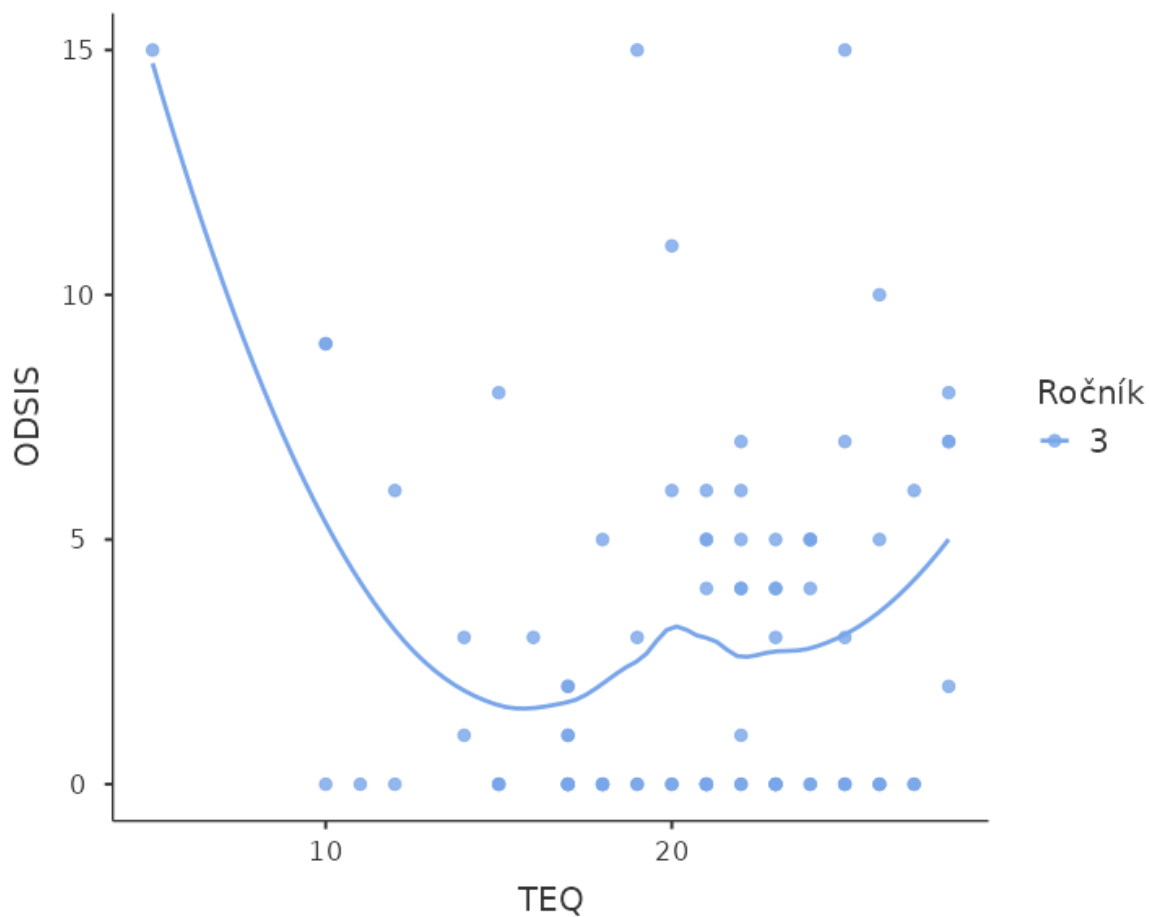
Pro poslední ročník opět ukážeme výsledky ODSIS a TEQ v samostatných grafech. Posléze je vložíme do stejného bodového diagramu. Zde však bude ve výsledku šest grafů, neboť je zde poslední ročník bakalářského studia i magisterského.



Graf 9 Výsledky třetího ročníku – empatie



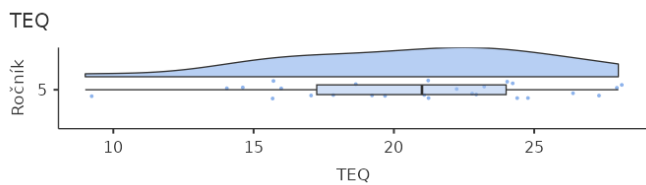
Graf 10 Výsledky třetího ročníku – depresivní symptomy



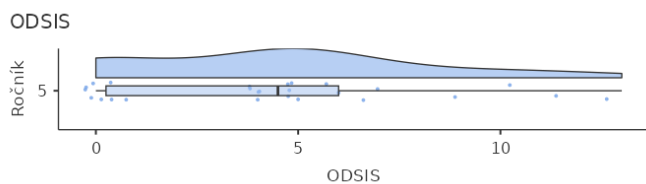
Graf 11 Výsledky posledního ročníku bakalářského studia souvislosti empatie a deprese

Na výsledcích posledního ročníku bakalářského studia můžeme vidět zcela jinou linii. Na začátku je exponenciální pokles a následuje mírný růst. V tomto ročníku v určitém bodě na TEQ depresivní symptomy opět klesají, ale s růstem hodnot empatie stoupá i linie po ose ODSIS.

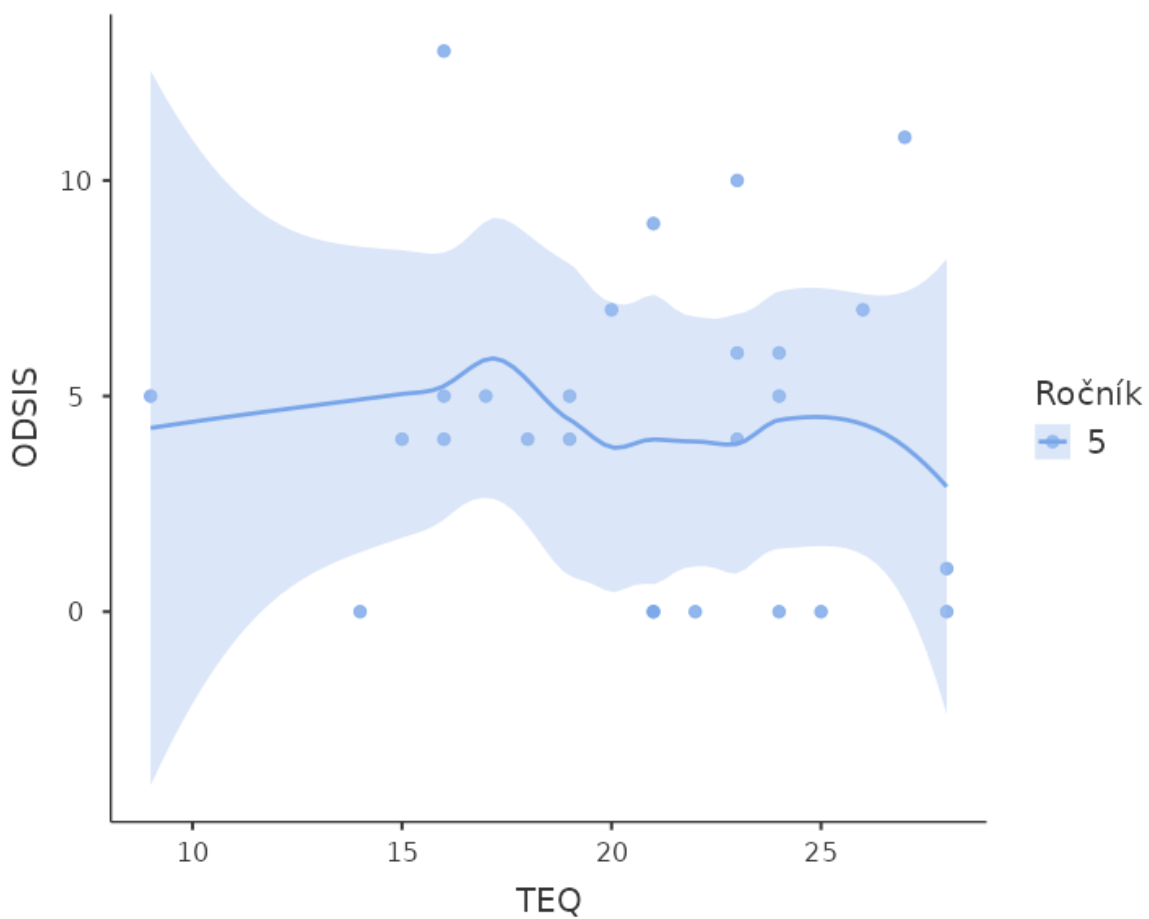
Anomálie na začátku může být někdo s psychickým onemocněním na nulové úrovni. Z toho vyplývá, že i tento respondent by se měl zařadit do kvalitativní studie. V ní by se odhalila příčina tohoto výkyvu. Když vynecháme tohoto respondenta, graf uvádí, že v tomto ročníku stoupá míra depresivních symptomů společně s mírou empatie.



Graf 12 Výsledky posledního ročníku magisterského studia – empatie



Graf 13 Výsledky posledního ročníku magisterského studia – depresivní symptomy



Graf 14 Výsledek posledního ročníku magisterského studia deprese a empatie

V pátém ročníku se objevuje jiný jev. Nachází se zde 26 respondentů a souvislost mezi ODSIS a TEQ má převážně konstantní ráz. Když se podíváme na konkrétní body, se stoupající mírou empatie se začínají někteří jedinci pohybovat mezi mírnou až střední depresí. Sedm respondentů netrpí žádnou depresí, nebo má jen malé symptomy. Je zde tedy velký rozptyl dat.

Kromě toho jsou zde větší čísla v míře empatie. V nejvyšší hodnotě se neukazuje žádná deprese. Střední deprese se objevuje u tří respondentů, kteří jsou na škále TEQ na hodnotách 21 až 26 a jeden na úrovni 16. Můžeme tedy říci, že respondenti z pátého ročníku mají převážně stabilní míru deprese. Empatie je také mírnější a na více bodů dosáhlo méně respondentů než v přechozích ročnících.

Zmínili jsme rozptyl dat, což může napovídat, že zde mají vliv jiné faktory. K tomu by bylo třeba další zkoumání a výzkum směřovat spíše kvalitativním směrem. Určitá souvislost mezi empatií a depresí zde stále je, ale již nejde o tak jasnou spojitost.

Otestujeme-li si však všechna tato data pomocí testu normality, zjistíme statisticky výrazně nižší hodnotu, než je 1. Zároveň je p – hodnota nižší než 0,001, viz tabulka 4. Z toho důvodu volíme Kruskal-Wallisův test, dostaneme jasné výsledky, viz tabulka 5. Ty nám ukazují, že neexistují statisticky výrazné rozdíly ODSIS, TEQ mezi skupinami. Znamená to tak, že i přes předchozí grafy není význam mezi mírou empatie a depresí u respondentů z prvních a posledních ročnících vysokoškolského studia.

Tabulka 4 Výsledky normality

Test normality (Shapiroův-Wilkův)

Statistic	p
0.816	< .001

Tabulka 5 Výsledky Kruskal-Wallisova testu

Kruskal-Wallis			
	χ^2	df	p
ODSIS	5.47	3	0.140
TEQ	4.47	3	0.215

Stejného výsledku dosáhneme, pokud data vložíme do lineární regrese. Ta nám opět dá, že u TEQ se hodnota $p = 0,835$ a nemá díky tomu velký význam. Statisticky významné nejsou ani výsledky jednotlivých ročníků. Výsledky můžeme vidět v tabulce 6 a 7.

Tabulka 6 Výsledky pravděpodobnosti GLM

Loglikelihood ratio tests			
	χ^2	df	p
Ročník	3.2391	3	0.356
TEQ	0.0437	1	0.835

Tabulka 7 Výsledky GLM – ODSIS, TEQ a Ročníky

Parameter Estimates								
Names	Effect	Estimate	SE	exp(B)	95 % Exp(B) Confidence Interval		z	p
					Lower	Upper		
(Intercept)	(Intercept)	3.3341	0.3002	28.052	15.577	50.52	11.108	<.001
Ročník1	4-3	0.2196	0.7486	1.246	0.287	5.40	0.293	0.770
Ročník2	5-3	1.4958	0.9024	4.463	0.761	26.17	1.658	0.099
Ročník3	1-3	-0.0967	0.6697	0.908	0.244	3.37	-0.144	0.885
TEQ	TEQ	-0.0121	0.0581	0.988	0.882	1.11	-0.209	0.835

2.4.1 Anomálie

Největší problém se objevil, když měli respondenti volné textové pole a vyplnili jej špatně nebo nesprávným formátem. Další důvod k vyloučení dat bylo nedokončení dotazníku. Jestliže nebyl dotazník dokončen, byla data vyloučena, neboť chyběla některé zásadní informace pro tento výzkum. Stále však zůstalo dostatečné množství dat.

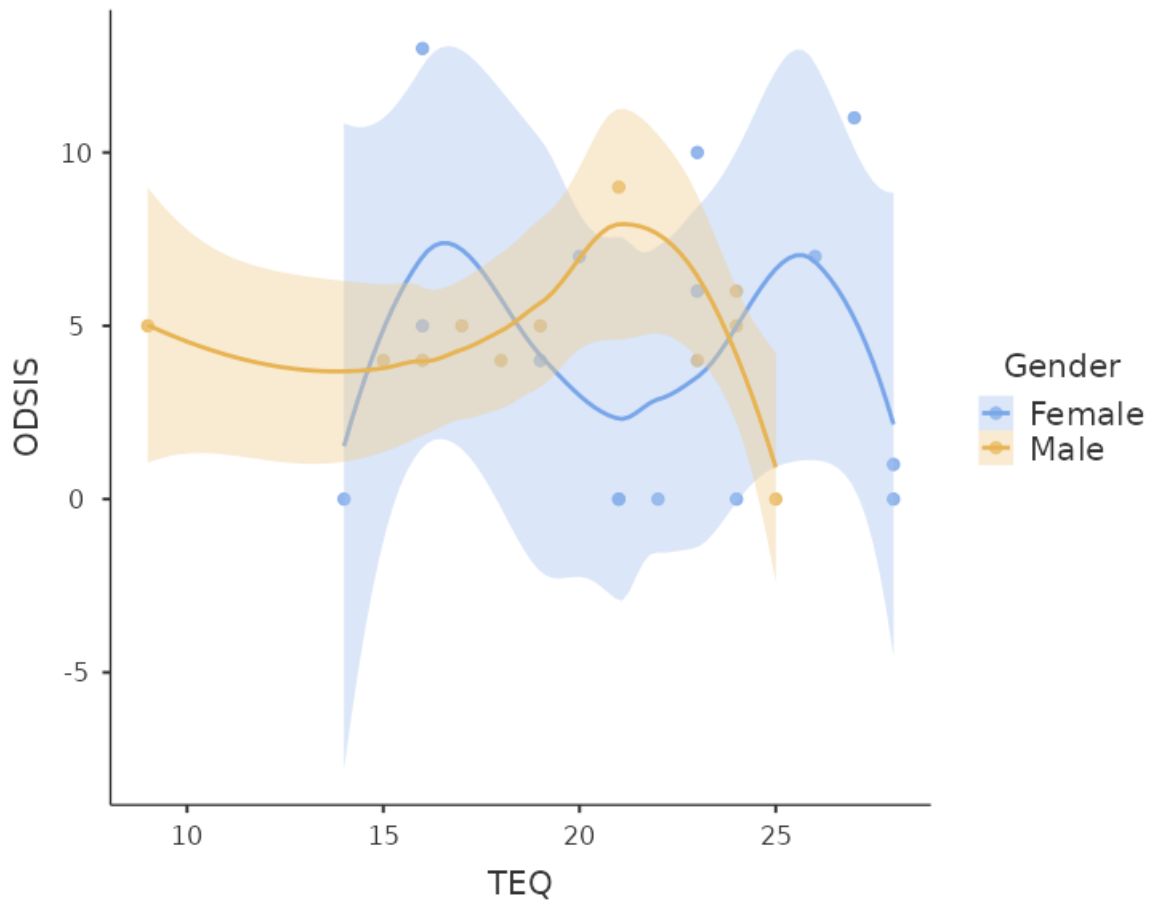
Anomálie – největší byl jedinec, který měl velice nízkou empatii a vysokou míru deprese. Tento výsledek může napovědět, že by zde mohla být přítomna duševní porucha. Přesto by bylo dobré více se zaměřit na tyto odchylky v dalším výzkumu.

Pátý ročník se vymyká trendu. Graf 14 ukazuje, že se zde vyskytuje více faktorů, které ovlivňují míru deprese a empatie. Testování hypotéz nám posléze dalo jasnou odpověď.

2.4.1.1 Další možné faktory

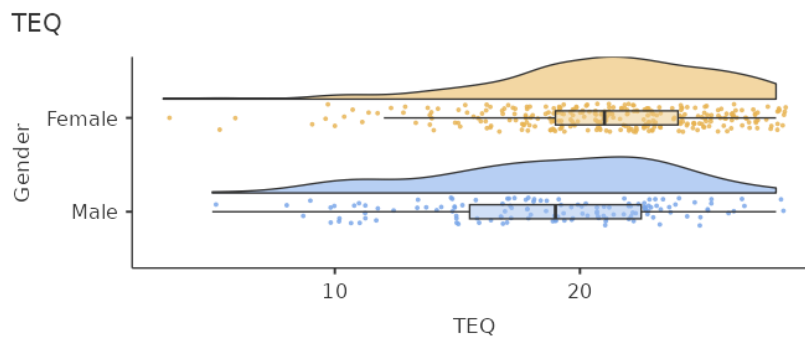
V posledním ročníku jsme mohli vidět velký rozptyl, který mohou ovlivnit i další faktory. Následující kapitoly obsahují grafy s dalšími faktory. Ty zobrazují, jaký vliv, pokud existuje, mají na souvislost empatie s depresí v tomto posledním ročníku.

2.4.1.1.1 Pohlaví

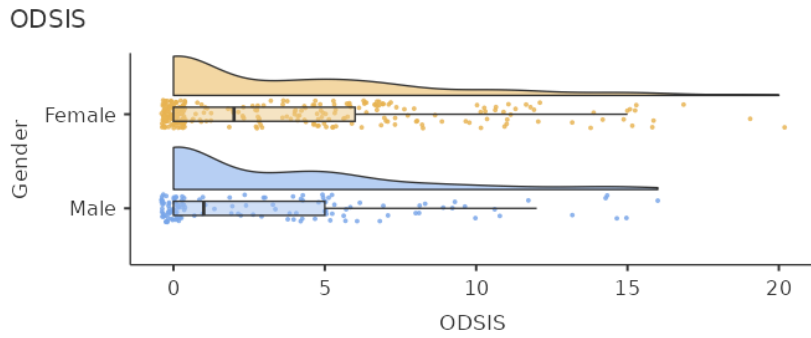


Graf 15 Porovnání pohlaví a souvislost empatie a deprese u pátého ročníku

Výše jsme uvedli třetí možnou nulovou hypotézu. Tu jsme aplikovali na pátý ročník. V grafu 16 můžeme vidět, že ženy mají vyšší míru empatie. Ženy se nachází na škále ODSIS v místech, kde již lze mluvit o depresi. S rostoucí empatií však neroste výskyt depresí, co se týče pohlaví.



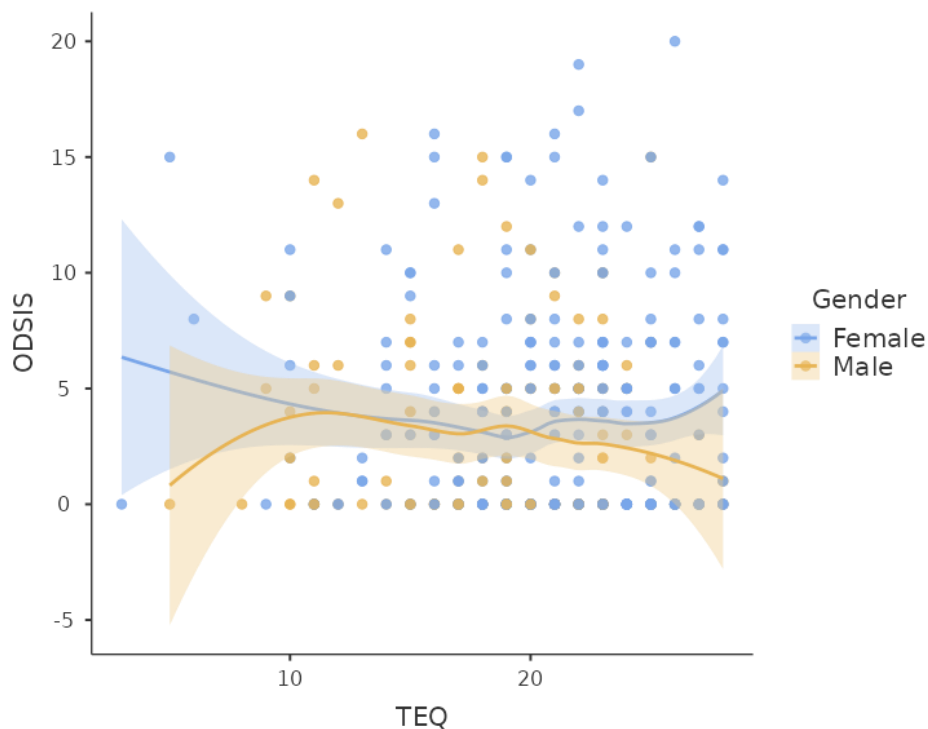
Graf 16 Empatie u pohlaví – všichni respondenti



Graf 17 Depresivní symptomy u pohlaví – všichni respondenti

Grafy 16 a 17 se týkají všech respondentů a můžeme z nich vyčíst, že ženy mají vyšší míru empatie oproti mužům. Na druhou stranu je zde více vidět náchylnost k depresi u žen. Muži mají menší průměrnou hodnotu deprese než ženy. Může to být ovlivněno rozdílným počtem respondentů z daného pohlaví. Pokud se podíváme na graf ODSIS (graf 17), existuje větší množství žen na vyšších hodnotách než muži.

Mnohem lépe toto vidíme na bodovém diagramu, viz graf 18. Modré body znázorňující ženy na tomto grafu jsou tím výše, čím větší míru empatie mají. Oranžoví muži mají více depresivních symptomů mezi body 11 až 19, což je spíše malá nebo střední míra empatie.



Graf 18 Bodový diagram empatie a depresivních symptomů – všichni respondenti

Tabulka 8 Brunner-Munzelův test empatie podle pohlaví

Brunner-Munzel Test

		Statistic	df	p
TEQ	Asymptotic	-5.08	259	< .001

Poznámka. $H_a \hat{P}(\text{Female} < \text{Male}) + \frac{1}{2}\hat{P}(\text{Female} = \text{Male}) < \frac{1}{2}$

Tabulka 9 T-test deprese podle pohlaví

T-test pro nezávislé výběry

		Statistic	df	p
ODSIS	Student's t	1.24	425	0.107

Poznámka. $H_a \mu_{\text{Female}} > \mu_{\text{Male}}$

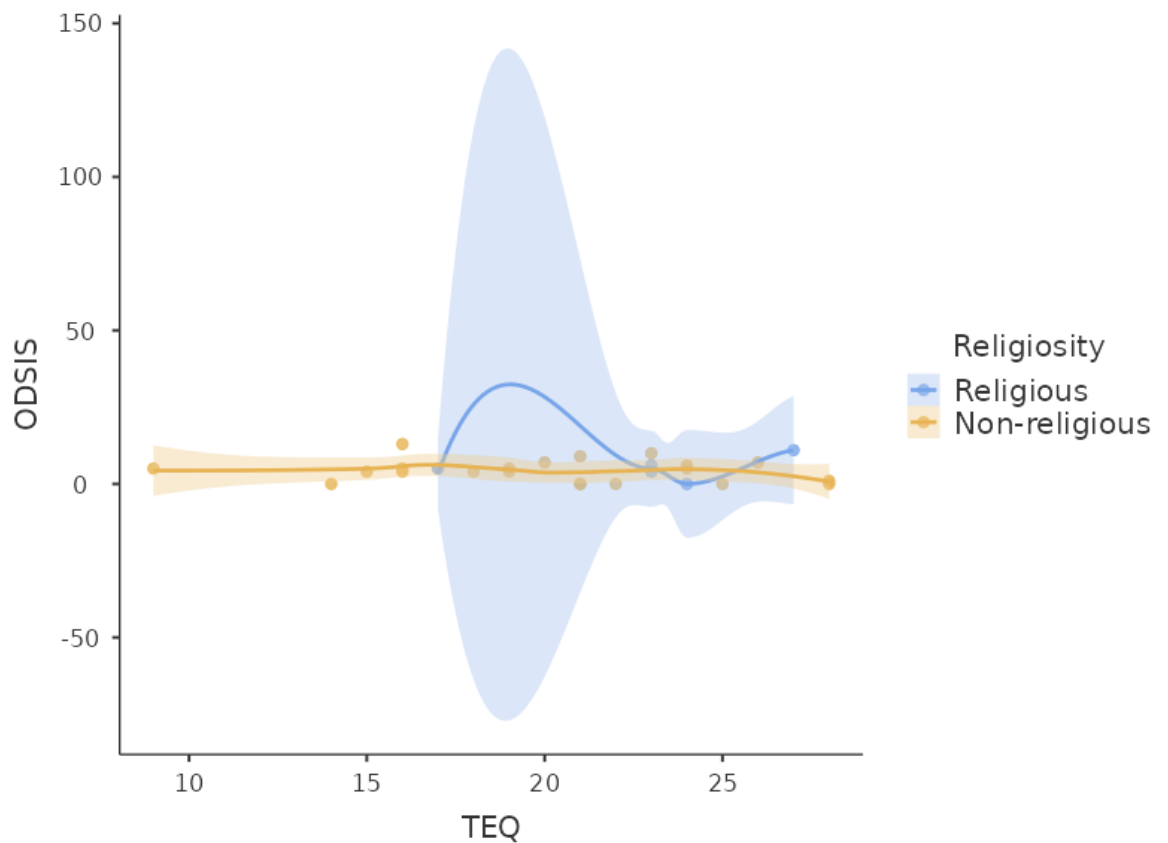
Tabulka 10 Výsledky GLM – souvislost empatie a deprese

Parameter Estimates

Names	Estimate	SE	exp(B)	95 % Exp(B) Confidence Interval		z	p
				Lower	Upper		
(Intercept)	3.4052	0.2079	30.119	20.039	45.27	16.379	<.001
TEQ	-0.0307	0.0442	0.970	0.889	1.06	-0.695	0.487
Gender	-0.6329	0.4598	0.531	0.216	1.31	-1.377	0.169

Na tabulce 8 můžeme vidět, že ženy mají vyšší míru empatie než muži. Stejně výsledky nám dává i tabulka 9, která nám ukazuje vztah výsledků testu ODSIS. Tady máme vyšší míru depresivních symptomů u žen než mužů. Když však obě data spojíme, tak se nám ukáže, že statisticky na sebe nemají dostatečný vliv. Výsledky můžeme vidět v tabulce 10.

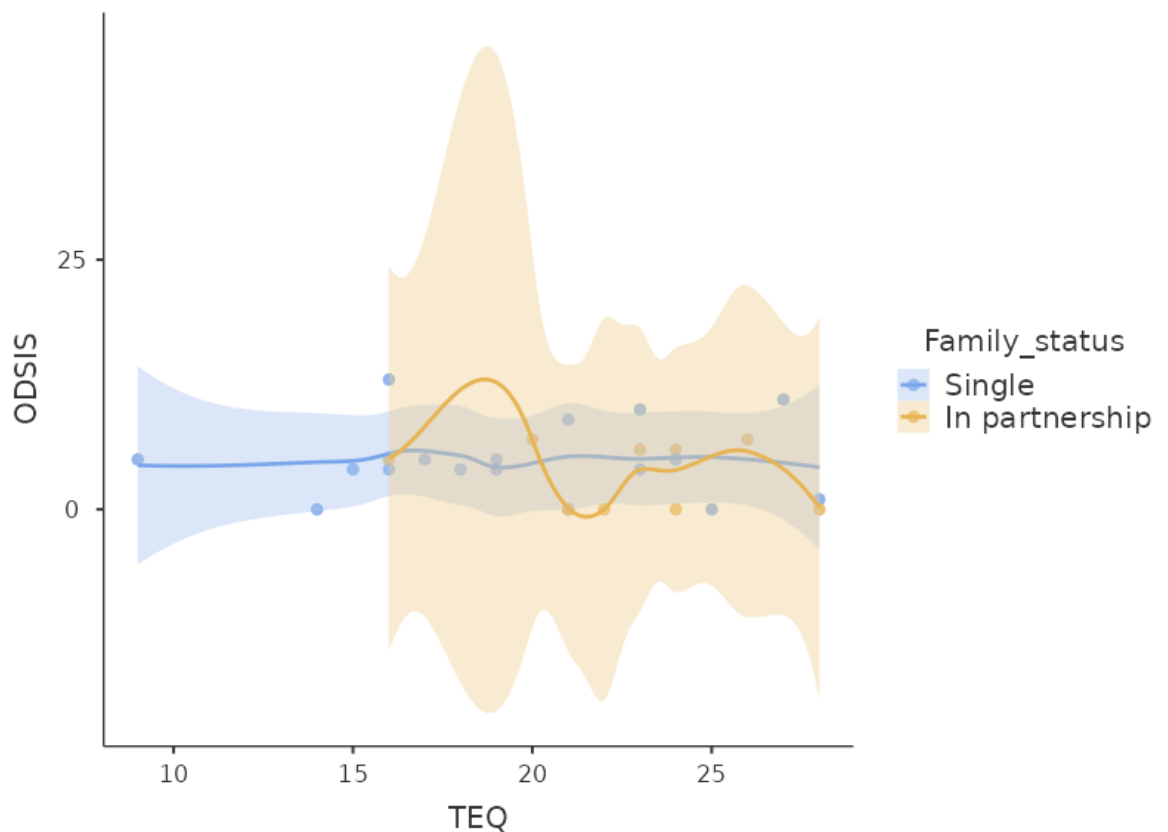
2.4.1.1.2 Náboženský faktor



Graf 19 Vliv náboženského vyznání na empatii a depresi

Faktor pohlaví pravděpodobně hraje velkou roli, což vede ke vztahům a první je faktor víry člověka, kde můžeme vidět dvě fakta. Ateisté mají menší míru empatie než ti, kteří se hlásí k určitému náboženství. Na druhou stranu mají mnohem menší nebo žádné symptomy deprese. Obecně můžeme říci, že víra jedince má určitou souvislost mezi empatií a depresí. Věřící mají větší sklon k depresi než ateisté.

2.4.1.1.3 Rodinný status



Graf 20 Vliv rodinného statusu na empatii a depresi

Když pohlédneme na další vztahy mimo boha, je zde faktor rodinného statusu. V pátém ročníku se nachází hlavně ti, kteří jsou nezadaní (modrá) a několik jedinců ve vztahu (oranžová). Modrá linie ukazuje, že nezadaní mají převážně nižší empatii a na ose ODSIS se nachází v mírné depresi nebo nemají žádné symptomy.

Pokud jde o jedince ve vztahu, mají převážně větší míru empatie. Jelikož je zde menší počet respondentů s tímto statutem, existuje i větší rozptyl, co se deprese týče. Přesto ty, kteří se nachází vysoko na ose TEQ, nalezneme velice nízko na ose ODSIS. Tento faktor tedy není s velkou pravděpodobností zásadní pro souvislost empatie a deprese.

2.5 Verifikace výzkumu

Vyhodnotíme-li veškeré grafy a analýzy, dojdeme k následujícím závěrům. Když se podíváme na nulové hypotézy, jedná se o zprvu komplikovanou odpověď. Přesto docházíme

k tomu, že první a druhá nulová hypotéza jsou vyvráceny. V grafech je sice určitá spojitost vidět, ale s pohledem na celkovou analýzu můžeme říct, že jde o statisticky nevýznamnou hodnotu.

Díky tomuto výsledku se nám vyvrátila první hypotéza a druhá. Nemáme dostačující data a informace k tomu, abychom mohli tyto hypotézy potvrdit. Můžeme říci, že zde empatie nehraje takovou roli a místo ní bychom se měli zaměřit na jiné možné faktory.

Podíváme-li se na grafy, tak nám ukazují určité stoupající trendy na ose ODSIS s vyššími hodnotami TEQ, nejedná se však o velké množství. Často se jedná o výsledky jednotlivců a ne skupiny. Z toho důvodu můžeme říct, že se objevuje určitý vliv faktoru empatie a ročníku na míru výskytu depresivních symptomů. Jedná se však o tak malé množství, že statisticky se stává nevýznamné.

Pohlédneme-li na pátý ročník, kterým se ukončuje magisterské studium. Zde byla linie na grafu v podstatě konstantní a objevují se jen jedinci, kteří se nachází vysoko na ose ODSIS. Více se jich nachází na vyšší úrovni empatie. Přesto je zde velký rozptyl. V tomto ročníku je nejvíce vidět, že empatie není rozhodujícím faktorem.

Pokud jde o třetí nulovou hypotézu, ta se ukázala jako nepravdivá. Nepotvrdila se tím, ale ani třetí hypotéza. Již v teorii jsme zmínili, že ženy mají vyšší míru empatie. Toto jsme v rámci výzkumu potvrdili a rozšířili o výskyt vyšší míry depresivních symptomů. Muži jsou v tomto ohledu více stabilní. Když jsme tyto fakta spojily, tak se nám nepotvrdila ani jedna z třetích hypotéz. Není tak jednoznačné, že je souvislost mezi empatií a depresí na základě pohlaví.

Pohlaví může být právě rozhodujícím faktorem u pátého ročníku, který může mít vliv na míru empatie a deprese. Nejde však o spojovací faktor souvislosti empatie s depresí. Další možností může být náboženství nebo společenské vztahy. V průběhu výzkumu bylo zjištěno, že lidé ve vztahu jsou často na vyšší úrovni empatie. Míra deprese je u nich převážně nízká, až žádná, oproti těm, kteří jsou bez vztahu a jejich míra deprese je zde často vyšší a s mírou empatie převážně stoupá.

Tímto byly zodpovězeny otázky na všechny výše uvedené hypotézy. Některé byly potvrzeny a jiné vyvráceny. Narazili jsme i na takové, které neplatí ani v jedné z nabízených variant.

2.6 Variace a rozšíření výzkumu

Výzkum se dá dále zpracovat kvalitativní metodou. Kvantitativním výzkumem lze najít vhodné subjekty, které by se podrobněji zkoumaly. Díky tomu bychom mohli zjistit, jaké jsou všechny faktory, které ovlivňují souvislost mezi empatií a depresí.

Další variantou je možnost změny kategorie respondentů. Užiteční by mohli být respondenti z řad policie. Zde by však muselo jít o několikaletý kvalitativní výzkum. Bylo by velmi přínosné zjistit, jak se u těchto lidí mění míra depresivních symptomů v závislosti na odsloužených letech. Aby se toto propojilo s empatií, museli bychom zjistit, jestli míra empatie v tomto případě také hraje zásadní roli v míře deprese.

Všechny tyto varianty jsou možnostmi, s nimiž lze ve výzkumu daného problému dále pracovat. Využít se dají stejné nástroje jako v našem případě, ale určité fáze výzkumu by spíše měl vykonat odborník v oboru psychologie a psychoterapie.

Závěr

Diplomová práce je rozdělena na dvě základní části. V první části je uvedena teorie, ze které vychází teorie výzkumu. Pohlédli jsme zde na neurovědeckou stránku empatie a deprese. Popsali jsme společné komponenty jako amygdala, hippocampus, hypothalamus a určité hormony. Následně jsme jednotlivé části mozku propojili s jednotlivými funkcemi a jejich rolí v daném procesu.

V teoretické části jsme vysvětlili, jak funguje empatie, emoce, jak vznikají a jejich vývoj. Uvedli jsme psychické poruchy, které mají na tyto faktory vliv. Popsali jsme poruchy emocí, s nimiž se můžeme setkat. Také jsme uvedli duševní onemocnění, které mohou ovlivnit empatii, především jsme zmínili ADHD, narcistickou poruchu osobnosti a další.

Posléze jsme vysvětlili, jak funguje stres a jak velký vliv má na naše tělo. Také jsme představili jeho rizika, které mohou mít výrazný negativní dopad. Jeden z důsledků je deprese. Zjistili jsme, jak se deprese objevuje a jak vzniká. Popsali jsme příznaky a posléze další poruchy, které se pojí s depresivní náladou.

Vysvětlili jsme jednotlivé poruchy a zdůraznili jejich rozdíly. Objasnili jsme, jak deprese vzniká, co ji ovlivňuje a jak se léčí, a dále jaká jsou rizika deprese u dětí, pubescentů a adolescentů. V této části bylo uvedeno množství poruch, které jsou ovlivněny depresí.

V praktické části jsme se věnovali výzkumu, kde bylo v rámci zpracování literárních zdrojů uvedeno, že výzkum v této oblasti není příliš rozsáhlý. Existuje pouze malé množství výzkumů, které by se týkaly pouze empatie nebo deprese. Pokud se tyto pojmy již spojí, stane se toto často v rámci terapie. To však nemá velký význam pro realizovaný výzkum.

Realizovaný výzkum je uveden v poslední části. Představili jsme metodu, nástroje a to, s jakými daty pracujeme. Kvantitativní data získaná formou dotazníkového šetření jsme uvedli a roztrídili a poté došli k určitým výsledkům. Některé hypotézy se potvrdily, jiné byly vyvráceny. První a druhá nulové hypotézy byly potvrzeny. Byly vyvráceny tak hypotézy jedna, dva a tři. Taktéž byla třetí nulová hypotéza vyvrácena.

Objevily se i takové hypotézy, které neposkytly jasnou odpověď. Prověřili jsme kvůli tomu možný vliv jiných faktorů a jejich dopad. V závěru jsou uvedeny návrhy možností pro další výzkum, který by mohl přesněji odpovědět na otázku souvislosti empatie a deprese.

Zdroje

ARONIADOU-ANDERJASKA, Vassiliki; FRITSCH, Brita; QASHU, Felicia a F.M. BRAGA, Maria. [Pathology and pathophysiology of the amygdala in epileptogenesis and epilepsy](#). Online. *Epilepsy Research*. roč. 78 (2008), č. (2–3), s. 102–116. ISSN 09201211. Dostupné z: Science Direct, doi:10.1016/j.eplepsyres.2007.11.011. [citováno 2024-06-14]

AUTRY, Anita E. [Function of brain-derived neurotrophic factor in the hypothalamus: Implications for depression pathology](#). Online. *Frontiers in Molecular Neuroscience*. roč. 15 (2022). ISSN 1662-5099. Dostupné z: frontiers, doi:10.3389/fnmol.2022.1028223. [citováno 2024-06-14]

BARON-COHEN, Simon. *Věda zla: nová teorie lidské krutosti*. Vyd. 1. Brno: Emitos, 2014. ISBN 978-80-87171-37-0.

BERGMAN, Hannah E.; PRZEWORSKI, Amy a FEENY, Norah C. [Rates of Subthreshold PTSD Among U.S. Military Veterans and Service Members: A Literature Review](#). Online. *Military Psychology*. roč. 29 (2017), č. 2, s. 117–127. ISSN 0899-5605. Dostupné z: Taylor & Francis Online, doi:10.1037/mil0000154 [citováno 2024-05-28]

BONFILS, Kelsey A.; LYSAKER, Paul H.; MINOR, Kyle S. a SALYERS Michelle P. [Empathy in schizophrenia: A meta-analysis of the Interpersonal Reactivity Index](#). Online. *Psychiatry Research*. roč. 249 (2017), s. 293–303. ISSN 01651781. Dostupné z: Science Direct, doi:10.1016/j.psychres.2016.12.033 [citováno 2024-06-14]

BREMNER, J. Douglas; NARAYAN, Meena; ANDERSON, Eric R.; H. STAIB, Lawrence; MILLER, Helen L. a CHARNEY, Dennis S. [Hippocampal Volume Reduction in Major Depression](#). Online. *American Journal of Psychiatry*. roč. 157 (2000), č. 1, s. 115–118. ISSN 1535-7228. Dostupné z: Psychiatry online, doi:10.1176/ajp.157.1.115 [citováno 2024-06-14]

DECETY, Jean. [The Neurodevelopment of Empathy in Humans](#). Online. *Developmental Neuroscience*. roč. 32 (2010), č. 4, s. 257–267. ISSN 1421-9859. Dostupné z: National Library of Medicine, doi:10.1159/000317771 [citováno 2024-06-14]

DUBOVÁ, Iva. [Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi](#). Online. *Psychiatrie pro praxi*. roč. 8 (2007), č. 1, s. 29–31. ISSN 18035272. Dostupné z: solen.cz [citováno 2024-05-05]

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 2015. ISBN 978-80-247-4826-9. [citováno 2024-05-25]

EVANS, Bonnie. [How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain](#). Online. *History of the Human Sciences*. roč. 26 (2013), č. 3, s. 3–31. ISSN 0952-6951. Dostupné z: National Library of Medicine, doi:10.1177/0952695113484320 [citováno 2024-05-28]

FRODI, Ann. *When Empathy Fails*. In: LESTER, Barry M. a BOUKYDIS, C. F. Zachariah ed. *Infant Crying*. Online. Boston, MA: Springer US, 1985, s. 263-277. Dostupné z: Springer Link, doi:10.1007/978-1-4613-2381-5_12 [citováno 2024-06-14]

GINTEROVÁ, Hana a HAJDINOVÁ, Světlana. *Etická výchova, Metodika pro 8. – 9. ročník základních škol a víceletá gymnázia*. Praha: Národní institut pro další vzdělávání. 2014. ISBN 978-80-87449-54-7. [citováno 2024-06-14]

GOTTFRIED, Jaroslav; LACINOVÁ, Lenka a SIRUCEK, Jan. *Nakažlivé zivání a empatie*. Online. Psychologie. roč. 9 (2015), č. 4, s. 11. Dostupné z: Researchgate.net [citováno 2024-06-14]

GROGANS, Shannon E.; FOX, Andrew S. a SHACKMAN, Alexander J. *The Amygdala and Depression: A Sober Reconsideration*. Online. American Journal of Psychiatry. roč. 179 (2022), č. 7, s. 454–457. ISSN 1535-7228. Dostupné z: Psychiatry online, doi:10.1176/appi.ajp.20220412

HANSEN, Anders. *Instamozek: stres, deprese a úzkosti zapříčiněné moderní dobou*. Přel. STIESSOVÁ, Helena. Praha: Portál. 2021. ISBN 978-80-262-1762-6.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1. [citováno 2024-06-14]

HILLIS, Argye E. *Inability to empathize: brain lesions that disrupt sharing and understanding another's emotions*. Online. Brain. roč. 137 (2014) č.4, s. 981–997. ISSN 1460-2156, 0006-8950. Dostupné z: National Library of Medicine, doi:10.1093/brain/awt317 [2024-06-14]

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN: 978-80-247-5326-3 [citováno 2024-06-14]

JIŘIČKOVÁ, Jiřina a SELČANOVÁ, Zuzana. *Profesní kompetence učitele*. Online. Gramotnost, pregramotnost a vzdělávání. roč. 6 (2022), č. 2, s. 135–151. ISSN 2533-7882. Dostupné z: https://pages.pedf.cuni.cz/gramotnost/files/2022/11/Gramotnost_02_2022_FINAL4.pdf

JUDIN, Pavel. *Stručný filosofický slovník*. Praha: Svoboda, 1966 [citováno 2024-06-14]

KIMBER, Lesley; VERRIER, Diarmuid a CONNOLLY, Stephen. *Autistic People's Experience of Empathy and the Autistic Empathy Deficit Narrative*. Online. Autism in Adulthood. 2023. ISSN 2573-9581, 2573-959X. Dostupné z: Marry Ann Liebert, Inc., doi:10.1089/aut.2023.0001

KOCÁBKOVÁ, Lenka, 2010. *Rozvíjíme empatii u dětí předškolního věku*. Online. Metodický portál. (2010), s. 30. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/9887/ROZVIJIME-EMPATII-U-DETI-PREDSKOLNIHO-VEKU.html> [citováno 2024-06-14]

KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-069-1. [citováno 2024-06-14]

KRÁMSKÝ, David. *Filosofické základy psychologie morálky*. Liberec: Bor, 2015. ISBN 978-80-87607-43-5. [citováno 2024-06-14]

KRATOCHVIL, Josef; CHARVÁT, Josef Otakar a ČERNOCKÝ, Karel. *Filosofický slovník*. 4. vyd., zcela přeprac. a značně rozš. V Brně: Občanská tiskárna, 1937. [citováno 2024-06-14]

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4. [citováno 2024-06-14]

MIKOŠKA, Petr a NOVÁK, Lukáš. *Jak současná věda objevuje empatii: transdisciplinární pohled na klíč k lidské duši*. 1. vyd. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. ISBN 978-80-7465-290-5. [citováno 2024-06-14]

MOHR, Pavel; BRAVERMANOVÁ, Anna; MELICHER, Tomas; KRATOCHVÍLOVA, Zuzana a KNYTL, Pavel. *Kognitivní poruchy u deprese*. Online. Česká a slovenská psychiatrie / Česká lékařská společnost J.E. Purkyne. roč. 6 (2015), č. 111, s. 577–583. Dostupné z: ResearchGate.net [citováno 2024-06-14]

MOKRIŠOVÁ, Ivana; HORT, Jakub a VALIŠ, Martin. *Emoční paměť – patofyziologie a klinické souvislosti*. Online. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. (2012), č. 5. Dostupné z: <https://www.csn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2012-5-2/emocni-pamet-patofyziologie-a-klinicke-souvislosti-38690> [citováno 2024-06-14]

MORGAN, Kendall K. *Diagnosing ADHD in Adults: How Adults Are Tested for ADHD*. Online. WebMD. (2023). Dostupné z: <https://www.webmd.com/add-adhd/diagnosing-adhd-adults> [citováno 2024-06-14]

MŠMT. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Online. Praha: MŠMT, 2023. Dostupné z: https://www.edu.cz/wp-content/uploads/2023/07/RVP_ZV_2023_zmeny.pdf [citováno 2024-06-14]

O'CONNOR, Lynn E.; BERRY, Jack W.; LEWIS, Thomas; MULHERIN Kathleen a CRISOSTOMO Patrice S., *Empathy and depression: the moral system on overdrive*. In: FARROW, Tom F. D. a WOODRUFF, Peter W. R. ed. *Empathy in Mental Illness*. 1. vyd. Cambridge University Press, 2007, s. 49–75. ISBN 978-0-521-84734-6. Dostupné z: Researchgate.net, doi:10.1017/CBO9780511543753.005 [citováno 2024-06-14]

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6. [citováno 2024-06-14]

OUSHI Questionnaire System. Online. OQS. 2023. Dostupné z: https://dotaznik.oushi.upol.cz/doc/sluzby/platforma_pro_sber_dat/vyzkumne_nastroje_klienti/teq/ [citováno 2024-06-14]

PLACHÁ, Jarmila a KOUTSKÁ, Ivana. *Etická výchova, Metodika pro 1. – 3. ročník základních škol*. Online. Praha: Národní institut pro další vzdělávání, 2014. ISBN 978-80-87449-51-6. Dostupné z: http://www.etickavychova.cz/ucebnice/Metodika_1-3_rocnik_w.pdf [citováno 2024-06-14]

PRÁŠKO, Ján, Barbora BULIKOVÁ a SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 2. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-656-4.

PŘIKRYL, Radovan, 2005. *Kortikální reprezentace emocí*. Online. Neurologie pro praxi. roč. 7 (2005), č. 4, s. 211–213. ISSN 12131814, 18035280. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200404-0006_kortikalni_reprezentace_emoci.php [citováno 2024-06-14]

PSYCHOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR, CZECH REPUBLIC; JANOŠOVÁ, Pavlína; KOLLEROVÁ, Lenka; CAKIRPALOGLU, Panajotis a VORLÍČEK, Radek. *Empatie žáků vůči šikanovaným spolužákům*. Online. Ceskoslovenska psychologie. roč. 67 (2023), č. 1, s. 1–14. ISSN 0009062X, 18046436. Dostupné z: Researchgate.net doi:10.51561/cspsych.67.1.1 [citováno 2024-05-27]

RABOCH, Jiří, Michal HRDLÍČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5. [citováno 2024-06-14]

REČKA, Karel. *Patologický narcismus a empatie*. Online. (2013). Dostupné z: Researchgate.net [citováno 2024-06-14]

REIMANN - HÖHN, Uta. *ADHD a ADD v dospívání dozrávání a překonávání krizí*. Vydání první. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1362-8. [citováno 2024-03-25]

SCHREITER, S.; PIJNENBORG, G. H. M.; AAN HET ROT, M. *Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms*. Online. Journal of Affective Disorders. roč. 150 (2013), č. 1, s. 1-16. Dostupné z: ScienceDirect, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.009> [citováno 2024-06-14]

SCHULZE, Ralf a Richard D. ROBERTS, ed. *Emoční inteligence: přehled základních přístupů a aplikací*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-229-4. [citováno 2024-06-14]

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2., rev. vyd. Praha: Maxdorf Jessenius, 2002. ISBN 978-80-85912-18-0. [citováno 2024-06-14]

STOJILJKOVIĆ, Snežana; DJIGIĆ, Gordana; ZLATKOVIĆ, Blagica. *Empathy and teachers' roles*. Online. Procedia-Social and Behavioral Sciences. Roč.69 (2012), s. 960-966. Dostupné z: Science Direct, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.12.021> [citováno 2024-06-14]

SUCHÁČEK, Petr. *Empatie učitele – co, proč a hlavně jak*. Online. Sociální pedagogika. roč. 10 (2022), č. 1, s. 88–93. ISSN 1805-8825. Dostupné z: <https://soced.cz/cs/2022/04/socialni-pedagogika-2022-101/> [citováno 2024-06-14]

SVATOŠ, Tomáš. *Sociálně komunikativní příprava budoucích učitelů*. Online. Pedagogika. roč. 49 (1999) č. 3, s. 249–260. Dostupné z: <https://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?p=2477%20title=> [citováno 2024-06-14]

ŠEVČÍKOVÁ, Marcela; BARTOŠKOVÁ, Magda; PAŠTRNÁK, Martin; VĚCHETOVÁ Gabriela a PREISS, Marek. [Truchlení: depresivní porucha, či evoluční výhoda?](#). Online. Psychiatrie. roč. 23 (2019) č. 2, s. 83–87. Dostupné z: Researchgate.net [citováno 2024-06-14]

ŠIMIĆ, Goran; TKALČIĆ, Mladenka; VUKIĆ, Vana; MULC, Damir; ŠPANIĆ, Ena; ŠAGUD, Marina; OLUCHA-BORDONAU, Francisco E; VUKŠIĆ, Mario a HOF, Patrick R. [Understanding Emotions: Origins and Roles of the Amygdala](#). Online. Biomolecules [online]. roč. 11 (2021), č. (6), s. 823. ISSN 2218-273X. Dostupné z: National Library of Medicine, doi:10.3390/biom11060823 [citováno 2024-06-14]

ŠKODA, Jaromír. [Psychopatie I – pojem a diagnóza](#). Online. Psychoanalýza dnes. (2019). Dostupné z: <https://psychoanalyzadnes.cz/2019/06/17/psychopatie-i-pojem-a-diagnoza/> [citováno 2024-06-14]

TRČKOVÁ, Květa a ZEMANOVÁ, Romana. *Etická výchova, Metodika pro 4. – 5. ročník základních škol*. Online. Praha: Národní institut pro další vzdělávání, 2014. ISBN 978-80-87449-52-3. Dostupné z: http://www.etickavychova.cz/ucebnice/Methodika_4-5_rocnik_w.pdf [citováno 2024-06-14]

TŮMA, Ivan. [Emoční oploštělost a anhedonie u depresivní poruchy](#). Online. Česká a slovenská Psychiatrie. roč. 109 (2013), č. (5), s. 227–231. ISSN 1212-0383. Dostupné z: cspychiatr.cz [citováno 2024-06-14]

ÚZIS. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017. ISBN 978-80-7472-168-7. [citováno 2024-06-14]

VILLARROEL, Maria A. *Symptoms of Depression Among Adults: United States, 2019*. Online. CDC. (2020), č. 379. ISSN 1941–4935. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db379.htm> [citováno 2024-06-14]

VOKURKA, Martin a HUGO, Jan. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-456-2. [citováno 2024-06-14]

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1. [citováno 2024-06-14]

WEST, Robert. *Modely závislosti*. Online. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016. ISBN 978-80-7440-157-2. [citováno 2024-06-14]

WHALEN, Paul J.; SHIN, Lisa M.; SOMERVILLE, Leah H.; MCLEAN, Ashly A. a KIM, Hackjin. [Functional neuroimaging studies of the amygdala in depression](#). Online. Seminars in Clinical Neuropsychiatry. roč. 7 (2002), č. (4), s. 234–242. ISSN 10843612. Dostupné z: National Library of Medicine, doi:10.1053/scnp.2002.35219 [citováno 2024-06-14]

WOOD, Emily F.; TRESCHER, Sarah A.; MILLER, Monica K. a MCDERMOTT, Christine M. [Individual Differences Relate to Support for Insanity and Postpartum Depression Legal Defenses: The Mediating Role of Moral Disengagement](#). Online. Psychiatry, Psychology and Law. roč. 25 (2018), č. 2, s. 219–236. ISSN 1321-8719, 1934-1687. Dostupné z: National Library of Medicine, doi:10.1080/13218719.2017.1351905 [2024-06-14]

YOON, Seoyoung a KIM, Yong-Ku. 2018. *Gender Differences in Depression*. In: KIM, Yong-Ku ed. Understanding Depression. Online. Singapore: Springer Singapore, (2018), s. 297–307. ISBN 978-981-10-6579-8. Dostupné z: Researchgate.net, doi:10.1007/978-981-10-6580-4_24 [citováno 2024-06-14]

ZORMANOVÁ, Lucie. *Odborný článek: Syndrom vyhoření u pedagogických pracovníků*. Metodický portál. Online. (2018). ISSN 1802-4785. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/s/Z/21761/SYNDROM-VYHORENI-U-PEDAGOGICKYCH-PRACOVNIKU.html> [citováno 2024-06-14]

ZZMV. *Syndrom vyhoření*. Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra. Online. 2023. Dostupné z: <http://www.zzmw.cz/> [citováno 2024-06-14]

Přílohy

Obrázky

Obrázek 1 Hippocampus kontrolního subjektu (normální velikost) a pacienta s depresí (zmenšená velikost) podle Bremner et al., 2000.	14
Obrázek 2 Gaussova křivka empatie. Simon Baron-Cohen. 2014.....	23
Obrázek 3 Teorie fungování emocí.....	26
Obrázek 4 Damasiův homeostatický strom evoluce emocí	28
Obrázek 5 Průběh bipolární afektivní poruchy – Orel, Miroslav	49

Grafy

Graf 1 Poměr využití dat z celkového počtu 672 respondentů	58
Graf 2 Průměrný věk.....	59
Graf 3 Výsledky všech respondentů TEQ	60
Graf 4 Výsledky všech respondentů ODSIS.....	61
Graf 5 Víra a rodinný status všech respondentů	61
Graf 6 Výsledky prvního ročníku – empatie.....	62
Graf 7 Výsledky prvního ročníku – depresivní symptomy.....	62
Graf 8 Bodový diagram souvislost empatie a deprese pro první ročník.....	62
Graf 9 Výsledky třetího ročníku – empatie.....	63
Graf 10 Výsledky třetího ročníku – depresivní symptomy.....	63
Graf 11 Výsledky posledního ročníku bakalářského studia souvislosti empatie a deprese	64
Graf 12 Výsledky posledního ročníku magisterského studia – empatie.....	65
Graf 13 Výsledky posledního ročníku magisterského studia – depresivní symptomy	65
Graf 14 Výsledek posledního ročníku magisterského studia deprese a empatie	65
Graf 15 Porovnání pohlaví a souvislost empatie a deprese u pátého ročníku.....	69
Graf 16 Empatie u pohlaví – všichni respondenti.....	69
Graf 17 Depresivní symptomy u pohlaví – všichni respondenti.....	70
Graf 18 Bodový diagram empatie a depresivních symptomů – všichni respondenti ..	70
Graf 19 Vliv náboženského vyznání na empatii a depresi.....	72
Graf 20 Vliv rodinného statusu na empatii a depresi	73

Tabulky

Tabulka 1 Počet žen a mužů	58
Tabulka 2 Ročníky studia u respondentů	59
Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání z celku	60
Tabulka 4 Výsledky normality	66
Tabulka 5 Výsledky Kruskal-Wallisova testu	67
Tabulka 6 Výsledky pravděpodobnosti GLM.....	67
Tabulka 7 Výsledky GLM – ODSIS, TEQ a Ročníky.....	67
Tabulka 8 Brunner-Munzelův test empatie podle pohlaví.....	71
Tabulka 9 T-test deprese podle pohlaví	71
Tabulka 10 Výsledky GLM – souvislost empatie a deprese.....	71