

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SOUCIT SE SEBOU, ATTACHMENT A PSYCHICKÉ ZDRAVÍ U DOSPÍVAJÍCÍCH

SELF-COMPASSION, ATTACHMENT AND MENTAL
HEALTH IN ADOLESCENTS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Andrea Ens**

Vedoucí práce: **Mgr. et Mgr. Martina Friedlová, Ph.D.**

Olomouc

2024

Moje poděkování patří především Mgr. et Mgr. Martině Friedlové, Ph.D., vedoucí mé diplomové práce. Děkuji Vám za podporu, dodávání odvahy, inspiraci, laskavost, cenné rady, věnovaný čas a energii. Děkuji za to, že jste mě dovedla tam, kde jsem teď a že jste moje cíle a možnosti pokaždé pozvedla o kousek výše.

Velké poděkování patří také ředitelům středních škol, ve kterých probíhal sběr dat a děkuji též všem studentům a studentkám, kteří se ochotně účastnili výzkumu. Děkuji, že jsem díky Vám mohla poměrně náročný sběr dat realizovat. Moje poděkování patří také mým přátelům z Brna, Šárce Janečkové, Daniele Priesolové a Gabriele Janků, které mi poskytovaly nocleh, když jsem vyjížděla sbírat data na Vysočinu a v Jihomoravském kraji.

Děkuji také lidem, kteří tu pro mě byli, když jsem to potřebovala.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Soucit se sebou, attachment a psychické zdraví u dospívajících“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 29. 3. 2024

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 PSYCHICKÉ ZDRAVÍ DOSPÍVAJÍCÍCH	7
1.1 Vymezení psychického zdraví.....	7
1.2 Bio-psycho-sociální model zdraví.....	8
1.3 Biologické souvislosti psychického zdraví	10
1.4 Psychologické souvislosti psychického zdraví.....	14
1.5 Sociální souvislosti psychického zdraví.....	15
1.6 Psychické zdraví a osobní pohoda.....	16
1.7 Psychické zdraví v období dospívání	17
1.7.1 Charakteristika období dospívání.....	18
1.7.2 Psychické zdraví dospívajících v kontextu současných změn	20
1.8 Psychické zdraví a vybrané psychické obtíže u dospívajících	21
2 ATTACHMENT: DŮVĚRA A BEZPEČÍ.....	25
2.1 Teorie attachmentu a typy vazeb.....	26
2.2 Vývoj a funkce attachmentu.....	28
2.3 Attachment v období dospívání.....	31
2.4 Biologické aspekty vývoje attachmentu a jejich vztah k psychickým obtížím	32
2.5 Metody měření attachmentu	35
3 SEBEHODNOCENÍ: POCIT VLASTNÍ HODNOTY.....	36
3.1 Sebehodnocení jako součást sebesystému.....	37
3.2 Vývoj sebehodnocení a sebepojetí	39
3.3 Sebehodnocení v období dospívání.....	41
3.4 Sebehodnocení v kontextu psychických obtíží.....	41
3.5 Metody měření sebehodnocení.....	42
4 SOUCIT SE SEBOU: VŠÍMAVOST A LASKAVOST K SOBĚ SAMA	43
4.1 Soucit se sebou a související koncepty.....	43
4.2 Vývoj soucitu se sebou.....	46
4.3 Soucit se sebou v období dospívání.....	47
4.4 Soucit se sebou v kontextu psychických obtíží	48
4.5 Využití soucitu se sebou nejen v psychoterapii.....	49
4.6 Metody měření soucitu se sebou	50

5	VZTAH ATTACHMENTU, SEBEHODNOCENÍ A SOUCITU SE SEBOU V KONTEXTU PSYCHICKÉHO ZDRAVÍ U DOSPÍVAJÍCÍCH	51
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	55
6	Výzkumný problém.....	56
6.1	Cíle výzkumu a výzkumné otázky	57
7	Typ výzkumu a použité metody	58
7.1	Výzkumné metody.....	58
7.1.1	Škála soucitu se sebou – SCS-CZ	59
7.1.2	Rosenbergova škála sebehodnocení – RSES.....	59
7.1.3	Experiences in Close Relationships Scale – ECR-CZ.....	59
7.1.4	Mental Health Continuum – Short Form – MHC-SF.....	60
7.1.5	Symptom-Checklist-90®-Standard – SCL-90®-S.....	61
7.2	Doplňující otázky	62
7.3	Formulace hypotéz ke statistickému testování	63
8	Sběr dat a výzkumný soubor.....	65
8.1	Sběr dat.....	65
8.2	Výzkumný soubor	66
8.3	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	71
9	Práce s daty a její výsledky	73
9.1	Deskriptivní charakteristiky proměnných	74
9.2	Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz	77
9.3	Doplňující výsledky.....	89
10	Diskuse	93
10.1	Diskuse doplňujících výsledků a doporučení	99
10.2	Přínosy výzkumu	99
10.3	Limity výzkumu	100
11	Závěr.....	101
12	Souhrn.....	102
	LITERATURA.....	106
	PŘÍLOHY.....	140

ÚVOD

Psychické zdraví dětí a dospívajících je jedním z nejdiskutovanějších témat v současné době. Dospívání je obdobím bio-psycho-sociální proměny dítěte v dospělého jedince, je to dynamické období intenzivního hledání identity a osamostatňování se. Nejen vnitřní, ale také okolní svět přináší výzvy a nároky, se kterými se musí dospívající jedinec vyrovnat. V optimálním případě se dospívající rozvíjí v pozitivním směru zdraví. Nestabilita v tomto období však může vést také k psychickým obtížím, které zásadně ovlivňují rozvíjejícího se mladého člověka. V práci se snažím zaměřit svůj pohled na psychické zdraví a obtíže v kontextu dospívání s důrazem na vývojový aspekt a celostní pojetí, které respektuje poznatky z oblasti neurovědy a biologie.

Postupně předkládám, čím je psychické zdraví utvářeno, jaké faktory na něj působí a specificky se zaměřuji na tři vybrané koncepty, kterými jsou attachment, sebehodnocení a soucit se sebou. Mým cílem bylo zkoumat vzájemné vztahy těchto faktorů a jejich možnou predikci psychického zdraví dospívajících.

Primární kořeny psychického zdraví do značné míry tkví v attachmentu, tedy bezpečném vztahu s pečující osobou, který má zásadní dopad na to, jakým způsobem se dospívající jedinec vztahuje sám k sobě a také ke světu. Následuje sebehodnocení, které se vyvíjí již od samých počátků života dítěte a je ovlivněno mimo jiné právě ranými zkušenostmi, přičemž dospívání je důležitým obdobím formování sebepojetí a identity. Soucit se sebou má rovněž kořeny v dětství a primárních vztazích, od sebehodnocení se však liší a přináší možnost laskavého a tolerantního přístupu k sobě a své nedokonalosti.

Téma souvislostí psychického zdraví dospívajících mě oslovuje, protože v něm vidím obrovský potenciál a prostor pro zlepšení dostupnosti péče a možností prevence. Vnímám vzrůstající zájem dospívajících starat se o své psychické zdraví a přála bych si, aby pozornost k tomuto tématu vzkvétala, tak jako může vzkvétat psychické zdraví nejen dětí a dospívajících, ale i dospělých, ve které dospívající vyrůstají. Od bezpečných vztahů v raném dětství, přes zdravý kladný vztah k sobě až po schopnost všímavého přistupování k sobě s jemností, trpělivostí, vstřícností a s uvědoměním si svých nedokonalostí, chybování a bolesti bez pocitů zahlcení a sebekritizování.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHICKÉ ZDRAVÍ DOSPÍVAJÍCÍCH

Psychické i fyzické zdraví je důležité pro naše optimální fungování a životní spokojenost, ovlivňuje naše emoční i tělesné prožívání, myšlení, ale také sociální vztahy a náš vztah ke světu. Psychické zdraví vychází z celého spektra faktorů. Ovlivňují jej biologické faktory, jejichž součástí je genetika a vlivy z období prenatalního, perinatálního i postnatálního. Biologické faktory působí cirkulárně spolu s faktory psychickými, sociálními a environmentálními. Psychické zdraví je úzce propojeno se zdravím somatickým, a proto neopomímám vnímání člověka v celé jeho komplexnosti.

1.1 Vymezení psychického zdraví

Psychické zdraví je ústředním tématem této práce, jeho vymezení však bývá obtížné. Podle World Health Organization (2022) je psychické zdraví definováno jako „stav duševní pohody, který lidem umožňuje vyrovnávat se s životním stresem, realizovat své schopnosti, dobře se učit a pracovat a přispívat ke své komunitě“ a je to zároveň „více než absence psychických poruch“.

Keyes (2002) vymezuje psychické zdraví jako kontinuum od neúplného po úplné. Úplné psychické zdraví označuje jako tzv. vzkvétání (*flourishing*). Flourishing je charakteristické intenzivním pocitem pohody, prožíváním pozitivních emocí a dobrým psychickým i sociálním fungováním člověka. Opakem je *languishing* (chřadnutí). Jak udává Keyes (2003), psychické zdraví zahrnuje emociální, sociální a duševní pohodu.

Také podle World Health Organization (2022) je psychické zdraví určité kontinuum, na jehož základě se může vlivem různých individuálních (biologických a psychologických), sociálních, ale i strukturálních faktorů měnit a posouvat k obou pólům kontinua, protože tyto faktory mohou být jak protektivní, tak rizikové. Nejcitlivějším a nejrizikovějším obdobím pro psychické zdraví je pak rané dětství, ale rizika se mohou vyskytnout v průběhu celé životní cesty člověka.

Autoři se většinou shodují, že psychické zdraví je určité kontinuum. Podle Dogra et al. (2018) je na jedné straně úplné psychické zdraví a na straně druhé těžká psychická porucha. Hranice mezi zdravím a poruchou však mohou být nejasné. Odchytky od

psychického zdraví se mohou, ale nemusí rozvinout v psychickou poruchu. Poměrně dobře rozlišujícím znakem je narušení fungování jedince a míra, kterou zasahuje jeho život.

Zásadním faktorem psychického zdraví je dle Van der Kolka (2014) pocit bezpečí ve vztazích s druhými lidmi, což podporuje rovněž Bowlbyho teorie attachmentu (2010) a neurobiologické poznatky Schoreho (2014) a Porges (2022). Jak uvádí Porges (2022) pocit bezpečí je určován autonomním nervovým systémem. Vyhodnotí-li nervový systém, že je jedinec v bezpečí, může docházet k podpoře růstu, regenerace, homeostázy a interpersonálního zapojení. Mori et al. (2021) ve své studii odhalili souvislost pocíťovaného bezpečí ve škole s psychickým zdravím dětí.

Z hlediska teorie attachmentu lze dle Hašta (2005) považovat jistou citovou vazbu jako protektivní faktor psychosociálního vývoje dětí a dospívajících a dle Mikulincera a Shavera (2012) za protektivní faktor psychického zdraví obecně.

1.2 Bio-psycho-sociální model zdraví

Zdraví a nemoc provází lidstvo od samých počátků. V dnešním světě je pojímáno převážně celostně. Engel (1977) navrhl v roce 1977 bio-psycho-sociální model zdraví jako reakci na biomedicínské pojetí zdraví. Engelův model kromě biologických faktorů zahrnuje také faktory psychologické a sociální. Tento způsob pojetí zdraví umožňuje vidět člověka v komplexním spektru. Holistický přístup tak zdůrazňuje, že pro zdraví člověka jsou určující také sociální prostředí a vztahy, emoční ladění, postoj k nemoci, životní styl a další. V současné době je někdy tento model zdraví doplňován ještě o spirituální dimenzi.

Engelův model čelil také kritice. Dle Farre a Rapley (2017) byl kritizován kvůli své vágní definici a netestovatelnosti, dále z důvodu toho, že nebyl aplikovatelný do praxe kvůli své obecnosti a neobsahoval ani metodiku k identifikaci biopsychosociálních údajů. Podle Shortera (2005) byl jedním z argumentů proti biopsychosociálnímu pojetí značný rozkvět farmakoterapie, která se ukazovala jako úspěšná. Dle Boltona a Gilletta (2019) zároveň v posledních desetiletích přibylo množství vědeckých poznatků z oblasti neurověd, klinické psychologie, genetiky a dalších oblastí biomedicíny, které byly v době Engela vývoje modelu neznámé. Dle těchto autorů je pochopení kauzality a interakce jednotlivých faktorů složité a často stále neznámé, zároveň podotýkají, že např. sociální faktor se může vyskytnout v etiologii poruchy, ale nemusí být podstatný v léčbě.

Navzdory kritice bio-psycho-sociálního modelu se objevují zjištění, která holistické pojmání člověka podporují. Jak uvádí Karunamuni et al. (2021), bio-psycho-sociální faktory jsou pro psychickou pohodu podstatné a mezi sebou vzájemně interagující. Bio-psycho-sociální faktory jsou významné např. v případě alexithymie (Procházka, 2009), neurologických funkčních poruch hybnosti (Joos et al., 2023), chronické bolesti (Nicholas et al., 2019), poruše příjmu potravy a hodnotách BMI (McCabe et al., 2023), astmatu (Lira et al., 2022) a dalších. Dle Kok et al. (2013) má prožívání pozitivních emocí vliv na zvyšování tonu vagu, což má za následek pozitivní dopad na zdraví člověka.

V otázkách psychického zdraví a nemoci se vyskytuje rovněž debata zaměřená na vliv dědičnosti a prostředí (nurture vs. nature), které se věnují např. Coll et al. (2014). Na určitou komplexnost zdraví upozornil v 70. letech 20. století i Bronfenbrenner a Morris (2006) prostřednictvím bioekologického modelu zdraví, který zdůrazňuje vliv prostředí. Pohled na zdraví skrze ekologicko-systémové pojetí prezentuje Straub (2014), podle něhož je každý systém tvořen ještě dalšími subsystémy a jejich vzájemnými interakcemi. Sociální systém člověka interaguje s jeho somatickým systémem zahrnujícím nervový, endokrinní, kardiovaskulární a imunitní systém.

Z pohledu bio-psycho-sociálního modelu zdraví (Engel, 1977) je při léčbě somatických i psychických onemocnění zásadní vnímat člověka celostně a hledat příčiny na úrovni celého organismu. Příkladem může být stres a jeho působení na celý organismus. Jak uvádí Straub (2014), účelné zvládání stresu pozitivně působí na funkci imunitního systému a vede k lepšímu uzdravování při léčbě somatických onemocnění. O vlivu stresu na imunitní systém a rozvoj psychopatologie pojednává například Shin a Kim (2023). Pozornost by měla být směřována ale i na dopad stresu na neurobiologický vývoj dětí (Pechtel & Pizzagalli, 2011; Romeo, 2017), o čemž bude pojednáno v dalších kapitolách.

Porozumění nemoci skrze bio-psycho-sociální model umožňuje vidět propojení jednotlivých faktorů a usnadňuje tak léčebný proces. Jak uvádí Chvála a Skorunka (2017), v posledních letech se rozvíjí i psychosomatická medicína a léčba komplexní terapií, která vychází z bio-psycho-sociálního modelu zdraví.

V dalších kapitolách se věnuji jednotlivým faktorům, které vycházejí z bio-psycho-sociálního modelu zdraví, přičemž jednotlivé faktory se často prolínají.

1.3 Biologické souvislosti psychického zdraví

Psychické zdraví je ovlivněno celou řadou faktorů, mezi nimiž existují vzájemné interakce. Jedná se o faktory psychické, sociální a biologické, které působí v rovině individuální, rodinné i komunitní. Jak udává O'Connell (2009), faktory ovlivňující psychické zdraví mají kumulativní charakter. Nejprve se zaměřím na faktory biologické.

Neurobiologické a endokrinnologické faktory se významně podílí na psychickém zdraví člověka. Psychické zdraví je závislé na fungování nervové soustavy, které je modulováno již v raném dětství, kdy se vyvíjí mozek dítěte na základě mnoha faktorů, z psychologického hlediska pak zejména na základě vztahu matka-dítě. Neurobiologickými souvislostmi psychického zdraví a attachmentu se zabývali zejména Porges (2022) a Schore (2014).

Nervový systém se vyvíjí na základě genetických faktorů a faktorů životního prostředí, přičemž geny ovlivňují prostředí, a naopak prostředí mění expresi genů, proto není snadné odlišit vlivy genetiky a epigenetiky (Purves & Lichteman, 1985, podle Stevens et al., 2018). Genová exprese může být podle Pankseppa a Biven (2012) pozmeněna na základě zkušeností. Panksepp (1998) je známý svou teorií sedmi emočních systémů mozku, která zahrnuje systém 1. strachu, 2. vzteku, 3. paniky/smutku, 4. vyhledávání, 5. péče, 6. chťice a 7. hry. Na základě epigenetiky dozrávají také tyto mozkové emoční systémy, které pak určují emoční prožívání jedince (Panksepp & Biven, 2012). Dle těchto autorů má emoční prožívání a schopnost regulace emocí jako je vztek, panika/smutek, adaptivní zvládnání strachu, ale také umění těšit se ze hry zásadní dopad na psychické zdraví.

O vlivu prostředí na genovou expresi a epigenetických procesech pojednává také Peedicayil (2023), který jmenuje faktory prostředí ovlivňující onemocnění psychiatrickou poruchou, jedná se o prenatální stres, komplikace během těhotenství a porodu, prenatální a postnatální infekce, mikrobiom, sociální determinanty zdraví (včetně nepříznivých životních zkušeností a stresu v raném dětství), chudobu, migraci, bydlení ve městech a užívání alkoholu nebo jiných látek. Peedicayil zároveň uvádí faktory, které skrze epigenetickou interakci s genomem vedou k obnovení psychického zdraví, jedná se o psychoterapii, elektrokonvulzivní terapii, fyzické cvičení a psychotropní látky.

Genom obsahuje komplexní soubor genetických informací, které vysvětlují například vyšší citlivost na stres nebo tendence k závislostnímu chování (Straub, 2014). Stres, zejména dlouhodobý, má spolu s dalšími faktory podíl na vzniku nemocí somatického

i psychického charakteru. Chronický stres pak vede jak ke změnám psychologickým, tak i změnám neurobiologickým (Jochmannová & Pešoutová, 2022). Stres, který působí na dítě může být jak prenatální, tak perinatální i postnatální. Jak uvádí Marques et al. (2015), na vývoj dítěte v prenatálním období má vliv také stres matky, který může mít dopad na vývoj CNS a vést ke změnám kognitivních funkcí a chování, přičemž tyto procesy závisí na činnosti osy HPA (hypotalamus-hypofýza-nadledviny). Pechtel a Pizzagalli (2011) upozorňují, že stres v dětství a dospívání může mít z důvodu zrání mozku silnější dopad na zdraví než v dospělosti.

Důležitým aspektem při vystavení stresorům je pocit kontroly, který souvisí z psychologického hlediska také s vnitřním místem řízení (*locus of control*) (Rotter, 1954). Pokud pocity kontroly chybí, rozvíjí se stresová reakce a aktivita autonomního nervového systému. Z hlediska působení stresu na organismus je určující kardiovaskulární reaktivita, přičemž pozitivní pro organismus je vysoký tonus vagu (Straub, 2014). Dle Kima et al. (2018) by mohla variabilita srdeční frekvence (HRV) sloužit jako ukazatel psychického stresu. Studie Zhang et al. (2023b) se zabývala rozdílem HRV u pacientů s psychiatrickým onemocněním v různých věkových skupinách. Jejich zjištění poukazují na vyšší HRV u adolescentů než u starších dospělých a také nižší HRV u psychotických onemocnění oproti poruchám nálady a úzkostným poruchám.

Poznatky z psychoneuroimunologie předkládají souvislosti také mezi imunitním systémem, stresem a rizikem vzniku psychických poruch prostřednictvím zánětlivých procesů a jejich šíření (Flux & Lowry, 2023). Dle Agustí et al. (2023) má stres v raném dětství a dospívání vliv na psychické i fyzické zdraví, přičemž mechanismem tohoto působení může být střevní mikrobiom. Na důležitost střevního mikrobiomu a metabolonu upozorňuje i Li et al. (2023) v souvislosti s prenatálním stresem, který může představovat zranitelnost pro rozvoj deprese u potomků.

Enterální (střevní) nervový systém je spojen s CNS pomocí bloudivého nervu, přičemž vztahy mezi mozkem a střevním mikrobiomem jsou obousměrné. Vývoj a změny mikrobiomu probíhají od prenatálního období až do stáří a ovlivňuje je celá řada faktorů, mezi které patří také prožívaná psychická pohoda, osobnostní charakteristiky a vulnerabilita vůči psychopatologiím (Sumich et al., 2022). Wilson et al. (2023) uvádí, že narušení mikrobiomu vzniká mimo jiné právě stresem a vede k poklesu produkce neurotransmiterů dopaminu a serotoninu.

Stres v raném dětství má vliv na neurobiologický vývoj, zejména pak na amygdalu, které je na stres citlivá. Pechtel a Pizzagalli (2011) uvádí, že děti, které zažívaly stres v raném dětství mohou být vlivem deficitů v afektivním fungování ohroženi vyšším rizikem výskytu úzkostí a poruch nálady v dospělosti. Narušení afektivních funkcí tak může zvyšovat riziko výskytu psychopatologie v pozdějším období. Chronický stres má dle Romeo (2017) dopad i na vývoj mozku dospívajících, zejména na strukturální vývoj amygdaly, hipokampu a prefrontálního kortexu.

Nutno podotknout, že stres má dopad na zdraví člověka v průběhu celého jeho života. Selye (1950) přichází s teorií obecného adaptačního syndromu (*GAS, General Adaptation Syndrome*), která pojednává o reakci na nespecifický stres. Tato reakce má tři fáze: 1. poplachová reakce, 2. fáze rezistence a 3. fáze exhausce (vyčerpání). Obranné reakce chrání organismus před poškozením skrze vegetativní centra hypotalamu a hypofýzu. Při stresu se snižuje produkce hormonů somatotropinu a gonadotropinů a dle Selyeho (1976) naopak dochází ke zvýšenému vyplavování kortikoidů, zejména pak kortizolu a kortikosteronu, které stimulují glykogenezi, čímž organismus získává energii k adaptivní reakci na stresor. Kortizol však potlačuje imunitní reakci. Při stresové reakci se rovněž vyplavují stresové hormony jako jsou katecholaminy (adrenalin, noradrenalin) a ACTH (adrenokortikotropní hormon). Reakce na stres pak může dle Selyeho (1950) vést skrze biologickou odezvu mimo jiné k psychosomatickým onemocněním.

Cannonova teorie akutní stresové odpovědi (1915) rozlišuje fázi boj nebo útěk (*fight or flight*), na kterou dále navazuje Porges (2011). Porges (2011) přichází s polyvagální teorií, která pojednává o neurálním vývoji autonomního nervového systému (ANS). Subsystemy autonomní nervové soustavy jsou propojeny se sociálním zapojením, mobilizací boj-útěk nebo imobilizací. Proces, který vyhodnocuje, zda je prostředí a lidé v něm bezpeční, se nazývá neurocepce. Na základě toho pak spouští buď neurobiologicky podmíněné obranné reakce v případě nebezpečí nebo sociální zapojení v případě bezpečí. Bloudivý nerv (*nervus vagus*) souvisí s adaptivními behaviorálními strategiemi při ohrožení. Imobilizace neboli zamrznutí je činností nemyelinizované části bloudivého nervu. Reakce typu boj nebo uteč neboli tzv. mobilizace je činností sympatického nervového systému, jehož funkcí je zrychlená metabolická činnost a srdeční frekvence. Poslední adaptivní reakcí je sociální komunikace neboli angažovanost, která je podporována myelinizovaným bloudivým nervem vznikajícím v mozkovém kmeni. Činností bloudivého nervu dochází k inhibici sympatického nervového systému. Jak uvádí Porges (2015), v případě, že nervový systém

vyhodnotí, že je prostředí bezpečné, dochází k regeneraci tělesných procesů a růstu. Dochází ke zpomalení srdeční frekvence, tlumení sympatického nervového systému a stresové reakce osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny (HPA), díky čemuž se snižuje také hladina kortizolu a zánětlivé procesy.

Systém vyhodnocení bezpečí či ohrožení dle Porges (2015) postupuje od fylogeneticky novějších mechanismů po fylogeneticky starší mechanismy. Fylogeneticky starším systémem je regulace pomocí mobilizace (boj nebo útek) a imobilizace. Fylogeneticky novější je nervové propojení srdce s obličejovou oblastí, které signalizuje druhému člověku pomocí obličejové exprese a tónu hlasu míru ohrožení, která pokud je vysoká, nevede k sociálnímu zapojení. Pokud je naopak nízká, může dojít k sociálnímu zapojení (sociálnímu chování a komunikaci). Výraz obličeje a tón hlasu je pak odrazem emocí a nálady člověka. Bloudivý nerv také spojuje mozek s dalšími tělesnými orgány, přičemž poskytuje mozku informace z tělesných orgánů a na základě toho je reguluje, jedná se o oboustrannou komunikaci. Obousměrné propojení mozku s vnitřními orgány pomocí bloudivého nervu je důležitým procesem, který umožňuje ovlivňování fyziologického stavu pomocí myšlenek a naopak. Pro růst a optimální psychické zdraví je tedy potřeba, aby nervový systém zachycoval prvky bezpečí ve světě. Porucha neurocepce pak dle Porges (2011) může být příčinou některých psychických poruch.

Polyvagální teorie se setkává i s kritikou. Grossman (2023) zpochybňuje Porgesovu teorii na základě fyziologických poznatků. Dle něj je jediný index aktivity nervu vagu, tedy respirační sinusová arytmie nespolehlivým ukazatelem. Grossman kritizuje předpoklad zásadního vlivu dorzálního motorického jádra vagu na srdeční frekvenci savců, protože je zprostředkována nucleus Ambiguus (NA), dle něj na tomto chybném předpokladu stojí i další Porgesovy premisy. Porges (2023) ve svém článku „The vagal paradox: A polyvagal solution“ reaguje na Grossmanovu kritiku, ve které zmiňuje, že jeho poznatky pochází z neonatálních poznatků a dále vysvětluje tzv. vagový paradox a obhajuje svá zjištění. Dle Porges by byla potřebná další vědecká zkoumání autonomního nervového systému v souvislosti s lidskou zkušeností, která by osvětlovala polyvagální teorii.

Důsledky v poškození psychického zdraví a změn v autonomní nervové soustavě a limbickém systému má i historické a mezigenerační trauma, které se projevuje opakováním stejných nepříznivých zkušeností ve více generacích rodiny (Sadin, 2022). O transgeneračním přenosu traumatu pojednává Preiss a Vizinová (2023, s. 32), podle kterých je transgenerační přenos „fylogenezí a biologickými procesy vytvořený prostředek adaptace,

s jehož pomocí jsou zvířecí i lidské potomci předinformováni o nebezpečí a který ovlivňuje komunikaci a vztah mezi rodičem a potomkem.“ Transgenerační přenos traumatu může probíhat sociálně i biologicky a projevovat se tzv. intrafamiliární mikrotraumatizací neboli dysregulací, což je biologická vulnerabilita, která je riziková pro rozvoj psychických poruch. Yehuda a Lehrner (2018) uvádí možnou roli epigenetických mechanismů, které působí biologicky na potomky skrze přenos. Přesnější výzkumy vztahující se k epigenetice přenosu traumatu u lidí však stále chybí. Dle Preisse a Vizinové (2023) přenos traumatu probíhá skrze epigenetickou modifikaci, která se dědí jako specifické nastavení genetické regulace přes pohlavní buňky. Kromě genetických a vývojových faktorů je potřeba zmínit, že psychické zdraví může být z biologického hlediska ovlivněno také, jak uvádí Dogra et al. (2018) na základě fyzického traumatu, tělesných onemocnění, metabolických poruch, toxických poruch a nesprávné výživy.

1.4 Psychologické souvislosti psychického zdraví

Mezi individuální psychologické faktory psychického zdraví dětí a dospívajících patří rané zkušenosti z dětství (O'Connell, 2009) a s nimi související attachment (Dogra et al., 2018), resilience (Liu et al., 2021) a dále osobní kompetence a sociální a intelektové dovednosti (O'Connell, 2009). Negativní zážitky v dětství a dospívání mohou být rizikem pro vznik poruch osobnosti, například Fischer et al. (2014) sledovali výskyt symptomů poruch osobnosti u delikventních dospívajících, kteří byli vystaveni psychickému týrání a zanedbávání.

Důležitými faktory jsou rovněž osobnostní rysy, temperament, identita, sebeobraz a sebeúcta, přičemž osobnost dospívajícího není až do konce období pozdního dospívání ještě plně zformována (Dogra et al., 2018). Rizikovým faktorem je dle World Health Organization (2021) stresující zkoumání své identity. Mezi psychologické faktory patří dále také životní styl, schopnost přizpůsobení se a kvalita života (Bolton & Gillett, 2019).

Významným osobnostním faktorem psychického zdraví dospívajících je podle Wapano (2021) emoční inteligence, která umožňuje dospívajícímu adaptivní zvládnání a pozitivně souvisí se self-efficacy. Naopak negativně souvisí s úzkostí, depresí a emoční reaktivitou. Z hlediska osobnostních rysů patří mezi silné prediktory psychického zdraví extraverte a neuroticismus (Burešová et al., 2020), přičemž dle Hartase (2023) je vyšší míra neuroticismus častější u dospívajících dívek než chlapců a je spojena s psychickými obtížemi. Burešová et al. (2020) uvádí mezi další významné prediktory psychického zdraví

adolescentů také extraverci, přívětivost, svědomitost a otevřenost vůči zkušenosti. Důležitý je také sebeobraz (*self-image*). Dle Bajwa a Chandola (2023) je tělesný sebeobraz (*body image*) odrazem myšlenek, pocitů a vnímání fyzického vzhledu jedince a pokud je negativní, bývá spojen s problémy psychického zdraví, zejména s poruchami příjmu potravy a úzkostnými a depresivními poruchami.

Psychické zdraví je významně modulováno regulací emocí. Emoční regulace je daná jistotou rané vazby (např. Mikulincer & Shaver, 2016), jak podrobněji popisují v kapitole attachmentu 2.4. Chervonsky a Hunt (2018) uvádí, že horší psychické zdraví a nižší sociální pohoda v raném dospívání je spojena s potlačováním emocí. Dle Maynard et al. (2022) je nízká emoční regulace dospívajících spojena s nízkým sebehodnocením a nedostatečným soucitem se sebou. Sebehodnocení a soucit se sebou patří taktéž mezi významné faktory, kterým se následně věnují v samostatných kapitolách.

Prediktorem psychického zdraví dospívajících je dispoziční optimismus, vnímaná sociální opora (Burešová et al., 2020) a také resilience. Dle Sharma a Kaur (2022) se resilientní dospívající vyznačují dobrými sociálními dovednostmi, pozitivními temperamentovými rysy, pocitem smysluplnosti, orientací na budoucnost a optimismem.

Psychologické aspekty psychického zdraví dospívajících jsou dále podrobně popsány v rámci dalších kapitol, které se zaměřují na citovou vazbu, sebehodnocení a soucit se sebou.

1.5 Sociální souvislosti psychického zdraví

Na vývoj dospívajících má zásadní vliv rodina a její působení. Rodinné teorie poukazují na důležitost komunikace a rodinných procesů, jelikož v neoptimálních formách mohou vyústit v problémy rodinného systému, přičemž identifikovaným jedincem v nefunkčních rodinách bývá většinou dítě. Další faktorem je rodičovský styl a flexibilita rodiny při změnách v životním cyklu a rodinné struktuře (Dogra et al., 2018). Dle Singha et al. (2021) je pro optimální psychické zdraví a rozvoj adekvátních copingových strategií dospívajících klíčové podpůrné a pozitivní rodičovství, a naopak negativně působí autoritářský výchovný styl, který neumožňuje dítěti rozvinout efektivní zvládací mechanismy.

Domácí rodinné prostředí má podle Mukul et al. (2020) vliv jak na psychické zdraví dospívajících, tak na utváření osobnostních rysů. Nepříznivé domácí prostředí, kde jsou časté hádky, kritizování, negativistické postoje a nedbalost, mohou vést k neuroticismu

dítěte. Mezi sociální faktory lze řadit i vystavení psychickému onemocnění rodičů nebo přátel, které má dle Andersona et al. (2023) negativní dopad na zdraví dospívajících, zejména pak na jejich osobní pohodu a kvalitu života a souvisí též s vyšší mírou úzkosti a deprese.

Za rizikové faktory je podle World Health Organization (2021) možno považovat nepříznivé životní události, nátlak na přizpůsobení se vrstevníkům, dále násilí, zneužívání, kruté chování rodičů, vážné socioekonomické problémy a chronické onemocnění. Jako protektivní faktory slouží podpůrné rodinné, školní a komunitní prostředí. Protektivním faktorem psychického zdraví je sociální opora, která dle Van der Kolka (2014) chrání před negativním dopadem stresu a psychického traumatu a dle Liu et al. (2021) má významný vliv na psychický stav dospívajících.

Mezi protektivní faktory na straně rodiny patří dobré fungování rodiny, rodinné zdroje a silné stránky (O'Connell, 2009). Vztahy s rodiči mají významný vliv na spokojenost dospívajících (Pérez-Fuentes et al., 2019). Na straně komunitní se jedná o kvalitu školy, přístup ke vzdělání a podporu a dostupnost programů prevence psychického zdraví (O'Connell, 2009). Důležitý je také vliv vrstevnických vztahů a různých životních událostí v životě dospívajícího (Dogra et al., 2018). Podle Towner et al. (2023) je období dospívání charakteristické také vyšší citlivostí v oblasti sociálních vztahů a sociálního učení, přičemž je zde přítomna zvýšená citlivost na odměny a tresty. Z hlediska transgeneračního přenosu traumatu lze zmínit také sociální aspekt mezigeneračního učení, který souvisí i s attachmentem (Preiss & Vizinová, 2023).

1.6 Psychické zdraví a osobní pohoda

Psychické zdraví člověka je úzce spjato s životní spokojeností a psychickou pohodou (*well-being*), což reflektuje pozitivní psychologie.

Osobní pohodou se zabýval Diener (1984), který pojednává o tzv. subjektivní pohodě (*subjective well-being*). Spolu se synem pak přichází s teorií štěstí (Diener & Biswas-Diener, 2008) a jejich porozumění pak posouvají až ke konceptu tzv. duševního bohatství člověka (*psychological wealth*). Duševní bohatství člověka popisují jako pociťování pohody a vysoké kvality života, jako životní spokojenost, prožívání kladných emocí a spirituality, láskyplné vztahy, pocit smysluplnosti života, zapojení do zajímavých aktivit, dosahování cílů, psychické a fyzické zdraví a naplňování potřeb skrze materiální prostředky. Dle

Dienera et al. (2002, s. 63) vychází subjektivní pohoda z „kognitivního a emocionálního ohodnocení vlastního života“, přičemž se vyznačuje prožíváním kladných emocí a životní spokojeností.

Keyes (2003) vymezuje psychické zdraví pomocí tří aspektů, kterými jsou emocionální pohoda (*emotional well-being*), psychická pohoda (*psychological well-being*) a sociální pohoda (*social well-being*). Emocionální pohoda zahrnuje pozitivní emoce, štěstí a životní spokojenost. Psychická pohoda obsahuje sebepřijetí, osobní růst, smysluplnost, zvládání prostředí, autonomie a kladné mezilidské vztahy. Sociální pohoda zahrnuje sociální akceptaci, sociální aktualizaci, sociální soudržnost, sociální přínos a sociální integraci. Tyto tři aspekty psychického zdraví rovněž tvoří Keyesův (2002) inventář psychického zdraví, *The Mental Health Continuum*.

Seligman (2011) následně vyvíjí „Teorii duševní pohody“ (*Well-Being Theory*) a přichází s tzv. PERMA modelem, který představuje 5 složek osobní pohody (*well-beingu*): 1. pozitivní emoce, 2. angažovanost, 3. pozitivní vztahy, 4. smysluplnost a 5. úspěšný výkon. Cílem je dle něj zvýšit prosperitu pomocí všech těchto složek, které se podílejí na celkové duševní pohodě. Dle Seligmána (2011) je cílem tzv. *flourishing* neboli vzkvétání v životě člověka, ale i vzkvétání globální, v měřítku celé planety.

Prediktorem *flourishingu* může být dle Flores-Lucas et al. (2023) naděje, kterou v současnosti zkoumá v rámci pozitivní psychologie a *well-beingu* Krafft et al. (2023) a také Slezáčková (2017) v rámci otázek psychického zdraví, podle níž je naděje důležitá pro adaptaci, odolnost a také pro uzdravení se z psychických nemocí.

Poznatky z oblasti pozitivní psychologie jsou aplikovány v mnoha oblastech zdraví. Aktuální posun v oblasti psychické pohody a zdraví přináší např. programy v rámci eHealth (elektronizované zdravotnictví) a telemedicíny (Středa & Hána, 2016). Matis et al. (2020) uvádí využití mindfulness eHealth programů ke zvyšování osobní pohody u nemocných pacientů s rakovinou. Světlák et al. (2021) předkládá možnost využití online mindfulness programů k podpoře psychického zdraví také u studentů.

1.7 Psychické zdraví v období dospívání

V následující kapitole se zabývám charakteristikou období dospívání, které pro dospívajícího představuje širokou škálu změn a dospívající sám prochází celkovou

proměnou v dospělého jedince. Následně se zabývám psychickým zdravím dospívajících v kontextu světových událostí.

1.7.1 Charakteristika období dospívání

Období dospívání přináší celou škálu vývojových změn, které kladou vysoké nároky na dospívajícího jedince. Jak uvádí Vágnerová a Lisá (2021), jedná se o fázi proměny osobnosti dítěte v dospělého jedince. Mezi 11. až 15. rokem se dle těchto autorek jedná o ranou adolescenci, které je pak následována 15. až 20. rokem pozdní adolescence. Macek (2003) naopak dělí adolescenci na časnou (10/11 až 13 let), střední (14 až 16 let) a pozdní (17 až 20 let). Vzhledem k tomu, že se období mezi dětstvím a dospělostí v dnešní době stále rozpíná, navrhuji Sawyer et al. (2018) jeho rozpětí od 10 až do 24 let věku. Z hlediska zaměření této práce je klíčový věk od 15 do 19 let, tedy střední až pozdní adolescence, která se zároveň shoduje s věkovým obdobím žáků středních škol.

Změny, které se v tomto období odehrávají jsou jak psychické, fyzické, tak i sociální a probíhají na základě růstu a vývoje v jednotlivých oblastech. Z biologického hlediska jsou podmíněny endokrinologickými a neuropsychologickými změnami organismu (Vágnerová & Lisá, 2021). Jak uvádí King a Rutherford (2018), veškeré kognitivní, tělesné a neurobiologické změny v dospívání vedou ke změně vztahu dospívajícího ke svému vlastnímu tělu, k sebeobrazu, ke svým rodičům i vrstevníkům. Podle Andrewse et al. (2021) je úkolem dospívajícího naučit se orientovat v sociálním světě, přijímat pohledy druhých lidí, naučit se regulovat emoce a rozvinout schopnost mentalizace.

První změny lze zaznamenat v somatické oblasti. Zejména v pubertě se odehrávají největší tělesné změny, kdy dozrává reprodukční systém a současně dochází k somatickému růstu a vývoji sekundárních pohlavních znaků. Dozrávání pohlavních žláz, vaječníků a varlat, se nazývá gonadarché, kterému předchází adrenarché, což je dozrávání nadledvinek (Pinyerd & Zipf, 2005).

Tělesné změny v dospívání doprovázené zvýšeným vnímáním svých vlastních nedokonalostí jsou pro dospívajícího zdrojem proměny sebeobrazu (King & Rutherford, 2018) a mohou vést také ke snížení sebejistoty (Vágnerová & Lisá, 2021). V dospívání se objevují výraznější tělesné pachy a akné, což může být zdrojem úzkosti. Ideálním obrazem svého těla se stává pro dívky štíhlost, naopak pro chlapce svalnatost (King & Rutherford, 2018). K posílení sebejistoty a kladného sebepojetí přispívá u chlapců fyzická síla a zdatnost, která je sociálně hodnotná z hlediska vztahů s vrstevníky a symbolicky také ve

vztazích s dospělými autoritami. Dívky se snaží dosáhnout ideálů krásy a u obou pohlaví je značný také sklon k uniformitě, který vede k pocitu jistoty. Na druhou stranu je zde i snaha o sebevyjádření skrze vzhled a oblečení (Vágnerová & Lisá, 2021).

Se změnami somatickými souvisí i změny kognitivní. Vlivem rozvoje formálního operačního myšlení dochází k lepšímu porozumění sociálním interakcím, prožívání druhých lidí a jejich perspektivy. Posun nastává také v morálním uvažování a stává se komplexnějším (King & Rutherford, 2018). Dle Piageta a Inhelderové (2014) dochází k plnému rozvoji formálního myšlení přibližně v 15. roce věku. Změny myšlení působí dle Vágnerové a Lisé (2021) i na oblast potřeb, protože dospívající přemýšlí s ohledem na budoucnost, což je významná vývojová změna. Uvědomění široké škály možností, rizika dopadu neúspěchu do budoucna, může vést k nejistotě. Potřeba jistoty, seberealizace a otevřené budoucnosti je značná. Dle Eriksona (1993) je z hlediska psychosociálního vývoje nárok na získání identity ega. Potřeba vymezení své identity se pak prolíná všemi oblastmi života adolescenta.

Pro vývoj osobnosti je klíčový vývoj neurobiologický, zejména pak zrání mozku, které probíhá na základě dědičnosti, prostředí i pohlavních hormonů (Arain et al., 2013). Orel (2021) poznamenává, že vlivem zrání prefrontální kůry dozrává osobnost až v pozdním dospívání, přibližně ve 20 letech. Zrání mozku dospívajícího přitom dle Araina et al. (2013) probíhá až do 25 let. Nezralé struktury mozku dospívajícího pak mohou být příčinou impulzivity, vyhledávání vzrušení a obecně nezralého a nezodpovědného chování. Zvláště rizikové je zneužívání návykových látek.

Zrání mozku v dospívání ovlivňuje schopnost regulovat emoční reaktivitu. Při opožděném zrání prefrontální kortikální oblasti může dojít k problematickému prožívání emocí a stresu a negativním důsledkům vlivem nezralosti, což může být potenciálním zdrojem psychopatologie v dospívání (King & Rutherford, 2018). Vývojově charakteristická je proměnlivost a intenzita emocí, emoční egocentrismus a také nezájem sdílet své pocity. V období pozdního dospívání se však emoční regulace zlepšuje (Vágnerová & Lisá, 2021). Dle Araina et al. (2013) dospívající na rozdíl od dospělých častěji reagují na základě emoční oblasti mozku (limbického systému), dospělí naopak spíše zapojují prefrontální kortex. Reakce dospívajícího jsou proto častěji impulzivní a jejich nálada má tendenci se rychle měnit.

Dospívající jedinec má nově specifické vývojové potřeby vůči rodičům. Vyžaduje nižší dohled než dříve, vyšší autonomii, ale zároveň potřebuje být podporován ve své

individualizaci (Krasniqi et al., 2022). Konflikty s rodiči narůstají v počátcích dospívání, kdy se týkají zejména pravidel, úklidu, domácích prací, spánku, stravy, způsobu oblékání, hygieny a přátel. V pozdějším dospívání se pak jedná zejména o konflikty kvůli randění dospívajících a zákazu vycházení (King & Rutherford, 2018). Citové vazby s pečujícími osobami se nově doplňují o vazby partnerské (Bowlby, 1988). Charakteristická je vysoká potřeba trávit čas a vytvářet vztahy s vrstevníky (Krasniqi et al., 2022). Podstupování zdravotních nebo právních rizik v dospívání je časté zejména kvůli strachu ze sociálního vyloučení vrstevníků (Blakemore, 2018). Dospívající jsou zvláště citliví na sociální odmítnutí a snadno ovlivnitelní svými vrstevníky, přičemž odolnost vůči vlivu vrstevníků roste s dozráváním sociálního mozku (Andrews et al., 2021). Vliv vrstevníků dospívajících však může podle Blakemore (2018) vést nejen k rizikovému, ale i k prosociálnímu chování. Jak poznamenává Sawyer et al. (2018), období dospívání je také změnou sociálních rolí. V pozdním dospívání se dospívající začínají pouštět do větších životních změn, přičemž dle Van Dijk et al. (2020) dochází ke změnám jako je odstěhování od rodičů, nalezení partnerského vztahu nebo vstup do zaměstnání u extrovertů dříve než u jejich introvertních vrstevníků.

1.7.2 Psychické zdraví dospívajících v kontextu současných změn

Změny obecně mají podstatný vliv na psychické zdraví člověka. Mohou být zdrojem stresu, ať už jsou pozitivní či negativní (Sperry & Cunningham, 2016). Velké změny ve společnosti přinesla pandemie COVID-19, která byla oficiálně vyhlášena Světovou zdravotnickou organizací 11. března 2020 (World Health Organization, 2020). Uzavření škol a dalších institucí vedlo k sociální izolaci, omezení aktivit a narušení režimu dětí a dospívajících. Pandemie přinesla také velkou nejistotu a strach, což mělo dopad na psychické zdraví dospívajících a jejich rodin. Ionio et al. (2022) upozorňují na zvýšené riziko traumatického dopadu pandemie na dospívající. Dle Bridgland et al. (2021) může být pandemie traumatickým stresorem, který vyvolává podobné příznaky jako jsou charakteristické pro PTSD a rovněž vede ke zhoršení symptomů jako je úzkost, deprese nebo psychosociální fungování.

Dle Vucenovic et al. (2023) dívky prožívaly v době pandemie vyšší míru deprese než chlapci, přičemž prediktorem byly emoční kompetence dospívajících. Podle Farrell et al. (2023) došlo k nárůstu osamělosti dospívajících, což souviselo s nižší osobní pohodou, vyšší úzkostí, depresí a závislostí na hraní her.

Jak uvádí Sawyer et al. (2018, s. 3) dnešní sociální svět je „urbanizovaný, mobilní a globálně propojenější než kdykoli předtím,“ což má dopad na zdraví a psychickou pohodu dospívajících. Dlouholetá studie, která zkoumala psychickou pohodu českých dospívajících v letech 2002 až 2018 neprokázala významné změny (Cosma et al., 2021). Tato studie však proběhla ještě před vypuknutím covidové pandemie, která měla nemalé dopady na psychickou pohodu dospívajících. A dle mého názoru můžeme očekávat, že se budou následky pandemie ještě v dalších letech stále projevovat.

Další událostí, která významně ohrožovala pocit bezpečí a jistoty, představovala a stále představuje válka Ruska proti Ukrajině, která začala 24. února 2022 (Dijkstra et al., 2022). Surzykiewicz et al. (2022) zjišťovali psychický dopad války na polské obyvatele i ukrajinské uprchlíky, přičemž zaznamenali vysokou paralyzující úzkost z války i u polských obyvatel. Silný dopad na psychiku mělo sledování informací ohledně války, válečných záběrů i pomáhání uprchlíkům. Na základě těchto zjištění by se dal předpokládat i dopad na psychické zdraví českých obyvatel.

Na problematiku psychického zdraví dospívajících by tak mělo být dle mého názoru nahlíženo se zvážením možných dopadů vzhledem k událostem posledních let.

1.8 Psychické zdraví a vybrané psychické obtíže u dospívajících

Opačným pólem psychického zdraví je psychická nemoc či porucha. V České republice jsou psychické poruchy klasifikovány podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023) jako F00-F99 „Poruchy duševní a poruchy chování“. Psychopatologických symptomů psychických poruch je však celá řada, proto se v této práci zaměřím pouze na některé z nich se zaměřením na dospívající.

Nejvyšší prevalenci z psychických poruch u dětí a dospívajících mají úzkostné poruchy okolo 7,9 % (Sacco et al., 2022). Z neurovývojového pohledu jsou rizikovým faktorem pro rozvoj úzkosti změny v mozkových strukturách (Zacharek et al., 2021).

Úzkosti, obavy a fobie se nejčastěji vyskytují v sekci neurotických, stresových a somatoformních poruch (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023), ale mohou být součástí i celé řady dalších psychických poruch. Může se jednat o úzkost generalizovanou, epizodickou, spontánní, situační nebo anticipační. Dle Orla (2020, s. 229) je úzkost „subjektivně nepříjemný pocit vnitřní tenze, neklidu, ohrožení, obav si

„bezejmenného strachu“ bez reálného nebezpečí (dotyčný se bojí, ale neví, čeho přesně)“, naopak strach (fobie) je „vždy zacentrován na určitý objekt nebo situaci a je spojen s konkrétním ohrožením“. Úzkost se také projevuje v tělesné stránce. V případě obsedantně-nutkavé poruchy se jedná o obsese (vtíravé myšlenky) a kompulze (nutkavé činy). Dle Luigjes et al. (2019) se kompulzivní chování skládá z opakujících se činů, které jsou doprovázeny nutkáním, přičemž dotyčný si je vědom, že tyto činy nejsou v souladu s jeho celkovým cílem.

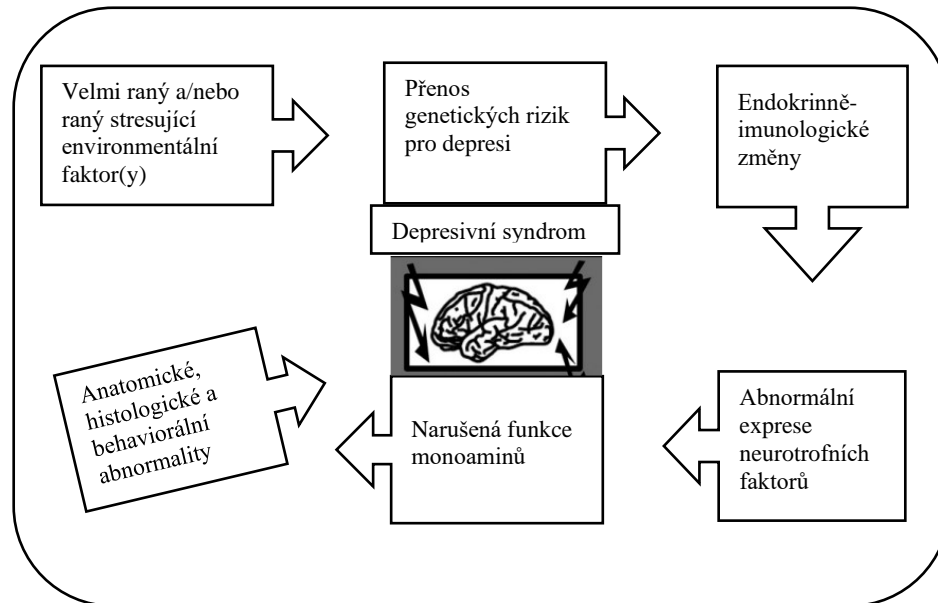
Nejistota v sociálním kontaktu a sociální úzkost je charakteristická obavami i vegetativními příznaky v sociálních situacích (Praško & Holubová, 2017). Dle Alves et al. (2022) sociální úzkostná porucha začíná v období dospívání, častěji se vyskytuje u dívek a její prevalence v tomto období je odhadována na 9,4 %. V některých případech jsou naopak psychické a sociální obtíže manifestovány v tělesných symptomech (např. bolesti hlavy, břicha apod.), což je označováno jako somatizace (Orel, 2020).

Další oblastí jsou poruchy nálady, které se vyznačují zejména různou mírou deprese nebo mánie, případně jejich kombinací. Depresivní poruchy mají mezi dětmi a dospívajícími prevalenci 1,7 % (Sacco et al., 2022), přičemž prevalence bipolární afektivní poruchy je až 2,5 % (Merikangas et al., 2012). Pro depresi je dle MKN-10, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2023) charakteristický pokles energie, aktivity, zhoršená schopnost soustředění, narušený spánek a chuť k jídlu. Dochází také k poklesu sebedůvěry a sebehodnocení, pocitům beznaděje a viny. Součástí může být také somatická symptomatologie. Depresivní fáze může být lehká, střední až těžká. Dle Goetze (2005) je deprese adolescentů příznačná také znučeností, pasivitou či nadměrným hraním her na počítači. Deprese dospívajících je spojena s rizikem sebepoškozování či suicidálního chování, užíváním návykových látek a celkově může nepříznivě ovlivňovat psychosociální vývoj dospívajícího.

Dle Mackin et al. (2023) je deprese spojena se systémem odměny. Lima-Ojeda et al. (2017) uvádí neurovývojový model deprese. Dle těchto autorů je rozvoj deprese podmíněn změnami v mozkových strukturách během vývoje, zejména změnami struktur limbického systému a rovněž i jejich funkčních abnormalit. Rizikovým obdobím pro vznik patogeneze je nejen rané dětství, ale celkové období dětství a dospívání. Vzniklá dysfunkce se má poté tendenci projevit v období, kdy není možná její kompenzace. Podstatnou úlohu mají nejen environmentální faktory, ale také genetická predispozice a její následný dopad na endokrinně-imunitní systém. Faktory prostředí mají epigenetický vliv na genovou expresi.

Z neurovývojového pohledu se tak jedná o interakci prostředí a genetiky s důrazem na strukturální vývoj mozku v dětství, který je ovlivněn prenatálním, perinatálním a postnatálním stresem, což popisuje obrázek 1.

Obrázek 1: Neurovývojový model deprese



Poznámka: Obrázek byl přeložen a upraven z původního zdroje (Lima-Ojeda et al., 2017). Neurobiologie depresivního syndromu dle neurovývojového modelu. Rané environmentální stresory během prenatálního období, postnatálního období/raného dětství a/nebo v adolescenci zprostředkovávají genetické riziko deprese u geneticky náchylných jedinců. Narušený endokrinně-imunitní systém vyvolává abnormální expresi neurotrofických faktorů a aberantní funkci monoaminů. Tato změněná funkce monoaminů vyvolává neuroanatomické i behaviorální změny pozorované u pacientů s depresí (Lima-Ojeda et al., 2017, s. 355).

Opačným pólem deprese je mánie, která je příznačná zvýšenou energií a aktivitou, euforií, sebevědomím, hovorností, roztěkaností a excitací. Mánie se též projevuje zvýšeným riskantním a sexuálním chováním, ztrátou sociálních zábran a někdy může být doprovázena psychotickými symptomy. Mírnější formou je hypomanie (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023).

Rizikové z hlediska rozvoje nemoci v dospívání jsou i poruchy vymezené podle MKN-10, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2023) jako F20-F29 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Schizofrenie často propuká v adolescenci před 18. rokem věku, pokud se vyskytuje před 13. rokem věku, jedná se o schizofrenii s časným nástupem (Sunshine & McClelland, 2022). V MKN-10 spadá schizofrenie pod diagnostický okruh F20. Součástí schizofrenie jsou poruchy myšlení, vnímání, chování a emocí v závislosti na typu schizofrenie. Jako jeden z indikátorů psychotických poruch může sloužit míra psychotismu. Součástí psychotických poruch

může být paranoidní myšlení, které je dle Orla (2020) typické vztahovačností, podezřívavostí, egocentrismem, pocity ukřivdění, sledování nebo ohrožení či nepřátelství. Paranoidní myšlení je charakteristické také pro paranoidní poruchu osobnosti (F60.0), která však může být diagnostikována až v dospělém věku.

Mezi další psychopatologické symptomy, které se vyskytují u dospívajících patří agresivita, kterou Orel (2020, s. 115) popisuje jako tendenci „k násilnému způsobu chování, které nemusí být vždy vidět“, agrese pak může být zaměřena směrem proti sobě (ve formě sebepoškozování), vůči něčemu nebo někomu druhému. Agresivita dospívajících souvisí s impulzivitou, depresivními symptomy, nižší empatií (Piko & Pinczés, 2014), úzkostí (Chung et al., 2019), závislostí na internetu a nižší sebekontrolou (Agbaria, 2021), z hlediska výchovného stylu je spojována zejména s autoritářským rodičovstvím (Masud et al., 2019). Z biologického pohledu je agresivita spojována s činností amygdaly, hipokampu, insuly, prefrontální kůry a bazálních ganglií, déle je ovlivněna genetikou a faktory prostředí (Cupaioli et al., 2021).

Jednotlivé psychopatologické symptomy se mohou vyskytovat v celé řadě psychických poruch a vzájemně se prolínat. Všechny jsou však z hlediska psychického zdraví a vývoje dospívajících zásadní a je důležité jim věnovat patřičnou pozornost a včas je zachytit. Psychické obtíže mají dopad na celý systém dospívajícího, mohou mu přinášet potíže ve školním prostředí, v rodině a vztazích obecně, snižovat významně kvalitu života, mohou vést také k narušení vývoje a k nárůstu problémového chování či až ohrožení života (World Health Organization, 2021). S ohledem na dopady psychických obtíží dospívajících je klíčové se zabývat významnými souvislostmi psychického zdraví.

2 ATTACHMENT: DŮVĚRA A BEZPEČÍ

„Člověk ke svému zdravému vývoji a spokojenosti potřebuje být od narození obklopen milujícími a blízkými, a ne cizími a lhostejnými lidmi“ (Hughes, 2017, s. 12).

Psychické zdraví jedince má své kořeny již v samých počátcích jeho vývoje. Důležitým se stává jeho vztah s pečující osobou, která mu poskytuje péči, ochranu a učí ho, jak nahlížet na sebe, svět a lidi v něm. Kapitola se zabývá teoretickým vymezením attachmentu se zaměřením na psychické zdraví a jeho odchylky.

Z hlediska psychického zdraví má attachment zásadní roli. Citová vazba vytvořená v raném dětství slouží jako základ vývoje osobnosti (Bowlby, 2012), přičemž má vliv jak na emoční, tak na kognitivní, vztahovou i tělesnou stránku (Levy & Orlans, 2014). Bowlby (2013) předpokládá, že psychopatologie emocí je z velké části právě psychopatologií attachmentu. Z hlediska psychopatologie emocí lze zmínit Pankseppa (1998) a jeho teorii sedmi emočních systémů mozku. Podle Pankseppa a Bivena (2012) vede vytvoření bezpečné vazby k nízké aktivitě systému paniky/smutku. Seeking-expectancy system (systém vyhledávání-očekávání) vede k aktivitě, hledání zdrojů a vyhýbání se nebezpečí. Jeho nedostatečná činnost může vést k depresím.

Dle Bowlbyho (1988) je vnímavé a citlivé chování pečujících osob směrem k dítěti prediktorem jeho zdravého vývoje. Nejistě připoutané děti, které zažily necitlivé, odmítající nebo nereagující chování jsou ohroženi vyšší zranitelností, pokud se setkají s nepříznivými okolnostmi. Dle Mikulincera a Shavera (2012) nejistý attachment přispívá k rozvoji psychopatologie. Rozvoj určité poruchy nebo symptomů je pak dán souhrou vývojových, genetických a environmentálních faktorů.

Významnou souvislost attachmentu a psychického zdraví dokládají dnes už četná neurobiologická zjištění, mezi nejznámější patří poznatky Schore (2014) a Porgese (2015), o čemž dále pojednávám v podkapitole biologických aspektů attachmentu 2.4. Dle Chamberse (2017) provází rané zkušenosti různé neurobiologické procesy, které mají dopad na psychické i somatické zdraví.

2.1 Teorie attachmentu a typy vazeb

Teorie attachmentu, česky překládána nejčastěji jako teorie citové nebo vztahové vazby, je známý koncept Bowlbyho (2010) a Ainsworthové et al. (1978), kteří se zabývali utvářením pouta mezi dítětem a pečující osobou. Bowlby navrhl svou teorii na základě poznatků z teorie objektivních vztahů, evolučních a etologických teorií a kognitivní psychologie (Bowlby, 1988), přičemž v současnosti je podporována též neurobiologickými poznatky (Chambers, 2017).

Levy a Orlans (2014, s. 15) definují attachment jako „hluboké a trvalé spojení vytvořené mezi dítětem a pečovatelem v prvních několika letech života.“ Citové pouto se utváří skrze vazebné chování, které je instinktivní a slouží k udržení blízkosti vazebné postavy (Bowlby, 2013), což je osoba, ke které je dítě vázáno a kterou vyhledává při své nepohodě a nejistotě, pokud se tato osoba vzdálí (Bowlby, 2010). Na základě raných zkušeností s pečujícími osobami si dítě vytváří pracovní modely vlastního já (*self*) a vazebných postav (Bowlby, 2012).

Ainsworth et al. (1978) na základě pozorování kojenců skrze metodu tzv. „neznámé situace“ (*Strange Situation*) identifikovala tři typy attachmentu v dětství, které označovala jako skupiny A, B, C: jistý (*secure*, B), nejistý vyhýbavý (*avoidant*, C) a nejistý úzkostný/ambivalentní (*ambivalent/anxious*, A). Čtvrtý dezorganizovaný typ následně identifikovala Main a Salomon (1986, 1990; cit. podle Ainsworth et al., 2015).

Citová vazba se vyvíjí v raném dětství a následně se projevuje v dospělosti v podobě tzv. stylů attachmentu, které popisují Bartholomew a Horowitz (1991). Brennan et al., (1998) vymezují jednotlivé vazby podle míry vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti. Jedná se o bezpečný styl (*secure*), zapletený styl (*preoccupied*), odmítavý styl (*dismissive*) a ustrašený styl (*fearful*).

Jistý (bezpečný) typ attachmentu je charakteristický nízkou vztahovou úzkostností i vyhýbavostí (Brennan et al., 1998), jedinec s touto vazbou vnímá pozitivně sebe i druhé lidi (Bartholomew & Horowitz, 1991). Jistě připoutané děti se projevují harmonickou a kooperativní interakcí s matkou, jsou méně úzkostné a plačtivé. V dětství takové děti zažívají citlivé a pozitivní reakce na sebe a své potřeby ze strany pečující osoby (Ainsworth et al., 1978). Vnitřní pracovní model člověka s jistou vazbou je naplněn důvěrou v druhé lidi a svět. Obtíže zvládá řešit efektivně sám anebo dokáže vyhledat adekvátní pomoc (Bowlby,

2012). Jedinci s jistou vazbou také častěji používají ke své regulaci emocí kognitivní přehodnocení (Salinas-Quiroz et al., 2022).

Úzkostný (zapletený, ambivalentní) nejistý typ attachmentu se vyznačuje vysokou vztahovou úzkostností a nízkou vztahovou vyhýbavostí (Brennan et al., 1998), přičemž jedinci takto připoutaní jsou nadměrně zaujati vztahy, mají zafixován pozitivní model druhých lidí, ale negativní model sebe sama (Bartholomew & Horowitz, 1991). Úzkostně připoutané děti projevují vyšší separační úzkost, jsou také více plačtivé. Pečující osoba pro tyto děti nepředstavuje bezpečnou základnu, a to v nich vyvolává úzkost. Při odloučení projevují vysoký distres a rychlou a intenzivní aktivaci systému připoutání. Při navrácení matky bývají fyzicky ambivalentní, protestují (Ainsworth et al., 1978). Dle Hašta (2005) mají tyto děti obtíže v dostupnosti pečující osoby. V dospělosti se lidé s úzkostnou vazbou projevují silnější potřebou vazebného chování a závislosti na druhých (Bowlby, 2012) a mají sklon k sebeodhalování (Bartholomew & Horowitz, 1991). V dětském věku mívají větší obtíže regulovat své emoce (Zimmer-Gembeck et al., 2015). Dle Fonagyho et al. (2014) můžou mít úzkostní jedinci tendenci vnímat vyšší míru ohrožení a stresu.

Vyhýbavý (odmítavý) nejistý typ attachmentu je určující vysokou vztahovou vyhýbavostí a nízkou vztahovou úzkostností (Brennan et al., 1998). Jedinci s tímto typem vazby se vyhýbají intimitě, druhé osoby vnímají negativně, na druhou stranu mají pozitivní model sebe sama (Bartholomew & Horowitz, 1991). Vyhýbavě připoutané děti jsou charakteristické vyšší separační úzkostí, plačtivostí, ale zároveň používají jako obranný systém odpoutání a vyhýbání se matce, pokud dojde k jejich odloučení. Matky jsou vůči dětem odmítavé, rigidní, nereagující na jejich potřeby (Ainsworth et al., 1978). Vyhýbavé děti mají tendence využívat víc seberegulačních strategií a spoléhat se na sebe (Zimmer-Gembeck et al., 2015). Dle Stevense (2014) mají vyhýbavě připoutaní jedinci nižší uvědomování emocí a dle Salinas-Quiroz et al. (2022) mají sklon také k potlačování emocí.

Dezorganizovaný (ustrášený) nejistý typ attachmentu se projevuje jak vysokou vztahovou úzkostností, tak i vysokou vztahovou vyhýbavostí (Brennan et al., 1998). Jedinci s tímto typem vazby mají stejně jako vyhýbavě připoutaní jedinci strach z intimity, na rozdíl od nich však mají tendenci být závislí na druhých. Mají zafixován model druhých i model sebe sama jako negativní (Bartholomew & Horowitz, 1991). V dětství se tyto děti při odloučení od matky projevují neřízeným a bizarním chováním, které zahrnuje např. tleskání, zmrazení nebo bouchání do hlavy (Fonagy et al., 2014). Děti s touto vazbou jsou dle Hašta (2005) stažené, tělesně neprospívají a můžou se sebepoškozovat. Wallin (2020) na základě

svých terapeutických zkušeností usuzuje, že osoby s dezorganizovaným attachmentem zažívaly v dětství traumatické zkušenosti ve vztazích, které jim neposkytovaly bezpečný prostor a byly nadměrně bolestné. Stejně tak Hašto (2005) zmiňuje traumatizaci jak emoční, deprivační, tak i tělesné zanedbávání ze strany pečující osoby. Podle Fonagyho et al. (2014) dezorganizovaní jedinci v dospělosti nezvládají stres a své emoce a dle Salinas-Quiroz et al. (2022) používají ke své regulaci emocí potlačování.

2.2 Vývoj a funkce attachmentu

Vývoj attachmentu

Vývoj citové vazby probíhá v prvních letech života dítěte. Bowlby (2010) popisuje vývoj vazby ve čtyřech fázích, přičemž nejprve se vytváří vazba k tzv. hlavní vazebné postavě. V první fázi (od narození do cca 12 týdnů) dítě dokáže rozpoznat osoby pouze omezeně na základě sluchových a čichových podnětů. Ve druhé fázi (do 6 měsíců věku) dítě dokáže lépe diferencovat mezi pečující osobou a ostatními. Ve třetí fázi (cca od 6./7. měsíce až do 3. roku) dítě aktivně využívá svou pečující osobu jako bezpečnou základnu, ze které se vydává zkoumat svět. V této fázi si dítě vytváří i některé vedlejší vazebné postavy, které jsou mu blízké. Ve čtvrté fázi dítě začíná pečující osobu vnímat jako nezávislou osobu, chápe také její stálost v čase a prostoru a dokáže porozumět lépe jejím motivům a pocitům. Dle Bowlbyho (2013) se nejprve utváří nejprve citová vazba mezi dítětem a pečující osobou a poté i v rámci dalších vztahů.

Citová vazba se vyvíjí na základě vazebného chování, jehož vývoj je podmíněn geneticky a interaguje s prostředím, ve kterém dítě vyrůstá (Bowlby, 2010). Vazebné chování je dle Bowlbyho (2013, s. 43) „taková forma chování, v jejímž důsledku člověk získává nebo udržuje blízkost k nějakému jinému rozlišovanému a preferovanému jedinci.“ Pro vytvoření citového pouta je zásadní naladění pečující osoby na dítě, jeho potřeby a emoce (Levy & Orlans, 2014). Schore (2014) popisuje vyladěnost komunikace pečující osoby s dítětem. V mateřské interakci s dítětem je důležitý oční kontakt a vizuálně-obličejová komunikace, která má následně vliv na zpracování sociálních informací a neverbální komunikaci pomocí mimiky v dospělosti, zejména pak v intimních vztazích. Specifický mateřský způsob řečového projevu k dítěti, který je význačný svou přehnanou prozodií, aktivuje pravou temporální oblast mozku. Učení se porozumění tónu hlasu v kojeneckém období je pak podstatné pro další sociální vztahy (Schore, 2014). Kontakt tváří v tvář a vřelý hlas je zásadní také pro pocit bezpečí (Porges, 2015), přičemž potřeba

bezpečí je základní lidskou potřebou, která je dána evolučně, stejně tak i potřeba připoutání je instinktivní (Levy & Orlans, 2014).

Motivem vazebného chování je udržení dostupnosti vazebné osoby (Bowlby, 2012). Vazebné chování se aktivuje na základě nepříznivých okolností na straně dítěte (např. při únavě, hladu, pocitu chladu, bolesti, nemoci), při nepřítomnosti pečující osoby či nereagování na potřeby dítěte nebo znepokojení vlivem okolního prostředí (Bowlby, 2010). Systém připoutání funguje na základě aktivace při nepohodlí nebo nebezpečí a při dosažení cíle, kterým je např. ochrana nebo emocionální podpora, je deaktivován (Mikulincer & Shaver, 2016).

Dítě si dle Bowlbyho (2012) vytváří vnitřní pracovní model sebe sama, který tvoří jeho vnímání sebe jako přijatelného nebo nepřijatelného z pohledu svých pečujících osob. Pracovní model druhých je tvořen vnímáním toho, jestli jsou jeho vazebné postavy dostupné a co od nich může očekávat. Jak uvádí Ainsworth (1989), stabilní a důvěrný vztah dítěte s pečující osobou umožňuje dítěti lépe zvládat odloučení, protože si tento vztah začlení do svého pracovního modelu. Podle Krasniqi et al. (2022) je v počátcích života dítěte kvalita vztahu rodič-dítě jedna z nejdůležitějších pro rozvoj pozitivních emocí, socializaci a zdravý psychický vývoj. Stejně tak dle Bowlbyho (2012) tvoří důvěra v dostupnost pečujících osob základ, který umožňuje růst stabilní a samostatné osobnosti.

Dle Ainsworth et al. (1978) a Bowlbyho (1988) mají vztahové vzorce vytvořené v prvním roce života tendence přetrvávat. Podle Opie et al. (2020) je jistý attachment poměrně stabilní v raném dětství, batolecím věku i předškolním věku.

Děti, které v dětství nezažívaly dostupnost vazebných osob, mají tendence očekávat a předpovídat takové zkušenosti i v dospělosti. A zároveň vytvoří-li si dítě negativní pracovní modely, je zde vysoké riziko jejich přenosu v rámci rodinné mikrokultury na další generace (Bowlby, 2012). Citová vazba se dá ale také v rámci bezpečného a důvěrného mezilidského vztahu napravit. Pro nápravu je tedy zásadní kromě pocitu bezpečí a důvěry také empatie, spolehlivost, nastavení adekvátních hranic a limbická rezonance (emoční soulad a synchronizace) (Levy & Orlans, 2014).

Porucha attachmentu

Problematika attachmentu úzce souvisí s tématem vývojového traumatu. Důsledkem vývojového traumatu je narušení vývoje attachmentu a utvoření nejisté vztahové vazby. Vývojové trauma rovněž vede k celé řadě nepříznivých důsledků jako jsou emoční a

somatické obtíže, disociace, poruchy chování a učení a narušené sebepojetí (Hughes, 2017). U dětí s narušeným attachmentem je dle Levy a Orlans (2014) rizikový výskyt nízké sebeúcty a sebevědomí, nedostatečné seberegulace, potíží s důvěrou a intimitou, vztahových obtíží, potřeby závislosti na druhých, odporu k autoritám, antisociálního a agresivního chování či jiných poruch chování. Dále mají zvýšené riziko dekompenzace v náročných životních situacích, riziko pesimistického vnímání, nedostatku empatie a prosociálního chování a následného přenášení špatných vzorců chování na své vlastní děti. V případě narušeného attachmentu rodičů je riziko mezigeneračního přenosu na jejich vlastní děti, protože takoví rodiče neumí poskytovat bezpečnou základnu svým dětem. A zároveň zde platí tzv. pyramidový efekt, podle kterého s každou generací narůstá počet dětí s poruchou vazby. Nutno zdůraznit, že se jedná o poruchu attachmentu, ne pouze nejistý attachment (Levy & Orlans, 2014). Dle Pankseppa a Bivena (2012) jsou poruchy attachmentu projevem systému paniky/smutku. Úkolem systému paniky je zajistit přežití, pokud dojde ke ztrátě sociální opory (Stewart & Panksepp, 2012).

Funkce attachmentu

Vytvoření citového pouta má pro člověka řadu důležitých funkcí. Za nejdůležitější je možno považovat funkci ochrany a přežití (Bowlby, 1988), což uvádí i Ainsworth et al. (1978), podle nichž má systém připoutání biologickou funkci ochrany dítěte, které je dlouhou dobu zranitelné, a tak mu citová vazba s pečující osobou zajišťuje potřebnou ochranu a uspokojování potřeb (Ainsworth et al., 1978). Attachment má svou roli i v tělesných změnách, které nastávají při ohrožení organismu. Fonagy et al. (2014) uvádí, že attachment vznikl, aby zajistil ochranu organismu skrze stresovou/strachovou reakci, která je zprostředkována noradrenalinem přes amygdalu a insulu a kortizol skrze osu HPA a tím změnil vnitřní podmínky i podmínky vnější skrze behaviorální projev dítěte, které dítě projevuje při distresu.

Jak uvádí Levy a Orlans (2014), získání základní důvěry a reciprocity ve vztahu s pečující osobou slouží k následnému pozitivnímu rozvoji dalších vztahů a umožňuje rozvoj člověka skrze prozkoumávání světa s pocitem bezpečí. Mezi další funkce bezpečného attachmentu patří rozvíjení seberegulace a identity s pocitem vlastní hodnoty a kompetence a taktéž chrání člověka před stresem a traumatizací. Attachment dále poskytuje základ pro svědomí, empatii a soucítění (Levy & Orlans, 2014) a slouží jako rámec pro rozvoj a utváření sociálních kompetencí (Fraley & Roisman, 2015). Pocit bezpečí, který je součástí jisté citové

vazby je potřebný také k uplatnění potenciálu, sociálnímu chování, kreativité a generativitě (Porges, 2015), což jsou důležité aspekty pro celý život jedince.

2.3 Attachment v období dospívání

V dospívání dochází k proměně vztahů mezi dospívajícím a jeho rodiči. Dle Bowlbyho (2010) se proměňují i citové vazby k rodičům jakožto pečujícím osobám. Někteří dospívající se více odpoutávají, jiní se stále ještě drží pevně připoutáni, u většiny však do jisté míry citové pouto přetrvává i v dospělosti. Vazebné chování se tedy uplatňuje nejen v dětství, ale i v dospívání a v průběhu celého života i když v jiných formách. Jak uvádí Vágnerová a Lisá (2021), na konci dospívání se stává pocit bezpečí a jistoty, který byl poskytován rodinou, spíše symbolický a takto může zůstat i ve věku dospělém.

Vývojovým úkolem dospívajících je osamostatnění se. Dle Vágnerové a Lisé (2021) mají dospívající dosáhnout rovnocennější citový vztah s rodiči a odpoutat se z dětské závislosti. Určitou náhradou je nyní citová opora ze strany vrstevníků. Při procesu individuace dospívajícího jedince je dle McElhaney et al. (2009) důležitý podporující přístup rodičů. Bezpečná základna rodičů umožňuje dospívajícímu být autonomní a zkoumat, díky čemuž se může emocionálně a sociálně rozvíjet, budovat vztahy a regulovat své emoce a chování. Pro zdravé rodiny je charakteristické, že nedochází k oddělení, ale vztahy získávají novou podobu.

Podle Allen a Tan (2018) je období dospívání náročné vzhledem k rozporu mezi navyklými vzorci vazebného chování a novou potřebou zvýšené autonomie a emoční soběstačnosti. Jako nejzdravější se jeví postupné přesměrování na vazby vrstevnické a romantické a přechod k emoční nezávislosti. V tomto období dospívající pokračuje v učení se seberegulace emocí a sebezklidňování. Nově dospívající začíná nahlížet na své rodiče kriticky, protože už je tolik nepotřebuje pro svůj pocit bezpečí a emoční rovnováhu.

Dle Ainsworth (1989) dochází v dospívání ke změnám ve vazebném chování, kdy dospívající začínají vyhledávat vztahy s opačným pohlavím, což souvisí i s biologickým zráním. V dospívání a dospělosti je dle Bowlbyho (1988) vytváření intimních vazeb, které zahrnují střídavě roli pečovatele i opečovávaného, jedním z projevů psychického zdraví a dobře fungující osobnosti.

Attachmentový styl je v dospívání už poměrně stabilní, pokud je bezpečný, vede k pozitivnímu sebehodnocení. Naopak pokud není bezpečný, vede k neoptimálním

sebeochraňujícím obranám (Shaver et al., 2017). Některé studie (např. Groh et al., 2014) však nenacházejí silný vztah mezi citovou vazbou v dětství a dospívání.

Vazby s rodiči mají vliv na optimální fungování dospívajícího. Jistá citová vazba je spojena s psychickým zdravím, nižší mírou riskantního chování, lepšími zvládním a sociálními dovednostmi (Moretti & Peled, 2004), vyšší sebeúctou, empatií a efektivnější prací se stresem (Dogra et al., 2018).

Rozložení typů citových vazeb u českých dospívajících ve věku 15 až 19 let prezentuje Ens (2022) v rámci své studie. Dospívající s jistou vazbou tvořili 39,55 %, s úzkostnou vazbou 35,23 %, vyhýbavou vazbou 14,32 % a dezorganizovanou vazbou 10,91 %.

2.4 Biologické aspekty vývoje attachmentu a jejich vztah k psychickým obtížím

Na koncept attachmentu lze nahlížet i z biologických hledisek a nacházet tak důležité souvislosti, které se prolínají s vývojem osobnosti, sociálním vývojem i psychickým zdravím jakožto celkem. Nejprve se zaměřím na biologické aspekty a následně se budu věnovat bližšímu kontextu attachmentu a psychických obtíží v souvislosti s regulací emocí.

Zkušenosti z raného dětství ovlivňují proces zrání a vývoj subkortikálních složek limbického systému, jako je např. amygdala. Zejména v prvním roce života dítěte je vývoj pravé strany limbického systému značně modulován na základě attachmentu. V prvním roce života se rovněž významně rozšiřuje podkorová oblast mozku (Schore, 2014).

Porges (2015) upozorňuje na důležitost kvality interakcí mezi dítětem a pečující osobou v raném dětství, která slouží k rozvoji regulace nervového systému. Regulace emocí se stává v dyádě matka-dítě oboustrannou a reciproční, upevňuje sociální vazby a slouží jako prototyp k sociálním interakcím v průběhu celého následujícího života. Nedostatečný rozvoj nervových drah důsledkem neoptimálního sociálního zapojení ohrožuje schopnost koregulace dítěte s dalšími osobami v životě (Porges, 2015). Koregulace přitom znamená koordinaci biologických (hormonálního a nervového systému) a behaviorálních (afektivního a kognitivního systému) systémů dítěte a pečující osoby, díky které se dítě učí seberegulovat (Bornstein & Esposito, 2023). Během raného vývoje a attachmentových zkušeností se na neurobiologických mechanismech rozvoje regulace emocí podílí amygdala, hypotalamus,

hipokampus, prefrontální kortex, systém odměny a hormon oxytocin. Dle Lyons-Ruth et al. (2016) se amygdala rychle vyvíjí zejména v první dvou letech života dítěte, proto jsou attachmentové zkušenosti a stres v tomto období zvláště rizikové. Jakým způsobem funguje vyhodnocování bezpečí z hlediska attachmentu a polyvagální teorie popisují v kapitole 1.3 Biologické souvislosti psychického zdraví.

V případě zneužívajícího a zanedbávajícího chování k dítěti v jeho raném dětství dochází k negativním dlouhodobým dopadům na vývoj mozku, které se pak projevují maladaptivním chováním dítěte, problematickým attachmentem a jeho reakce často vycházejí z režimu přežití (Vela, 2014). Jak uvádí Sullivan a Opendak (2021), pokud pro dítě pečující osoba nepředstavuje bezpečnou základnu, může dojít k rozvoji nadměrného reagování jeho amygdaly, která se stává hyperfunkční, což je příznačné například pro děti s úzkostnými poruchami. Dle Gillath (2015) souvisí i změny mozku, a tedy nižší objem určitých mozkových částí s attachmentem, v případě dezorganizovaného typu se jedná o oblast bazálních ganglií a v případě úzkostného attachmentu o oblast hipokampu.

V biologickém kontextu souvisí citová vazba s psychopatologií prostřednictvím fyziologických mechanismů emoční regulace, kterou popisuje Tironi et al. (2021). Dle jejich zjištění je nejistý attachment fyziologicky spojen s vyšší hladinou kožní vodivosti, nižším srdečním zpomalením a modulací respirační sinusové arytmie. Pro vyhybavě připoutané jedince je charakteristický stres a emoční dysregulace spolu s respirační sinusovou arytmií a pro úzkostně připoutané jedince jsou charakteristické depresivní příznaky spolu s vyšší hladinou kožní vodivosti.

Z hlediska neurobiologie lze na attachment nahlížet z Pankseppovy afektivní teorie. Systém paniky/žalu souvisí s potřebou pečujících osob a vazebným chováním. V případě vazebného chování a volání matky se spouští systém paniky a v případě neuspokojení této potřeby se aktivuje systém žalu. Pokud je o dítě pečováno, aktivuje se systém péče a dochází k vyplavování oxytocinu (Panksepp & Biven, 2012).

Mechanismy mezi attachmentem a psychickými obtížemi jsou složité a vzájemně se prolínající. Jistá citová vazba může sloužit jako protektivní faktor psychického zdraví. Naopak nejistá citová vazba může za určitých nepříznivých okolností působit jako rizikový faktor vzniku psychopatologie.

Důležitým faktorem vedoucím k psychickému zdraví/nemoci je regulace emocí, která se dle Mikulincera a Shavera (2016) odvíjí od systému připoutání. Podle longitudinální

studie Girme et al. (2021) existuje úzký vztah mezi vazbou kojenců ve věku 12-18 měsíců a následnou emoční regulací v partnerských vztazích v mladém dospělosti. Nejisté připoutání kojenci v dospělosti vykazovali méně adaptivní způsoby regulace emocí (potlačování emocí, povrchní řešení problémů, ruminaci apod.).

Jedinci s jistou vazbou projevují efektivnější regulaci emocí, mezi kterou lze řadit řešení situací, plánování, kognitivní přehodnocování, vyhledání podpory a aktivování svých zdrojů. Jedinci s nejistou vazbou mají naopak tendence k ruminaci a vytváření katastrofických scénářů (Mikulincer & Shaver, 2016). Jak uvádí Ferraro a Taylor (2021), jedinci s úzkostným a vyhýbavým attachmentem mají větší obtíže rozpoznávat a pojmenovávat své emoce a s interoceptivním uvědomováním, tedy vnímáním svých tělesných signálů.

Nejistý attachment a zejména vztahová úzkostnost je spojena s horším psychickým zdravím. Vztahová úzkostnost i vztahová vyhýbavost pozitivně koreluje s depresí, úzkostí i osamělostí (Zhang et al., 2022). Významné vztahy mezi vztahovou úzkostností a depresí zjistili Zhao et al. (2021) i u dospívajících pacientů. Jedním z mediátorů mezi nejistým attachmentem a depresí dětí může být dle Ko et al. (2019) perfekcionismus. Dle Yavuz et al. (2019) souvisí kvalita vazby s rodiči se somatizací dospívajících.

Nejistá citová vazba může být rizikovým faktorem suicidálního chování (Mwania et al., 2023), je spojena s citlivostí k prožívání úzkosti (Erozkan, 2011), sociální úzkostí (Öztürk et al., 2020), paranoidním myšlením (Korver-Nieberg et al., 2013), vyšší agresivitou (Muarifah et al., 2022) a závislostí na drogách (Schindler, 2019). Dle Rahmatinejad et al. (2018) je charakteristická nejistá vazba také u pacientů s hraniční poruchou osobnosti a bipolární poruchou. Nejistá vazba je též spojena s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (ADHD) (Cavicchioli et al., 2023). Gander et al. (2021) upozorňuje na riziko traumatizujících attachmentových zkušeností a vazebné dysregulace u hospitalizovaných nesuicidálních sebepoškozujících se dospívajících.

Úzkostně připoutaní jedinci používají při své regulaci emocí hyperaktivační strategie, jsou ostražití vzhledem k možnému ohrožení, v kontaktu s druhými upozorňují na své trápení a nadměrně vyhledávají sociální oporu (Pietromonaco & Powers, 2015). Úzkostný attachment je z hlediska psychických obtíží spojen např. s obsedantně-kompulzivní poruchou (Hodný et al., 2020), nutkavým sexuálním chováním (Nielsen et al., 2022), hyperaktivitou u ADHD (Cavicchioli et al., 2023) a psychopatologickými symptomy

u osob s psychózou (Strand et al., 2015). Tarantino et al. (2017) popisuje vztah mezi migrénou a ambivalentní citovou vazbou u dětí.

Podle Eilert a Buchheim (2023) dospívající s vyhýbavou vazbou používají emocionálně deaktivující strategie, jenž emoční stres stále zůstává přítomný na úrovni fyziologické, biochemické a neverbální (Mónaco Gerónimo et al., 2019). Vyhýbavě připoutaní jedinci se snaží zmírnit svůj emoční projev nebo se od něj zcela distancují a potlačují reakce na podněty vyvolávající úzkost (Mikulincer & Shaver, 2018). Vyhýbavý attachment může být spojen s některými typy psychických obtíží jako je např. mentální anorexie (Delvecchio et al., 2014) či nepozornost u ADHD (Cavicchioli et al., 2023).

Dezorganizovaný attachment je dle Cay-Bonilla a Pérez-Pedrogo (2023) spojen s disociací v dospělosti, přičemž působí jako zprostředkovatel mezi traumatickými zážitky z dětství a disociací. Dezorganizovaný attachment je z hlediska psychických obtíží spojen s depresí a paranoiou (Ciocca et al., 2022), mentální anorexií (Delvecchio et al., 2014), nutkavým sexuálním chováním (Nielsen et al., 2022), nepozorností u ADHD (Cavicchioli et al., 2023) a též psychopatologickými symptomy u osob s psychózou (Strand et al., 2015).

Emoční kompetence jsou spolu s attachmentem důležitými faktory psychické pohody dospívajících, přičemž emoční kompetence působí jako zprostředkovatel mezi tímto vztahem (Mónaco Gerónimo et al., 2019).

2.5 Metody měření attachmentu

Pro měření citové vazby se používají nejčastěji škály nebo v zahraničí často také interview, příkladem je Adult Attachment Interview (AAI) – Rozhovor o citové vazbě v dospělosti (Main et al., 1985, cit. dle Mikulincer & Shaver, 2016). Mezi známé inventáře patří ECR (Experiences in Close Relationships Scale), českou verzi 36položkové škály ECR adaptovali Lečbych a Pospíšilíková (2012). Alternativou pro měření citové vazby je škála ECR-CZ, která obsahuje 31 položek (Seitl et al., 2016) a na rozdíl od ECR má také normy pro dospívající (Střelec et al., 2017). Dále existuje také revidovaná verze ECR-R (Fraley et al., 2000) nebo zkrácená verze ECR-S (Wei et al., 2007) a ECR-RS (Fraley et al., 2011) a česká 16položková zkrácená verze Prožívání blízkých vztahů – ECR-R-16 (Kaščíková et al., 2016).

3 SEBEHODNOCENÍ: POCIT VLASTNÍ HODNOTY

Sebehodnocení je možno pojímat jako jeden z psychologických faktorů psychického zdraví dospívajících. Sebehodnocení je součástí struktury osobnosti a je jednou ze složek sebesystému (Macek, 2019) nebo sebepojetí (např. Blatný, 2010; Hewitt, 2002). Kapitola se nejprve zaměřuje na to, jak může psychické zdraví záviset na sebehodnocení a celkovém sebevnímání. Následně se věnuje vymezení sebepojetí a sebehodnocení, jejich vývojem a užšími souvislostmi s psychopatologickými projevy.

Psychické zdraví má úzkou souvislost s tím, jak vnímáme sami sebe. Dle Moreno a Marrero (2015) souvisí sebehodnocení s psychickou pohodou. Rovněž naše tělesné sebepojetí a emoce, které vztahujeme ke svému tělesnému schématu se odráží v našem psychickém i somatickém zdraví (Gilchrist et al., 2020). Dle Lu et al. (2018) má sebehodnocení dopad i na fyzické zdraví skrze hipokampus.

Na sebehodnocení lze nahlížet také z bio-psycho-sociální perspektivy. Sebehodnocení závisí kromě prostředí i na genetických faktorech (Shikishima et al., 2018), je spojeno s prožíváním emocí směrem k sobě (Brown & Marshall, 2001), závisí na raných zkušenostech s pečujícími osobami (Bowlby, 1988) a později na sociálním srovnávání (Vágnerová & Lisá, 2021).

Kladné sebehodnocení souvisí s pozitivním psychickým zdravím dospívajících (Ahrnberg et al., 2021). Dle Baumeistera et al. (2003) má sebehodnocení pozitivní souvislost s prožívaným štěstím, nicméně upozorňuje i na negativní aspekty vysokého sebehodnocení, které jsou spojeny například s neobjektivním posuzováním sebe sama, povyšováním a narcismem.

V posledních letech se vynořují otázky, zda je sebehodnocení právoplatným prediktorem psychického zdraví a zda není soucit se sebou lepším prediktorem psychického zdraví, čemuž se dále věnuji v další části.

3.1 Sebehodnocení jako součást sebesystému

Sebehodnocení je součástí systému sebe sama, jeho předpokladem je sebeuvědomování, tedy vědomí sebe sama. Dle Macka (2019) si člověk uvědomuje sám sebe prostřednictvím sebereflexe. Konceptem vědomí sebe sama (*consciousness of self*) se jako jeden z prvních zabýval James (1890), který rozlišil Já na „poznávající“ (*pure Ego*) a „poznávané“ (*empirical Self*), přičemž „já poznávané“ se skládá ze tří složek: materiální, sociální a spirituální.

Higgins (1987) navrhl sebediskrepanční teorii, ve které popisuje, jakým způsobem funguje sebeuvědomění se sebehodnocením. Podle něj existují tři hlavní domény Já, skutečné, ideální a požadované. 1. skutečné já (*actual self*) obsahuje reprezentace vlastností, kterými si jedinec myslí, že reálně disponuje; 2. ideální já (*ideal self*) se týká reprezentace vlastností, které si dotyčný přeje mít; 3. požadované já (*ought self*) zahrnuje reprezentace vlastností, o kterých si jedinec myslí, že by je měl mít. Jednotlivé atributy mají pro jedince takový motivační a emocionální účinek, jaký jím připisuje význam a důležitost, aby jimi disponoval.

Damasio (2010) se zabýval vědomou myslí a self (Jástvím). Rozlišuje vědomí jádrové (*core consciousness*) a autobiografické neboli rozšířené vědomí (*autobiographical consciousness*), přičemž rozšířené vědomí je spojeno s nejrozvinutějším self a to autobiografickým. Kromě něj dále Damasio popisuje ještě protoself zahrnující prvotní pocity a jádrové self, které je materiální. Autobiografické Já je tvořeno sociálním i spirituálním aspektem Já a obsahuje znalosti o své minulosti, ale i budoucnosti z hlediska možných očekávaných prožitků. Autobiografické Já je tvořeno emocionálními prožitky, které mohou být vědomé i nevědomé a v průběhu času se přetvářejí a přehodnocují.

Sebesystém člověka se skládá z tzv. jáských reprezentací a obsahuje složku kognitivní, kterou tvoří sebepojetí, emocionální složku tvořící sebehodnocení a konativní složku, kterou tvoří seberegulace (Macek, 2019). Blatný (2010) popisuje systém Já podobně, s rozdílem ve vnímání sebepojetí jako nadřazené struktury. Sebepojetí člověka v jeho pojetí obsahuje stránku kognitivní, konativní a afektivní (emocionální). Kognitivní stránka se týká struktury a obsahu sebepojetí, konativní stránka je spojena se seberegulací a afektivní stránka je vyjádřena v sebehodnocení.

Sebepojetí (*self-concept*) zahrnuje mentální představy toho, kým jsme, kým jsme byli a kým se staneme (Oyserman et al., 2012). Sebepojetí je výsledkem sebereflexe a zahrnuje

jedincovo vnímání sebe jako fyzické, sociální, spirituální a morální bytosti (Gecas, 1982). Dle Blatného (2010, s. 457) jsou znaky sebepojetí jako celku „multifacetovost, hierarchické uspořádání, dynamika a provázanost procesuální a strukturální stránky Já“. Dle Obereignerů et al. (2015) jedinec na základě svého sebepojetí organizuje své chování a zaměření směrem k cílům, sebepojetí tak disponuje organizační i motivační funkcí a směřuje k souladu.

Emoční stránka Já bývá dle Blatného (2010) nejčastěji označena pojmy sebehodnocení, sebeúcta, sebedůvěra a sebevědomí. Sebehodnocení (*self-esteem, self-worth*) označuje vnitřní pocit vlastní hodnoty a je součástí celkového sebepojetí člověka (Sperry & Cunningham, 2016). Dle Hewitta (2002, s. 135) je sebehodnocení hodnotící dimenze sebepojetí a lze ji vnímat jako „škálu, která sahá od pozitivního (nebo sebezpotvrzujícího) po negativní (nebo sebeponižující)“.

Další známou teorií je Rosenbergovo pojetí sebehodnocení. Rosenberg et al. (1995) rozlišuje globální a specifické sebehodnocení. Globální sebehodnocení je afektivní povahy a pojí se s psychickou pohodou. Specifické sebehodnocení má spíše úsudkovou a hodnotící povahu a je spojeno s kognitivní stránkou, příkladem je akademické sebehodnocení.

Lidé s nízkým sebehodnocením pociťují dle Křivohlavého (2001), že mezi jejich skutečným „já“ a jejich ideálním „já“ je podstatně velký rozdíl. Naopak lidé s vysokým sebehodnocením vidí své skutečné a ideální „já“ jako poměrně blízké, také lépe zvládají životní obtíže a nemají tolik vnitřních konfliktů, celkově jsou spokojenější a mají tendence dosahovat svých cílů.

Sebehodnocení člověka závisí na tom, jak interpretuje své chování, ale i chování druhých a také jak druzí lidé hodnotí jej (Macek, 2019). Úzkou souvislost se sebepojetím nebo sebehodnocením bychom mohli z hlediska teorie attachmentu nalézt v pojetí vnitřního pracovního modelu (Bowlby, 2012). Na základě bezpečné vazby si dítě vytváří pozitivní vztah k sobě i k druhým lidem (Shaver et al., 2017).

Sebehodnocení lze rozlišit na podmíněné (*contingent self-esteem*) a skutečné (*true self-esteem*). Podmíněné sebehodnocení zahrnuje „pocity o sobě samých, které skutečně vyplývají ze závislosti na dosažení určitého standardu dokonalosti nebo naplnění určitých interpersonálních nebo intrapsychických očekávání“, je tedy založeno na srovnávání s druhými lidmi a do jisté míry souvisí i s narcismem (Deci & Ryan, 1995, s. 32). Jak dále uvádí Deci a Ryan (1995, s. 33), „skutečné sebehodnocení je stabilnější, jistěji založené na

pevném pocitu sebe sama“, při úspěchu nevede k pocitům nadřazenosti, a naopak při neúspěchu nevede k pocitům bezcennosti.

Dle Solanki (2022) sebehodnocení pozitivně souvisí se self-efficacy. Vnímaná sebeúčinnost (*perceived self-efficacy*) je dle Bandury (1997) vírou ve své vlastní schopnosti provádět činy, které povedou k vytyčeným cílům. Takový vliv se může týkat regulace motivace, afektů, myšlenek a chování a také změny vnějších podmínek. Kognitivní a intelektuální self-efficacy se utváří v průběhu vzdělávání dětí ve škole a následně ovlivňuje další sociální vývoj. V dospívání se vlastní self-efficacy vyvíjí v interakci s biopsychosociálními faktory.

Na sebehodnocení lze nahlížet také z hlediska Pankseppovy neuroafektivní teorie. Mezi projevy vyhledávání vzrušení patří dle Pankseppa a Biven (2012), silnější vnímání sebe sama jako aktivního činitele, což souvisí s dopaminovým systémem, protože dopamin zvyšuje pocit sebehodnoty. Tento neurochemický mechanismus může vysvětlovat obtíže při léčbě narcismu. Motivační systém vede narcistického člověka, který má narušený pocit sebehodnoty z období raného dětství k nutkavé kompenzaci a přeceňování, což může vést při zhroucení falešného pocitu sebehodnoty až k depresi.

3.2 Vývoj sebehodnocení a sebepojetí

Dle Vágnerové a Lisé (2021) se vztah k sobě samému rozvíjí již od prvních okamžiků života jedince. Podle Bowlbyho (1988) vztah k sobě sama vychází z interakcí s pečujícími osobami v raném dětství, na základě, kterých si dítě vytváří vnitřní model sebe sama. Sebepečení se v dětství rozvíjí paralelně se sociálním poznáváním (Shaffer & Kipp, 2014). Vývoj pocitu vlastní hodnoty je závislý na socializaci a kognitivně-vývojové úrovni (Harter, 2006).

Podle Harter (2006) je dítě od narození závislé na pečujících osobách a uspokojování potřeb. Během toho se učí, jak na něj pečující osoba reaguje a přejímá její postoje k sobě samému. Snahou dítěte je zajistit si péči, a proto zvnitřňuje odměňované chování a snaží se dosáhnout pozitivního sebevnímání, které pochází z vyjadřovaných postojů pečující osoby směrem k dítěti. Dle Schultze a Schultze (2005) se kladné sebehodnocení dítěte vytváří na základě bezpodmínečného přijetí ze strany rodičů. Podobně pojednává i Vágnerová a Lisá (2021), podle kterých sebepojetí a následné sebehodnocení dítěte stojí na pozitivní akceptaci a oceňování. Krivohlavý (2001) uvádí, že základ pro sebehodnocení tvoří postoj a chování rodičů k dítěti, poté i jeho sociálního okolí včetně kamarádů nebo učitelů a následně se odvíjí

i od úspěchu v práci a jiných aktivitách. Dle Harter (2006) si dítě utváří různou míru potřeby pocitu vlastní hodnoty. Rozdíly v sebehodnocení se začínají projevovat, když se u dětí rozvine jazyk, na čemž závisí také sebepoznání. Úroveň sebeuvědomění pak odráží i potřebu dosažení pozitivního sebehodnocení při setkání se sebedevalvujícími zkušenostmi, které v dítěti vyvolávají úzkost.

Dle Ortha et al. (2018) dochází k proměnám sebehodnocení člověka během celého života. V období od 4 do 11 let dochází k nárůstu sebehodnocení, mezi 11. a 15. rokem je sebehodnocení poměrně stabilní a poté silně vstoupá do 30 let věku. Další nárůst sebehodnocení pak probíhá i v dospělosti až do 60 let. Dle Vágnerové a Lisé (2021) je sebehodnocení v mladší adolescenci převážně pozitivní, ve střední adolescenci má naopak tendence klesat.

Dopad na sebehodnocení dítěte má to, jak zvládá jednotlivé vývojové úkoly (např. adaptaci v mateřské škole). V předškolním věku si děti zvyšují sebehodnocení identifikací s autoritami, které jsou pro ně v tomto období všemohoucími a vševědoucími vzory. Zároveň se v tomto období hodnotí až nepřiměřeně optimisticky. Na sebehodnocení dětí mladšího školního věku má podstatný vliv škola, tedy jak dítě zvládá školní požadavky a v období středního školního věku záleží i na jeho sociálním statusu. V dospívání využívají dospívající vrstevníky jako svou referenční skupinu na základě, které si utváří své sebehodnocení (Vágnerová & Lisá, 2021).

V období středního dětství napomáhají rozvoji a utváření sebehodnocení dítěte jeho vrstevníci, kteří dle Kollerové (2017) figurují jako vztažný rámec, na základě, kterého pak dítě uvažuje samo o sobě a svém prožívání. Dle van der Crujisen et al. (2023) je dospívání formativním obdobím rozvoje pozitivního koherentního sebepojetí. Z pohledu neurobiologického je sebehodnocení spojeno s aktivitou mediální prefrontální kůry a temporálně-parietálního spojení. Pérez-Fuentes et al. (2019) uvádí, že kladné sebehodnocení dospívajících může vznikat na základě pozitivních vztahů s rodiči založených na citu a komunikaci, podpoře autonomie, vysokém sebeodhalení a smyslu pro humor.

V období dospívání se rozvíjí i sexuální sebepojetí, které dle Kotiuga et al. (2023) souvisí s celkovým sebepojetím, sebeúctou a interpersonálními dovednostmi.

3.3 Sebehodnocení v období dospívání

Jak již bylo zmíněno, v dospívání dochází k rozvoji a nárůstu sebehodnocení, které pak ovlivňuje celou řadu oblastí života dospívajícího včetně jeho zdraví. Jak uvádí Dogra et al. (2018), vnímání sebe sama tvoří základ pro psychické zdraví, protože ovlivňuje emoční prožívání, myšlení i chování dospívajícího. Janapati a Padhy (2023) uvádí, že kladné sebehodnocení a uspokojování psychických potřeb souvisí s psychickou pohodou dospívajících a dle Floricica et al. (2022) také s jistým attachmentem a emoční stabilitou.

Sebehodnocení dospívajících může být ovlivněno kvalitou přátelství (Luijten et al., 2023), výchovou (Kou, 2022) nebo také studijními výsledky (Tetzner et al., 2016). Pozitivní sebehodnocení souvisí dle Maltese et al. (2012) také se sociální inteligencí dospívajících a dle Abidović et al. (2014) s přívětivostí a akademickým úspěchem. Spolu se self-efficacy predikuje psychickou pohodu studentů (Wardoyo et al., 2021) a resilienci (Liu et al., 2021).

Negativní vliv na sebehodnocení může mít dlouhotrvající, včas neřešená šikana, která pak vede k psychické nepohodě dítěte (Stephen & Soni, 2023); a také sebeoznačení (*self-labeling*) dospívajícího psychickou poruchou (Harari et al., 2023). Křivohlavý (2001) zmiňuje, že negativní dopad na sebehodnocení může mít i přemíra sociální opory a nadměrné péče. V kontextu dospívání by se tedy dalo říci, že např. rodiče můžou škodit zdravému sebehodnocení svého dítěte, pokud za něj řeší problémy nebo vykonávají činnosti, které je schopno zvládnout samo.

Nízké sebehodnocení souvisí s maladaptivními kognitivními vzorci dospívajících (Sandu et al., 2021) a také s úzkostným a vyhýbavým attachmentem (Floricica et al., 2022) a citlivostí na odmítnutí (Zulfiqar & Saleem, 2023). Podle Shavera et al. (2017) může být také sebehodnocení vyhýbavě připoutaných jedinců obranné.

3.4 Sebehodnocení v kontextu psychických obtíží

Sebehodnocení může hrát v období dospívání významnou roli v rozvoji psychických poruch. V případě poruch nálady je sebehodnocení součástí diagnostických kritérií, pokud se jedná o depresivní nebo dystymické poruchy, sebehodnocení je výrazně snižené, a naopak v případě mánie je naopak grandiózní (O'Brien et al., 2006). Nižší sebehodnocení dospívajících souvisí také s úzkostnými symptomy (da Silva et al., 2022), agresivitou (Muarifah et al., 2022), psychoticismem (Heaven et al., 2013), somatizací, obsesemi a kompulzemi, interpersonální citlivostí, hostilitou, fobickou úzkostí a paranoidním myšlením

(Garaigordobil et al., 2008). Paranoidní myšlení je spojeno s nestabilitou sebehodnocení (Raes & Gucht, 2009). Sebehodnocení spolu s tělesným sebeobrazem dospívajících významně souvisí se sebepoškozujícím chováním (Soyyigit, 2017). Mazzone et al. (2013) zaznamenal nižší sebehodnocení také u dětí s ADHD.

Nízké sebehodnocení souvisí s rozvojem poruch příjmu potravy (Beckers et al., 2023). Snížené sebehodnocení může vést v případě pocitů selhání k depresi či jiným psychickým poruchám (Dogra et al., 2018). Studie Chena a Qina (2020) odhalila vztah mezi emocionálním zneužíváním a sociální úzkostí, kterou zprostředkovala osamělost a sebehodnocení dospívajících. Dle Mukul et al. (2020) jsou dospívající chlapci psychicky zdravější a mají lepší sebepojetí než dívky.

3.5 Metody měření sebehodnocení

Mezi nejznámější metody měření sebehodnocení patří Rosenbergova škála sebehodnocení – RSES (Rosenberg's Self Esteem Scale) (Rosenberg, 1965), jejíž českou adaptaci publikoval Blatný a Osecká (1994).

Příbuzným konstruktem je sebepojetí, které lze u dospívajících měřit pomocí české verze Dotazníku sebepojetí dětí a adolescentů Piers-Harris 2 (Obereignerů et al., 2015). Ke zjišťování sebepojetí může též sloužit 18položkový Dotazník sebepojetí (DOS-18) (Dolejš et al., 2021).

4 SOUCIT SE SEBOU: VŠÍMAVOST A LASKAVOST K SOBĚ SAMA

V následující kapitole se zabývám soucitem se sebou, který lze považovat za protektivní faktor psychického zdraví. Nejprve se zaměřím na jeho souvislost s psychickým zdravím, související koncepty a jeho vývoj. Následně se budu věnovat soucitu se sebou v dospívání a spojitostem s psychickými obtížemi. V závěru se zaměřím na možnosti využití soucitu se sebou, protože soucit se sebou lze rozvíjet a skrývá tak potenciál k uzdravě z psychických poruch.

Soucit se sebou má úzký vztah s psychickým zdravím dospívajících. Sebesoucit souvisí s psychickou pohodou (Zessin et al., 2015) a pojí se s pozitivními charakteristikami psychického zdraví, jako je optimismus, štěstí, pozitivní afekt, zvědavost a moudrost (Neff et al., 2007). Dle Trompettera et al. (2017) soucit se sebou chrání před ruminací a sebekritizováním, vede k adaptivní regulaci emocí a podporuje odolnost. Dle Siroise (2020) je také spojen s vyšším subjektivním psychickým i fyzickým zdravím. Pozitivní efekt na zdraví má také díky ochraně proti pocitům osamělosti (Braehler & Neff, 2020) a sebeodsuzování (Neff, 2003a). Může sloužit jako protektivní faktor vzniku psychopatologie, např. poruch příjmu potravy (Linardon, 2021) nebo závislostí na sociálních médiích (Mitropoulou et al., 2022) či závislostí na návykových látkách (Phelps et al., 2017). Je-li soucit se sebou nedostatečný, může působit jako faktor vzniku nebo udržování psychických obtíží dospívajících (Marsh et al., 2018).

4.1 Soucit se sebou a související koncepty

Soucit bývá nejčastěji spojován se zaměřením na druhé. Soucit se však může projevat ve třech různých směrech. Jak uvádí Gilbert (2014), člověk může pociťovat soucit směrem k druhému člověku, dále jej může cítit přicházet od druhých k sobě samému a také jej může projevat i sám k sobě, čemuž se říká soucit se sebou.

Soucit definuje Strauss et al. (2016) jako kognitivní, afektivní a behaviorální proces zahrnující pět složek, které jsou směřovány jak k sobě samému, tak k druhým lidem. Jedná se o 1. rozpoznání utrpení, 2. porozumění utrpení jako univerzální lidské zkušenosti, 3. empatii k trpícímu a emoční spojení (tzv. emocionální rezonance), 4. toleranci a přijetí

nepříjemných pocitů vyvolaných v reakci na trpící osobu, 5. motivaci k jednání a jednání ke zmírnění utrpení.

Konceptu soucitu se sebou (*self-compassion*) neboli sebesoucitu se věnovali zejména zahraniční autoři Gilbert (2010a,b) a Neff (2003), v českém prostředí pak v posledních letech Benda (2019). Soucit se sebou je sebekonstrukt (Barnard & Curry, 2011), který vychází z Buddhistické psychologie (Neff, 2003b). Podle Neff (2003a) se projevuje neodsuzujícím a laskavým přístupem k sobě samému, přijímáním svých nedostatků, pochybení a bolesti. Trápení člověka jsou přijímána jako součást všeobecné lidské zkušenosti. Podstatou soucitu se sebou je, že vyvolává touhu snížit své utrpení pomocí laskavosti, ale zároveň nepříjemné pocity nepotlačuje a přistupuje k nim s otevřeností. Součástí je také soucit s druhými lidmi a uznání, že všichni lidé mají nedostatky. Neff definovala koncept soucitu se sebou pomocí tří složek, kterými jsou laskavost k sobě samému (*self-kindness*), lidská sounáležitost (*common humanity*) a všímavost (*mindfulness*).

Jak uvádí Neff (2023), laskavost k sobě je aktivní podpůrný postoj, který zahrnuje přijetí svých nedostatků a směřování péče směrem k sobě, je projevem naší vlastní emoční dostupnosti. Pocit lidské sounáležitosti je důležitou součástí, protože lidé mají obecně tendenci iracionálně považovat svá selhání a utrpení jako jedinečné, což vede k pocitu izolace a osamělosti. Podstatou lidské sounáležitosti je uvědomění a přijetí zranitelnosti, nedokonalosti a utrpení jako něčeho, co je součástí lidského bytí, což chrání před pocity izolovanosti. Zároveň aspekt lidské sounáležitosti odlišuje soucit se sebou od sebelítosti. Důležitost všímavosti tkví v uznání své bolesti a trápení, což je podmínka soucitu k sobě a všímavý postoj brání v zahlcení emocemi. Všímavost se dle Braehlera a Neff (2020) vyznačuje nezkradeným uvědoměním emocí a myšlenek, kterým se člověk nebrání, ale ani je nepřehání. Soucit k sobě tedy díky těmto třem aspektům zabraňuje sebeodsuzování, izolaci a přílišnému zahlcení emocemi. Podle Neff (2003a) se soucit se sebou projevuje také trpělivostí a jemností k sobě samému, je tedy opakem k tvrdému sebekritizování, ale zároveň neznamená ignorování svého selhání a nedostatečnosti. Dle Braehlera a Neff (2020) se jedná o přátelský a vstřícný postoj k sobě samému, zahrnující shovívavost a péči o sebe. Z psychofyzilogického pohledu vyšší soucit se sebou souvisí s vyšší variabilitou srdeční frekvence (Svendsen et al., 2016).

Zajímavou skutečností je, že soucit se sebou zahrnuje kromě jemného přístupu k sobě samému také bolestivé kroky, které ve výsledku slouží pro své vlastní blaho. Jak uvádí Neff (2003a) soucit se sebou disponuje motivační silou, která má potenciál ke změně a růstu.

V životě člověka existuje řada situací, kdy se chová způsobem, který mu škodí. Soucit se sebou by v takovém případě znamenal snahu odpoutat se od takového škodlivého chování, přičemž takové úsilí může vyžadovat učinit opatření, která jsou nepříjemná, těžká nebo bolestivá. I tak se může projevovat soucit se sebou.

Souvisejícími koncepty soucitu se sebou je sebeláska, sebezpřijetí, sebehodnocení, sebekritika, sebeodsuzování či sebeobviňování a taktéž sebevztažné emoce jako je stud a vina.

Aspekt lidské sounáležitosti, kterým soucit k sobě disponuje, je dle Braehlera a Neff (2020) odlišujícím prvkem od sebelásky (*self-love*) a sebezpřijetí (*self-acceptance*). Blízkým konceptem je také Rogersovo bezpodmínečné sebezpřijetí. Rogers (2020, s. 148) pojednává o tzv. bezpodmínečném sebezpřijetí, které se projevuje tím, že „žádný zážitek sebe nelze rozlišit jako to, co si více nebo méně zaslouhuje pozitivní přijetí“. Rogers (2020) vymezuje dále i pozitivní sebezpřijetí, které se utváří na základě pozitivního přijetí od druhých lidí, v jehož důsledku začne jedinec sám sebe přijímat pozitivně. Crisan et al. (2022) porovnávali účinky tréninku sebesoucitu a tréninku bezpodmínečného sebezpřijetí u dvou experimentálních skupin. Výsledky experimentu ukázaly, že u obou skupin se snížil sklon k prožívání studu, přičemž u skupiny trénující soucit se sebou se snížil i sklon k prožívání viny. Výsledky jejich studie tedy naznačují, že soucit se sebou a bezpodmínečné sebezpřijetí mohou mít částečně odlišný efekt.

Soucít se sebou by se dal dle Gilberta (2010b) považovat za opak studu, který provází sebekritika, útoky na sebe sama či někdy až opovržení sebou samým. Dle Swee et al. (2023) je stud transdiagnostický faktor mnoha psychopatologií, např. dysmorfických poruch (Linde et al., 2023), poruch příjmu potravy (Nechita et al., 2021), hraniční, antisociální a narcistické poruchy osobnosti (Asgarizadeh & Ghanbari, 2022). Benda et al. (2018) zjistili souvislost mezi depresivními a úzkostnými poruchami, soucitem se sebou a studem. Pacienti s výše zmíněnými poruchami vykazovali nižší míru soucitu se sebou, a naopak vyšší míru sklonu ke studu a internalizovaného studu oproti zdravým jedincům.

Stud je spojen s pocitem vlastních osobních neúspěchů a nedostatečné schopnosti být úspěšný (Jackson, 2010). Určité charakteristiky má společné i s vinou, která je rovněž maladaptivní povahy. Pocity studu a viny mohou být dle Preisse a Vizinové (2023) přenášeny skrze transgenerační přenos traumatu z generace na další generaci. Prožívání studu má zřejmě vztah i k attachmentu. Solomon (2021) uvádí, že pocity studu jsou spojeny

s bezmocí a zranitelností a vedou k aktivaci systému attachmentu, což může být vysvětleno aktivací stejných nervových drah a projevuje se potřebou vyhledání blízkosti vazebné postavy. Prožívání studu je aktivováno dle Porgese (2001, cit. dle Solomon, 2021) a Schore (1994, cit. dle Solomon, 2021) parasympatickým nervovým systémem přes dorzální část bloudivého nervu. Stud je tak z neurofyziologického pohledu spojen s ochranným zamrznutím. Sebekritika je dle Longe et al. (2010) spojena s aktivitou laterálního prefrontálního kortexu (PFC) a dorzálního předního cingulátu (dAC), což znamená, že sebekritické myšlení je spojeno s tím, jak jedinec zpracovává a řeší chyby, přičemž pro sebekritizující postoj je charakteristické zaujetí vlastním selháním a chybováním.

Stud i vina jsou součástí řady psychických poruch a mají tedy zásadní dopad na psychické zdraví a životní spokojenost. Kealy et al. (2022) zkoumali mediátory vztahu mezi dispozičním optimismem, úzkostí a depresí u pacientů v komunitní péči. Stud se ukázal jako mediátor úzkostných symptomů, ale ne depresivních, a naopak vina se ukázala jako mediátor depresivních symptomů. Erb et al. (2023) se zabývali pocitem viny v souvislosti s emočním traumatem a PTSD, přičemž vina silně souvisela s PTSD i depresí. Opačným procesem soucitu se sebou je tak nejen stud, ale také sebeobviňování.

Dle Vojtové (2023) prožívání studu souvisí s emočním okruhem paniky/žalu a je typické pro lidi, kteří zažili traumata ve vztahu s vazebnými postavami. Prožívání studu může vést k obtížím verbalizace a k disociaci, která je reakcí autonomního nervového systému.

4.2 Vývoj soucitu se sebou

Z evolučního hlediska vychází soucit z pečujícího chování (Gilbert, 2023). Podle Peppinga et al. (2014) může mít soucit se sebou vytvořené základy již v raném věku vzniklé na základě poskytované péče. Pokud nejsou potřeby dítěte adekvátně uspokojovány, může mít následně obtíže rozpoznat své emoce a potřeby, což je podstatný základ soucitu k sobě. I podle Braehlera a Neff (2020) leží obtíže nebo neschopnost soucítit se sebou ve zkušenostech z raného dětství a attachmentu. Neff (2003a) popisuje chování rodičů k dítěti, které vede k rozvoji soucitu se sebou. Soucitní rodiče se projevují laskavostí, mají zájem o blaho dítěte, přijímají jej a nedovolují mu, aby si ubližovalo, ale pro jeho zdravý vývoj mu kladou i nepříjemné požadavky či určitá omezení. Špatné zacházení v dětství zahrnující sexuální zneužívání, emoční a fyzické zneužívání a zanedbávání je dle Zhang et al. (2023a) spojeno s nižším soucitem se sebou.

Na základě těchto zjištění lze označit kladné interpersonální zkušenosti v dětství primárně s rodiči jako pečujícími osobami jako významné činitele při utváření soucitného postoje k sobě, naopak negativní zkušenosti v dětství lze považovat za faktory vedoucí k deficitům v soucitu se sebou.

Breines a Chen (2013) naznačují, že soucit se sebou může být aktivován skrze aktivaci schémat pečování a rozvíjen skrze poskytování podpory druhým lidem. Autoři dále uvádí, že soucit se sebou může být rozvíjen také skrze interpersonální zkušenosti, kdy člověk pozoruje soucitný přístup druhého k sobě samému nebo také skrze přijímání podpory od druhého člověka. Donald et al. (2018) nahlíží na sebehodnocení dospívajících jako na předchůdce soucitu se sebou.

4.3 Soucit se sebou v období dospívání

Soucít se sebou by mohl být protektivním faktorem v náročném období dospívání. Gilbert a Irons (2008) uvádí, že dospívající mohou reagovat na své emoce buď tím, že se budou snažit uklidňovat nebo se začnou kritizovat, přičemž zvláště v tomto vývojovém období se potýkají se zvýšenou zranitelností, sociálním srovnáváním, soutěžením a mohou tak častěji pociťovat stud. Proto se zdá být schopnost soucitu se sebou v tomto období zvláště důležitá a může sloužit jako významný protektivní faktor. V genderovém porovnání se dle Carreiras et al. (2021) chlapci ukazují jako soucitnější se sebou než dívky.

Na schopnost dospívajících soucítit se sebou mají zřejmý vliv emoční reakce rodičů, které modelují jejich vlastní emoční regulování. Dospívající, kteří jsou rodiči za své negativní emoce trestáni, vykazují nižší míru soucitu se sebou než dospívající, kteří zažívají podporující komunikaci v reakci na své emoce (Miller-Slough et al., 2023).

Sun et al. (2016) přináší zajímavá zjištění ohledně soucitu se sebou a well-beingu u pubescentů ve věku 12 až 16 let. Výsledky jejich studie naznačují výskyt genderových rozdílů v aspektech soucitu se sebou. Dospívající chlapci vykazovali vyšší míru izolace oproti dívkám. Dívky lépe profitovaly z lidské sounáležitosti, a naopak chlapci z všímavosti, což mělo pozitivní vliv na jejich vztahy, osobní růst, autonomii a osobní zvládnání (*environmental mastery*), v případě chlapců také na smysl života.

Pocit sebehodnoty bývá často spojován s optimálním psychickým zdravím, výzkumníci však v posledních letech uvažují také nad významem soucitu se sebou. Zajímavé výsledky přináší longitudinální studie Marshalla et al. (2015), která se zaměřovala na

dospívající. Soucit se sebou významně snižoval efekt nízkého sebehodnocení na psychické zdraví. Soucit se sebou by tak mohl sloužit ke zmírnění negativních dopadů v situacích, které by mohly vyvolávat pochybnosti o sobě samém.

Liu et al. (2020) odhalili negativní vztah soucitu se sebou a osamělosti u dospívajících. Jako významný mediátor se ukázal soucit se sebou také ve vztahu mezi strachem z negativního hodnocení a sociální úzkostí. Sebesoucitní dospívající vykazovali nižší strach z negativního hodnocení, což mělo následný pozitivní dopad na snížení příznaků sociální úzkosti. Soucit se sebou by mohl snížit zaměřenost dospívajících k obavám z názorů druhých lidí a tím vést i ke zlepšení jejich sociální adaptace.

4.4 Soucit se sebou v kontextu psychických obtíží

Nedostatek soucitu se sebou se projevuje v celé řadě psychických poruch. Nízký soucit k sobě se vyskytuje např. u depresivních poruch (Krieger et al., 2013) včetně bipolární afektivní poruchy (Yang et al., 2019), úzkostných poruch (Gürsoy & Akkoyun, 2023) nebo schizofrenie (Gao et al., 2016). Dle Beatona et al. (2022) má nízký soucit se sebou u jedinců s ADHD souvislost s horším psychickým zdravím.

Soucit se sebou je zkoumán také z hlediska souvislostí s poruchami osobnosti či psychopatologickými rysy osobnosti. Nedostatečný soucit se sebou je jedním z projevů hraniční poruchy osobnosti (Salgó et al., 2021). Carreiras et al. (2021) se zaměřovali na vztah sebesoucitu s hraničními rysy osobnosti u dospívajících, které již mohou být dobře rozpoznatelné v tomto věku. Hraniční porucha osobnosti se vyznačuje emoční a vztahovou nestabilitou, negativním sebeobrazem, sebekritikou, sebenenávistí, sebepoškozováním, intenzivními pocity prázdnoty a opuštěnosti. Soucit se sebou negativně souvisel s odporem vůči sobě samému a hraničními rysy osobnosti. Sebesoucit fungoval jako mediátor, který zprostředkoval vztah mezi odporem k sobě samému a hraničními rysy osobnosti a působil opačným směrem. Sebesoucitnější postoj tak pozitivně působí proti vlivu odporu vůči sobě na hraniční symptomatologii.

Barry et al. (2015) se zaměřili na soucit se sebou u rizikových dospívajících chlapců, přičemž zjistili negativní vztah soucitu se sebou k agresi a narcismu a pozitivní vztah se sebehodnocením. Fotoohi et al. (2023) zaznamenali negativní vztah soucitu se sebou a agrese také u dospívajících dívek. Soucit se sebou má rovněž negativní vztah se somatizací, hostilitou, úzkostí (Güler, 2022) i sociální úzkostí (Gao et al., 2023).

Tato zjištění tak pobízí k zaměření se na rozvoj a kultivaci soucitného přístupu k sobě samému nejen u dospívajících. Dle Xaviera et al. (2015) pozitivní složky soucitu se sebou jako je laskavost k sobě, všímavost a lidská sounáležitost pozitivně korelují s psychickou pohodou dospívajících a zároveň sebeodsuzování, izolace a přílišné ztotožnění s ní negativně korelují, přičemž izolace se ukázala jako nejlepší prediktor psychické pohody. Pro zlepšení subjektivní pohody dospívajících mohou dle Primasari a Yuniarti (2021) sloužit intervence zaměřené na mindfulness a meditace soucitu k sobě.

4.5 Využití soucitu se sebou nejen v psychoterapii

Soucit se sebou pravděpodobně hraje významnou roli v terapii celé řady psychických poruch a velkým přínosem by mohly být intervence zaměřené na rozvíjení soucitu se sebou nebo alespoň některých jejich složek.

Ni (2023) uvádí, že rozvíjení soucitu se sebou může být účinnou strategií při snižování úzkosti a deprese. Pozitivní efekt rozvíjení soucitu se sebou se ukazuje dle Linde et al. (2023) i u pacientů s dysmorfickými poruchami, při kterých je dominantním prvkem stud. Pinto-Gouveia et al. (2019) zaznamenali pozitivní efekt intervencí, jejichž součástí bylo rozvíjení soucitu se sebou, při terapii záchvatovitého přejídání. Braehler (2023) uvádí využití soucitu se sebou při léčbě komplexního traumatu.

Rozvíjení soucitu se sebou se využívá i v rámci některých psychoterapeutických směrů. Příkladem je tzv. Terapie zaměřená na soucit (*Compassion Focused Therapy, CFT*) (Gilbert, 2010a). Pomocí terapie zaměřené na soucit (CFT) se snažili např. Boersma et al. (2014) zmírnit stud, sebekritiku a sociální úzkost u pacientů se sociální úzkostí. Gilbert a Procter (2006) uvádějí příklad tzv. Soucitného tréninku mysli (*Compassionate mind training, CMT*), který cílí na snížení sebekritiky a studu. Další možností je tzv. Dialektická behaviorální terapie (*Dialectical Behavior Therapy, DBT*), která se využívá zejména při terapii hraniční poruchy osobnosti (Koerner & Linehan, 2000). Dle Barnarda a Curry (2011) se sice DBT zaměřuje na rozvoj všímavosti, která je složkou soucitu se sebou, ale výzkumy prokazující její účinnost chybí.

Gilbert et al. (2011) předkládají zajímavý pohled na obtíže, které se mohou vyskytnout v souvislosti se sebesoucitným postojem a jeho rozvojem. Autoři pojednávají o tzv. strachu ze soucitu (*fear of compassion*), jedním z jeho typů je i strach ze soucitu k sobě.

U pacientů s narušeným nebo nejistým attachmentem by měl být dle Braehler a Neff, (2020) nejprve rozvíjen jistý vztah k terapeutovi, aby se pacient naučil důvěřovat a přijímat laskavost od druhého. Až potom bude moci rozvíjet soucit sám k sobě.

Užitečnou intervencí může být také psaní soucitných dopisů sobě samému, což ve studii Swee et al. (2023) snížilo na základě intervenčního programu pocity studu u vysokoškolských studentů. V praxi by se dala tato metoda využít v reakci na zvýšený nárůst psychických obtíží studentů např. v rámci poradenských center univerzit, ale i v rámci středních škol.

Intervence rozvíjející soucit se sebou se nemusí týkat jen klinické populace, mohou být aplikovány rovněž jako prevence například u dětí a dospívajících v rámci školy. Seekis et al. (2023) pozorovali nárůst soucitu se sebou a vyšší odolnost u mladších dospívajících po měsíční intervenci zaměřené na rozvíjení soucitu se sebou. Rozvíjení soucitu se sebou tak ukazuje významný pozitivní efekt.

Dle Naismith et al. (2022) působí intervence zahrnující vizualizaci soucitu se sebou ke zvýšení HRV – srdeční variability u klinické populace, přičemž k nárůstu HRV došlo i u vysoce sebekritických jedinců. Kim et al. (2020) zaznamenali zvýšení parasympatické aktivity na základě kultivace soucitu. Dle Kim et al. (2023) lze HRV považovat za prediktor psychického i fyzického zdraví.

4.6 Metody měření soucitu se sebou

V českém prostředí lze měřit soucit se sebou pomocí tří variant sebeuposuzovacích nástrojů: SCS-CZ, SOCS-S-CZ a SCS-26-CZ. Škála soucitu se sebou – SCS-CZ obsahuje 20 položek a je měřena pomocí Likertovy 5bodové škály (Benda & Reichová, 2016), autorkou původní škály SCS, která obsahuje 26 položek, je Neff (2003b). Alternativou je i česká 26položková verze (SCS-26-CZ) (Benda, 2018). Sussexsko-Oxfordská škála soucitu k sobě – SOCS-S je 20položková metoda, kterou vytvořili autoři Gu et al. (2020). Škála SOCS-S vychází z pěti dimenzí: rozpoznání utrpení, porozumění utrpení, pochopení univerzálnosti utrpení, soucit s trpícím, tolerování nepříjemných pocitů, motivace k jednání a zmírnění utrpení. Český překlad škály SOCS-S-CZ publikoval Benda (2020).

5 VZTAH ATTACHMENTU, SEBEHODNOCENÍ A SOUCITU SE SEBOU V KONTEXTU PSYCHICKÉHO ZDRAVÍ U DOSPÍVAJÍCÍCH

Následující kapitola se nejprve věnuje propojení a souvislostem attachmentu, sebehodnocení a soucitu se sebou v kontextu psychického zdraví. Dále se zabývá rozlišením konceptů sebehodnocení a soucitu se sebou jako možných prediktorů psychického zdraví.

Důležitost zabývání se prediktory psychického zdraví dospívajících v dnešní době podporuje i současný neoptimální psychický stav dětí a dospívajících v České republice. Národní ústav duševního zdraví (2023) prezentuje výsledky monitoringu psychického zdraví žáků 9. tříd v České republice, které poukazují na závažnost psychických obtíží dětí a dospívajících. U 40 % žáků byly zaznamenány příznaky středně těžké až těžké deprese, u 30 % žáků známky úzkosti.

Rané attachmentové zkušenosti mohou mít celoživotní dopad na psychické prožívání jedince a jeho zdraví. Dle Spruit et al. (2020) je nejistá citová vazba prediktorem rozvoje deprese u dětí a dospívajících a dle Silva Filho et al. (2023) se s ní pojí i suicidální jednání v tomto období nebo dle Lam et al. (2019) také úzkost. Celkově lze říci, že nejistý attachment je rizikovým faktorem vzniku psychopatologie (Mikulincer & Shaver, 2012).

Základem bezpečného attachmentu je poskytovaná péče a pocit bezpečí v raném dětství. Dle Van der Kolk (2014) je pocit bezpečí v sociálním kontextu důležitý pro psychické zdraví, s čímž souvisí též neurobiologické poznatky (Schore, 2014; Porges, 2022). Rané zkušenosti mají významný vliv na vývoj mozkových struktur, což uvádí např. neurovývojový model deprese (Lima-Ojeda et al., 2017) nebo neurovývojový pohled na úzkost (Zacharek et al., 2021), který zmiňuji v kapitole 1.8. Luyten a Fonagy (2018) uvádí, že v reakci na stres dochází k aktivaci systému připoutání, přičemž jedinci s úzkostným attachmentem mají tendenci k hyperaktivaci strategií vyhledávání bezpečí. Takto vytvořená hyperaktivace vzniká na základě attachmentového traumatu s primárním pečovatelem a stává se chronickým. Van der Kolk (2014) popisuje procesy amygdaly při ohrožení, které vedou k aktivaci stresových hormonů a ANS, což vede k rychlé aktivaci tělesných reakcí. O

biologických faktorech psychického zdraví a attachmentu blíže pojednává kapitola 1.3 a kapitola 2.4.

Dle Hartera (2006) se na základě vztahu dítěte s pečující osobou, která uspokojuje jeho potřeby utváří pocit vlastní hodnoty. Jak uvádí Zhang et al. (2022), vztahová úzkostnost i vyhýbavost negativně souvisí se sebehodnocením a životní spokojeností. Mikulincer a Shaver (2016) na základě metaanalýz na druhou stranu odhalují nejasnost, zda je nízké sebehodnocení skutečně spojeno se vztahovou vyhýbavostí, přičemž argumentem může být, že pro vyhýbavě připoutané jedince je charakteristické obranné udržování vysokého sebehodnocení.

Zkušenosti z dětství ovlivňují způsob, jak k sobě následně přistupují a jak o sobě přemýšlejí. Následně vytvořený attachmentový styl ovlivňuje schopnost soucítit se sebou. Vyšší soucit se sebou je spojen s větší psychickou pohodou dospívajících (Raque et al., 2023), což uvádí i Ren et al. (2023), kteří vyzdvihují roli vřelého rodičovství a zprostředkující vliv laskavosti k sobě na psychickou pohodu dospívajících.

Mechanismy soucitu k sobě z hlediska attachmentu popisují Braehler a Neff (2020). Soucit se sebou je pro jedince s jistým attachmentem přirozeným, protože se cítí hodni péče a cítí se schopni se o sebe postarat. Zároveň v těžkých situacích nemají zábrany přijmout pomoc od druhého. Úzkostně připoutaní jedinci naopak mívají pocit, že potřebují někoho druhého, aby jim poskytl podporu, ujištění, útěchu a vedení. Vede je k tomu jejich vlastní nedůvěra ve své schopnosti, někdy též neschopnost rozpoznat své potřeby a nedůvěra ve své pocity a taky obavy, že když se o sebe postarají, tak ztratí citové vazby s významnými osobami. U jedinců s vyhýbavým attachmentem naopak existuje přesvědčení, že obrátí-li se pro pomoc k druhému (např. i k terapeutovi), tak selžou, a to v nich vyvolává stud. Navázání terapeutického vztahu je nejobtížnější u jedinců s dezorganizovaným attachmentem, protože pečující postoj terapeuta v nich vyvolává strach a vzpomínky na traumatické zkušenosti z dětství. Jejich intenzivní reakce pramení ze strachu z opakovaného zneužití, které zažívali ve vztahu s pečujícími osobami.

Neff a McGehee (2010) zkoumali soucit se sebou, attachment a další aspekty psychického zdraví u dospívajících a mladých dospělých. Jejich zjištění ukazují, že dívky jsou méně soucitné samy k sobě než chlapci. Soucit se sebou negativně koreloval s úzkostí, depresí, a naopak pozitivně se sociálním zapojením. Významným prediktorem sebesoucitu byla mateřská podpora a dobré rodinné fungování. Jistý typ citové vazby predikoval soucit

se sebou, a naopak úzkostný a dezorganizovaný typ citové vazby předpovídal nízký soucit se sebou. Vyhybavý typ citové vazby se jako jediný ukázal statisticky nesignifikantní.

Velká pozornost je v posledních letech věnována rozlišení soucitu se sebou a sebehodnocení, přičemž se ukazuje, že soucit se sebou má význam pro psychické zdraví a v určitých aspektech je odlišný od sebehodnocení. Dle Neff a Vonka (2009) oba koncepty pozitivně korelují, přičemž jejich společným faktorem je prožívání vůči sobě sama. Podle Fraser et al. (2023) jsou vztahy mezi těmito koncepty obousměrné, sebehodnocení a sebezpřijetí ovlivňuje schopnost být k sobě soucitný, což platí i v opačném směru.

Neff (2023, s. 201) zmiňuje důležité odlišnosti sebehodnocení a soucitu se sebou, který na rozdíl od sebehodnocení nevychází z hodnocení sebe sama, ale je „způsobem, jak se vyjádřit ke stále se měnící zkušenosti toho, kdo jsme, s laskavostí a přijetím – zvláště, když selžeme nebo se cítíme nedostateční“, sebehodnocení je oproti tomu „pozitivní hodnocení vlastní hodnoty“. Neff a Vonk (2009) uvádí, že soucit se sebou je na rozdíl od sebehodnocení méně závislý na dosažených výsledcích a cílech, na základě čehož poskytuje vyšší odolnost a emocionální stabilitu. Má negativní vztah se sociálním srovnáváním. Autoři také předpokládají, že sebesoucitnější jedinci nemají tak vysokou potřebu chránit a posilovat své ego. Společným rysem je však to, že soucit se sebou i sebehodnocení slouží jako prediktory štěstí a optimismu.

Dle Neff (2011) soucit se sebou poskytuje možnost pozitivně se vztahovat k sobě samému i v momentech selhání či nedostatečnosti. Ačkoliv může kladné sebehodnocení přinášet psychickou pohodu, má více nevýhod než soucit se sebou a pokud je příliš vysoké, může být i problematické, pojí se např. s narcismem. Marshall et al. (2015) se zamýšlí nad pocitem bezcennosti v kontextu sebehodnocení a soucitu se sebou. Dle něj se dospívající často setkávají s názorem, že vysoké sebehodnocení vede k úspěchu, což je může vést k tlaku na sebe a netoleranci svých nedokonalostí. Sebesoucit naopak vede k přijetí svých chyb a nedokonalostí, jakožto něčeho, co je součástí nás všech. Pocit vlastní bezcennosti tak v kontextu soucitu se sebou může mít menší negativní dopady na psychické zdraví než sebehodnocení. Dle metanalýz Muris a Otgaar (2023) lze posuzovat sebehodnocení a soucit se sebou jako ochranné doplňující se faktory, které se částečně překrývají a mají vliv na psychické obtíže. Na základě svých analýz vyzývají výzkumníky ke zkoumání ochranného efektu obou faktorů v kontextu psychického zdraví a psychopatologie.

Specifickým protektorem může být schopnost soucítit se sebou a mít zdravé sebehodnocení zejména v dospívání, které je rizikové pro rozvoj psychických poruch a znamená proměnu dítěte v dospělého a ve kterém se musí naučit zvládat stres a výzvy, které život přináší. Soucit se sebou byl zaznamenán ve studii Jonsson a Dennhag (2023) jako protektivní faktor deprese a suicidálních myšlenek u dospívajících, kteří jsou psychiatrickými pacienty.

Výzkumy psychického zdraví v kontextu všech tří možných prediktorů (citové vazby, soucitu se sebou a sebehodnocení) se většinou zabývají pouze určitými aspekty psychického prožívání. Příkladem je studie Bugay et al. (2021) zaměřená na vysokoškolské studenty, která uvádí, že vztahová úzkostnost a sebehodnocení jsou dominantními prediktory ruminace a soucit se sebou hraje zprostředkující roli sebehodnocení a vztahové úzkostnosti a zároveň zmírňuje účinek vztahové vyhýbavosti na ruminaci. Graham (2018) na základě metanalýz konstatuje, že soucit se sebou má v kontextu attachmentu a sebehodnocení nepřímý vliv na depresi a úzkost dospívajících. Výzkumná studie Raque-Bogdana et al. (2011) ukázala, že soucit se sebou a pocit vlastní hodnoty v sociálním kontextu (*mattering*) může zprostředkovat vztah mezi attachmentem a psychickým zdravím, tedy že mechanismem silného vztahu mezi attachmentem a psychickým zdravím je soucit se sebou a tzv. *mattering*. Wei et al. (2011) identifikoval soucit se sebou jako mediátor mezi vztahovou úzkostností a subjektivním well-beingem u vysokoškolských studentů. Ve vztahu k well-beingu dospívajících uvádím studii Li a Jin (2022), která prezentuje sebehodnocení jako zprostředkovatele mezi soucitem se sebou a eudaimonickým well-beingem.

Rozvíjení soucitu se sebou může dle Gilberta (2023) vést ke snížení pocitů zklamání ze sebe, sebekritiky a sebenenávisti. Pomáhá člověku starat se lépe o sebe ve smyslu sebedopory, činit odvážné, ale moudré kroky ve snaze vypořádat se s obtížemi, zmírnit a předejít trápení. Dle Bluth a Clepper-Faith (2023) je tedy u dospívajících potřebné kultivovat soucit se sebou, aby rozvinuli své copingové mechanismy.

Pracovat se dá také na posílení kladného sebehodnocení a vztahu k sobě, což je terapeutickým cílem v celé řadě psychoterapeutických směrů. Na léčení poruchy citové vazby se specificky věnuje například program SAFE (Brisch, 2011) nebo Dyadická vývojová terapie (DDT) (Hughes, 2017).

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Výzkumným problémem je porozumění psychickému zdraví dospívajících z hlediska jeho možných prediktorů a jejich vzájemných souvislostí. Na psychické zdraví má vliv celá řada biologický, psychologických a sociálních faktorů. Příkladem je Van der Kolk (2014), který předkládá souvislost traumatických zážitků a jejich bio-psycho-sociální dopad. Psychické zdraví lze na jedné straně vymezit například z hlediska emocionálního, psychického a sociálního well-beingu (Keyes, 2003) a na straně druhé z pohledu psychických obtíží. Dle World Health Organization (2022) představuje psychické zdraví určité kontinuum. Oslabení psychického zdraví může vést až k rozvoji psychických poruch a zejména v dospívání je k jejich vzniku vyšší vulnerabilita. O současném stavu psychického zdraví a nemocnosti českých dětí a dospívajících informuje Národní ústav duševního zdraví (2023), který zaznamenal vysokou míru depresivních a úzkostných obtíží u dospívajících.

Výzkumná studie si klade za cíl zjistit, jak s psychickým zdravím souvisí attachment, sebehodnocení a soucit se sebou, a které z těchto faktorů jej nejlépe predikují. Z vývojového hlediska na ně lze nahlížet ve směru rozvoje dílčích aspektů od attachmentu přes sebehodnocení až po soucit se sebou, nicméně lze stejně tak předpokládat, že proměnné se vzájemně ovlivňují, s věkem proměňují a rozvíjejí.

S attachmentem souvisí, jakým způsobem jedinci zvládají zátěž, přičemž pro nejisté typy vazeb je charakteristický maladaptivní způsob zvládání (Mikulincer & Shaver, 2016) a rovněž nejistý attachment představuje vulnerabilitu vůči rozvoji psychopatie (Mikulincer & Shaver, 2012). S jistou citovou vazbou pozitivně souvisí jak sebehodnocení dospívajících (Florica et al., 2022), tak soucit se sebou (Neff & McGehee, 2010). Podle Bowlbyho (1988) je sebehodnocení závislé na zkušenostech ve vztahu s pečujícími osobami v raném dětství. Studie Ahrnberg et al. (2021) uvádí souvislost kladného sebehodnocení dospívajících s psychickým zdravím. Vztahová úzkostnost i vyhýbavost negativně koreluje s pozitivním psychickým zdravím a sebehodnocením (Zhang et al., 2022).

Na základě předešlých výzkumů je vhodné položit si otázku, zda by mohl být soucit se sebou významným prediktorem psychického zdraví ve srovnání se sebehodnocením. Dle Neff a Vonk (2009) spolu koncepty pozitivně souvisí, přičemž podle Neff (2011) je soucit se sebou na rozdíl od sebehodnocení nezávislý na sociálním srovnávání, sebeoceňování a

lze jej pocítovat k sobě samému i při prožitcích selhání. Podle Donald et al. (2018) může sebehodnocení fungovat jako předchůdce soucitu se sebou u dospívajících. Jak uvádí Braehler a Neff (2020), potíže v soucítění se sebou mají kořeny v attachmentu a raných zkušenostech. Výzkumy zaměřené na sebehodnocení ve vztahu ke vztahové vyhýbavosti jsou nejednotné. Floricica et al. (2022) však uvádí souvislost úzkostné a vyhýbavé vazby s nižším sebehodnocením.

Nejistý attachment, nízké sebehodnocení i nízký soucit se sebou jsou spojeny s celou škálou psychických obtíží, příkladem je úzkost a deprese (da Silva et al., 2022; Güler, 2022; Zhang et al., 2022). S psychickým zdravím ve smyslu well-beingu souvisí všechny pozitivní složky soucitu se sebou (Xavier et al., 2015). Soucit se sebou negativně souvisí se studem (Benda et al., 2018), který je možno považovat za transdiagnostický faktor psychických obtíží a psychopatologie (Swee et al., 2023) a dle Solomona (2021) vede k aktivaci systému připoutání. Podle Carreiras et al. (2021) jsou chlapani soucitnější se sebou než dívky a dle Mukul et al. (2020) mají také kladnější sebepojetí a vykazují vyšší míru subjektivního psychického zdraví.

6.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je prozkoumat vztahy mezi jednotlivými koncepty – soucitem se sebou, attachmentem, sebehodnocením a psychickým zdravím u dospívajících a zjistit, které z konceptů predikují psychické zdraví. Mezi další cíle patří zjistit vztah mezi soucitem se sebou, sebehodnocením, attachmentem a mírou psychických potíží.

Výzkumné otázky:

1. Jaké jsou vztahy mezi soucitem se sebou, sebehodnocením, attachmentem a psychickým zdravím dospívajících?
2. Které z konceptů (soucit se sebou, sebehodnocení, attachment) predikují psychické zdraví?
3. Jak souvisí soucit se sebou, sebehodnocení, attachment a psychopatologické symptomy?

7 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

V následující kapitole popisují vybrané psychodiagnostické nástroje, které byly použity pro účely této studie. Dále zde předkládám znění doplňujících otázek, které sloužily pro získání širšího spektra informací.

7.1 Výzkumné metody

Výzkumná baterie se skládala ze 7 testových metod a několika doplňujících položek a otázek. V rámci magisterské diplomové práce bylo použito 5 ze 7 metod, jelikož se jednalo o širší projekt, 2 zbývající metody byly použity v rámci jiné studie.

V úvodní části bylo několik položek týkajících se demografických charakteristik:

- Věk, pohlaví, kraj
- Typ navštěvované školy, ročník studia
- Počet sourozenců
- Typ bydlení (byt – rodinný dům – jiné)
- Místo reálného bydliště podle počtu obyvatel
- Nejvyšší vzdělání matky a otce

Dále byly v úvodní části obsaženy dvě položky, které soužily ke zjištění, zda je respondent v psychologické péči a zda užívá psychiatrickou medikaci.

Jednalo se o následující výzkumné metody, které jsou v dalších podkapitolách blíže popsány:

- Škála soucitu se sebou (SCS-CZ)
- Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES)
- Dotazník duševního zdraví – Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF)
- Symptom-Checklist-90-Standard (SCL-90-S)
- Experiences in Close Relationships Scale (ECR-CZ)

7.1.1 Škála soucitu se sebou – SCS-CZ

Škála soucitu se sebou (SCS-CZ) je sebeposuzovací 20položková metoda (Benda & Reichová, 2016), která vznikla zkrácením původní 26položkové verze SCS (Neff, 2003b). Položky jsou rozloženy do 6 subškál, kterými jsou: laskavost k sobě (4 položky), sebeodsuzování (4 položky), lidská sounáležitost (2 položky), izolace (4 položky), všímavost (2 položky) a přílišné ztotožnění (4 položky). Vnitřní konzistence metody je dobrá, Cronbachovo $\alpha = 0,89$. Položky jsou hodnoceny na 5bodové Likertově škále podle následující stupnice téměř nikdy; málokdy; někdy; často; velmi často, téměř vždy. Položky subškál sebeodsuzování, izolace a přílišné ztotožnění jsou reverzní. Sečtení skóre všech položek představuje hrubý skóre. Autoři udávají též percentilové hodnoty. Podle původní verze se celkové skóre vypočítá jako součet průměrů jednotlivých subškál, autoři Benda a Reichová (2016) však používají jako celkové skóre součet skóre všech položek.

Příklad položek:

- „Když selžu v něčem, co je pro mě důležité, zahltí mě pocity vlastní nedostatečnosti.“
- „Když se s něčím opravdu potýkám, mívám pocit, že druzí lidé to určitě zvládají lépe.“

7.1.2 Rosenbergova škála sebehodnocení – RSES

Rosenbergova škála sebehodnocení – RSES (Rosenberg's Self Esteem Scale) je sebeposuzovací metoda Rosenberga (1965), kterou adaptoval do českého jazyka Blatný a Osecká (1994). Metoda obsahuje 10 položek, které jsou hodnoceny na 4bodové škále naprosto souhlasím (3) – souhlasím (2) – nesouhlasím (1) – naprosto nesouhlasím (0). Maximální hrubé skóre, které lze získat je 30, minimální je 0, přičemž vyšší hodnota poukazuje na vyšší sebehodnocení. Pro účely mé výzkumné studie byly hodnotící škály upraveny do opačného pořadí, aby korespondovaly s hodnotícími škálami ostatních použitých metod. Reverzní položky je potřeba překódovat.

Příklad položky:

- „Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.“

7.1.3 Experiences in Close Relationships Scale – ECR-CZ

Psychometrický sebeposuzovací nástroj ECR-CZ slouží k měření citové vazby. Jedná se o metodu mírně zkrácené psychometricky upravené 36položkové verze ECR a skládá se z 31 položek. ECR-CZ obsahuje 2 dimenze, kterými jsou vztahová úzkostnost a vztahová

vyhýbavost. Na rozdíl od verze ECR neobsahuje ECR-CZ položky 19, 21, 24 a také 35 (Seitl et al., 2016). Výhodou ECR-CZ oproti ECR jsou české normy i pro dospívající od 13 let věku (Střelec et al., 2017). Dle Seitla et al. (2016) má ECR-CZ dobrou vnitřní konzistenci i stabilitu v čase. Cronbachovo α pro vztahovou vyhýbavost i vztahovou úzkostnost je 0,86. Jedná se o metodu, která je měřena pomocí Likertovy škály od 1 (naprosto nesouhlasím) do 7 (naprosto souhlasím). Metoda obsahuje reverzní položky, které je potřeba překódovat. Pro zjištění míry vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti je potřeba převést hrubé skóry pomocí lineární transformace na Z-skóry a T-skóry. V případě potřeby zjištění typu attachmentu je doporučeno použít jako cut-off score střední hodnotu + 1 SD. Hodnoty T-skóru 61 a více značí některou z nejistých vazeb. Pokud činí T-skóry 61 a více na obou škálách, jedná se o dezorganizovaný attachment, pokud pouze na škále vztahové úzkostnosti, jedná se o úzkostný attachment a pokud pouze na škále vztahové vyhýbavosti, jedná se o vyhýbavý attachment.

Příklad položek:

- „Raději neukazuji druhým lidem, jak se opravdu cítím.“
- „Často si přeji, aby moji blízcí přátelé ke mně cítili stejně silné city, jako já k nim.“

7.1.4 Mental Health Continuum – Short Form – MHC-SF

Autorem metody měření psychického zdraví pomocí kontinua MHC je Keyes (2002). Zkrácená 14položková sebesupozovací metoda *Mental Health Continuum – Short Form* (Keyes, 2005; Keyes, 2009) vychází z původní 40položkové verze *Mental Health Continuum – Long Form (MHC-LF)* (Keyes, 2002). Psychometrické charakteristiky verze MHC-SF zkoumal Lamers et al. (2011), přičemž se ukázalo, že metoda má dobrou realibilitu, Cronbachovo $\alpha = 0,89$. Český překlad zkrácené metody provedla doc. Slezáčková (nepublikováno).

Kontinuum psychického zdraví se podle Keyese (2002) skládá ze tří složek: psychické pohody (*psychological well-being*), sociální pohody (*social well-being*) a emocionální pohody (*emotional well-being*).

Metoda MHC-SF tak obsahuje 3 subškály a zahrnuje 14 položek, které jsou hodnoceny na 6bodové Likertově škále od 0 do 5, přičemž 0 = nikdy, 1 = 1x nebo 2x za měsíc, 2 = asi jednou týdně, 3 = 2x nebo 3x týdně, 4 = skoro každý den a 5 = každý den. Subškála emocionální pohody zahrnuje 3 položky (spokojenost se životem, zájem, pozitivní

afekt), subškála sociální pohoda 5 položek (sociální přínos, sociální integrace, sociální aktualizace, sociální akceptace, sociální soudržnost) a subškála psychická pohoda 6 položek (sebepřijetí, zvládání prostředí, pozitivní vztahy, osobní růst, autonomie a životní účel). Na základě skóre v jednotlivých dimenzích lze identifikovat míru psychického zdraví. Jedná se o 3 kategorie:

- Optimální prospívání (*flourishing*)
- Průměrně duševní zdraví (*moderate mental health*)
- Chřadnoucí duševní zdraví (*languishing*)

Celkové maximální skóre je 70, minimální je 0. Pro určení kategorie psychického zdraví je potřeba identifikovat v jakých subškálách respondent skóroval. Hédonická pohoda obsahuje položky emocionální pohody a eudaimonická pohoda obsahuje položky psychické a sociální pohody. Pro kategorii optimálního prospívání je potřeba, aby respondent skóroval v položkách hédonické pohody minimálně 1x hodnotu 4 nebo 5 a zároveň v sekci eudaimonické pohody minimálně 6x 4 nebo 5. Naopak pokud respondent skóruje v položkách hédonické pohody minimálně 1x hodnotu 0 nebo 1 a zároveň v sekci eudaimonické pohody minimálně 6x 0 nebo 1, klasifikujeme chřadnoucí duševní zdraví. Respondenti, kteří neskórují ani v jedné kategorii řadíme do kategorie průměrné duševní zdraví (Keyes, 2009).

7.1.5 Symptom-Checklist-90®-Standard – SCL-90®-S

Symptom-Checklist-90-Standard (Franke, 2014) je sebeposuzovací metoda sloužící ke zjištění intenzity psychické zátěže a lze ji administrovat osobám starším 12 let. Autorkou české verze je Pulkrabková (2020). Tento nástroj slouží ke zjišťování výskytu psychopatologických symptomů a celkem obsahuje 9 škál: agresivita/hostilita (AGR/HOS, 6 položek), úzkost (ANX, 10 položek), deprese (DEP, 13 položek), paranoidní myšlení (PAR, 6 položek), fobická úzkost (FOB, 7 položek), psychoticismus (PSY, 10 položek), somatizace (SOM, 12 položek), nejistota v sociálním kontaktu (INT, 9 položek) a kompulzivita (OBS, 10 položek). SCL-90-S obsahuje kromě těchto škál také 7 doplňkových položek, které se týkají např. spánku, chuti k jídlu.... Pro vyhodnocení metoda disponuje třemi globálními indexy: GSI (celková psychická zátěž), PSDI (intenzita odpovědí) PST (počet symptomů, ve kterých byla zaznamenána zátěž).

7.2 Doplnující otázky

Kromě zmíněných psychometrických nástrojů jsem dále využila možnosti několika doplňujících položek a otázek vlastní konstrukce. Tyto položky navazovaly na předchozí metody, v některých jsem se zaměřila také na informovanost ohledně psychického zdraví. Možnost odpovědět na tyto položky a otázky byla na dobrovolné bázi a zejména pro respondenty, kterým zbyl ještě čas po vyplnění všech psychometrických nástrojů.

Doplňující položky byly následující:

1. Bývám zmatený/á z toho, jak se cítím a nevím si se sebou rady.
2. Ve svém životě mám člověka, na kterého se můžu obrátit, když se necítím psychicky dobře.
3. Mám dostatek informací o psychickém zdraví a způsobech, jak pracovat se svými emocemi a myšlenkami.
4. Připadá mi důležité starat se o své psychické zdraví.
5. Chtěl/a bych se dozvědět více o tom, jak se svou psychikou pracovat.

Instrukce: Nakolik pro Vás platí následující tvrzení? Svou odpověď **zakroužkujte** podle uvedené škály 1 až 4. Přičemž 1 = naprosto nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = souhlasím, 4 = naprosto souhlasím.

Na závěr výzkumné baterie byl vytvořen prostor pro respondenty k vlastnímu zamyšlení se nad tím, co by se chtěli v rámci péče o své psychické zdraví naučit nebo dozvědět a co by sami pro sebe mohli udělat, aby se cítili psychicky lépe. Cílem bylo podnícení přemýšlení studentů nad vlastní sebedpěčí v rámci psychického zdraví. Odpovědi na tyto otázky nebudou v této práci zahrnuty.

7.3 Formulace hypotéz ke statistickému testování

Hypotézy, které se vztahují k výzkumné otázce č. 1:

H1: Psychické zdraví (MHC-SF) negativně souvisí se vztahovou vyhýbavostí (ECR-CZ) dospívajících.

H2: Psychické zdraví (MHC-SF) negativně souvisí se vztahovou úzkostností (ECR) dospívajících.

H3: Psychické zdraví (MHC-SF) pozitivně souvisí se sebehodnocením (RSES) dospívajících.

H4: Psychické zdraví (MHC-SF) pozitivně souvisí se soucitem se sebou (SCS-CZ) dospívajících.

H5: Vztahová úzkostnost (ECR-CZ) negativně souvisí se sebehodnocením (RSES) dospívajících.

H6: Vztahová vyhýbavost (ECR-CZ) negativně souvisí se sebehodnocením (RSES) dospívajících.

H7: Vztahová úzkostnost (ECR-CZ) negativně souvisí se soucitem se sebou (SCS-CZ) u dospívajících.

H8: Vztahová vyhýbavost (ECR-CZ) negativně souvisí se soucitem se sebou (SCS-CZ) u dospívajících.

H9: Sebehodnocení (RSES) pozitivně souvisí se soucitem se sebou (SCS-CZ) u dospívajících.

Hypotézy, které se vztahují k výzkumné otázce č. 2:

H10: Vyšší míra vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti (ECR-CZ) predikují nižší míru psychického zdraví (MHC-SF) při kontrole pohlaví, sebehodnocení (RSES) a soucitu se sebou (SCS-CZ).

H11: Vyšší míra sebehodnocení predikuje vyšší míru psychického zdraví (MHC-SF) při kontrole pohlaví, vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti (ECR-CZ) a soucitu se sebou (SCS-CZ).

H12: Vyšší míra soucitu se sebou predikuje vyšší míru psychického zdraví (MHC-SF) při kontrole pohlaví, vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti (ECR-CZ) a sebehodnocení (RSES).

Hypotézy, které se vztahují k výzkumné otázce č. 3:

H13: Celková psychická zátěž (GSI) pozitivně souvisí se vztahovou úzkostností (ECR-CZ) dospívajících.

H14: Celková psychická zátěž (GSI) pozitivně souvisí se vztahovou vyhýbavostí (ECR-CZ) dospívajících.

H15: Celková psychická zátěž (GSI) negativně souvisí se sebehodnocením (RSES) dospívajících.

H16: Celková psychická zátěž (GSI) negativně souvisí se soucitem se sebou (SCS-CZ) dospívajících.

H17: Celková psychická zátěž (GSI) negativně souvisí s psychickým zdravím (MHC-SF) dospívajících.

Vedlejší hypotézy:

H18: Mezi pohlavími existuje rozdíl v psychickém zdraví (MHC-SF) dospívajících.

H19: Mezi pohlavími existuje rozdíl v sebehodnocení (RSES) dospívajících.

H20: Mezi pohlavími existuje rozdíl v soucitu se sebou (SCS-CZ) dospívajících.

H21: Mezi pohlavími existuje rozdíl ve vztahové úzkostnosti (ECR-CZ) dospívajících.

H22: Mezi pohlavími existuje rozdíl ve vztahové vyhýbavosti (ECR-CZ) dospívajících.

H23: Mezi pohlavími existuje rozdíl v celkové psychické zátěži (GSI) dospívajících.

8 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

V této kapitole se zaměřuji na způsob sběru dat, výzkumný soubor, etické hledisko výzkumu a ochranu soukromí.

8.1 Sběr dat

Sběr dat byl proveden v období od března 2023 do listopadu 2023 s výjimkou školních prázdnin. Samotnému výzkumnému šetření předcházelo sestrojení dotazníku a následná pilotáž.

Pro zajištění vysoké reprezentativnosti výzkumného souboru jsem zvolila náhodný částečně stratifikovaný a skupinový výběr. Jednotlivé školy byly náhodně vygenerovány podle krajů a typů školy. Celkem jsem oslovila 50 škol, z toho 37 škol účast na výzkumné studii odmítlo, ve většině případů se jednalo o nedostatek časového prostoru k realizaci výzkumné studie.

Školy byly oslovovány postupně podle pořadí vylosování od února 2023 do října 2023. Nejprve jsem poslala žádost o spolupráci na výzkumné studii ředitelům škol prostřednictvím e-mailu. Následně jsem v dalších krocích kontaktovala tyto školy také telefonicky.

Žádost o spolupráci ve výzkumné studii obsahovala informace o studii, záměrech výzkumu, způsobu sběru dat a metodách, které jsou ve výzkumu použity. Výzkum probíhal prostřednictvím dotazníkového šetření formou tužka-papír. Na každou školu jsem se osobně dostavila a za mé přítomnosti probíhala veškerá administrace dotazníků.

Součástí sběru dat byla také základní edukace studentů ohledně psychického zdraví a poskytnutí informačních materiálů. Tyto informační materiály obsahovaly kontakty na psychickou pomoc, vysvětlení rozdílů mezi klinickým psychologem, psychoterapeutem a psychiatrem, dále zde byly konkrétní tipy k lepší psychické pohodě. Tento edukační materiál byl vytvořen za účelem této studie.

Na každé škole jsem sbírala data v 1.-4. ročnících studia v případě maturitních oborů, v případě učebních oborů se jednalo o 1.-3. ročníky. V 2 případech mi byly poskytnuty

pouze 1.-3. ročníky maturitních oborů z důvodu přípravy studentů na maturitní zkoušky. Ve většině se však jednalo o 3 až 4 ročníky na každé škole.

Sběr dat na samotných školách probíhal podle následujícího jednotného postupu. Studenti byli seznámeni s výzkumem a jeho cíli a byli poučeni o dobrovolnosti účasti na výzkumu a jeho anonymitě. Administrace dotazníků pak probíhala na základě informovaného souhlasu studentů, přičemž studenti měli možnost se doptat na případné nejasnosti. Na některých školách byl ze strany vedení školy vyžadován také informovaný souhlas rodičů, který byl předem předán rodičům studentů.

Poté následovala samotná administrace dotazníků studentům. Po dokončení administrace následovala krátká edukace studentů ohledně psychického zdraví a poskytnutí informačních materiálů studentům. Informační materiály byly se souhlasem ředitelů školy také rozeslány studentům elektronicky. Celková administrace dotazníků spolu s edukací trvala jednu vyučovací hodinu v jedné třídě.

V případě sběru dat na jedné střední škole byla na požádání ředitele školy domluvena i edukace ohledně psychického zdraví, která samostatně trvala 1 vyučovací hodinu. Přednášku jsem vytvořila na míru této věkové skupině a osobně ji uskutečnila.

Studentům na všech středních školách jsem nabídla možnost nechat si zaslat na svůj e-mail výslednou diplomovou práci. Této možnosti využilo téměř 40 % studentů, několik vyučujících, výchovných poradců a školních psychologů.

8.2 Výzkumný soubor

Ve školním roce 2022/23 bylo v České republice 1294 středních škol a 463 200 žáků. V Praze se vzdělávalo z celkového počtu 16 % žáků, v Moravskoslezském kraji 10,9 % žáků, v Jihomoravském kraji 10,8 % žáků a na Vysočině 5,0 % žáků. Ve středním odborném vzdělávání s maturitní zkouškou studovalo 46,4 % žáků, na gymnáziích 29,3 % žáků, ve středním vzdělávání s výučním listem 20,5 % žáků a na nástavbovém studiu 3,1 % žáků (Český statistický úřad, 2023).

Pro potřeby výzkumné studie byly vybrány čtyři kraje s ohledem na jejich charakteristiky tak, aby co nejlépe reprezentovaly celou Českou republiku. Jednalo se o Moravskoslezský kraj, Vysočinu, Jihomoravský kraj a Prahu.

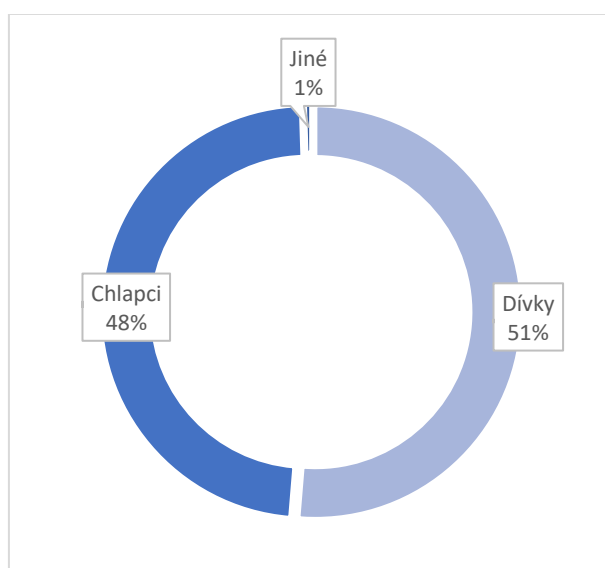
Výzkumu se v konečném počtu zúčastnilo 13 škol ze 4 krajů České republiky. Výzkumný soubor se skládá z žáků středních odborných škol, tak čtyřletých i víceletých gymnázií včetně jazykových i sportovních tříd, tak i středních odborných učilišť i nástavbového studia. Z hlediska zaměření se jednalo o širokou škálu oborů. Věkově se jedná o dospívající ve věku 15 až 19 let, kteří jsou studenty středních škol v prvním až čtvrtém ročníku, v případě nástavbového studia byli respondenti řazeni pod čtvrtý ročník, který odpovídá této věkové kategorii. Žáci starší 19 let byli z výzkumného souboru vyřazeni.

Počty respondentů v jednotlivých krajích a typech škol se liší vzhledem k různému počtu studentů na školách a typech oborů. V několik málo jednotkách studenti odmítli z osobních důvodů účast ve výzkumné studii anebo nezvládli testovou baterii vyplnit z důvodu nedostatečné motivace. Z původních 1089 respondentů bylo 42 respondentů potřeba vyřadit buď kvůli neúplnému vyplnění testové baterie nebo nevalidním odpovědím. Vyplnění dotazníku bylo pro některé studenty náročné vyplnit z důvodu specifických poruch učení nebo jiných znevýhodnění, na základě čehož potřebovali delší časových prostor, ten však ve většině případech nebylo možné prodloužit. Dalších 14 respondentů bylo vyřazeno z důvodu vyššího věku než 19 let. Z celkových 13 škol, kde probíhal sběr dat, 5 studentů odmítlo účastnit se výzkumné studie.

Výzkumný soubor tvoří 1033 žáků z celkem 49 tříd. Z hlediska rozložení podle pohlaví se jedná o 51,3 % dívek a 48,2 % chlapců, 0,5 % bylo zařazeno do kategorie jiné, což reprezentuje graf č. 1.

Graf 1

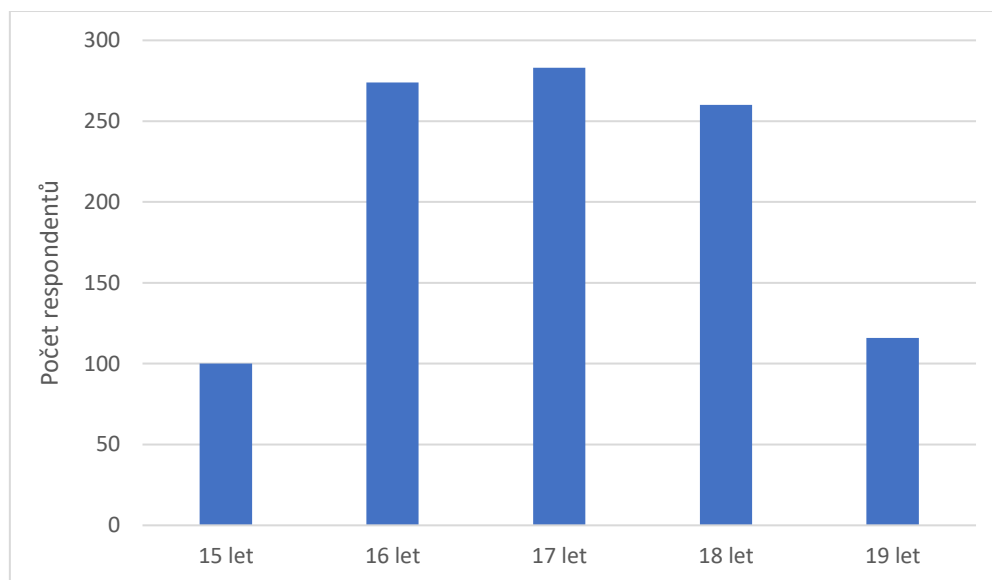
Zastoupení respondentů podle pohlaví (n = 1033)



Věkový průměr respondentů byl 17,02 let (SD = 1,16), modus 17,00 a medián 17,00. Věkové rozložení reprezentuje graf č. 2.

Graf 2

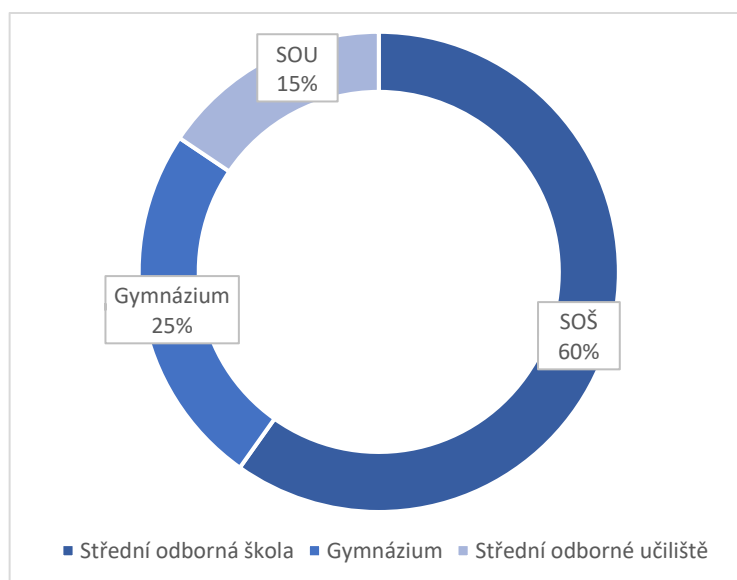
Věkové rozložení výzkumného souboru (n = 1033)



59,8 % žáků se vzdělávalo ve středním vzdělání s maturitní zkouškou včetně nástavbového studia, 15,6 % žáků se vzdělávalo ve středním vzdělání s výučním listem a 24,6 % žáků se vzdělávalo na gymnáziích, což uvádí graf č. 3. Rozložení souboru z hlediska studovaného ročníku znázorňuje graf č. 4.

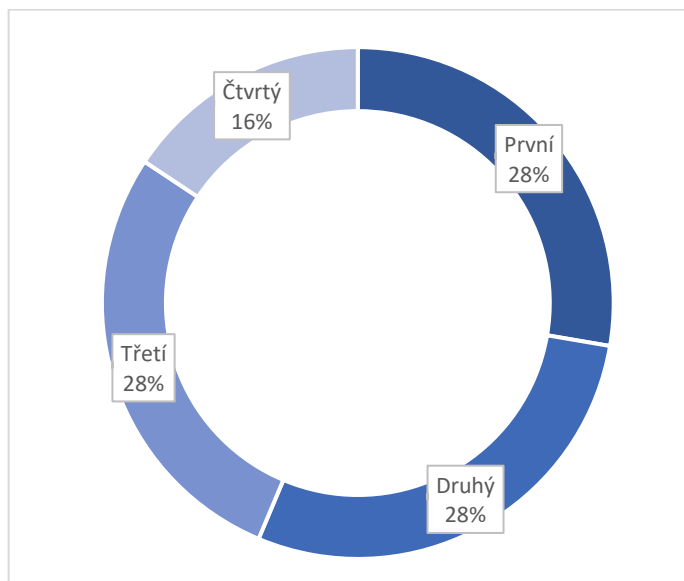
Graf 3

Rozdělení výzkumné souboru podle typu studované školy (n = 1033)



Graf 4

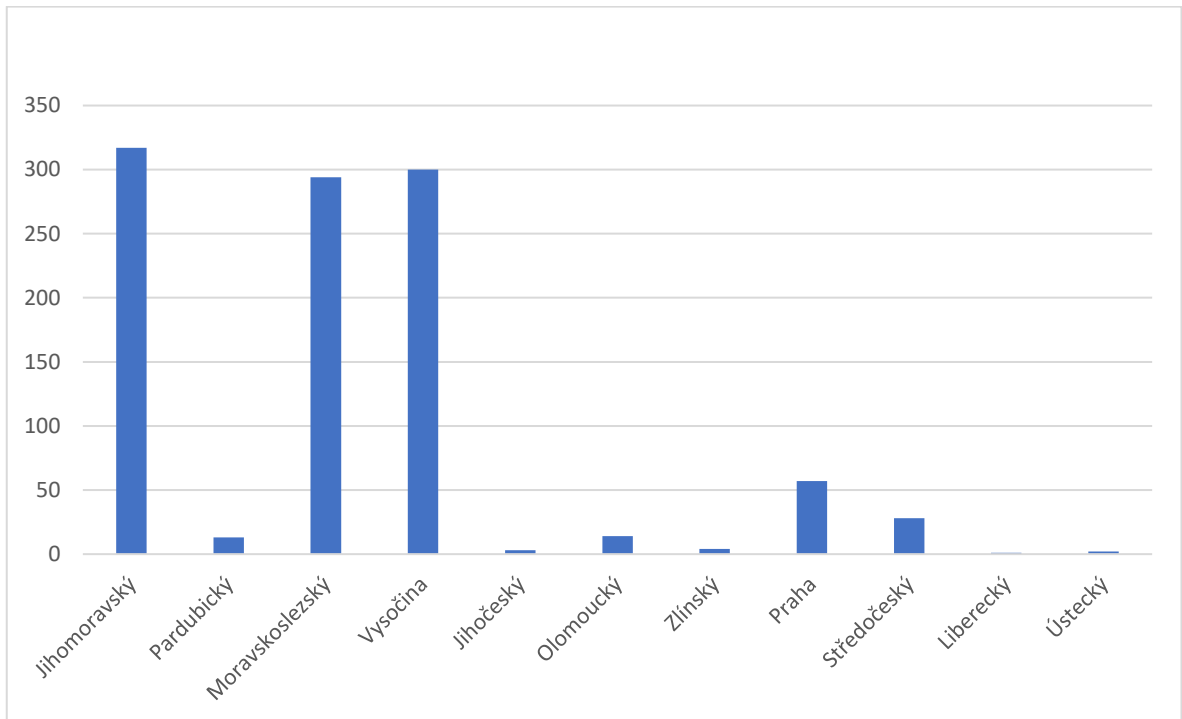
Rozdělení výzkumné souboru podle ročníku studia střední školy (n = 1033)



Z hlediska zastoupení podle místa bydliště nejvíce respondentů žilo v Jihomoravském kraji (n = 317; 30,69 %), dále na Vysočině (n = 300; 29,04 %), v Moravskoslezském kraji (n = 294; 28,46 %), v Praze (n = 57; 5,52 %) a Středočeském kraji (n = 28; 2,71 %). Ostatní respondenti uvedli, že žijí v kraji Olomouckém, Pardubickém, Zlínském, Jihočeském, Ústeckém a Libereckém. Rozložení krajů, ve kterých respondenti žijí znázorňuje graf č. 5.

Graf 5

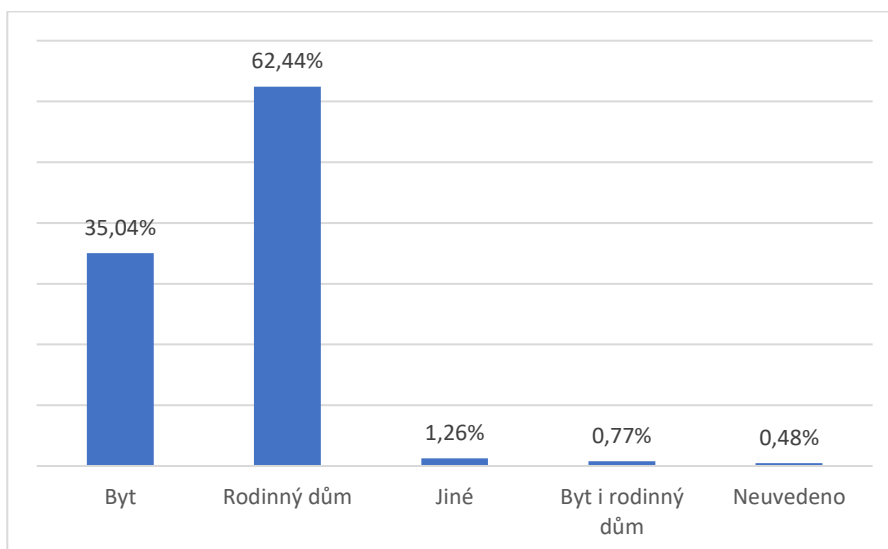
Rozdělení výzkumného souboru podle kraje bydliště (n = 1033)



Zastoupení respondentů podle typu bydlení znázorňuje graf č. 6 v procentech, nejvíce dospívajících uvedlo, že žije v rodinném bytě, někteří respondenti uvedli bydlení v bytě i v rodinném domě, jelikož pobývají ve střídavé péči.

Graf 6

Procentuální rozdělení výzkumného souboru podle typu bydlení (n = 1033)



Dále jsem zjišťovala, zda respondenti dochází k psychologovi nebo užívají psychiatrické léky. 8,2 % dospívajících uvedlo, že jsou v péči psychologa, 2,1 %

respondentů položku vynechalo. 5,8 % dospívajících uvedlo, že užívá psychiatrické léky, 4,9 % respondentů položku nezodpovědělo.

Vzhledem k tomu, že studenti SŠ obvykle žijí stále se svými rodiči, zjišťovala jsem také nejvyšší dosažené vzdělání jejich rodičů. Dospívající uvedli vzdělání své matky takto: maturitní (44,53 %), vysokoškolské (29,82 %), s výučním listem (21,59 %), základní (2,81 %). 1,26 % respondentů nejvyšší vzdělání své matky neuvedlo. Nejvyšší vzdělání svého otce uvedli dospívající takto: s výučním listem (25,91 %) maturitní (32,14 %), vysokoškolské (26,72 %) a základní (1,74 %). 3,48 % respondentů nejvyšší vzdělání svého otce neuvedlo.

Poslední zkoumanou demografickou charakteristikou byl počet sourozenců. Nejvíce dospívajících uvedlo, že má jednoho sourozence (51,11 %), dále dva sourozence (22,27 %) anebo žádného sourozence (9,87 %). Tři sourozence uvedlo 8,91 % dospívajících, čtyři sourozence 3,10 % dospívajících a pět a více sourozenců uvedlo 2,52 % respondentů. 2,53 % dospívajících tuto položku nezodpovědělo.

8.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

V rámci výzkumné studie byly dodrženy všechny etické zásady a zásady ochrany zpracování údajů. Účast na výzkumné studii byla na zcela dobrovolné bázi a na základě informovaného souhlasu studentů, který je u studentů starších 15 let postačující, přičemž všichni respondenti byli starší 15 let.

V rámci sběru dat byl ze strany jedné střední školy vznesen požadavek na informovaný souhlas od rodičů studentů. V tomto případě jsme na základě vnitřních norem školy získali souhlas nejen od studentů, ale také od jejich zákonných zástupců.

Informovaný souhlas pro studenty obsahoval základní informace o výzkumu, cílech a využití získaných dat. Bylo zde zdůrazněno, že veškerá získaná data jsou anonymní, poskytována dobrovolně a na základě zákona o GDPR. V informovaném souhlasu byla také informace, že respondenti mohou kdykoli během administrace svůj souhlas s účastí ve výzkumu zrušit. V případě jedné studentky byla tato možnost využita a data nebyla ve výzkumu použita.

Informace ohledně výzkumné studie byly studentům předneseny verbálně mnou samotnou na začátku administrace. Studenti pak měli dostatek času si informovaný souhlas sami přečíst a byli vyzváni k případným dotazům. Všechny dotazy byly zodpovězeny.

Po administraci dotazníkové baterie byly studentům poskytnuty informace ohledně psychické pomoci a zprostředkovány kontakty, kam se mohou obrátit v případě psychických obtíží.

9 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Pro analýzu dat jsem přepsala veškerá data z vytištěných dotazníků výzkumné baterie do počítačové podoby, konkrétně do programu Microsoft Excel, přičemž data byla také pročištěna. Vzhledem k některým vynechaným položkám byly chybějící hodnoty imputovány na základě řádkového průměru položek po překódování reverzních položek. Při imputaci jsem zvolila kritérium, aby počet vynechaných položek v rámci škály dosahoval maximálně 10-15 %. V případě překročení tohoto kritéria byl záznam respondenta zcela vymazán.

Data byla zpracována pomocí korelační analýzy a lineární regresní analýzy. Lineární regresní analýzu jsem zvolila na základě zkoumání více než dvou nezávislých proměnných s cílem odhalit prediktivní vztahy. Závislou proměnnou představuje psychické zdraví, nezávislé proměnné (prediktory) tvoří pohlaví, attachment, sebehodnocení a soucit se sebou. Doplňující položky byly zpracovány kvantitativně.

Při výpočtu vnitřní konzistence pomocí Cronbachova koeficientu alfa jsem zjistila, že všechny použité metody (SCS-CZ, RSES, MHC-SF, SCL-90-S a ECR-CZ) mají dobrou vnitřní konzistenci, která je vyšší než 0,7, což reprezentuje tabulka č. 1, v prvním sloupci α jsou zobrazeny hodnoty mého výpočtu a ve druhém sloupci α uvádím některé hodnoty vnitřní konzistence dle autorů českých adaptací metod.

Tabulka 1

Vnitřní konzistence jednotlivých metod podle Cronbachova koeficientu alfa

	α	α (česká adaptace dle autorů)
SCS-CZ	0.78	0.89
RSES	0.73	
MHC-SF	0.90	0.87
SCL-90-S	0.98	
ECR-CZ – vztahová vyhýbavost	0.82	0.86
ECR-CZ – vztahová úzkostnost	0.88	0.86

Dále jsem testovala normalitu rozložení jednotlivých proměnných, přičemž jsem použila testování pomocí Kolmogorov-Smirnova testu. U proměnných SCS-CZ, RSES, MHC-SF, SCL a ECR-CZ škály vztahové úzkostnosti byla porušena normalita rozdělení ($p < 0,05$). Pouze u ECR-CZ škály vztahové vyhýbavosti byla normalita rozložení zachována. Na základě rozsáhlého výzkumného souboru ($n = 1033$) a přihlídnutí k rozložení dle histogramů, špičatosti a šikmosti jsem se rozhodla použít parametrické testy.

9.1 Deskriptivní charakteristiky proměnných

Dále zde popisují deskriptivní charakteristiky jednotlivých proměnných v následujícím pořadí: ECR-CZ, MHC-SF, RSES, SCS-CZ, SCL-90-S.

Tabulka č. 2 uvádí popisné charakteristiky vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti dle nástroje ECR-CZ, přičemž průměr vztahové úzkostnosti ($M = 4,29$) je vyšší než průměr vztahové vyhýbavosti ($M = 3,82$). V tabulce jsou dále uvedeny popisné charakteristiky psychického zdraví podle MHC-SF a jeho subškály (psychická pohoda, emocionální pohoda, sociální pohoda) a dále popisné charakteristiky Rosenbergovy škály sebehodnocení.

Tabulka 2

Deskriptivní charakteristiky škál vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti (ECR-CZ), škál psychického zdraví (MHC-SF) a Rosenbergovy škály sebehodnocení (RSES) u dospívajících ($n = 1033$)

	M	Med.	Min.	Max.	SD	Šikmost	Špičatost
Vztahová úzkostnost	4.25	4.29	1.00	6.82	1.04	-0.27	-0.01
Vztahová vyhýbavost	3.82	3.86	1.00	6.79	0.97	0.04	-0.02
MHC-SF	33.71	33.00	4.00	69.00	13.39	0.01	-0.76
Soc. pohoda	8.49	8.00	0.00	24.00	4.95	0.42	-0.44
Emoc. pohoda	9.45	10.00	0.00	15.00	3.39	-0.49	-0.49
Psych. pohoda	15.78	16.00	1.00	30.00	6.82	-0.06	-0.88
RSES	26.03	26.00	11.00	40.00	4.42	-0.12	0.32

Pozn.: N (počet) = 1033; M = průměr; Med. = medián; Min. = minimum; Max. = maximum; SD = směrodatná odchylka

Jednotlivé typy citové vazby byly zjištěny pomocí lineární transformace a norem (postup uveden v kap. 7.1.3), které se vztahují k věkové skupině dospívajících 13 až 18 let a 19 až 25 let a s ohledem na pohlaví. Rozdělení typu attachmentu ve výzkumném souboru dospívajících znázorňuje tabulka č. 3, na základě, které lze interpretovat, že nejvíce dospívajících má jistou citovou vazbu, dále 18 % má vyhýbavou citovou vazbu, necelých 11 % úzkostnou citovou vazbu a téměř 4 % vazbu dezorganizovanou.

Tabulka 3

Rozdělení výzkumného souboru podle typu attachmentu (ECR-CZ) (n = 1033)

	N	%
Jistý typ	694	67.18
Úzkostný typ	112	10.84
Vyhýbavý typ	189	18.30
Dezorganizovaný typ	38	3.68

Pozn.: N = počet

Popisné charakteristiky Škály soucítu se sebou (SCS-CZ) a jejich subškál jsou uvedeny v tabulce č. 4.

Tabulka 4

Deskriptivní charakteristiky Škály soucitu se sebou (SCS-CZ) a jednotlivých subškál u dospívajících (n = 1033)

	M	Med.	Min.	Max.	SD	Šikmost	Špičatost
SCS-CZ	56.69	57.00	21.00	89.00	10.71	-0.17	-0.25
Laskavost k sobě (SK)	9.91	10.00	4.00	20.00	3.52	0.36	-0.34
Sebeodsuzování (SJ)	12.17	12.00	4.00	20.00	3.29	0.01	-0.49
Sounáležitost (CH)	4.72	4.00	1.00	10.00	2.10	0.43	-0.68
Izolace (I)	12.10	12.00	4.00	20.00	3.95	-0.03	-0.82
Všímavost (M)	6.00	6.00	2.00	10.00	1.87	0.01	-0.55
Přílišné ztotožnění (OI)	11.80	12.00	4.00	20.00	3.53	0.09	-0.62

Pozn.: N = počet; M = průměr; Med. = medián; Min. = minimum; Max. = maximum; SD = směrodatná odchylka

Popisné charakteristiky SCL-90-S uvádí tabulka č. 5 s celkovou psychickou zátěží (GSI) a následně jednotlivé psychopatologické symptomy (agrese/hostilita, úzkost, deprese, paranoidní myšlení, fobická úzkost, psychoticismus, somatizace, nejistota v sociálním kontaktu, kompulzivita a doplňkové položky).

Tabulka 5

Deskriptivní charakteristiky Symptom-Checklist-90®-Standard (SCL-90-S) u dospívajících (n = 1033)

	M	Med.	Min.	Max.	SD	Šikmost	Špičatost
GSI (SCL-90-S)	108.44	101.00	2.00	287.00	61.58	0.51	-0.41
SCL_AGR/HOS	7.87	7.00	0.00	24.00	5.60	0.69	-0.26
SCL_ANX	13.74	12.00	0.00	40.00	8.90	0.55	-0.50
SCL_DEP	19.51	18.00	0.00	51.00	12.19	0.39	-0.75
SCL_PAR	8.48	8.00	0.00	23.00	5.12	0.36	-0.59
SCL_FOB	5.63	4.00	0.00	26.00	5.66	1.31	1.22
SCL_PSY	9.63	8.00	0.00	38.00	7.91	0.82	0.04
SCL_SOM	12.13	10.00	0.00	46.00	9.77	0.91	0.24
SCL_INT	13.83	13.00	0.00	36.00	8.49	0.37	-0.75
SCL_OBS	17.27	16.00	0.00	40.00	8.43	0.25	-0.66
Doplňkové položky	8.56	7.00	0.00	28.00	5.95	0.64	-0.32

Pozn.: N (počet) = 1033; M = průměr; Med. = medián; Min. = minimum; Max. = maximum; SD = směrodatná odchylka; GSI (SCL-90-S) = celková psychická zátěž; SCL_AGR/HOS = agresivita/hostilita; SCL_ANX = úzkost; SCL_DEP = deprese; SCL_PAR = paranoidní myšlení; SCL_FOB = fobická úzkost; SCL_PSY = psychotismus; SCL_SOM = somatizace; SCL_INT = nejistota v sociálním kontaktu; SCL_OBS = kompulzivita; doplňkové položky

9.2 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

Při testování hypotéz jsem zvolila ve všech případech parametrické testy na základě velkého výzkumného souboru (n = 1033), přičemž jsem se také zaměřovala na histogramy proměnných a šikmost a špičatost, přičemž jejich hodnoty byly spíše jen mírně asymetrické. S ohledem na tyto údaje jsem zvolila parametrický Pearsonův korelační koeficient k testování hypotéz H1 až H9. Jednotlivé korelace vztahující se k první sekci hypotéz zobrazuje tabulka č. 6. Hladina významnosti $p < 0,01$, všechny výsledky jsou statisticky signifikantní.

Tabulka 6

Matice Pearsonových korelací mezi psychickým zdravím, attachmentem, sebehodnocením a soucitem se sebou

	MHC-SF	MHC-SF_soc	MHC-SF_em	MHC-SF_ps	ECR-CZ_úzk	ECR-CZ_vyh	RSES	SCS-CZ
ECR_úzk	-0.34***	-0.28***	-0.28***	-0.33***	1.00			
ECR_vyh	-0.39***	-0.30***	-0.36***	-0.38***	0.08**	1.00		
RSES	0.53***	0.41***	0.50***	0.51***	-0.32***	-0.30***	1.00	
SCS-CZ	0.30***	0.26***	0.27***	0.26***	-0.24***	-0.14***	0.61***	1.00

Pozn.: ***p <0,001; **p <0,01; MHC-SF_ps – Psychické zdraví, MHC-SF_soc – subškála sociální pohody, MHC-SF_em – subškála emocionální pohody, MHC-SF_ps – subškála psychické pohody; ECR-CZ_úzk – škála vztahové úzkosti; ECR-CZ_vyh – škála vztahové vyhýbavosti; RSES – Rosenbergova škála sebehodnocení; SCS-CZ – Škála soucitu se sebou.

Hypotézy, které se vztahují k výzkumné otázce č. 1:

H1: Psychické zdraví (MHC-SF) negativně souvisí se vztahovou vyhýbavostí (ECR-CZ) dospívajících.

Mezi psychickým zdravím (MHC-SF) a vztahovou vyhýbavostí (ECR-CZ) byl zaznamenán statisticky signifikantní negativní středně silný vztah ($r = -0,39$, $p < 0,001$). Psychické zdraví negativně souvisí se vztahovou vyhýbavostí. **Hypotézu H1 přijímám.**

Následně jsem se zaměřila také na signifikantní vztahy jednotlivých subškál psychického zdraví, přičemž jsem zjistila, že psychická, emocionální i sociální pohoda středně silně negativně souvisí se vztahovou vyhýbavostí.

H2: Psychické zdraví (MHC-SF) negativně souvisí se vztahovou úzkostí (ECR) dospívajících.

Mezi psychickým zdravím (MHC-SF) a vztahovou úzkostí (ECR-CZ) byl zaznamenán statisticky signifikantní negativní středně silný vztah ($r = -0,34$, $p < 0,001$). Psychické zdraví negativně souvisí se vztahovou úzkostí. **Hypotézu H2 přijímám.**

Poté jsem se zaměřila také na signifikantní vztahy jednotlivých subškál psychického zdraví, přičemž jsem zjistila, že psychická, emocionální i sociální pohoda slabě až středně silně negativně souvisí se vztahovou úzkostí.

H3: Psychické zdraví (MHC-SF) pozitivně souvisí se sebehodnocením (RSES) dospívajících.

Mezi psychickým zdravím (MHC-SF) a sebehodnocením (RSES) byl zaznamenán statisticky signifikantní pozitivní silný vztah ($r = 0,53$, $p < 0,001$). Psychické zdraví pozitivně souvisí se sebehodnocením. **Hypotézu H3 přijímám.**

Také v případě sebehodnocením jsem se zaměřila na signifikantní vztahy jednotlivých subškál psychického zdraví, přičemž jsem zjistila, že psychická, emocionální i sociální pohoda středně silně až silně pozitivně souvisí se sebehodnocením.

H4: Psychické zdraví (MHC-SF) pozitivně souvisí se soucitem se sebou (SCS-CZ) dospívajících.

Mezi psychickým zdravím (MHC-SF) a soucitem se sebou (SCS-CZ) byl zaznamenán statisticky signifikantní pozitivní slabý až středně silný vztah ($r = 0,30$, $p < 0,001$). Psychické zdraví pozitivně souvisí se soucitem se sebou. **Hypotézu H4 přijímám.**

Následně jsem se zaměřila také na signifikantní vztahy jednotlivých subškál psychického zdraví se soucitem se sebou, přičemž jsem zjistila, že psychická, emocionální i sociální pohoda negativně souvisí se soucitem se sebou, ale jedná se o pouze o vztahy slabé.

H5: Vztahová úzkostnost (ECR-CZ) negativně souvisí se sebehodnocením (RSES) dospívajících.

Vztah mezi vztahovou úzkostností (ECR-CZ) a sebehodnocením (RSES) je statisticky signifikantní, síla vztahu je negativní a středně silná ($r = -0,32$, $p < 0,001$). Vztahová úzkostnost negativně souvisí se sebehodnocením. **Hypotézu H5 přijímám.**

H6: Vztahová vyhýbavost (ECR-CZ) negativně souvisí se sebehodnocením (RSES) dospívajících.

Vztah mezi vztahovou vyhýbavostí (ECR-CZ) a sebehodnocením (RSES) je statisticky signifikantní, síla vztahu je negativní a slabá ($r = -0,30$, $p < 0,001$). Vztahová vyhýbavost negativně souvisí se sebehodnocením. **Hypotézu H6 přijímám.**

H7: Vztahová úzkostnost (ECR-CZ) negativně souvisí se soucitem se sebou (SCS-CZ) u dospívajících.

Vztah mezi vztahovou úzkostností (ECR-CZ) a soucitem se sebou (SCS-CZ) je statisticky signifikantní, síla vztahu je negativní a slabá ($r = -0,24$, $p < 0,001$). Vztahová úzkostnost negativně souvisí se soucitem se sebou. **Hypotézu H7 přijímám.**

H8: Vztahová vyhýbavost (ECR-CZ) negativně souvisí se soucitem se sebou (SCS-CZ) u dospívajících.

Vztah mezi vztahovou vyhýbavostí (ECR-CZ) a soucitem se sebou (SCS-CZ) je statisticky signifikantní, síla vztahu je negativní a slabá ($r = -0,14$, $p < 0,001$). Vztahová vyhýbavost negativně souvisí se soucitem se sebou. **Hypotézu H8 přijímám.**

H9: Sebehodnocení (RSES) pozitivně souvisí se soucitem se sebou (SCS-CZ) u dospívajících.

Mezi sebehodnocením (RSES) a soucitem se sebou (SCS-CZ) byl zaznamenán statisticky signifikantní pozitivní silný vztah ($r = 0,61$, $p < 0,001$). Sebehodnocení pozitivně souvisí se soucitem se sebou. **Hypotézu H9 přijímám.**

Testování hypotéz pomocí vícenásobné hierarchické lineární regrese

Předchozí výsledky analýzy vztahů přinášejí informaci, že vztahy mezi proměnnými jsou významné. Pro zpřesnění výsledků a testování hypotéz, které se vztahují k druhé výzkumné otázce byla zvolena vícenásobná hierarchická lineární regrese. Ačkoliv je tento typ regrese doporučován k analýze dat za dodržení podmínky normality rozložení dat, v tomto případě jsem od této podmínky upustila na základě šikmosti a špičatosti, které nepřekročili hodnotu $+1$, dále na základě výzkumného souboru velkého rozsahu ($n = 1033$) a pravidla centrální limitní věty.

V další fázi bylo potřeba zjistit zda, není přítomna multikolinearita. VIF (Variance Inflation Factor) bylo ve všech případech regresního modelu nižší než 2, přesněji se pohybovalo v rozmezí od 1,01 do 1,83, na tomto základě konstatuji, že byla vyloučena multikolinearita ($VIF < 5$). Nezávislost reziduí byla v rámci celého modelu testována pomocí Durbin-Watsonova testu (Durbin-Watson = 1,999), hodnota vyšla jako uspokojivá, jelikož se pohybuje okolo hodnoty 2.

Hierarchický model lineární regrese byl zvolen na základě teoretických poznatků. Jako závisle proměnná bylo zvoleno psychické zdraví měřené pomocí nástroje MHC-SF. Jako nezávislé proměnné jsem zvolila pohlaví, attachment (subškály ECR-CZ vztahová

vyhýbavost a ECR-CZ vztahová úzkostnost), dále sebehodnocení (RSES) a soucit se sebou (SCS-CZ).

V prvním kroku jsem testovala závislou proměnnou MHC-SF a prediktor pohlaví. Model v tomto případě vysvětlil přibližně 3 % variability psychického zdraví ($R^2 = 0,030$), přičemž jeho prediktivní schopnost byla statisticky významná ($F(1,1031) = 31,84$; $p < 0,001$), pohlaví je signifikantní prediktor ($\beta = 0,173$; $t = 6,896$; $p < 0,001$; Tol. = 1; VIF = 1).

Ve druhém kroku jsem přidala prediktor ECR-CZ vztahovou vyhýbavost a vztahovou úzkostnost. Model vysvětlil přibližně 28 % variability psychického zdraví ($R^2 = 0,284$), přičemž jeho prediktivní schopnost byla statisticky signifikantní ($F(3,1029) = 136,15$; $p < 0,001$). Jako signifikantní prediktor se ukázalo jak pohlaví ($\beta = 0,189$; $t = 6,896$; $p < 0,001$; Tol. = 0,924; VIF = 1,082), tak vztahová vyhýbavost ($\beta = -0,405$; $t = -15,028$; $p < 0,001$; Tol. = 0,956; VIF = 1,046), tak i vztahová úzkostnost ($\beta = -0,270$; $t = -9,947$; $p < 0,001$; Tol. = 0,946; VIF = 1,057).

Ve třetím kroku jsem do modelu přidala prediktor RSES, což statisticky významně zlepšilo model ($F(4,1028) = 171,13$, $p < 0,001$), který vysvětluje 40 % variability ($R^2 = 0,400$). Signifikantními byly všechny prediktory, pohlaví ($\beta = 0,147$; $t = 5,794$; $p < 0,001$; Tol. = 0,911; VIF = 1,098), vztahová vyhýbavost ($\beta = -0,292$; $t = -11,255$; $p < 0,001$; Tol. = 0,865; VIF = 1,156), vztahová úzkostnost ($\beta = -0,166$; $t = -6,395$; $p < 0,001$; Tol. = 0,869; VIF = 1,150) a sebehodnocení ($\beta = 0,378$; $t = 14,068$; $p < 0,001$; Tol. = 0,809; VIF = 1,237).

Ve čtvrtém kroku byl do modelu přidán prediktor SCS-CZ, která však nepřinesl výrazné zlepšení modelu ($F(5,1027) = 137,541$, $p < 0,001$), model dokázal přibližně vysvětlit 40 % rozptylu ($R^2 = 0,401$), přičemž se ukázalo, že soucit se sebou není signifikantním prediktorem ($\beta = -0,047$; $t = -1,521$; $p = 0,129$; Tol. = 0,623; VIF = 1,606) psychického zdraví při kontrole všech proměnných hierarchického modelu lineární regrese. Signifikantními prediktory bylo pohlaví ($\beta = 0,147$; $t = 5,826$; $p < 0,001$; Tol. = 0,910; VIF = 1,098), vztahová vyhýbavost ($\beta = -0,290$; $t = -11,168$; $p < 0,001$; Tol. = 0,986; VIF = 1,014), vztahová úzkostnost ($\beta = -0,168$; $t = -6,465$; $p < 0,001$; Tol. = 0,867; VIF = 1,153) a sebehodnocení ($\beta = 0,406$; $t = 12,431$; $p < 0,001$; Tol. = 0,546; VIF = 1,833). Regresní koeficienty regresní analýzy a statističtí ukazatelé modelu jsou znázorněni v tabulce č. 7.

Tabulka 7*Hierarchická lineární regrese se závisle proměnnou psychické zdraví (MHC-SF)*

Proměnné	B	95% CI		SE B	β	R ²	ΔR^2
		LL	UL				
Krok 1						0.030	0.029***
konstanta	31.477	0.01	62.944	0.571			
pohlaví	4.548	0.454	8.642	0.806	0.173***		
Krok 2						0.284	0.282***
konstanta	80.525	0	161.05	2.630			
pohlaví	4.972	0.064	9.880	0.721	0.189***		
ECR-CZ vztah. vyhýbavost	-0.591	-1.191	0.009	0.039	-0.405***		
ECR-CZ vztah. úzkostnost	-0.355	-0.703	0.007	0.036	-0.270***		
Krok 3						0.400	0.397***
konstanta	35.680	0	71.360	3.996			
pohlaví	3.855	0.039	7.672	0.665	0.147***		
ECR-CZ vztah. vyhýbavost	-0.426	-0.847	-0.005	0.038	-0.292***		
ECR-CZ vztah. úzkostnost	-0.218	-0.435	-0.002	0.034	-0.166***		
RSES	1.145	0.887	1.403	0.081	0.378***		
Krok 4						0.401	0.398***
konstanta	36.699	0	73.398	4.049			
pohlaví	3.874	0.114	7.634	0.665	0.147***		
ECR-CZ vztah. vyhýbavost	-0.423	-0.840	-0.006	0.038	-0.290***		

ECR-CZ vztah. úzkostnost	-0.221	-0.512	-0.002	0.034	-0.168***
RSES	1.230	1.012	1.448	0.099	0.406***
SCS-CZ	-0.058	-0.121	0.005	0.038	-0.047

Pozn.: *** $p < 0,001$; $p(\text{SCS-CZ}) = 0,129$; R = koeficient korelace; R^2 = koeficient determinace; ΔR^2 = upravený koeficient determinace; B = nestandardizovaný regresní koeficient; SE = standartní chyba měření; β = standardizovaný regresní koeficient; CI = konfidenční interval; LL = dolní limit; UL = horní limit; Krok 1: R = 0,173, $F(1,1031) = 31,84$; Krok 2: R = 0,533, $F(3,1029) = 136,15$; Krok 3: R = 0,632, $F(4,1028) = 171,13$; Krok 4: R = 0,633, $F(5,1027) = 137,541$

Hypotézy, které se vztahují k výzkumné otázce č. 2:

H10: Vyšší míra vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti (ECR-CZ) predikují nižší míru psychického zdraví (MHC-SF) při kontrole pohlaví, sebehodnocení (RSES) a soucitu se sebou (SCS-CZ).

Hypotéza byla testována pomocí modelu hierarchické lineární regrese, jejíž výsledky jsou prezentovány výše a v tabulce č. 7. Čtvrtý krok s pěti prediktory odhalil, že vzroste-li vztahová vyhýbavost o 1 SD, klesne míra psychického zdraví o 0,290 SD, dále vzroste-li vztahová úzkostnost o 1 SD, klesne míra psychického zdraví o 0,168 SD. **Hypotézu H10 přijímám.**

H11: Vyšší míra sebehodnocení predikuje vyšší míru psychického zdraví (MHC-SF) při kontrole pohlaví, vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti (ECR-CZ) a soucitu se sebou (SCS-CZ).

Hypotéza byla testována pomocí modelu hierarchické lineární regrese, jejíž výsledky jsou prezentovány výše a v tabulce č. 7. Na základě čtvrtého kroku se pěti prediktory lze konstatovat, že vzroste-li míra sebehodnocení o 1 SD, vzroste míra psychického zdraví o 0,406 SD. **Hypotézu H11 přijímám.**

H12: Vyšší míra soucitu se sebou predikuje vyšší míru psychického zdraví (MHC-SF) při kontrole pohlaví, vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti (ECR-CZ) a sebehodnocení (RSES).

Hypotéza byla testována pomocí modelu hierarchické lineární regrese, jejíž výsledky jsou prezentovány výše a v tabulce č. 7. Čtvrtý krok odhalil prediktor soucitu se sebou jako statisticky nevýznamný ($p = 0,129$). **Hypotézu H12 zamítám.**

Hypotézy, které se vztahují k výzkumné otázce č. 3:

Hypotézy H13 až H17 byly testovány pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Tabulka č. 8 uvádí jednotlivé vztahy mezi psychopatologickými symptomy, které představují subškály SCL-90-S, attachmentem (ECR-CZ), sebehodnocením (RSES) a soucitem se sebou (SCS-CZ). Vztahy mezi psychopatologickými symptomy (SCL-90-S) a psychickým zdravím a jeho subškálami prezentuje tabulka č. 9.

Tabulka 8

Matice Pearsonových korelací mezi SCL-90-S a jeho subškálami, attachmentem (ECR-CZ), sebehodnocením (RSES) a soucitem se sebou (SCS-CZ)

	ECR-CZ_vyh	ECR-CZ_úzk	RSES	SCS-CZ
GSI (SCL-90-S)	0.33	0.53	-0.49	-0.29
SCL_AGR/HOS	0.15	0.39	-0.31	-0.25
SCL_ANX	0.27	0.47	-0.43	-0.26
SCL_DEP	0.30	0.52	-0.52	-0.32
SCL_PAR	0.32	0.51	-0.37	-0.23
SCL_FOB	0.28	0.39	-0.37	-0.18
SCL_PSY	0.37	0.45	-0.43	-0.25
SCL_SOM	0.22	0.32	-0.34	-0.19
SCL_INT	0.35	0.56	-0.49	-0.29
SCL_OBS	0.28	0.47	-0.41	-0.24
Doplňkové položky	0.30	0.41	-0.42	-0.27

Pozn.: $p < 0,001$; ECR_úzk – škála vztahové úzkosti; ECR_vyh – škála vztahové vyhýbavosti; RSES – Rosenbergova škála sebehodnocení; SCS-CZ – Škála soucitu se sebou; GSI (SCL-90-S) = celková psychická zátěž; SCL_AGR/HOS = agresivita/hostilita; SCL_ANX = úzkost; SCL_DEP = deprese; SCL_PAR = paranoidní myšlení; SCL_FOB = fobická úzkost; SCL_PSY = psychotismus; SCL_SOM = somatizace; SCL_INT = nejistota v sociálním kontaktu; SCL_OBS = kompulzivita; doplňkové položky

H13: Celková psychická zátěž (GSI) pozitivně souvisí se vztahovou úzkostí (ECR-CZ) dospívajících.

Mezi celkovou psychickou zátěží a vztahovou úzkostí byl odhalen statisticky signifikantní pozitivní vztah, síla vztahu je silná ($r = 0,53$, $p < 0,001$). Celková psychická zátěž pozitivně souvisí se vztahovou úzkostí. **Hypotézu 13 přijímám.**

Dále jsem analyzovala jednotlivé subškály SCL-90-S, přičemž všech 10 subškál má signifikantní vztah se vztahovou úzkostností ($p < 0,001$). Silný kladný vztah se nachází mezi proměnnými nejistota v sociálním kontaktu ($r = 0,56$), deprese ($r = 0,52$) a paranoidního myšlení ($r = 0,51$). Středně silný vztah byl nalezen mezi vztahovou úzkostností a proměnnými úzkost ($r = 0,47$), kompulzivita ($r = 0,47$), psychoticismus ($r = 0,45$), doplňkové položky ($r = 0,41$), fobická úzkost ($r = 0,39$), agresivita/hostilita ($r = 0,39$) a somatizace ($r = 0,32$).

H14: Celková psychická zátěž (GSI) pozitivně souvisí se vztahovou vyhýbavostí (ECR-CZ) dospívajících.

Mezi celkovou psychickou zátěží a vztahovou vyhýbavostí byl odhalen statisticky signifikantní pozitivní vztah, síla vztahu je středně silná ($r = 0,33$, $p < 0,001$). Celková psychická zátěž pozitivně souvisí se vztahovou vyhýbavostí. **Hypotézu H14 přijímám.**

Dále jsem analyzovala jednotlivé subškály SCL-90-S, přičemž všech 10 subškál má signifikantní vztah se vztahovou vyhýbavostí. Středně silný kladný vztah byl nalezen mezi vztahovou vyhýbavostí a proměnnými psychoticismus ($r = 0,37$), nejistota v sociálním kontaktu ($r = 0,35$) a paranoidní myšlení ($r = 0,32$). U ostatních subškál byl nalezen slabý kladný vztah, jedná se o depresi ($r = 0,30$), doplňkové položky ($r = 0,30$), kompulzivitě ($r = 0,28$), fobickou úzkost ($r = 0,28$), úzkost ($r = 0,27$), somatizaci ($r = 0,22$), agresivitu/hostilitu ($r = 0,15$).

H15: Celková psychická zátěž (GSI) negativně souvisí se sebehodnocením (RSES) dospívajících.

Vztah mezi celkovou psychickou zátěží (GSI) a sebehodnocením (RSES) je statisticky signifikantní, síla vztahu je negativní a středně silná ($r = -0,49$, $p < 0,001$). Celková psychická zátěž negativně souvisí se sebehodnocením. **Hypotézu H15 přijímám.**

Dále jsem analyzovala jednotlivé subškály SCL-90-S, přičemž všech 10 subškál má signifikantní negativní vztah se sebehodnocením ($p < 0,001$). Středně silný záporný vztah byl nalezen mezi sebehodnocením a proměnnými deprese ($r = -0,52$), nejistota v sociálním kontaktu ($r = -0,49$), psychoticismus ($r = -0,43$), úzkost ($r = -0,43$), kompulzivita ($r = -0,41$), doplňkové položky ($r = -0,38$), paranoidní myšlení ($r = -0,37$), fobická úzkost ($r = -0,37$), somatizace ($r = -0,34$) a agresivita/hostilita ($r = -0,31$).

H16: Celková psychická zátěž (GSI) negativně souvisí se soucitem se sebou (SCS-CZ) dospívajících.

Vztah mezi celkovou psychickou zátěží (GSI) a soucitem se sebou (SCS-CZ) je statisticky signifikantní, síla vztahu je negativní a slabá ($r = -0,29$, $p < 0,001$). Celková psychická zátěž negativně souvisí se soucitem se sebou. **Hypotézu H16 přijímám.**

Dále jsem analyzovala jednotlivé subškály SCL-90-S, přičemž všech 10 subškál má signifikantní negativní vztah se soucitem se sebou ($p < 0,001$). Středně silný negativní vztah má soucit se sebou s depresí ($r = -0,32$). Slabý negativní vztah dále lze najít mezi nejistotou v sociálním kontaktu ($r = -0,29$), doplňkovými položkami ($r = -0,27$), úzkostí ($r = -0,26$), agresivitou/hostilitou ($r = -0,25$), psychoticismem ($r = -0,25$), kompulzivitou ($r = -0,24$), paranoidním myšlením ($r = -0,23$), somatizací ($r = -0,19$) fobickou úzkostí ($r = -0,18$).

H17: Celková psychická zátěž (GSI) negativně souvisí s psychickým zdravím (MHC-SF) dospívajících.

Vztah mezi celkovou psychickou zátěží (GSI) a psychickým zdravím (MHC-SF) je statisticky signifikantní, síla vztahu je negativní a silná ($r = -0,61$, $p < 0,001$). Celková psychická zátěž negativně souvisí s psychickým zdravím. **Hypotézu H17 přijímám.**

V další fázi jsem se zabývala vztahy mezi subškálami SCL-90-S a subškálami MHC-SF, které tvoří psychickou pohodu, emocionální pohodu a sociální pohodu, všechny vztahy byly významné na hladině významnosti $p < 0,001$. Silný negativní vztah byl nalezen mezi psychickou pohodou a depresí ($r = -0,61$) a nejistotou v sociálním kontaktu ($r = -0,58$), vztahy s ostatními subškálami SCL-90-S byly středně silné negativní. Emocionální pohoda má silný negativní vztah s depresí ($r = -0,65$), nejistotou v sociálním kontaktu ($r = -0,55$), psychoticismem ($r = -0,55$), doplňkovými položkami ($r = -0,55$), úzkostí ($r = -0,51$), vztahy s ostatními subškálami SCL-90-S byly středně silné negativní. Vztahy mezi sociální pohodou a subškálami SCL-90-S byly středně silné negativní. Jednotlivé korelace jsou uvedeny v tabulce č. 9.

Tabulka 9

Matice Pearsonových korelací mezi SCL-90-S, jeho subškálami a psychickým zdravím (MHC-SF)

	MHC-SF	MHC-SF_psych. pohoda	MHC-SF_emoc. pohoda	MHC-SF_soc. pohoda
GSI (SCL-90-S)	-0.61	-0.57	-0.59	-0.46
SCL_AGR/HOS	-0.36	-0.31	-0.35	-0.30
SCL_ANX	-0.52	-0.49	-0.51	-0.40
SCL_DEP	-0.65	-0.61	-0.65	-0.47
SCL_PAR	-0.46	-0.39	-0.42	-0.41
SCL_FOB	-0.49	-0.47	-0.46	-0.37
SCL_PSY	-0.53	-0.48	-0.55	-0.39
SCL_SOM	-0.45	-0.42	-0.47	-0.33
SCL_INT	-0.60	-0.58	-0.55	-0.46
SCL_OBS	-0.51	-0.48	-0.47	-0.39
Doplňkové pol.	-0.50	-0.46	-0.55	-0.35

Pozn.: $p < 0,001$; GSI (SCL-90-S) = celková psychická zátěž; SCL_AGR/HOS = agresivita/hostilita; SCL_ANX = úzkost; SCL_DEP = deprese; SCL_PAR = paranoidní myšlení; SCL_FOB = fobická úzkost; SCL_PSY = psychoticismus; SCL_SOM = somatizace; SCL_INT = nejistota v sociálním kontaktu; SCL_OBS = kompulzivita; doplňkové položky; MHC-SF – Psychické zdraví, MHC-SF_soc. pohoda – subškála sociální pohody, MHC-SF_emoc. pohoda – subškála emocionální pohody, MHC-SF_psych. pohoda – subškála psychické pohody

Vedlejší hypotézy:

Při testování hypotéz H18 až H23 jsem zvolila parametrický T-test pro 2 nezávislé výběry, jehož výsledky znázorňuje tabulka č. 10.

Tabulka 10

Výsledky t-testu pro dva nezávislé výběry dle pohlaví

	Dívky		Chlapci		t	p	Cohenovo d
	M	SD	M	SD			
MHC-SF	31.322	12.652	36.354	13.693	6.123	<0.001	0.382
RSES	25.496	4.356	26.629	4.403	4.148	<0.001	0.259
SCS-CZ	55.634	10.825	57.790	10.506	3.238	<0.001	0.202
ECR-CZ_úzk	51.468	10.244	47.363	9.640	-6.606	<0.001	-0.412
ECR-CZ_vyh	51.989	9.204	55.317	8.894	5.890	<0.001	0.368
GSI (SLC-90-S)	123.421	62.268	92.143	56.548	-8.414	<0.001	-0.525

Pozn: dívky N = 530, chlapci N = 498; df (stupně volnosti) = 1026; p <0,001

H18: Mezi pohlavími existuje rozdíl v psychickém zdraví dospívajících.

Na základě výsledku t-testu, lze konstatovat, že mezi pohlavími existuje signifikantní rozdíl v psychickém zdraví ($t(1026) = 6,123$, $p < 0,001$, $d = 0,382$). Z průměrů hodnot a dle Cohenova d lze interpretovat, že dívky mají horší psychické zdraví než chlapci. **Hypotézu H18 přijímám.**

H19: Mezi pohlavími existuje rozdíl v sebehodnocení (RSES) dospívajících.

Na základě výsledku t-testu, lze konstatovat, že mezi pohlavími existuje signifikantní rozdíl v sebehodnocení ($t(1026) = 4,148$, $p < 0,001$, $d = 0,259$). Z průměrů hodnot a dle Cohenova d lze interpretovat, že chlapci mají vyšší sebehodnocení než dívky. **Hypotézu H19 přijímám.**

H20: Mezi pohlavími existuje rozdíl v soucitu se sebou (SCS-CZ) dospívajících.

Na základě výsledku t-testu, lze konstatovat, že mezi pohlavími existuje signifikantní rozdíl v soucitu se sebou ($t(1026) = 3,238$, $p < 0,001$, $d = 0,202$). Z průměrů hodnot a dle Cohenova d lze interpretovat, že dívky jsou méně soucitné se sebou než chlapci. **Hypotézu H20 přijímám.**

H21: Mezi pohlavími existuje rozdíl ve vztahové úzkostnosti (ECR-CZ) dospívajících.

Na základě výsledku t-testu, lze konstatovat, že mezi pohlavími existuje signifikantní rozdíl ve vztahové úzkostnosti ($t(1026) = -6,606, p < 0,001, d = -0,412$). Z průměrů hodnot a dle Cohenova d lze interpretovat, že dívky jsou více vztahově úzkostné než chlapci. **Hypotézu H21 přijímám.**

H22: Mezi pohlavími existuje rozdíl ve vztahové vyhýbavosti (ECR-CZ) dospívajících.

Na základě výsledku t-testu, lze konstatovat, že mezi pohlavími existuje signifikantní rozdíl ve vztahové vyhýbavosti ($t(1026) = 5,890, p < 0,001, d = 0,368$). Z průměrů hodnot a dle Cohenova d lze interpretovat, že chlapci jsou vztahově vyhýbavější než dívky. **Hypotézu H22 přijímám.**

H23: Mezi pohlavími existuje rozdíl v celkové psychické zátěži (GSI) dospívajících.

Na základě výsledku t-testu, lze konstatovat, že mezi pohlavími existuje signifikantní rozdíl v celkové psychické zátěži ($t(1026) = -8,414, p < 0,001, d = -0,525$). Z průměrů hodnot a dle Cohenova d lze interpretovat, že dívky prožívají vyšší celkovou psychickou zátěž. **Hypotézu H23 přijímám.**

9.3 Doplnující výsledky

Zodpovězení doplňujících položek bylo na dobrovolné bázi a pro respondenty, kteří měli časový prostor pro jejich vyplnění. Z tohoto důvodu ne všichni respondenti na otázky odpověděli.

Na doplňující položky odpovědělo 931-933 respondentů, necelých 10 % studentů na otázky neodpovědělo, buď z nedostatku zájmu nebo časového limitu, který byl omezen vyučovací hodinou a organizací jednotlivých škol. Četnosti odpovědí na jednotlivé položky jsou prezentovány prostřednictvím tabulek č. 11 až 15.

Tabulka 11

Četnosti odpovědí na doplňující položku č. 1

Bývám zmatený/á z toho, jak se cítím a nevím si se sebou rady.	N	%
naprosto souhlasím	183	17.72
souhlasím	383	37.08
nesouhlasím	276	26.72
naprosto nesouhlasím	91	8.81
nezodpovězeno	100	9.68

Více než polovina studentů (54,8 %) bývá zmatená z toho, jak se cítí a neví si se sebou rady.

Tabulka 12

Četnosti odpovědí na doplňující položku č. 2

Ve svém životě mám člověka, na kterého se můžu obrátit, když se necítím psychicky dobře.	N	%
naprosto souhlasím	397	38.43
souhlasím	365	35.33
nesouhlasím	120	11.62
naprosto nesouhlasím	51	4.94
nezodpovězeno	100	9.68

Skoro 74 % studentů vyjádřilo, že ve svém životě mají člověka, na kterého se mohou obrátit v případě, že se necítí po psychické stránce dobře. Na druhou stranu celých 16 % dospívajících takového člověka ve svém životě nemá.

Tabulka 13

Četnosti odpovědí na doplňující položku č. 3

Mám dostatek informací o psychickém zdraví a způsobech, jak pracovat se svými emocemi a myšlenkami.	N	%
naprosto souhlasím	130	12.58
souhlasím	412	39.88
nesouhlasím	316	30.59
naprosto nesouhlasím	76	7.36
nezodpovězeno	99	9.58

Téměř 38 % studentů odpovědělo, že nemá dostatek informací o psychickém zdraví a způsobech práce se svými emocemi a myšlenkami.

Tabulka 14

Četnosti odpovědí na doplňující položku č. 4

Připadá mi důležité starat se o své psychické zdraví.	N	%
naprosto souhlasím	381	36.88
souhlasím	440	42.59
nesouhlasím	80	7.74
naprosto nesouhlasím	30	2.90
nezodpovězeno	102	9.87

Skoro 80 % dospívajících pokládá za důležité pečovat o své psychické zdraví, oproti tomu 10 % to za důležité nepokládá a 10 % položku nezodpovědělo.

Tabulka 15

Četnosti odpovědí na doplňující položku č. 5.

Chtěl/a bych se dozvědět více o tom, jak se svou psychikou pracovat.	N	%
naprosto souhlasím	257	24.88
souhlasím	451	43.66
nesouhlasím	155	15.00
naprosto nesouhlasím	70	6.78
nezodpovězeno	100	9.68

Většina studentů (68,54 %) má zájem se dozvědět více informací o práci se svou psychikou. Téměř 22 % studentů naopak o tuto oblast zájem nemá.

10 DISKUSE

Magisterská diplomová práce si kladla za cíl prozkoumat vztahy mezi psychickým zdravím a psychickými obtížemi dospívajících ve věku 15-19 let a proměnnými jako je attachment, sebehodnocení a soucit se sebou a odhalit, které z proměnných slouží jako prediktory psychického zdraví.

Výsledné analýzy ukázaly významné vztahy mezi psychickým zdravím a jednotlivými proměnnými, které byly testovány pomocí Pearsonova korelačního koeficientu a následně pomocí lineární regresní analýzy.

Souvislost citové vazby a psychického zdraví byla testována pomocí subškál vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti, přičemž se ukázalo, že psychické zdraví a vztahová vyhýbavost ($r = -0,39$, $p < 0,001$) spolu negativně korelují, stejně tak mezi psychickým zdravím a vztahovou úzkostností ($r = -0,34$, $p < 0,001$) je vztah záporný. Detailnější analýza ukázala také signifikantní negativní vztahy mezi psychickou, emocionální i sociální pohodou a vztahovou vyhýbavostí i vztahovou úzkostností. Jak uvádí Zhang et al. (2022) horší psychické zdraví souvisí s nejistým attachmentem a zejména pak se vztahovou úzkostností. Z biologického hlediska může být psychické zdraví a vývoj osobnosti člověka ovlivněn ranými zkušenostmi s pečujícími osobami, které pokud jsou negativní, mohou vést k např. k hyperaktivaci amygdaly (Sullivan & Opendak, 2021) nebo k neurobiologickým změnám mozku např. v oblasti bazálních ganglií nebo hipokampu (Gillath, 2015). Schore (2014) pojednává o vlivu raných zkušeností na vývoj limbického systému. Úzké propojení mezi psychickým zdravím a attachmentem lze najít v mechanismech emoční regulace, které jsou dle Mikulincer a Shaver (2016, 2018) u jedinců s bezpečným attachmentem adaptivní, a naopak u jedinců nejistě připoutaných maladaptivní. Dle Mónaco Gerónimo et al. (2019) jsou emoční kompetence zprostředkovatelem mezi psychickou pohodou a attachmentem dospívajících.

Psychické zdraví má silný pozitivní vztah se sebehodnocením ($r = 0,53$, $p < 0,001$), středně silný vztah pak i se soucitem se sebou ($r = 0,30$, $p < 0,001$). Významné vztahy byly nalezeny také mezi subškálami psychického zdraví, psychická, emocionální i sociální pohoda pozitivně souvisí se sebehodnocením a soucitem se sebou. Také podle Ahrnberg et al. (2021) souvisí kladné sebehodnocení s pozitivním psychickým zdravím dospívajících. O

kladném vztahu soucitu se sebou s psychickou pohodou dospívajících pojednává taktéž studie Raque et al. (2023) nebo metanalýza Zessin et al. (2015).

Z hlediska attachmentu byla nalezena negativní souvislost sebehodnocení se vztahovou úzkostností ($r = -0,32$, $p < 0,001$) i vztahovou vyhýbavostí ($r = -0,30$, $p < 0,001$). Vztahová úzkostnost také negativně souvisí se soucitem se sebou ($r = -0,24$, $p < 0,001$), stejně tak má vztahová vyhýbavost záporný vztah se soucitem se sebou ($r = -0,14$, $p < 0,001$), jedná se však o vztah slabý. Sebehodnocení mimo jiné závisí dle Bowlbyho (1988) na raných zkušenostech s pečujícími osobami. Floricica et al. (2022) prezentuje, že kladné sebehodnocení je spojeno s jistou citovou vazbou, naopak úzkostná a vyhýbavá vazba souvisí s nižším sebehodnocením. Z hlediska typů vazeb je dle Neff a McGehee (2010) jistý attachment prediktorem vysokého soucitu se sebou, a naopak úzkostný a dezorganizovaný typ souvisí s nízkým soucitem se sebou, pouze vztah s vyhýbavým attachmentem byl nevýznamný. Sebesoucit je také spojen se sociálním zapojením, přičemž dle Porgese (2011, 2015) je sociální zapojení možné pouze za předpokladu pocitu bezpečí, což souvisí z vývojového hlediska s vývojem nervové soustavy v raném dětství. Slabší vztah mezi sebehodnocením a vztahovou vyhýbavostí lze vnímat v souvislosti s tím, že sebehodnocení jedinců s vyhýbavou vazbou může být obranného charakteru (Shavera et al., 2017).

Sebehodnocení má zároveň pozitivní silný vztah se soucitem se sebou ($r = 0,61$, $p < 0,001$), což souhlasí také s výzkumnými zjištěními Neff a Vonk (2009) nebo Singh a Singh Johal (2024), kteří našli středně silný až silný vztah mezi těmito koncepty. Tento vztah zároveň potvrzuje, že se nejedná o koncepty stejné, ale v určitých charakteristikách podobné.

Na základě teoretické analýzy jsem vytvořila hierarchický model lineární regrese, jehož výsledky prezentují prediktivní vztahy psychického zdraví dospívajících. V prvním kroku bylo vybráno pohlaví, v druhém kroku byl přidán attachment (vztahová úzkostnost a vztahová vyhýbavost), v třetím kroku bylo přidáno sebehodnocení a ve čtvrtém kroku soucit se sebou. Model v prvním kroku vysvětlil 3 % variability psychického zdraví ($R^2 = 0,030$; $F(1,1031) = 31,84$; $p < 0,001$). V druhém kroku vysvětlil 28 % variability ($R^2 = 0,284$; $F(3,1029) = 136,15$; $p < 0,001$) a došlo tak k celkovému zlepšení modelu. Ve třetím kroku model vysvětlil 40 % variability ($R^2 = 0,400$; $F(4,1028) = 171,13$, $p < 0,001$), došlo tak k dalšímu významnému zlepšení. V kroku čtvrtém nedošlo k výraznému zlepšení, model vysvětloval stále přibližně 40 % variability ($R^2 = 0,401$; $F(5,1027) = 137,541$; $p < 0,001$). Soucit se sebou není významným prediktorem psychického zdraví ($\beta = -0,047$; $t = -1,521$; $p = 0,129$) po kontrole pohlaví, attachmentu a sebehodnocení.

Attachment, sebehodnocení i pohlaví se ukázaly jako významné prediktory psychického zdraví dospívajících. Soucit se sebou se naopak při kontrole těchto proměnných jako významný prediktor neukázal, pouze byl nalezen pozitivní vztah s psychickým zdravím v rámci korelační analýzy. Výsledky vztahující se k citové vazbě a sebehodnocení odpovídají teoretickým poznatkům a empirickým zjištěním. Jak uvádí Shaver et al. (2017), v dospívání by měl jistý attachment vést ke kladnému sebehodnocení a dle Moretti a Peled (2004) je spojený také s psychickým zdravím a adaptivním zvládnutím.

Podle Raque et al. (2023) mají pozitivní rané attachmentové zkušenosti zásadní vliv na schopnost soucítit se sebou a vyšší soucit se sebou je spojen s psychickou pohodou dospívajících. Souvislost soucitu se sebou s psychickou pohodou souhlasí také s výsledky mé studie, jiné studie však prezentují významné vztahy i v rámci souvislostí attachmentu, sebehodnocení a soucitu se sebou a významnému efektu sebesoucitu na psychické zdraví. Dle studie Marshalla et al. (2015) soucit se sebou snižuje efekt nízkého sebehodnocení dospívajících na jejich psychické zdraví. Neff (2011) uvádí, že benefitem soucitu se sebou je pozitivní vztahování se k sobě i v situacích selhání či nedostatečnosti a jak uvádí Marshall et al. (2015) soucítění se sebou vede k přijetí své nedokonalosti a svých chyb. Dle některých studií např. Wei et al. (2011) nebo Raque-Bogdana et al. (2011) má soucit se sebou zejména zprostředkující vliv na psychické zdraví. Dle Muris a Otgaar (2023) se soucit se sebou a sebehodnocení doplňují při ochraně psychického zdraví.

Na základě výsledků mého výzkumu lze konstatovat, že vliv attachmentu a sebehodnocení je pro psychické zdraví dospívajících zásadní. Odhaduji, že jedním z důvodů, proč se soucit se sebou neukázal jako významný prediktor může být formulace a verbalizace některých položek škály SCS-CZ, kterým byl soucit se sebou měřen a pro dospívající ve věku 15-19 let nemusely být některé položky dostatečně srozumitelné, což jsem zaznamenala při přímém sběru dat i u studentů gymnázií. Navrhuji, že by bylo vhodné se dále zaměřit na vytvoření psychodiagnostických metod měřící soucit se sebou u dospívajících. Zároveň je možné, že ve věkovém období 15 až 19 let je schopnost soucítit se sebou ještě nedostatečně rozvinuta a nemá tak silný dopad na psychické zdraví jako citová vazba, která se utváří již v samém počátku života dítěte nebo sebehodnocení, které se rozvíjí současně, ale jeho utváření probíhá po celou dobu dětství zejména na základě vztahů s významnými osobami (Bowlby, 1988) a se vzrůstajícím věkem pomocí celé řady zkušeností. Současná zjištění (např. Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017; Seekis et al., 2023) však poukazují na to, že intervence zaměřené na soucit se sebou u dospívajících mají pozitivní

význam. V tomto směru by bylo vhodné zabývat se ve větší míře takovými intervencemi i v České republice.

Další výzkumné otázky se vztahovaly k psychickým obtížím, které byly měřeny nástrojem SCL-90-S, jehož výsledky umožnily zjistit, jak celkovou psychickou zátěž, která se skládá z jednotlivých psychopatologických symptomů, tak celou řadu jednotlivých psychopatologických symptomů (agresivita/hostilita, úzkost, deprese, paranoidní myšlení, fobická úzkost, psychoticismus, somatizace, nejistota v sociálním kontaktu, kompulzivita). Vztahy byly zjišťovány pomocí Pearsonových korelačních koeficientů. Vztah mezi celkovou psychickou zátěží a pozitivním psychickým zdravím, které je zaměřeno na psychickou, emocionální a sociální pohodu je silný negativní ($r = -0,61$, $p < 0,001$).

Nejsilnější kladný vztah byl nalezen mezi celkovou psychickou zátěží a vztahovou úzkostností ($r = 0,53$, $p < 0,001$). Se vztahovou vyhýbavostí má celková psychická zátěž středně silný pozitivní vztah ($r = 0,33$, $p < 0,001$). Podle Tironi et al. (2021) je z biologického hlediska citová vazba spojena s psychopatií skrze fyziologické mechanismy, nejistý attachment je fyziologicky spojen s vyšší hladinou kožní vodivosti, nižším srdečním zpomalením a modulací respirační sinusové arytmiie. Rozvoj psychických obtíží souvisí také se schopností efektivní emoční regulace, která je dle Mikulincer a Shaver (2016) spojena s attachmentem. Negativní souvislost se nachází mezi celkovou psychickou zátěží a sebehodnocením ($r = -0,49$, $p < 0,001$) a soucitem se sebou ($r = -0,29$, $p < 0,001$). Marsh et al. (2018) konstatuje, že nedostatečný soucit se sebou může představovat rizikový faktor vzniku/udržování psychických obtíží dospívajících.

Dále jsem analyzovala jednotlivé symptomy SCL-90-S, přičemž všechny symptomy mají signifikantní vztahy se vztahovou úzkostností i vyhýbavostí, sebehodnocením i soucitem se sebou ($p < 0,001$). Nejprve se zaměřím na agresivitu/hostilitu, která má nejsilnější vztah se vztahovou úzkostností ($r = 0,39$) a sebehodnocením ($r = -0,31$), dále se soucitem se sebou ($r = -0,29$) a nejméně se vztahovou vyhýbavostí ($r = 0,15$). Vyšší míra agresivity souvisí také dle studie Muarifah et al. (2022) s nižším sebehodnocením a nejistou vazbou, dle Güler (2022) má hostilita negativní vztah i se soucitem se sebou.

Úzkost má nejsilnější souvislost se vztahovou úzkostností ($r = 0,47$), dále se sebehodnocením ($r = -0,43$), vztahovou vyhýbavostí ($r = 0,27$) a se soucitem se sebou ($r = -0,26$). Také jiné studie uvádí, že se úzkostné symptomy pojí se sníženým sebehodnocením (da Silva et al., 2022) a nižším soucitem se sebou (Neff & McGehee, 2010; Güler, 2022), na druhou stranu se pojí s vyšší mírou vztahové úzkostnosti i vyhýbavosti (Zhang et al., 2022)

a s nejistým attachmentem (Erozkan, 2011). Fobická úzkost nejsilněji souvisí se vztahovou úzkostností ($r = 0,39$) a sebehodnocením ($r = -0,37$), dále pak se vztahovou vyhýbavostí ($r = 0,28$) a nakonec se soucitem se sebou ($r = -0,18$). I dle výzkumných zjištění Garaigordobil et al. (2008), je fobická úzkost spojena s negativním sebehodnocením.

Deprese nejsilněji souvisí na jednu stranu kladně se vztahovou úzkostností ($r = 0,52$) a na druhou stranu záporně se sebehodnocením ($r = -0,52$), dále záporně se soucitem se sebou ($r = -0,32$) a kladně se vztahovou vyhýbavostí ($r = 0,30$). Také podle Neff a McGehee (2010) jsou depresivní symptomy spojené s nižší mírou soucitu se sebou, dle Garaigordobil et al. (2008) s nižším sebehodnocením a dle Zhang et al. (2022) s vyšší mírou vztahové úzkostnosti i vyhýbavosti.

Paranoidní myšlení má nejsilnější vztah se vztahovou úzkostností ($r = 0,51$), dále se sebehodnocením ($r = -0,37$), vztahovou vyhýbavostí ($r = 0,32$) a se soucitem se sebou ($r = -0,23$). Výzkumná zjištění Garaigordobil et al. (2008) také odhalují negativní vztah mezi sebehodnocením a paranoidním myšlením a dle Korver-Nieberg et al. (2013) se pojí také s nejistým attachmentem. Dle Ciocca et al. (2022) se pojí s dezorganizovaným attachmentem. Psychoticismus má nejsilnější vztah se vztahovou úzkostností ($r = 0,45$), sebehodnocením ($r = -0,43$), vztahovou vyhýbavostí ($r = 0,37$) a se soucitem se sebou ($r = -0,25$). Negativní vztah psychoticismu se sebehodnocením odhalil také Heaven et al. (2013).

Somatizace středně silně souvisí se sebehodnocením ($r = -0,34$) a vztahovou úzkostností ($r = 0,32$), slabě pak také se vztahovou vyhýbavostí ($r = 0,22$) a se soucitem se sebou ($r = -0,19$). Studie jiných autorů také prezentují negativní vztah somatizace se sebehodnocením (Garaigordobil et al., 2008) i sebesoucitem (Güler, 2022) a podle Yavuz et al. (2019) souvisí somatizace dospívajících s kvalitou vazby s rodiči.

Kompulzivita má nejsilnější vztah se vztahovou úzkostností ($r = 0,47$), poté se sebehodnocením ($r = -0,41$), se vztahovou vyhýbavostí ($r = 0,28$) a soucitem se sebou ($r = -0,24$). O vztahu kompulzivity a sníženého sebehodnocení pojednává také Garaigordobil et al. (2008), dle Hodného et al. (2020) úzkostný attachment souvisí s obsedantně-kompulzivní poruchou nebo dle Nielsen et al. (2022) s nutkavým sexuálním chováním. Nejistota v sociálním kontaktu má silný vztah se vztahovou úzkostností ($r = 0,56$), dále středně silný vztah se sebehodnocením ($r = -0,49$), vztahovou vyhýbavostí ($r = 0,35$) a slabší souvislost se soucitem se sebou ($r = -0,29$). Nejistota v sociálním kontaktu je i dle Garaigordobil et al., (2008) spojena s nižším sebehodnocením. Dle Öztürk et al. (2020) souvisí sociální úzkost také s nejistou vazbou a dle Gao et al. (2023) s nižším soucitem k sobě.

Dalším cílem bylo zjistit, zda existují rozdíly mezi dívkami a chlapci v míře psychického zdraví, psychických obtíží, sebehodnocení, soucitu se sebou a citové vazbě. Analýzy t-testu odhalily významné rozdíly mezi pohlavími u všech proměnných. Chlapci vykazují lepší psychické zdraví ($t(1026) = 6,123$, $p < 0,001$, $d = 0,382$) a prožívají menší psychickou zátěž než dívky ($t(1026) = -8,414$, $p < 0,001$, $d = -0,525$), což prezentuje i Mukul et al. (2020). Chlapci také vykazují vyšší míru kladného sebehodnocení ($t(1026) = 4,148$, $p < 0,001$, $d = 0,259$) a vyšší soucit se sebou než dívky ($t(1026) = 3,238$, $p < 0,001$, $d = 0,202$). O vyšším soucitu se sebou u chlapců pojednává i Carreiras et al. (2021) a podle Mukul et al. (2020) mají chlapci také lepší sebepojetí než dívky. Z hlediska citové vazby jsou chlapci více vztahově vyhýbaví ($t(1026) = 5,890$, $p < 0,001$, $d = 0,368$) a naopak dívky více vztahově úzkostné ($t(1026) = -6,606$, $p < 0,001$, $d = -0,412$). Verhees et al. (2021) nenašli významný rozdíl ve vztahové úzkostnosti, pouze chlapci se ukázali jako vztahově vyhýbavější.

Při analýze dat jsem se také soustředila na zastoupení typu attachmentu ve výzkumném souboru dospívajících ve věku 15 až 19 let, kteří studují na střední škole, přičemž jsem zjistila následující rozložení: jistá citová vazba (67,18 %), vyhýbavá citová vazba (18,30 %), úzkostná citová vazba (10,84 %) a dezorganizovaná citová vazba (3,68 %). Výzkum Ens (2022) prezentuje rozdílné výsledky u stejné věkové skupiny v České republice ($n = 440$): jistá citová vazba (39,55 %), vyhýbavá citová vazba (14,32 %), úzkostná citová vazba (35,23 %) a dezorganizovaná citová vazba (10,91 %). Rozdíl ve výsledných datech lze vysvětlit způsobem sběru dat a v případě Ens (2022) nižší reprezentativností, jelikož data byla získána online. V mém současném výzkumu byl proveden sběr dat na středních školách s vysokým počtem zastoupení respondentů, což významně zvyšuje reprezentativnost souboru. Zároveň v mém případě byly typy attachmentu získány skrze normy pro věkovou kategorii dospívajících. Výsledky sběru dat formou tužka-papír na školách lze považovat za objektivnější vzhledem k populaci v České republice.

Získané poznatky lze aplikovat v podpoře psychického zdraví dospívajících se zaměřením na podporu jistého attachmentu prostřednictvím korektivních zkušeností nebo v rámci terapie a rovněž posilování zdravého kladného sebehodnocení. Vhodným budoucím výzkumným cílem by kromě zaměření na význam intervencí soucitu se sebou u dospívajících bylo zkoumat další faktory, které se významně podílejí na psychickém zdraví dospívajících.

10.1 Diskuse doplňujících výsledků a doporučení

Doplňující výsledky studie jasně poukazují na důležitost podpory péče o psychické zdraví u věkové skupiny dospívajících, tedy žáků středních škol, ne které se výzkum zaměřoval. Více než polovina respondentů (54,8 %) uvedla, že bývá zmatená ze svých pocitů a neví, jak s nimi pracovat. Necelým 38 % dospívajících chybí znalosti o psychickém zdraví a způsobech, jak můžou se svými emocemi a myšlenkami pracovat. Celých 16 % respondentů uvedlo, že nemá v životě osobu, na kterou se může obrátit, když se necítí po psychické stránce dobře. Podle výzkumu Burešové et al. (2020) je přitom vnímaná sociální opora prediktorem psychického zdraví a taktéž Liu et al. (2021) uvádí významný vztah sociální opory s psychickým prožíváním dospívajících.

Pozitivním výsledkem je, že téměř 80 % žáků středních škol pokládá za důležité starat se o své psychické zdraví. Zásadní je také informace, že celých 68,54 % by se chtělo dozvědět více o tom, jak mohou se svojí psychikou pracovat. Podle studie Ghafari et al. (2022) se však celosvětově okolo 54 % dospívajících setkává s nenaplněním svých potřeb ohledně péče o své psychické zdraví.

Výsledky doplňujících položek jasně upozorňují na důležitost dostupnosti psychologické péče pro děti a dospívající. Z hlediska aplikace do praxe by bylo vhodné zařadit výuku psychohygieny do vzdělávacích osnov nejen na středních, ale i na základních školách. Dále edukovat pedagogické pracovníky o psychickém zdraví a podpořit dostupnost školních psychologů a dětských klinických psychologů v České republice.

10.2 Přínosy výzkumu

Přínosem diplomové práce je zaměření se na úzkou věkovou kategorii dospívajících a sběr dat na středních školách v několika krajích, které byly vybrány tak, aby co nejpřesněji reprezentovaly Českou republiku včetně rozložení podle typů škol. Za ojedinělý považuji v rámci různých výzkumných studií sběr dat na středních odborných učilištích, což hodnotím jako přínos mé studie. Mezi klady rovněž patří vyvážený poměr dívek a chlapců ve výzkumném souboru.

Mezi další přínosy patří screening psychického zdraví dospívajících a snaha porozumět vybraným prediktorům. Současně je výzkum takové podoby ojedinělý a může přinést spolu s doplňujícími výsledky důležité poznatky pro klinickou i školní praxi a zejména také pro prevenci.

Z hlediska přínosu pro samotné respondenty považují za hodnotnou možnost sebereflexe, edukaci a poskytnutí informačních materiálů. V rámci doplňující otázky, kde byla možnost zamýšlení se nad vlastní sebepéčí několik studentů napsalo, že by chtěli vyhledat odbornou psychologickou pomoc. Můžu se pouze domnívat, zdali můj výzkum některého studenta podnítl nebo byl při rozvažování posledním impulsem k vyhledání pomoci, odhaduji však, že v některých případech k tomuto skutečně došlo. Taková skutečnost by z mého pohledu významně přesahovala přínos celé této studie.

10.3 Limity výzkumu

Dále se zaměřím na limity výzkumné studie. Limitem výzkumu je, že se nejedná o zcela reprezentativní výzkumný soubor vzhledem k tomu, že byla data sbírána pouze ve čtyřech krajích a v jednom z nich byla získána pouze jedna střední škola. Tento limit však byl zmírněn pečlivým výběrem krajů, sběrem dat ve všech typech škol středního vzdělávání (střední odborné školy, gymnázia i střední odborná učiliště) a vysokým zastoupením respondentů z celkem 49 tříd.

Dalším limitem byla časová náročnost administrace dotazníků na školách, jelikož v případě žáků se specifickými poruchami učení byl časový prostor pro vyplnění dotazníků krátký. Limitem mohlo být také obtížné porozumění některým položkám ve výzkumné baterii zejména v případě žáků učebních oborů, což mohlo ovlivnit výsledky výzkumu.

Na doplňující položky zároveň odpovídali zejména studenti gymnázií a středních odborných škol, tudíž poměrové chybí část respondentů ze středních odborných učilišť, jedná se však pouze o doplňující část výzkumu.

11 ZÁVĚR

Výzkumným cílem bylo prozkoumání vztahů mezi citovou vazbou, sebehodnocením a soucitem se sebou v kontextu psychického zdraví a psychických obtíží dospívajících ve věku 15-19 letech. Cílem bylo odhalit také prediktory psychického zdraví pomocí hierarchického modelu lineární regrese.

Pomocí statistické analýzy dat jsem zjistila, že mezi koncepty existují významné vztahy. Psychické zdraví má kladný vztah se sebehodnocením a soucitem se sebou, naopak negativní vztah se vztahovou úzkostí i vyhýbavostí a celkovou psychickou zátěží. Silný kladný vztah se nachází rovněž mezi sebehodnocením a soucitem se sebou. Naopak negativně souvisí sebehodnocení dospívajících se vztahovou vyhýbavostí i úzkostí. Vztahová vyhýbavost i úzkost také negativně souvisí se soucitem se sebou.

Významné negativní vztahy byly nalezeny také mezi všemi psychopatologickými symptomy (agresivita/hostilita, úzkost, deprese, paranoidní myšlení, fobická úzkost, psychoticismus, somatizace, nejistota v sociálním kontaktu, kompulzivita) a jednotlivými proměnnými (attachment, sebehodnocení, soucit se sebou, psychická pohoda, emocionální pohoda a sociální pohoda).

Výzkumná zjištění se týkají také signifikantních rozdílů mezi dívkami a chlapci. Chlapci vykazují lepší psychické zdraví než dívky, vykazují nižší celkovou psychickou zátěž, nižší míru vztahové úzkosti a zároveň mají vyšší sebehodnocení a jsou soucitnější se sebou než dívky. Naopak dívky jsou oproti chlapcům méně vztahově vyhýbavé.

Lineární regresní analýza odhalila, že pohlaví, attachment a sebehodnocení predikují psychické zdraví dospívajících. Soucit se sebou není signifikantním prediktorem psychického zdraví dospívajících po kontrole pohlaví, vztahové úzkosti i vyhýbavosti a sebehodnocení.

Doplňující výsledky prezentují zájem a potřebu dospívajících studentů středních škol získat dovednosti a informace vztahující se k podpoře svého psychického zdraví.

12 SOUHRN

Magisterská diplomová práce se zabývá psychickým zdravím a psychickými obtížemi dospívajících v kontextu attachmentu, sebehodnocení a soucitu se sebou. Teoretická část se nejprve věnuje psychickému zdraví v celostním pojetí z hlediska biologických, psychologických i sociálních faktorů a následně také vývojovému období dospívání a kontextu psychických obtíží v tomto období. Dle Keyese (2002) i podle World Health Organization (2022) je psychické zdraví určité kontinuum. Jeho protektivním faktorem je jistá citová vazba (Mikulincer & Shaver, 2012), která má rovněž protektivní efekt na psychosociální vývoj dětí a dospívajících (Hašto, 2005). Období dospívání je náročné vzhledem k velkému množství změn, se kterými se dospívající musí vyrovnat. Dochází také k proměně myšlení, přičemž podle Piageta a Inhelderové (2014) bývá okolo 15. roku dítěte už plně rozvinuté formální myšlení. Dle Vágnerové a Lisé (2021) se mění i potřeby dospívajících a rozvoj myšlení je vede k otázkám ohledně své budoucnosti, což přináší nejistotu. Souběžně se objevuje nárok na získání identity ega (Erikson, 1993). Změny, které se v tomto období odehrávají mohou být rizikové vzhledem k vzniku psychických obtíží. Z hlediska psychických poruch u dospívajících mají nejvyšší prevalenci úzkostné poruchy okolo 7,9 %, depresivní poruchy 1,7 % (Sacco et al., 2022).

Druhá kapitola se zabývá attachmentem, který tvoří dle Bowlbyho (2012) základ pro vývoj osobnosti a souvisí s psychickým zdravím, což podporují i neurobiologická zjištění (Schore, 2014; Porges, 2015; Chambers, 2017; Sullivan & Opendak, 2021). Citová vazba může být jistá nebo nejistá, přičemž nejistý typ se dále dělí na vyhýbavý, úzkostný/ambivalentní a dezorganizovaný (Ainsworth et al.; 1978; Main & Salomon 1986, 1990; cit. podle Ainsworth et al., 2015). Brennan et al. (1998) typ vazby vymezuje prostřednictvím vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti. Attachment se dle Bowlbyho (1988, 2010, 2012) rozvíjí již od narození ve vztahu s pečující osobou, důležitá je zejména dostupnost vazebné postavy a její citlivé a vnímavé chování směrem k dítěti. Na základě citové vazby si dítě vytváří vnitřní pracovní model sebe sama. Zásadními funkcemi attachmentu je dle Bowlbyho (1988) ochrana a přežití a dle Fonagyho et al. (2014) také ochrana skrze stresovou/strachovou reakci. Dle Levy a Orlans (2014) umožňuje jistý attachment rozvinout vhodnou seberegulaci a pocit sebehodnoty a kompetence. V období dospívání je dle Shaver et al. (2017) styl attachmentu převážně stabilní a v případě jistého

attachmentu vede také ke kladnému sebehodnocení. Dle Moretti a Peled (2004) je jistá vazba dospívajících spojena s dobrým psychickým zdravím. Důležitou souvislost má citová vazba s emoční regulací, která je pro jedince s nejistým attachmentem maladaptivní (Mikulincer & Shaver, 2016), např. osoby s úzkostným attachmentem využívají hyperaktivační strategie (Pietromonaco & Powers, 2015) a naopak vyhybavě připoutaní dospívající využívají emocionálně deaktivující strategie. Jak uvádí Cay-Bonilla a Pérez-Pedrogo (2023), pro jedince s dezorganizovaným attachmentem jsou charakteristické zejména disociace.

Třetí kapitola se zabývá sebehodnocením. Sebehodnocení je součástí sebesystému (Macek, 2019) a dle Moreno a Marrero (2015) je spojeno s psychickou pohodou a dle Ahrnberg et al. (2021) také s pozitivním psychickým zdravím. Vyvíjí se od raného dětství na základě vztahu s pečujícími osobami (Bowlby, 1988) souběžně se sociálním poznáváním (Shaffer & Kipp, 2014), na základě kladného vztahu s rodiči (Pérez-Fuentes et al., 2019), v dětství na základě školního úspěchu a sociálního statusu a v dospívání také na základě vztahů s vrstevníky (Vágnerová & Lisá, 2021).

Čtvrtá kapitola pojednává o soucitu se sebou. Soucítit se sebou znamená podle Neff (2003a) přistupovat k sobě laskavě, přijímat své nedostatky a bolesti a chybování jako součást lidskosti. Třemi složkami, kterými Neff soucit se sebou definuje, jsou laskavost k sobě, lidská sounáležitost a všímavost. Dle Gilberta (2010b) lze považovat stud za opak sebesoucitu, přičemž dle Swee et al. (2023) je stud transdiagnostický faktor různých psychopatologií. Jak uvádí Zessin et al. (2015), soucit se sebou souvisí s psychickou pohodou a podle Siroise (2020) se pojí se subjektivním psychickým i fyzickým zdravím. Kořeny schopnosti soucítit se sebou leží dle Peppinga et al. (2014) v poskytované péči v raném dětství. Pátá kapitola integruje vztah attachmentu, sebehodnocení a soucitu se sebou v kontextu psychického zdraví u dospívajících.

Na teoretickou část navazuje část výzkumná. Cílem výzkumu bylo prozkoumat vztahy mezi attachmentem, sebehodnocením, soucitem se sebou, psychickým zdravím a psychickými obtížemi a najít prediktory psychického zdraví dospívajících.

Psychické zdraví bylo měřeno pomocí metody Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) (Keyes, 2005; Keyes, 2009), která zahrnuje psychickou, emocionální a sociální pohodu. Attachment byl měřen pomocí nástroje ECR-CZ (Seitl et al., 2016), sebehodnocení podle Rosenbergovy škály sebehodnocení (RSES) (Blatný & Osecká, 1994) a soucit se sebou prostřednictvím Škály soucitu se sebou (SCS-CZ) (Benda & Reichová,

2016). Psychické obtíže byly zjišťovány pomocí nástroje Symptom-Checklist-90-Standard (SCL-90-S) (Pulkrabková, 2020). Součástí výzkumné baterie byly i doplňující otázky a položky vlastní konstrukce.

Sběr dat probíhal od března 2023 do listopadu 2023 na 13 středních školách ve 4 krajích České republiky formou tužka-papír. Jednalo se o náhodný částečně stratifikovaný a skupinový výběr. Výzkumný soubor zahrnuje žáky středních odborných škol, gymnázií i středních odborných učilišť. Z hlediska věku byli zařazeni pouze respondenti ve věku 15 až 19 let. Výsledný soubor tvoří 1033 žáků z celkových 49 tříd. Dívky tvoří 51,3 % zastoupení a chlapci 48,2 % zastoupení, zbylých 0,5 % bylo zařazeno do kategorie jiné. Věkový průměr respondentů byl 17,02 let.

Data byla analyzována pomocí deskriptivní analýzy, korelační analýzy a hierarchické lineární regrese. Doplňující položky byly analyzovány kvantitativně. Celkem bylo formulováno 23 hypotéz, přičemž 22 z nich bylo přijato a pouze 1 zamítnuta. Rozdělení výzkumného souboru dle typu citové vazby bylo následující: jistý typ 67,18 %, vyhýbavý typ 18,30 %, úzkostný typ 10,84 % a dezorganizovaný typ 3,68 %.

Mezi všemi testovanými proměnnými byly zjištěny signifikantní vztahy. Psychické zdraví a vztahová vyhýbavost ($r = -0,39$, $p < 0,001$) spolu středně silně negativně korelují, stejně tak mezi psychickým zdravím a vztahovou úzkostností ($r = -0,34$, $p < 0,001$) byl nalezen středně silný záporný vztah. Psychické zdraví dospívajících má také silný pozitivní vztah se sebehodnocením ($r = 0,53$, $p < 0,001$), středně silný vztah pak i se soucitem se sebou ($r = 0,30$, $p < 0,001$). Negativní souvislost byla zjištěna mezi sebehodnocením a vztahovou úzkostností ($r = -0,32$, $p < 0,001$) i vztahovou vyhýbavostí ($r = -0,30$, $p < 0,001$). Vztahová úzkostnost také negativně koreluje se soucitem se sebou ($r = -0,24$, $p < 0,001$). Vztahová vyhýbavost má slabý negativní vztah se soucitem se sebou ($r = -0,14$, $p < 0,001$). Sebehodnocení má silný pozitivní vztah se soucitem se sebou ($r = 0,61$, $p < 0,001$).

Pomocí hierarchického modelu lineární regrese jsem zjišťovala prediktivní vztahy psychického zdraví dospívajících. Model byl vytvořen na základě teoretických poznatků. V 1. kroku bylo vybráno pohlaví, ve 2. kroku byl zvolen attachment (vztahová úzkostnost a vztahová vyhýbavost), ve 3. kroku bylo přidáno sebehodnocení a ve 4. kroku soucit se sebou. Model v 1. kroku vysvětlil 3 % variability psychického zdraví ($R^2 = 0,030$; $F(1,1031) = 31,84$; $p < 0,001$), ve 2. kroku vysvětlil 28 % variability ($R^2 = 0,284$; $F(3,1029) = 136,15$; $p < 0,001$), čímž došlo k celkovému zlepšení modelu. Ve 3. kroku došlo k dalšímu zlepšení,

model vysvětlit 40 % variability ($R^2 = 0,400$; $F(4,1028) = 171,13$, $p < 0,001$). Ve 4. kroku nedošlo k výraznému zlepšení, model vysvětloval stále přibližně 40 % variability ($R^2 = 0,401$; $F(5,1027) = 137,541$,; $p < 0,001$). Soucit se sebou není signifikantním prediktorem psychického zdraví ($\beta = -0,047$; $t = -1,521$; $p = 0,129$) po kontrole pohlaví, vztahové úzkostnosti, vztahové vyhýbavosti a sebehodnocení. Attachment, sebehodnocení i pohlaví jsou významné prediktory psychického zdraví dospívajících. Soucit se sebou se naopak při kontrole těchto proměnných jako signifikantní prediktor neukázal. Nalezen byl pouze kladný signifikantní vztah s psychickým zdravím v rámci korelační analýzy.

Dále bylo zjištěno, že celková psychická zátěž, která zahrnuje jednotlivé psychopatologické symptomy, ale i jednotlivé symptomy (agresivita/hostilita, úzkost, deprese, paranoidní myšlení, fobická úzkost, psychoticismus, somatizace, nejistota v sociálním kontaktu, kompulzivita) významně souvisí se sebehodnocením, vztahovou úzkostností, vztahovou vyhýbavostí a soucitem se sebou ($p < 0,001$). Vztah mezi celkovou psychickou zátěží a pozitivním psychickým zdravím, které zahrnuje psychickou, emocionální a sociální pohodu je silný negativní ($r = -0,61$, $p < 0,001$). Celková psychická zátěž silně pozitivně koreluje se vztahovou úzkostností ($r = 0,53$, $p < 0,001$). Se vztahovou vyhýbavostí má celková psychická zátěž středně silný pozitivní vztah ($r = 0,33$, $p < 0,001$). Naopak negativní vztahy se nachází mezi celkovou psychickou zátěží a sebehodnocením ($r = -0,49$, $p < 0,001$) a soucitem se sebou ($r = -0,29$, $p < 0,001$).

Analýzy t-testu odhalily signifikantní rozdíly mezi dívkami a chlapci ($p < 0,001$). Chlapci vykazují lepší psychické zdraví ($t(1026) = 6,123$, $p < 0,001$, $d = 0,382$) a prožívají menší psychickou zátěž než dívky ($t(1026) = -8,414$, $p < 0,001$, $d = -0,525$). Chlapci také vykazují vyšší míru kladného sebehodnocení ($t(1026) = 4,148$, $p < 0,001$, $d = 0,259$) a vyšší soucit se sebou než dívky ($t(1026) = 3,238$, $p < 0,001$, $d = 0,202$). Z hlediska attachmentu jsou chlapci více vztahově vyhýbaví ($t(1026) = 5,890$, $p < 0,001$, $d = 0,368$) a naopak dívky více vztahově úzkostné ($t(1026) = -6,606$, $p < 0,001$, $d = -0,412$).

Na základě doplňujících výsledků lze zmínit, že 68,54 % dospívajících projevilo zájem dozvědět se informace o psychickém zdraví a naučit se o své psychické zdraví starat.

Výsledky studie je možné využít v rámci prevence psychického zdraví u dětí a dospívajících, ale také v rámci školní a klinické praxe či v psychoterapii. Doporučení pro další výzkum je zahrnout další faktory psychického zdraví a zaměřit se také na význam intervencí zaměřených na soucit se sebou a jejich možný efekt.

LITERATURA

Abidović, A., Music, M., Fajkic, A., Pepic, E., Dervisevic, A., & Enes, T. (2014). Dimensions of personality as predictors of self-esteem. *Balkan Journal of Health Science*, 2(4), 16–21.

Agbaria, Q. (2021). Internet Addiction and Aggression: The Mediating Roles of Self-Control and Positive Affect. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(4), 1227–1242. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00220-z>

Agustí, A., Lamers, F., Tamayo, M., Benito-Amat, C., Molina-Mendoza, G., Penninx, B., & Sanz, Y. (2023). The Gut Microbiome in Early Life Stress: A Systematic Review. *Nutrients*, 15(11), 2566. <https://doi.org/10.3390/nu15112566>

Ahrnberg, H., Appelqvist-Schmidlechner, K., Mustonen, P., Fröjd, S., & Aktan-Collan, K. (2021). Determinants of Positive Mental Health in Adolescents—A Cross-Sectional Study on Relationships between Positive Mental Health, Self-Esteem, Character Strengths and Social Inclusion. *International Journal of Mental Health Promotion*, 23(3), 361–374. <https://doi.org/10.32604/IJMHP.2021.016408>

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Psychology Press.

Allen, J. P., & Tan, J. S. (2018). The Multiple Facets of Attachment in Adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (Third edition, s. 399–415). Guilford Press.

Alves, F., Vieira Figueiredo, D., & Vagos, P. (2022). The Prevalence of Adolescent Social Fears and Social Anxiety Disorder in School Contexts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12458. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912458>

Anderson, J., Nandy, K., Fuller, A., Mayes, T., Spinelli, S., Brann, S., Padilla, F., Hughes, J., & Trivedi, M. (2023). Effects of Mental Illness Exposure From Parents and Friends on Adolescent Mental Health and Well-Being. *Psychiatric Annals*, 53(5), 228–235. <https://doi.org/10.3928/00485713-20230324-01>

- Andrews, J., Ahmed, S., & Blakemore, S.-J. (2021). Navigating the Social Environment in Adolescence: The Role of Social Brain Development. *Biological Psychiatry*, 89(2), 109–118. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.012>
- Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., Sandhu, R., & Sharma, S. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 449–461. <https://doi.org/10.2147/NDT.S39776>
- Asgarizadeh, A., & Ghanbari, S. (2022). Shame in borderline, antisocial and narcissistic personality disorders: Theoretical conceptualizations and empirical findings. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(5), 1–15. <https://doi.org/10.32598/shenakht.9.5.1>
- Bajwa, T., & Chandola, R. (2023). Effect of Body Image on Mental Health. *European Chemical Bulletin*, 12(4), 6101–6106. <https://doi.org/10.48047/ecb/2023.12.si4.5432023.09/05/2023>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289–303. <https://doi.org/10.1037/a0025754>
- Barry, C. T., Loflin, D. C., & Doucette, H. (2015). Adolescent self-compassion: Associations with narcissism, self-esteem, aggression, and internalizing symptoms in at-risk males. *Personality and Individual Differences*, 77, 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.036>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Beaton, D., Sirois, F., & Milne, E. (2022). The role of self-compassion in the mental health of adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*, 78. <https://doi.org/10.1002/jclp.23354>

- Beckers, D., Larsen, J. K., & Burk, W. J. (2023). Self-esteem and negative affectivity as mediators of the prospective links between adolescent interpersonal peer problems and disordered eating behaviors. *Appetite*, *186*, 106558. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106558>
- Benda, J. (2018). *Alternative models of the Czech version of the Self-Compassion Scale (SCS-26-CZ)*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.26763.18724>
- Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou*. Portál.
- Benda, J. (2020). Škála nepřipoutanosti k Já (NTS-CZ): Pilotní studie české verze. *E-psychologie*, *14*(4), 57–67. <https://doi.org/10.29364/epsy.385>
- Benda, J., & Reichová, A. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze Self-Compassion Scale (SCS-CZ). *Československá psychologie*, *60*, 120–136.
- Benda, J., Kadlečík, P., & Loskotová, M. (2018). Differences in self-compassion and shame in patients with anxiety disorders, patients with depressive disorders and healthy controls. *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii a Praxi*, *62*(6), 529–541.
- Blakemore, S.-J. (2018). Avoiding Social Risk in Adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, *27*(2), 116–122. <https://doi.org/10.1177/0963721417738144>
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Grada Publishing, a.s.
- Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. *Československá Psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*, *38*(6), 481-488.
- Bluth, K., & Clepper-Faith, M. (2023). Self-Compassion in Adolescence. In A. Finlay-Jones, K. Bluth, & K. Neff (Ed.), *Handbook of Self-Compassion* (s. 89–108). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8>
- Bluth, K., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, *57*(1), 108–118. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.04.001>

- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, bullet, & Johansson, bullet. (2014). Compassion Focused Therapy to Counteract Shame, Self-Criticism and Isolation. A Replicated Single Case Experimental Study for Individuals With Social Anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45. <https://doi.org/10.1007/s10879-014-9286-8>
- Bolton, D., & Gillett, P. G. (2019). The Biopsychosocial Model 40 Years On. In *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments [Internet]*. Palgrave Pivot. https://doi.org/10.1007/978-3-030-11899-0_1
- Bornstein, M., & Esposito, G. (2023). Coregulation: A Multilevel Approach via Biology and Behavior. *Children*, 10(8), 1323. <https://doi.org/10.3390/children10081323>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Portál.
- Bowlby, J. (2012). *Odloučení*. Portál.
- Bowlby, J. (2013). *Ztráta: Smutek a deprese*. Portál.
- Braehler, C. (2023). *Self-Compassion in Trauma Treatment* (s. 347–367). https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8_20
- Braehler, C., & Neff, K. (2020). Self-Compassion in PTSD. In M. Tull & N. Kimbrel (Ed.), *Emotion in Posttraumatic Stress Disorder*. (s. 567–596). Elsevier.
- Breines, J. G., & Chen, S. (2013). Activating the inner caregiver: The role of support-giving schemas in increasing state self-compassion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(1), 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.07.015>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. *Attachment Theory and Close Relationships*, 46–76.
- Bridgland, V., Takarangi, M., Green, D., Swain, T., Hutchison, N., Matson, L., Nayda, D., & Moeck, E. (2021). Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. *PLoS ONE*, 16(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240146>
- Brisch, K. H. (2011). *Poruchy vztahové vazby: Od teorie k terapii*. Portál.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. In *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (s. 793–828). John Wiley & Sons Inc.

Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2001). Self-esteem and emotion: Some thoughts about feelings. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(5), 575–584. <https://doi.org/10.1177/0146167201275006>

Bugay, A., Manuoğlu, E., Coşkun, M., & Sümer, N. (2021). Predictors of rumination and co-rumination: The role of attachment dimensions, self-compassion and self-esteem. *Current Psychology*, 42, 4400–4411. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01799-0>

Burešová, I., Jelínek, M., Dosedlová, J., & Klimusová, H. (2020). Predictors of Mental Health in Adolescence: The Role of Personality, Dispositional Optimism, and Social Support. *Sage Open*, 10(2). <https://doi.org/10.1177/2158244020917963>

Cannon, W. B. (1915). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement*. D. Appleton and Company.

Carreiras, D., Castilho, P., & Cunha, M. (2021). What stands between self-disgust and borderline features? The need to cultivate self-compassion in adolescents from Portugal: O que se entrepõe entre a auto-aversão e os traços borderline? A necessidade de cultivar autocompaixão em adolescentes de Portugal. *Psychologica: Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*, 64(2), 51–64. https://doi.org/10.14195/1647-8606_64-2_2

Cavicchioli, M., Stefanazzi, C., Tobia, V., & Ogliari, A. (2023). The role of attachment styles in attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analytic review from the perspective of a transactional development model. *European Journal of Developmental Psychology*, 20(3), 436–464. <https://doi.org/10.1080/17405629.2022.2069095>

Cay-Bonilla, H., & Pérez-Pedrogo, C. (2023). Childhood Trauma and Dissociative Symptoms: The Mediating Role of Disorganized Attachment. *Revista Caribeña de Psicología*, 7(1). <https://doi.org/10.37226/rcp.v7i1.7217>

Ciocca, G., Martinelli, J., Limoncin, E., Sansone, A., Jannini, E., & Fontanesi, L. (2022). Psychopathology of incel (involuntary celibate): The predictive role of depression, paranoia, and

fearful attachment style. *The Journal of Sexual Medicine*, 19, S39.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.08.021>

Coll, C. G., Bearer, E. L., & Lerner, R. M. (Ed.). (2014). *Nature and Nurture: The Complex Interplay of Genetic and Environmental Influences on Human Behavior and Development*. Psychology Press.

Cosma, A., Költő, A., Badura, P., Winkler, P., & Kalman, M. (2021). Time trends in adolescent mental wellbeing in the Czech Republic between 2002 and 2018: Gender, age and socioeconomic differences. *Central European Journal of Public Health*, 29, 271–278.
<https://doi.org/10.21101/cejph.a6717>

Crisan, S., Canache, M., Buksa, D., & Nechita, D. (2022). A Comparison Between Self-compassion and Unconditional Self-acceptance: Interventions on Self-blame, Empathy, Shame, Guilt-Proneness, and Performance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 41, 1–17. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00451-5>

Cupaioli, F. A., Zucca, F. A., Caporale, C., Lesch, K.-P., Passamonti, L., & Zecca, L. (2021). The neurobiology of human aggressive behavior: Neuroimaging, genetic, and neurochemical aspects. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 106, 110059.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110059>

Český statistický úřad. (2023, 31. srpna). *Školy a školská zařízení – školní rok 2022/2023*.
<https://www.czso.cz/csu/czso/analyticka-cast-9uf1m2n9u2>

da Silva, B. F. P., Vitti, L. S., Enumo, S. R. F., & Faro, A. (2022). Do self-esteem and gender help explain depressive and/or anxiety symptoms in adolescents? *Revista de Psicologia*, 40(1), 579–601.

Damasio, A. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain* (1st edition). Pantheon Books.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human Autonomy. In M. H. Kernis (Ed.), *Efficacy, Agency, and Self-Esteem* (s. 31–49). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1280-0_3

Delvecchio, E., Di Riso, D., Salcuni, S., Lis, A., & George, C. (2014). Anorexia and attachment: Dysregulated defense and pathological mourning. *Frontiers in Psychology*, 5.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2014.01218>

- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9781444305159>
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of positive psychology* (s. 463–473). Oxford University Press.
- Dijkstra, H., Cavelty, M. D., Jenne, N., & Reykers, Y. (2022). War in Ukraine. *Contemporary Security Policy*, 43(3), 464–465. <https://doi.org/10.1080/13523260.2022.2099085>
- Dogra, N., Parkin, A., Warner-Gale, F., & Frake, C. (2018). *A multidisciplinary handbook of child and adolescent mental health for front-line professionals* (Third edition). Jessica Kingsley Publishers.
- Dolejš, M., Dostál, D., Obereignerů, R., Orel, M., & Kňážek, G. (2021). *Self-Concept Questionnaire (SCQ): A Manual for Practical Application*.
- Donald, J. N., Ciarrochi, J., Parker, P. D., Sahdra, B. K., Marshall, S. L., & Guo, J. (2018). A worthy self is a caring self: Examining the developmental relations between self-esteem and self-compassion in adolescents. *Journal of Personality*, 86(4), 619–630. <https://doi.org/10.1111/jopy.12340>
- Eilert, D. W., & Buchheim, A. (2023). Attachment-Related Differences in Emotion Regulation in Adults: A Systematic Review on Attachment Representations. *Brain Sciences*, 13(6), Article 6. <https://doi.org/10.3390/brainsci13060884>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Ens, A. (2022). *Souvislost citové vazby a prožívané úzkosti u dospívajících v době pandemie COVID-19* [Bakalářská práce, Ostravská univerzita, Filozofická fakulta]. <https://theses.cz/id/i9p0xs/?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dens%20andrea%26start%3D1;isshlret=Andrea%3BENS%3B>

Erb, S. R., Barata, P. C., Yi, S., McLachlan, K., & Powell, D. (2023). The shame and guilt distinction: Addressing the (mal)adaptive nature of guilt. *Traumatology*, 29(2), 233–248. <https://doi.org/10.1037/trm0000388>

Erikson, E. H. (1993). *Childhood and Society*. W. W. Norton & Company.

Erozkan, A. (2011). Investigating the influence of attachment styles on anxiety sensitivity. *Journal of Human Sciences*, 8(1), Article 1.

Farre, A., & Rapley, T. (2017). The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare*, 5(4), 88. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>

Farrell, A., Vitoroulis, I., Eriksson, M., & Vaillancourt, T. (2023). Loneliness and Well-Being in Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Children*, 10, 279. <https://doi.org/10.3390/children10020279>

Ferraro, I., & Taylor, A. (2021). Adult attachment styles and emotional regulation: The role of interoceptive awareness and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 173, 110641. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110641>

Fischer, S., Žukov, I., Kuželová, H., & Ptáček, R. (2014). Specific Personality Disorder as a Result of Negative Events in Childhood and Adolescence. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 110(3), 165–170.

Flores-Lucas, V., Martínez-Sinovas, R., López-Benítez, R., & Guse, T. (2023). Hope and Flourishing: A Cross-Cultural Examination Between Spanish and South African Samples. In A. M. Krafft, T. Guse, & A. Slezáčková (Ed.), *Hope across cultures: Lessons from the International Hope Barometer* (s. 295–326). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-24412-4_8

Florica, C. M., Luminita, S. M., & Ioana, P. I. (2022). The Relation between Attachment Styles and Self-Esteem in Adolescents. *Technium Social Sciences Journal*, 33, 430–455.

Flux, M. C., & Lowry, C. A. (2023). Inflammation as a mediator of stress-related psychiatric disorders. In M. J. Zigmond, C. A. Wiley, & M.-F. Chesselet (Ed.), *Neurobiology of Brain Disorders (Second Edition)* (s. 885–911). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85654-6.00052-6>

Fonagy, P., Lorenzini, N., Campbell, C., & Luyten, P. (2014). *Why are we interested in attachments?* (s. 31–48).

Fotoohi, F., Barzegar Bafroei, K., & Hassani, H. (2023). Role of Positive Adolescent Development and Self-compassion in the Aggression Tendency of Female High School Students in Yazd City. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. <https://doi.org/10.18502/ssu.v31i6.13474>

Fraley, R. C., & Roisman, G. I. (2015). Early Attachment Experiences and Romantic Functioning: Developmental Pathways, Emerging Issues, and Future Directions. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Ed.), *Attachment theory and research: New directions and emerging themes*. The Guilford Press.

Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The experiences in close relationships—Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23(3), 615–625. <https://doi.org/10.1037/a0022898>

Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>

Franke, G. H. (2014). *Symptom-Checklist 90 Standard (SCL-90-S)*. Hogrefe.

Fraser, M. I., Ciarrochi, J., Sahdra, B. K., & Hunt, C. (2023). To Be Compassionate and Feel Worthy: The Bidirectional Relationship Between Self-Compassion and Self-Esteem. In A. Finlay-Jones, K. Bluth, & K. Neff (Ed.), *Handbook of Self-Compassion* (s. 33–51). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8_3

Gander, M., Fuchs, M., Franz, N., Jahnke-Majorkovits, A.-C., Buchheim, A., Bock, A., & Sevecke, K. (2021). Non-suicidal self-injury and attachment trauma in adolescent inpatients with psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 111, 152273. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152273>

Gao, J., Feng, Y., Xu, S., Wilson, A., Li, H., Wang, X., Sun, X., & Wang, Y. (2023). Appearance anxiety and social anxiety: A mediated model of self-compassion. *Frontiers in public health*, 11, 1105428. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1105428>

Gao, Y., Dong, Y., Geng, F., Zhu, D., Yue, J., Xie, S., Mu, J., Xie, J., Gao, L., Fang, W., & Wang, K. (2016). Relationship between self-compassion and anhedonia in schizophrenia. *Chinese Journal of Clinical Psychology, 24*(5), 819–822.

Garaigordobil, M., Perez, J. I., & Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema, 20*(1), 114–123.

Gecas, V. (1982). The Self-Concept. *Annual Review of Sociology, 8*(1), 1–33. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.08.080182.000245>

Ghafari, M., Nadi, T., Bahadivand-Chegini, S., & Doosti-Irani, A. (2022). Global prevalence of unmet need for mental health care among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing, 36*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.10.008>

Gilbert, P. (2010a). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203851197>

Gilbert, P. (2010b). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. New Harbinger Publications.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The British Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>

Gilbert, P. (2023). Self-Compassion: An Evolutionary, Biopsychosocial, and Social Mentality Approach. In A. Finlay-Jones, K. Bluth, & K. Neff (Ed.), *Handbook of Self-Compassion* (s. 53–70). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8>

Gilbert, P., & Irons, C. (2008). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. In N. B. Allen & L. B. Sheeber (Ed.), *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders* (1. vyd., s. 195–214). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511551963.011>

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy*, 84(3), 239–255. <https://doi.org/10.1348/147608310X526511>

Gilchrist, J., Solomon-Krakus, S., Pila, E., Crocker, P., & Sabiston, C. (2020). Associations between Physical Self-Concept and Anticipated Guilt and Shame: The Moderating Role of Gender. *Sex Roles*, 83. <https://doi.org/10.1007/s11199-020-01137-x>

Gillath, O. (2015). The Neuroscience of Attachment. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Ed.), *Attachment theory and research: New directions and emerging themes* (s. 39–67). The Guilford Press.

Girme, Y. U., Jones, R. E., Fleck, C., Simpson, J. A., & Overall, N. C. (2021). Infants' Attachment Insecurity Predicts Attachment-Relevant Emotion Regulation Strategies in Adulthood. *Emotion (Washington, D.C.)*, 21(2), 260–272. <https://doi.org/10.1037/emo0000721>

Goetz, M. (2005). Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro Praxi*, 6(6), 271–274.

Graham, J. (2018). *Does self-compassion or self-esteem mediate the relationship between attachment and symptoms of depression and anxiety in a clinical adolescent population?*

Groh, A., Roisman, G., Booth-LaForce, C., Fraley, R., Owen, M., Cox, M., & Burchinal, M. (2014). IV. Stability of attachment security from infancy to late adolescence. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 79. <https://doi.org/10.1111/mono.12113>

Grossman, P. (2023). Fundamental challenges and likely refutations of the five basic premises of the polyvagal theory. *Biological Psychology*, 180, 108589. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2023.108589>

Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., & Strauss, C. (2020). Development and psychometric properties of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). *Assessment*, 27(1), 3-20.

Güler, K. (2022). The Relationship Between Self-Compassion, Cognitive Flexibility and Psychological Symptoms. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 16, 454–458. <https://doi.org/10.53350/pjmhs22161454>

- Gürsoy, B. K., & Akkoyun, A. Z. (2023). Self-Compassion in Depression and Anxiety Disorders: Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Öz-Anlayış. *Konuralp Medical Journal / Konuralp Tıp Dergisi*, 15(1), 78–85. <https://doi.org/10.18521/ktd.1202613>
- Harari, L., Oselin, S., & Link, B. (2023). The Power of Self-Labels: Examining Self-Esteem Consequences for Youth with Mental Health Problems. *Journal of health and social behavior*, 64(4), 578-592. <https://doi.org/10.1177/00221465231175936>
- Hartas, D. (2023). Wellbeing, psychological distress and self-harm in late adolescence in the UK: The role of gender and personality traits. *European Journal of Special Needs Education*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/08856257.2023.2200107>
- Harter, S. (2006). The Development of Self-Esteem. In M. H. Kernis, *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (s. 144–156). Psychology Press.
- Hašto, J. (2005). *Vztahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. (Attachment. To the roots of love and anxiety.)*. Vydavateľstvo F.
- Heaven, P. C. L., Ciarrochi, J., Leeson, P., & Barkus, E.. (2013). Agreeableness, conscientiousness, and psychoticism: Distinctive influences of three personality dimensions in adolescence. *British Journal of Psychology*, 104(4), 481–494. <https://doi.org/10.1111/bjop.12002>
- Hewitt, J. P. (2002). The Social Construction of Self-Esteem. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of positive psychology* (s. 463–473). Oxford University Press.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>
- Hodný, F., Praško, J., Ocisková, M., Vaněk, J., & Holubová, M. (2021). Attachment in patients with an obsessive compulsive disorder. *Neuro endocrinology letters*, 42, 283–291.
- Hughes, D. A. (2017). *Budování citového pouta*. Institut fyziologické socializace.
- Chambers, J. (2017). The Neurobiology of Attachment: From Infancy to Clinical Outcomes. *Psychodynamic Psychiatry*, 45(4), 542–563. <https://doi.org/10.1521/pdps.2017.45.4.542>

- Chen, C., & Qin, J. (2020). Emotional Abuse and Adolescents' Social Anxiety: The Roles of Self-Esteem and Loneliness. *Journal of Family Violence, 35*(5), 497–508.
- Chervonsky, E., & Hunt, C. (2018). Emotion Regulation, Mental Health, and Social Wellbeing in a Young Adolescent Sample: A Concurrent and Longitudinal Investigation. *Emotion, 19*(2), 270–282. <https://doi.org/10.1037/emo0000432>
- Chung, J. E., Song, G., Kim, K., Yee, J., Kim, J. H., Lee, K. E., & Gwak, H. S. (2019). Association between anxiety and aggression in adolescents: A cross-sectional study. *BMC Pediatrics, 19*(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1479-6>
- Chvála, V., & Skorunka, D. (2017). Bio-psycho-social approach offers more understanding. *Psychiatrie pro praxi, 18*(1), 42–46. <https://doi.org/10.36290/psy.2017.040>
- Ionio, C., Ciuffo, G., Villa, F., Landoni, M., Sacchi, M., & Rizzi, D. (2022). Adolescents in the Covid Net: What Impact on their Mental Health? *Journal of Child & Adolescent Trauma, 1–7*. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00497-8>
- Jackson, R. G. (Ed.). (2010). *Psychology of Neuroticism and Shame* (UK edition). Nova Science Pub Inc.
- James, W. (1890). The consciousness of self. In *The principles of psychology* (s. 291–401). Henry Holt and Co. <https://doi.org/10.1037/10538-010>
- Janapati, G., & Padhy, M. (2023). *The role of basic psychological need satisfaction and self-esteem in the well-being of adolescents. open acess, 1–29*.
- Jochmannová, L., & Pešoutová, M. (2022). Stres jako významný faktor nemoci. In L. Jochmannová & T. Kimplová (Ed.), *Psychologie zdraví — Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Grada Publishing, a.s.
- Jonsson, E., & Denhag, I. (2023). Compassion in three perspectives: Associations with depression and suicidal ideation in a clinical adolescent sample. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, 11*, 120–127. <https://doi.org/10.2478/sjcap-2023-0012>
- Joos, A., Herrmann, C., Lahmann, C., Flottman, M., Jansen, T., Schede, C., Maner, P., Schörner, K., Klaasen van Husen, D., Jöbges, M., & Hartmann, A. (2023). Biopsychosocial complexity in

functional neurological disorder. *General Hospital Psychiatry*, 84, 44-46. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2023.06.011>

Karunamuni, N., Imayama, I., & Goonetilleke, D. (2021). Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Social Science & Medicine*, 272, 112846. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112846>

Kašćáková, N., Husárová, D., Hašto, J., Kolarčík, P., Šolcová, I. P., Gecková, A. M., & Tavel, P. (2016). Validation of a 16-Item Short Form of the Czech Version of the Experiences in Close Relationships Revised Questionnaire in a Representative Sample. *Psychological Reports*, 119(3), 804–825. <https://doi.org/10.1177/0033294116667725>

Kealy, D., Treeby, M. S., Rice, S. M., & Spidel, A. (2022). Shame and guilt as mediators between dispositional optimism and symptom severity among mental health outpatients. *Psychology, Health & Medicine*, 27(6), 1245–1254. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1861313>

Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207. <https://doi.org/10.2307/3090197>

Keyes, C. L. M. (2003). Complete Mental Health: An Agenda for the 21st Century. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Ed.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (s. 293–312). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10594-013>

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>

Keyes, C. L. M. (2009). Atlanta: Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF). Dostupné z: <http://www.sociology.emory.edu/ckeyes/>.

Kim, H.-G., Cheon, E.-J., Bai, D.-S., Lee, Y. H., & Koo, B.-H. (2018). Stress and Heart Rate Variability: A Meta-Analysis and Review of the Literature. *Psychiatry Investigation*, 15(3), 235–245. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.17>

Kim, J., Parker, S., Doty, J., Cunnington, R., Gilbert, P., & Kirby, J. (2020). Neurophysiological and behavioural markers of compassion. *Scientific Reports*, 10. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63846-3>

King, R. A., & Rutherford, H. J. V. (2018). Adolescence. In A. Martin, F. R. Volkmar, & M. H. Bloch (Ed.), *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (5.). Wolters Kluwer.

Ko, A., Hewitt, P.L., Chen, C., & Flett, G.L. (2019). Perfectionism as a Mediator Between Attachment and Depression in Children and Adolescents. *Perspectives on Early Childhood Psychology and Education*, 4(2), 181-200.

Koerner, K., & Linehan, M. M. (2000). Research on Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 151–167. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70149-0](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70149-0)

Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., Brantley, M., & Fredrickson, B. L. (2013). How Positive Emotions Build Physical Health: Perceived Positive Social Connections Account for the Upward Spiral Between Positive Emotions and Vagal Tone. *Psychological Science*, 24(7), 1123–1132. <https://doi.org/10.1177/0956797612470827>

Kollerová, L. (2017). Střední dětství. In M. Blatný (Ed.), *Psychologie celoživotního vývoje*. Karolinum.

Korver-Nieberg, N., Fett, A.-K. J., Meijer, C. J., Koeter, M. W. J., Shergill, S. S., de Haan, L., & Krabbendam, L. (2013). Theory of mind, insecure attachment and paranoia in adolescents with early psychosis and healthy controls. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(8), 737–745. <https://doi.org/10.1177/0004867413484370>

Kotiuga, J., Vaillancourt-Morel, M.-P., Yampolsky, M., & Martin, G. (2023). Adolescents' Self Perceptions: Connecting Psychosocial Competencies to the Sexual Self-Concept. *Journal of sex research*. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2222285>

Kou, S. (2022). The Relationship between Parenting Style and Self-Esteem in Adolescents. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*, 5, 307–312. <https://doi.org/10.54097/ehss.v5i.2923>

Krafft, A. M., Guse, T., & Slezáčková, A. (Ed.). (2023). *Theoretical Foundations and a Transdisciplinary Concept of Hope* (Roč. 14, s. 54). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-24412-4_2

Krasniqi, E., Pipová, H., Cakirpaloglu, P., & Jochmannová, L. (2022). Emoční vývoj v dospívání a jeho vliv na duševní zdraví. In L. Jochmannová & T. Kimplová (Ed.), *Psychologie zdraví—Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Grada Publishing, a.s.

Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy, 44*(3), 501–513. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004>

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.

Lam, L. T., Rai, A., & Lam, M. K. (2019). Attachment problems in childhood and the development of anxiety in adolescents: A systematic review of longitudinal and prospective studies. *Mental Health & Prevention, 14*, 100154. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2019.02.002>

Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology, 67*(1), 99–110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>

Lečbych, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie, 6*, 1–11.

Levy, T. M., & Orlans, M. (2014). *Attachment, Trauma, and Healing* (2nd edition). Jessica Kingsley Publishers.

Li, Q., Sun, H., Guo, J., Zhao, X., Bai, R., Zhang, M., & Liu, M. (2023). The effect of prenatal stress on offspring depression susceptibility in relation to the gut microbiome and metabolome. *Journal of affective disorders, 339*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.089>

Li, R., & Jin, T. (2022). The Relationship between Self-Compassion and Eudaimonic Well-Being in Adolescent: Mediating Effect of Self-Esteem. *Advances in Psychology, 12*, 3651–3658. <https://doi.org/10.12677/AP.2022.1210443>

Lima-Ojeda, J., Rupprecht, R., & Baghai, T. (2017). Neurobiology of depression: A neurodevelopmental approach. *The World Journal of Biological Psychiatry, 19*, 1–33. <https://doi.org/10.1080/15622975.2017.1289240>

Linardon, J. (2021). Positive body image, intuitive eating, and self-compassion protect against the onset of the core symptoms of eating disorders: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 54(11), 1967–1977. <https://doi.org/10.1002/eat.23623>

Linde, J., Luoma, J. B., Rück, C., Ramnerö, J., & Lundgren, T. (2023). Acceptance and compassion-based therapy targeting shame in body dysmorphic disorder: A multiple baseline study. *Behavior Modification*, 47(3), 693–718. <https://doi.org/10.1177/01454455221129989>

Lira, G., Silva, G., Wandalsen, G., & Sarinho, E. (2022). Psychological stress in asthma: Repercussions on epigenetics-genetics, immune responses, and pulmonary function in the pediatric population. *Allergologia et Immunopathologia*, 50, 78–88. <https://doi.org/10.15586/aei.v50i2.546>

Liu, Q., Jiang, M., Li, S., & Yang, Y. (2021). Social support, resilience, and self-esteem protect against common mental health problems in early adolescence: A nonrecursive analysis from a two-year longitudinal study. *Medicine*, 100, e24334. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024334>

Liu, X., Yang, Y., Wu, H., Kong, X., & Cui, L. (2020). The roles of fear of negative evaluation and social anxiety in the relationship between self-compassion and loneliness: A serial mediation model. *Current Psychology*, 41(8), 5249–5257. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01001-x>

Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849–1856. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.09.019>

Lu, H., Li, X., Wang, Y., Song, Y., & Liu, J. (2018). The hippocampus underlies the association between self-esteem and physical health. *Scientific Reports*, 8(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-34793-x>

Luigjes, J., Lorenzetti, V., de Haan, S., Youssef, G. J., Murawski, C., Sjoerds, Z., van den Brink, W., Denys, D., Fontenelle, L. F., & Yücel, M. (2019). Defining Compulsive Behavior. *Neuropsychology Review*, 29(1), 4–13. <https://doi.org/10.1007/s11065-019-09404-9>

Luijten, C. C., Van De Bongardt, D., & Nieboer, A. P. (2023). Adolescents' friendship quality and over-time development of well-being: The explanatory role of self-esteem. *Journal of Adolescence*, 95(5), 1057–1069. <https://doi.org/10.1002/jad.12175>

- Lyons-Ruth, K., Pechtel, P., Yoon, S. A., Anderson, C. M., & Teicher, M. H. (2016). Disorganized attachment in infancy predicts greater amygdala volume in adulthood. *Behavioural Brain Research*, *308*, 83–93. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2016.03.050>
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Portál.
- Macek, P. (2019). Sebereflexe a vztah k sobě samému (self). In J. Výrost, I. Slaměník, & E. Sollárová (Ed.), *Sociální psychologie: Teorie, metody, aplikace* (Vydání 1.). Grada Publishing, a.s.
- Mackin, D. M., Goldstein, B. L., Mumper, E., Kujawa, A., Kessel, E. M., Olino, T. M., Nelson, B. D., Hajcak, G., & Klein, D. N. (2023). Longitudinal Associations Between Reward Responsiveness and Depression Across Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *62*(7), 816–828. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.11.013>
- Maltese, A., Alesi, M., & Alù, A. G. M. (2012). Self-esteem, Defensive Strategies and Social Intelligence in the Adolescence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *69*, 2054–2060. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.12.164>
- Marques, A. H., Bjørke-Monsen, A.-L., Teixeira, A. L., & Silverman, M. N. (2015). Maternal stress, nutrition and physical activity: Impact on immune function, CNS development and psychopathology. *Brain Research*, *1617*, 28–46. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2014.10.051>
- Marsh, I. C., Chan, S. W. Y., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents—A Meta-analysis. *Mindfulness*, *9*(4), 1011–1027. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
- Marshall, S. L., Parker, P. D., Ciarrochi, J., Sahdra, B., Jackson, C. J., & Heaven, P. C. L. (2015). Self-compassion protects against the negative effects of low self-esteem: A longitudinal study in a large adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, *74*, 116–121. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.013>
- Masud, H., Ahmad, M. S., Cho, K. W., & Fakhr, Z. (2019). Parenting Styles and Aggression Among Young Adolescents: A Systematic Review of Literature. *Community Mental Health Journal*, *55*(6), 1015–1030. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00400-0>

Matis, J., Slezáčková, A., Svoboda, M., Šumec, R., & Světlák, M. (2020). Mindfulness-Based Programs for Patients With Cancer via eHealth and Mobile Health: Systematic Review and Synthesis of Quantitative Research. *Journal of Medical Internet Research*, 22. <https://doi.org/10.2196/20709>

Maynard, M., Quenneville, S., Hives, K., Talwar, V., & Bosacki, S. (2022). Interconnections between Emotion Recognition, Self-Processes and Psychological Well-Being in Adolescents. *Adolescents*, 3, 41–59. <https://doi.org/10.3390/adolescents3010003>

Mazzone, L., Postorino, V., Reale, L., Guarnera, M., Mannino, V., Armando, M., Fatta, L., & De Peppo, L. (2013). Self-Esteem Evaluation in Children and Adolescents Suffering from ADHD. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 9, 96–102. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010096>

McCabe, M., Alcaraz-Ibáñez, M., Markey, C., Sicilia, A., Rodgers, R., Aimé, A., Dion, J., Pietrabissa, G., Lo Coco, G., Caltabiano, M., Strodl, E., Bégin, C., Blackburn, M.-È., Castelnuovo, G., Granero-Gallegos, A., Gullo, S., Hayami-Chisuwa, N., He, Q., Maïano, C., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2023). A longitudinal evaluation of a biopsychosocial model predicting BMI and disordered eating among young adults. *Australian Psychologist*, 58, 1–23. <https://doi.org/10.1080/00050067.2023.2181686>

McElhaney, K., Allen, J., Stephenson, J., & Hare, A. (2009). Attachment and Autonomy During Adolescence. In *Handbook of Adolescent Psychology*. <https://doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy001012>

Merikangas, K. R., Cui, L., Kattan, G., Carlson, G. A., Youngstrom, E. A., & Angst, J. (2012). Mania with and without depression in a community sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 69(9), 943–951. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2012.38>

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11–15.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. Guilford Press.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2018). Adult Attachment and Emotion Regulation. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (Third edition, s. 507–533). Guilford Press.

Miller-Slough, R., West, C., & Parungao, D. (2023). Maternal and paternal emotion socialization relates to adolescent self-compassion. *Mental Health & Prevention, 31*, 200290. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200290>

Mitropoulou, E. M., Karagianni, M., & Thomadakis, C. (2022). Social Media Addiction, Self-Compassion, and Psychological Well-Being: A Structural Equation Model. *Alpha Psychiatry, 23*(6), 298–304. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2022.22957>

Mónaco Gerónimo, E., Schoeps, K., & Montoya-Castilla, I. (2019). Attachment Styles and Well-Being in Adolescents: How Does Emotional Development Affect This Relationship? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*, 2554. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142554>

Moreno, Y., & Marrero, R. J. (2015). Optimism and self-esteem as predictors of personal well-being: Sex differences. *Revista Mexicana de Psicología, 32*, 27–36.

Moretti, M. M., & Peled, M. (2004). Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development. *Paediatrics & Child Health, 9*(8), 551–555.

Mori, Y., Tiiri, E., Khanal, P., Khakurel, J., Mishina, K., & Sourander, A. (2021). Feeling Unsafe at School and Associated Mental Health Difficulties among Children and Adolescents: A Systematic Review. *Children, 8*(3), 232 (1-18). <https://doi.org/10.3390/children8030232>

Muarifah, A., Mashar, R., Hashim, I. H. M., Rofiah, N. H., & Oktaviani, F. (2022). Aggression in Adolescents: The Role of Mother-Child Attachment and Self-Esteem. *Behavioral Sciences, 12*(5), 147. <https://doi.org/10.3390/bs12050147>

Mukul, B., Mandal, C., & Mehera, C. (2020). *Home Environment: One of the Key Determinants of Mental Health, Personality Traits and Altruism of the Adolescent Students. 9*, 2195–2205.

Muris, P., & Otgaar, H. (2023). Self-Esteem and Self-Compassion: A Narrative Review and Meta-Analysis on Their Links to Psychological Problems and Well-Being. *Psychology research and behavior management, 16*, 2961–2975. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S402455>

Mwania, J., Owino, W., & Kimatu, J. (2023). Attachment Styles as Predictors of Suicidal Behavior in School Going Adolescents. *International Journal of Psychology*, 8, 31–44. <https://doi.org/10.47604/ijp.2049>

Naismith, I., Scheiber, C., Rodriguez, D., & Petrocchi, N. (2022). Physiological response to self-compassion versus relaxation in a clinical population. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272198>

Národní ústav duševního zdraví. (2023, 10. října). *Národní monitoring duševního zdraví dětí: 40 % vykazuje známky střední až těžké deprese, 30 % úzkosti. Odborníci připravují preventivní opatření* [tisková zpráva]. Dostupné z <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/narodni-monitoring-dusevniho-zdravi-deti-40-vykazuje-znamky-stredni-az-tezke-deprese-30-uzkosti-odbornici-pripravuji-preventivni-opatreni>

Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

Neff, K. D. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>

Neff, K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual Review of Psychology*, 74(1), 193–218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>

Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>

Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23–50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>

Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>

Nechita, D., Bud, S., & David, D. (2021). Shame and eating disorders symptoms: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54. <https://doi.org/10.1002/eat.23583>

Ni, J. (2023a). *Self-compassion reduces depression and anxiety: The mediating effects of global self-esteem, trait shame, and rumination*. ProQuest Information & Learning.

Nielsen, K., Danielson, S., Junior, I. F., Jennings, T. L., Gleason, N., Rahm-Knigge, R., Miner, M. H., & Coleman, E. (2022). Associations Among Boredom Proneness, Attachment Styles, and Compulsive Sexual Behavior. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(2), 132–133. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.03.556>

Nicholas, M., Vlaeyen, J. W. S., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M. A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S.-J., Treede, R.-D., & IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain. *Pain*, 160(1), 28–37. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>

O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.

Obereignerů, R., Orel, M., Reiterová, E., Mentel, A., Malčík, M., Petrůjová, T, Fac, O., & Friedlová, M. (2015). *Dotazník sebepojetí dětí adolescentů PHCSCS-2*. Praha: Hogrefe TestCentrum.

Opie, J. E., McIntosh, J., Esler, T., Duschinsky, R., George, C., Schore, A., Kothe, E., Tan, E., Greenwood, C., & Olsson, C. (2020). Early childhood attachment stability and change: A meta-analysis. *Attachment & Human Development*, 23, 1–34. <https://doi.org/10.1080/14616734.2020.1800769>

Orel, M. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada Publishing, a.s.

Orel, M. (2021). Vývoj centrálního nervového systému se zaměřením na mozek. In R. Procházka & M. Orel, *Vývojová neuropsychologie*. Grada Publishing, a.s.

Orth, U., Erol, R. Y., & Luciano, E. C. (2018). Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *144*(10), 1045–1080. <https://doi.org/10.1037/bul0000161>

Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012). Self, Self-Concept, and Identity. In M. R. Leary & J. P. Tangney, *Handbook of self and identity*, 2nd ed (s. xiii, 754). The Guilford Press.

Öztürk, Y., Özyurt, G., Turan, S., Mutlu, C., Tufan, A. E., & Akay, A. P. (2020). Relationships Between Theory of Mind (ToM) and Attachment Properties in Adolescent with Social Anxiety Disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, *57*(1), 65–70. <https://doi.org/10.29399/npa.24757>

Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions* (1st edition). Oxford University Press.

Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions* (1st edition). W. W. Norton & Company.

Peedicayil, J. (2023). Genome–Environment Interactions and Psychiatric Disorders. *Biomedicines*, *11*(4), 1209. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11041209>

Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: An integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, *214*(1), 55–70. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-2009-2>

Pepping, C., Davis, P., O’Donovan, A., & Pal, J. (2014). Individual Differences in Self-Compassion: The Role of Attachment and Experiences of Parenting in Childhood. *Self and Identity*, *14*, 104–117. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.955050>

Pérez-Fuentes, M. del C., Molero Jurado, M. del M., Gázquez Linares, J. J., Oropesa Ruiz, N. F., Simón Márquez, M. del M., & Saracostti, M. (2019). Parenting Practices, Life Satisfaction, and the Role of Self-Esteem in Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(20), Article 20. <https://doi.org/10.3390/ijerph16204045>

Phelps, C., Paniagua, S., Willcockson, I., & Potter, J. (2017). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, *183*. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.10.026>

Piaget, J., & Inhelder, B. (2014). *Psychologie dîtête*. Portál.

- Pietromonaco, P. R., & Powers, S. I. (2015). Attachment and health-related physiological stress processes. *Current Opinion in Psychology*, *1*, 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.001>
- Piko, B. F., & Pinczés, T. (2014). Impulsivity, depression and aggression among adolescents. *Personality and Individual Differences*, *69*, 33–37. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.05.008>
- Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S. A., Palmeira, L., Castilho, P., Duarte, C., Ferreira, C., Duarte, J., Cunha, M., Matos, M., & Costa, J. (2019). Incorporating psychoeducation, mindfulness and self-compassion in a new programme for binge eating (BEfree): Exploring processes of change. *Journal of Health Psychology*, *24*(4), 466–479. <https://doi.org/10.1177/1359105316676628>
- Pinyerd, B., & Zipf, W. B. (2005). Puberty – Timing Is Everything! *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, *20*(2), 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2004.12.011>
- Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. W. W. Norton & Company.
- Porges, S. W. (2015). Making the World Safe for our Children: Down-regulating Defence and Up-regulating Social Engagement to ‘Optimise’ the Human Experience. *Children Australia*, *40*(2), 114–123. <https://doi.org/10.1017/cha.2015.12>
- Porges, S. W. (2022). Polyvagal Theory: A Science of Safety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, *16*. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>
- Porges, S. W. (2023). The vagal paradox: A polyvagal solution. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*, *16*, 100200. <https://doi.org/10.1016/j.cpniec.2023.100200>
- Praško, J., & Holubová, M. (2017). *Sociální fobie a její léčba*. Grada Publishing, a.s.
- Preiss, M., & Vizinová, D. (Ed.). (2023). *Transgenerační přenos*. Grada Publishing, a.s.
- Primasari, A., & Yuniarti, K. (2021). Enjoying Every Moment: Improving Adolescent’s Subjective Well-Being Through Adolescent Mindfulness Program. *Gadjah Mada Journal of Professional Psychology (GamaJPP)*, *7*, 115. <https://doi.org/10.22146/gamajpp.65594>

Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *E-psychologie*, 3(3), 34-45. Dostupný z [www:<http://e-psycholog.eu/pdf/prochazka.pdf>](http://e-psycholog.eu/pdf/prochazka.pdf).2

Pulkrabková, A. (2020). *SCL-90®-S. Symptom-Checklist-90®-Standard*. Testcentrum.

Raes, F., & Gucht, D. (2009). Paranoia and instability of self-esteem in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47, 928–932. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.017>

Rahmatinejad, P., Khosravi, Z., & Mohammadi, S. (2018). Comparing Attachment Style, Quality of Intimate Relationship and Anger Experience in Patients with Borderline Personality and Bipolar-II Disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, *In Press*. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.10720>

Raque, T. L., Ziemer, K., & Jackson, J. (2023). Attachment and Self-Compassion: Associations Across the Lifespan. In A. Finlay-Jones, K. Bluth, & K. Neff (Ed.), *Handbook of Self-Compassion* (s. 71–88). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8_5

Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., & Bryan, N. A. (2011). Attachment and mental and physical health: Self-compassion and mattering as mediators. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 272–278. <https://doi.org/10.1037/a0023041>

Ren, Y., Chi, X., Bu, H., Huang, L., Wang, S., Zhang, Y., Zeng, D., Shan, H., & Jiao, C. (2023). Warm and Harsh Parenting, Self-Kindness and Self-Judgment, and Well-Being: An Examination of Developmental Differences in a Large Sample of Adolescents. *Children*, 10, 406. <https://doi.org/10.3390/children10020406>

Rogers, C. R. (2020). *Teorie a terapie osobnosti*. Portál.

Romeo, R. D. (2017). The impact of stress on the structure of the adolescent brain: Implications for adolescent mental health. *Brain Research*, 1654(Part B), 185–191. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2016.03.021>

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.

Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141–156. <https://doi.org/10.2307/2096350>

Rotter, J. B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. Prentice Hall.

Sacco, R., Camilleri, N., Eberhardt, J., Umla-Runge, K., & Newbury-Birch, D. (2022). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–18. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>

Sadin, M. (2022). *Trauma-Informed Teaching and IEPs: Strategies for Building Student Resilience*. ASCD.

Salgó, E., Szeghalmi, L., Bajzát, B., Berán, E., & Unoka, Z. (2021). Emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with borderline personality disorder, compared to healthy control subjects. *PloS one*, 16(3), e0248409. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248409>

Salinas-Quiroz, F., Dominguez Espinosa, A., & Mercado, S. (2022). Impact of Attachment Styles, Need for Social Approval, and Emotional Regulation on Mental Health: A Parallel Mediation Model. *Revista de Psicología*, 41, 269–305. <https://doi.org/10.18800/psico.202301.011>

Sandu, M. L., Calin, M. F., & Mogos, N. (2021). The Relationship between Maladaptive Cognitive Patterns and Self-Esteem in Adolescents. *Technium Social Sciences Journal*, 17, 259–267.

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)

Seekis, V., Farrell, L., & Zimmer-Gembeck, M. (2023). A classroom-based pilot of a self-compassion intervention to increase wellbeing in early adolescents. *Explore (New York, N.Y.)*, 19(2), 267–270. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2022.06.003>

Seitl, M., Charvát, M., & Lečbych, M. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze škály Experiences in Close Relationships (ECR) / Psychometric characteristics of the Czech version of Experiences in Close Relationships Scale. *Československá psychologie*, 60(4), 351–371.

Seligman, M. E. P (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and wellbeing*. Simon & Schuster.

Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, *1*(4667), 1383–1392.

Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Butterworth-Heinemann.

Shaffer, D. R., & Kipp, K. (Ed.). (2014). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence*. Cengage Learning.

Sharma, G., & Kaur, N. (2022). *Resilience for positive mental health among adolescent*. Volume 7 (3-6), 66–72. <https://doi.org/10.36537/IJAHS/7.3-6/66-72>

Shaver, P. R., Mikulincer, M., Sahdra, B. K., & Gross, J. T. (2017). Attachment Security as for Kindness Toward Self and Others. In K. Brown & M. Leary (Ed.), *Oxford Handbook of Hypo-egoic Phenomena*. Oxford University Press.

Shikishima, C., Hiraishi, K., Takahashi, Y., Yamagata, S., Yamaguchi, S., & Ando, J. (2018). Genetic and environmental etiology of stability and changes in self-esteem linked to personality: A Japanese twin study. *Personality and Individual Differences*, *121*, 140–146. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.09.013>

Shin, S., & Kim, Y.-K. (2023). Early Life Stress, Neuroinflammation, and Psychiatric Illness of Adulthood. In *Advances in experimental medicine and biology* (Roč. 1411, s. 105–134). https://doi.org/10.1007/978-981-19-7376-5_6

Shorter, E. (2005). The history of the biopsychosocial approach in medicine: Before and after Engel. In P. White (Ed.), *Biopsychosocial Medicine: An integrated approach to understanding illness*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198530343.003.0001>

Schindler, A. (2019). Attachment and Substance Use Disorders—Theoretical Models, Empirical Evidence, and Implications for Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, *10*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00727>

Schore, A. N. (2014). Early interpersonal neurobiological assessment of attachment and autistic spectrum disorders. *Frontiers in Psychology*, *5*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01049>

Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2005). *Theories of personality* (8th ed). Wadsworth Thompson Learning.

Silva Filho, O., Avanci, J., Pires, T., Oliveira, R., & de Assis, S. (2023). Attachment, suicidal behavior, and self-harm in childhood and adolescence: A study of a cohort of Brazilian schoolchildren. *BMC Pediatrics*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04215-7>

Singh, V., Behmani, R., & Kumar, S. (2021). *Role of Parenting Style in Mental Health and Coping Style of the Adolescents*.

Singh, Y., & Singh Johal, D. (2024). Life Satisfaction In Relation To Self-Esteem, Self-Efficacy And Self-Compassion. *Asian Journal of Management Entrepreneurship and Social Science*, 4(1), 707–714.

Sirois, F. M. (2020). The association between self-compassion and self-rated health in 26 samples. *BMC Public Health*, 20(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8183-1>

Slezáčková, A. (2017). *Hope and Well-being: Psychosocial Correlates and Benefits*. University of Malta.

Solanki, K. (2022). Relationship between Self-esteem and Self-efficacy. *International Journal of Research in Social Sciences & Humanities*, 12, 926–941. <https://doi.org/10.37648/ijrssh.v12i04.049>

Solomon, J. (2021). Shame as a behavioral system. Its links to attachment, defense, and dysregulation. In O. B. Epstein (Ed.), *Shame matters: Attachment and relational perspectives for psychotherapists*. Routledge.

Soyyigit, V. (2017). Self-Harm Behaviour in Adolescents: Body Image and Self-Esteem. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 27, 1–13. <https://doi.org/10.1017/jgc.2017.6>

Sperry, L., & Cunningham, A. (Ed.). (2016). *Mental health and mental disorders: An encyclopedia of conditions, treatments, and well-being*. Greenwood.

Spruit, A., Goos, L., Weenink, N., Rodenburg, R., Niemeyer, H., Stams, G. J., & Colonnaesi, C. (2020). The Relation Between Attachment and Depression in Children and Adolescents: A Multilevel Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(1), 54–69. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00299-9>

Stephen, S., & Soni, D. (2023). Bullying and its Effect on the Self Esteem and Psychological Well-Being. *International Journal for Research in Applied Science and Engineering Technology*, *11*, 4421–4425. <https://doi.org/10.22214/ijraset.2023.52521>

Stevens, F. (2014). Affect Regulation Styles in Avoidant and Anxious Attachment. *Individual Differences Research*, *12*, 123–130.

Stevens, H. E., Leckman, J. F., Lombroso, P. J., & Vaccarino, F. M. (2018). From Genes To Brain: Developmental Neurobiology. In A. Martin, F. R. Volkmar, & M. H. Bloch (Ed.), *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (5.). Wolters Kluwer.

Stewart, J., & Panksepp, J. (2012). Biological Foundations: The SEEKING System as an Affective Source for Motivation and Cognition. In S. Kreitler (Ed.), *Cognition and Motivation* (1. vyd., s. 109–136). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139021463.009>

Strand, J., Goulding, A., & Tidefors, I. (2015). Attachment styles and symptoms in individuals with psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, *69*(1), 67–72. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.929740>

Straub, R. O. (2014). *Health Psychology: A Biopsychosocial Approach*. Worth Publishers.

Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, *47*, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004>

Středa, L., & Hána, K. (2016). *EHealth a telemedicína*. Grada Publishing, a.s.

Střelec, J., Seitzl, M., & Charvát, M. (2017). *Parametry české verze škály Experiences in Close Relationships (ECR-CZ) pro tvorbu norem (2017)* [dataset].

Sullivan, R. M., & Opendak, M. (2021). Neurobiology of Infant Fear and Anxiety: Impacts of Delayed Amygdala Development and Attachment Figure Quality. *Biological Psychiatry*, *89*(7), 641–650. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.08.020>

Sumich, A., Heym, N., Lenzoni, S., & Hunter, K. (2022). Gut microbiome-brain axis and inflammation in temperament, personality and psychopathology. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, *44*, 101101. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2022.101101>

Sun, X., Chan, D. W., & Chan, L. (2016). Self-compassion and psychological well-being among adolescents in Hong Kong: Exploring gender differences. *Personality and Individual Differences, 101*, 288–292. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.011>

Sunshine, A., & McClelland, J. M. (2022). Early-Onset Schizophrenia. In M. K. Dulcan (Ed.), *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry* (Third edition). American Psychiatric Association Publishing.

Surzykiewicz, J., Skalski, S. B., Niesiobędzka, M., Gładysz, O., & Konaszewski, K. (2022). Brief screening measures of mental health for war-related dysfunctional anxiety and negative persistent thinking. *Personality and Individual Differences, 195*, 111697. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111697>

Svendsen, J. L., Osnes, B., Binder, P.-E., Dundas, I., Visted, E., Nordby, H., Schanche, E., & Sørensen, L. (2016). Trait Self-Compassion Reflects Emotional Flexibility Through an Association with High Vagally Mediated Heart Rate Variability. *Mindfulness, 7*(5), 1103–1113. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0549-1>

Světlák, M., Linhartová, P., Knejzlíková, T., Knejzlík, J., Kóša, B., Horníčková, V., Jarolínová, K., Lučanská, K., Slezáčková, A., & Šumec, R. (2021). Being Mindful at University: A Pilot Evaluation of the Feasibility of an Online Mindfulness-Based Mental Health Support Program for Students. *Frontiers in Psychology*.

Swee, M. B., Klein, K., Murray, S., & Heimberg, R. G. (2023). A Brief Self-Compassionate Letter-Writing Intervention for Individuals with High Shame. *Mindfulness, 14*(4), 854–867. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02097-5>

Tarantino, S., Ranieri, C., Dionisi, C., Gagliardi, V., Paniccia, M., Capuano, A., Frusciante, R., Balestri, M., Vigevano, F., Gentile, S., & Valeriani, M. (2017). Role of the Attachment Style in Determining the Association Between Headache Features and Psychological Symptoms in Migraine Children and Adolescents. An Analytical Observational Case-Control Study: Headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain, 57*. <https://doi.org/10.1111/head.13007>

Tetzner, J., Becker, M., & Maaz, K. (2016). Development in multiple areas of life in adolescence: Interrelations between academic achievement, perceived peer acceptance, and self-esteem.

International Journal of Behavioral Development, 41.
<https://doi.org/10.1177/0165025416664432>

Tironi, M., Charpentier Mora, S., Cavanna, D., Borelli, J. L., & Bizzi, F. (2021). Physiological Factors Linking Insecure Attachment to Psychopathology: A Systematic Review. *Brain Sciences*, 11(11), Article 11. <https://doi.org/10.3390/brainsci11111477>

Towner, E., Chierchia, G., & Blakemore, S.-J. (2023). Sensitivity and specificity in affective and social learning in adolescence. *Trends in cognitive sciences*, 27.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2023.04.002>

Trompeter, H. R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why Does Positive Mental Health Buffer Against Psychopathology? An Exploratory Study on Self-Compassion as a Resilience Mechanism and Adaptive Emotion Regulation Strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459–468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2023). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1. 1. 2023*.

Vágnerová, M., & Lisá, L. (2021). *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Karolinum.

Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Penguin Publishing Group.

Van der Crujisen, R., Blankenstein, N. E., Spaans, J. P., Peters, S., & Crone, E. A. (2023). Longitudinal self-concept development in adolescence. *Social cognitive and affective neuroscience*, 18(1). <https://doi.org/10.1093/scan/nsac062>

Van Dijk, M., Hale III, W., Hawk, S., Meeus, W., & Branje, S. (2020). Personality Development from Age 12 to 25 and its Links with Life Transitions. *European Journal of Personality*, 34.
<https://doi.org/10.1002/per.2251>

Vela, R. M. (2014). The effect of severe stress on early brain development, attachment, and emotions: A psychoanatomical formulation. *The Psychiatric Clinics of North America*, 37(4), 519–534. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.08.005>

Verhees, M. W. F. T., Finet, C., Vandesande, S., Bastin, M., Bijttebier, P., Bodner, N., Van Aswegen, T., Van de Walle, M., & Bosmans, G. (2021). Attachment and the Development of

Depressive Symptoms in Adolescence: The Role of Regulating Positive and Negative Affect. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(8), 1649–1662. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01426-y>

Vojtová, H. (2023). *Trauma a disociace*. Portál.

Vucenovic, D., Sipek, G., & Jelic, K. (2023). The Role of Emotional Skills (Competence) and Coping Strategies in Adolescent Depression. *European Journal of Investigation in Health, Psychology & Education (EJIHPE)*, 13(3), 540–552. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13030041>

Wallin, D. J. (2020). *Vazba v psychoterapii*. Portál.

Wapano, M. R. (2021). Emotional Intelligence and Mental Health among Adolescents. *International Journal of Research and Innovation in Social Science*, 5(5), 467–481. <https://doi.org/10.47772/IJRISS.2021.5528>

Wardoyo, T., Awalya, A., & Mulawarman, M. (2021). Contribution of Self-Efficacy and Self-Esteem to Subjective Well-Being. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 10, 22–28. <https://doi.org/10.15294/jubk.v9i1.45285>

Wei, M., Liao, K. Y.-H., Ku, T.-Y., & Shaffer, P. A. (2011). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of Personality*, 79(1), 191–221. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00677.x>

Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form: Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 187–204. <https://doi.org/10.1080/00223890701268041>

Wilson, D. R., Binford, L., & Hickson, S. (2023). The Gut Microbiome and Mental Health. *Journal of Holistic Nursing*, 089801012311704. <https://doi.org/10.1177/08980101231170487>

World Health Organization (2021, 17. listopad). *Mental health of adolescents*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

World Health Organization (2022, 17. červen). *Mental health: strengthening our response*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization. (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020*. Dostupné z: <https://www.who.int/directorgeneral/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-oncovid-19---11-march-2020>

Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2015, říjen 1). *The impact of self-compassion and mindfulness on psychological well-being among adolescents*. Compassionate Mind Foundation/ 4th International Conference 2015, Manchester, UK.

Yang, Y., Fletcher, K., Michalak, E., & Murray, G. (2019). An investigation of self-compassion and nonattachment to self in people with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 262. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.042>

Yavuz, M., Aluc, N., Tasa, H., Hamamcıoğlu, İ., & Bolat, N. (2019). The relationships between attachment quality, metacognition, and somatization in adolescents: The mediator role of metacognition. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 32. <https://doi.org/10.1111/jcap.12224>

Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: Putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry*, 17(3), 243–257. <https://doi.org/10.1002/wps.20568>

Zacharek, S., Kribakaran, S., Kitt, E., & Gee, D. (2021). Leveraging Big Data to Map Neurodevelopmental Trajectories in Pediatric Anxiety. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 50, 100974. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2021.100974>

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 7(3), 340–364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>

Zhang, H., Li, J., Sun, B., & Wei, Q. (2023a). Effects of Childhood Maltreatment on Self-Compassion: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 873–885. <https://doi.org/10.1177/15248380211043825>

Zhang, T., Zhou, L., Wei, Y., Tang, X., Gao, Y., Hu, Y., Xu, L., Chen, T., Liu, H., Li, C., Lu, Z., & Wang, J. (2023b). Heart rate variability in patients with psychiatric disorders from adolescence

to adulthood. *General Hospital Psychiatry*, 84.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2023.08.002>

Zhang, X., Li, J., Xie, F., Chen, X., Xu, W., & Hudson, N. W. (2022). The relationship between adult attachment and mental health: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(5), 1089–1137. <https://doi.org/10.1037/pspp0000437>

Zhao, Y., Li, L., & Wang, X. (2021). Relationship between Adolescent Depression and Insecure Attachment: Mediating Effect of Psychological Capital. *PSYCHIATRIA DANUBINA*, 33, 499–505. <https://doi.org/10.24869/psy.2021.499>

Zimmer-Gembeck, M., Webb, H., Pepping, C., Swan, K., Merlo, O., Skinner, E., Avdagic, E., & Dunbar, M. (2015). Review: Is Parent-Child Attachment a Correlate of Childrens Emotion Regulation and Coping? *International Journal of Behavioral Development*, 41. <https://doi.org/10.1177/0165025415618276>

Zulfiqar, N., & Saleem, N. (2023). *Rejection Sensitivity and Psychological Well-being: Moderating Role of Self-esteem and Socio-demographics*. [https://doi.org/10.21203/rs-2498858/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2498858/v1)

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Žádost o spolupráci ve výzkumné studii
4. Informovaný souhlas

Příloha 1: ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Soucit se sebou, attachment a psychické zdraví u dospívajících

Autor práce: Bc. Andrea Ens

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Martina Friedlová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 139 stran, 206 815 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 331

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá souvislostmi attachmentu, sebehodnocení a soucitu se sebou v kontextu psychického zdraví a psychických obtíží u dospívajících ve věku 15 až 19 let. Cílem bylo zjistit prediktory psychického zdraví a vztahy mezi jednotlivými koncepty. Sběr dat proběhl na středních školách ve 4 krajích České republiky formou náhodného částečně stratifikovaného a skupinového výběru. Výzkumu se zúčastnilo 13 škol, výzkumný soubor tvoří 1033 respondentů. Citová vazba byla měřena pomocí nástroje ECR-CZ, psychické zdraví metodou MHC-SF a psychické obtíže nástrojem SCL-90-S. Dále byla zvolena Škála soucitu se sebou SCS-CZ a Rosenbergova škála sebehodnocení RSES. Psychické zdraví má významný pozitivní vztah se sebehodnocením i soucitem se sebou. Negativní signifikantní vztah se nachází mezi psychickým zdravím a vztahovou úzkostností i vyhýbavostí. Sebehodnocení i soucit se sebou negativně korelují se vztahovou úzkostností i vyhýbavostí. Sebehodnocení má silný pozitivní vztah se soucitem se sebou. Celková psychická zátěž pozitivně koreluje se vztahovou úzkostností i vyhýbavostí. Naopak negativní vztahy se nachází mezi psychickou zátěží a sebehodnocením i soucitem se sebou. Mezi pohlavími existují významné rozdíly v attachmentu, sebehodnocení, soucitu se sebou i psychickém zdraví a míře psychických obtíží. Attachment, sebehodnocení i pohlaví jsou významnými prediktory psychického zdraví dospívajících.

Klíčová slova: soucit se sebou, sebehodnocení, attachment, psychické zdraví, dospívající

Příloha 2: ABSTRACT OF THESIS

Title: Self-compassion, Attachment and Mental Health in Adolescents

Author: Bc. Andrea Ens

Supervisor: Mgr. et Mgr. Martina Friedlová, Ph.D.

Number of pages and characters: 139 pages, 206 815 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 331

Abstract:

The diploma thesis deals with the relationships of attachment, self-esteem and self-compassion in the context of mental health and mental health issues in adolescents aged 15 to 19 years. The aim was to find out the predictors of mental health and the connections between individual concepts. Data collection took place at secondary schools in 4 regions of the Czech Republic in the form of random, partially stratified and cluster sampling. 13 schools participated in the research, the research group consists of 1033 respondents. Attachment was measured using the ECR-CZ method, mental health using the MHC-SF method, and mental health issues using the SCL-90-S method. The Self-Compassion Scale SCS-CZ and the Rosenberg Self-Evaluation Scale RSES were also selected. Mental health has a significant positive relationship with both self-esteem and self-compassion. A negative significant relationship is found between mental health and attachment anxiety and avoidance. Both self-esteem and self-compassion are negatively correlated with attachment anxiety and avoidance. Self-esteem has a strong positive relationship with self-compassion. The Global Severity Index is positively correlated with attachment anxiety and avoidance. On the contrary, negative relationships are found between The Global Severity Index and self-esteem and self-compassion. There are significant gender differences in attachment, self-esteem, self-compassion, and mental health and the Global Severity Index. Attachment, self-esteem and gender are significant predictors of adolescent mental health.

Key words: self-compassion, self-esteem, attachment, mental health, adolescents

Příloha 3: Žádost o spolupráci ve výzkumné studii

V Ostravě dne 22. 2. 2023

Vážená paní ředitelko, vážený pane řediteli,

obracíme se na Vás s žádostí o spolupráci na výzkumné studii, do které byla Vaše škola náhodně vybrána. Výzkumná studie je realizovaná k diplomové práci na Katedře psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. Realizátorkou studie je Bc. Andrea Ens, odbornou garantkou je Mgr. et Mgr. Martina Friedlová, Ph.D.

Výzkumná studie se týká psychického zdraví dospívajících ve věku 15 až 19 let a jeho souvislostí se soucitem se sebou, sebehodnocením a citovou vazbou. V rámci sběru dat bude studentům poskytnuta základní edukace ohledně psychického zdraví a poskytnuty praktické odkazy na psychickou pomoc.

Vaše škola byla náhodně vybrána k účasti na výzkumu, který je realizován ve vybraných krajích České republiky. Naším cílem je získat data pomocí dotazníkového šetření od studentů středních škol. Účast je pro studenty zcela dobrovolná a probíhá na základě informovaného souhlasu. Veškerá získaná data jsou zcela anonymní a nebudou v žádném případě spojována s Vaší školou. S daty bude zacházeno eticky a v souladu se zákonem.

Výzkumné šetření probíhá formou tužka-papír ve školách, vždy 1 třída z každého ročníku. Samotná administrace + edukace zabírá 1 vyučovací hodinu. V případě 4 tříd by se jednalo o 4 vyučovací hodiny.

Cílem našeho projektu je kromě sběru dat upozornit žáky na potřebu péče o své psychické zdraví. Po administraci dotazníků máme pro studenty připravenou základní edukaci o psychickém zdraví a nachystány informační materiály – v pdf podobě, určené pro rozeslání, a 5 ks/třída v tištěné podobě na nástěnku a pro zájemce z řad studentů.

V dalších krocích s Vámi budeme domlouvat případnou spolupráci. Pokud máte jakékoliv dotazy, obraťte se prosím na Bc. Andreu Ens, tel. +420 XXX XXX XXX, e-mail: andrea.ens01@upol.cz.

Děkujeme za Váš čas a těšíme se na spolupráci,

Bc. Andrea Ens

Mgr. et Mgr. Martina Friedlová, Ph.D.

Příloha: Informace o výzkumné studii pro vedení školy

Katedra psychologie
FF Univerzita
Palackého
Křížkovského 10
771 80 Olomouc
www.psych.upol.cz



Příloha 4:

Informovaný souhlas pro studenty, který byl uveden v úvodu výzkumné baterie:

Milá studentko, milý studente,

ráda bych Vás požádala o účast na výzkumné studii, která se zaměřuje na psychické zdraví dospívajících a jeho souvislosti se soucitem se sebou, sebehodnocením a citovou vazbou. Výzkum je realizován k diplomové práci a výzkumná zjištění mohou být využita případně i k dalším odborným účelům. Účast na výzkumu je zcela anonymní a dobrovolná. Svůj souhlas s účastí můžete během administrace kdykoli zrušit.

Děkuji za Vaši ochotu a zájem podílet se na tomto výzkumu,

Bc. Andrea Ens, studentka psychologie na FF UP

Potvrzením dáváte svůj souhlas dle obecného nařízení o ochraně osobních údajů (anglicky GDPR, General Data Protection Regulation), plným názvem Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb. Všechny uvedené údaje jsou poskytovány dobrovolně.