GRANT journal
ISSN 1805-062X, 1805-0638 (online)
Vol. 12, issue 02
EUROPEAN GRANT PROJECTS | RESULTS | RESEARCH & DEVELOPMENT | SCIENCE

Vplyv zdravotného postihnutia na emočnú reguláciu u adolescentov

Eva Vancu[1]
Adriana Garajová[2]

[1] Katedra psychológie a patopsychologie; Šoltésová 4; 811 08 Bratislava; vancu@fedu.uniba.sk
[2] Katedra psychológie a patopsychologie; Šoltésová 4; 811 08 Bratislava; vancu@fedu.uniba.sk

Grant: 1/0955/17 - VEGA
Název grantu: Multimodalita vývinu emocionálnej regulácie u dospievajúcich s typickým a atypickým vývinom.
Oborové zaměření: AN - Psychologie

© GRANT Journal, MAGNANIMITAS Assn.

Abstrakt Contribution aiming its focus on the emotional regulation in adolescents with disabilities. The theoretical part dwells on the knowledge regarding the emotional regulation and adolescents with disabilities. Similarly, it provides the basic definition of emotional regulation during adolescence, which are subsequently linked with the impact of the physical disability in adolescents. The contribution provides the results of the employed CERQ-short questionnaire's research method in a shortened form was applied on a sample of intact adolescents and adolescents with physical disabilities aged 14 to 18. Statistically significant differences in the use of rumination, catastrophizing, self-blame and positive reappraisal. In the final part, the recommendations for the practice to support positive strategies of cognitive emotional regulation in adolescents with physical disabilities are provided.

Klíčová slova emotional regulation, disability, adolescence

1. VPLYV POSTIHNUTIA NA OSOBNOSŤ ADOLESCENTA

Zdravotné postihnutie predstavuje istú záťaž pre jednotlivca, v sociálnom i osobnom živote, ovplyvňuje jeho psychický vývin, osobnosť. Podľa Požára (2007), predpokladáme premietnutie jednotlivých druhov postihnutia aj do osobnosti. Obdobie dospievania prináša nielen biologické zmeny, ale aj zmeny v premýšľaní, záujmoch, vo vzťahoch. Mohli by sme hovoriť o období výziev, prežívané individuálne (Maxey, Beckert, 2016; Stikkelbroek, et al.,2016). Adolescent s postihnutím je na premeny spojené s dospievaním náchylnejší, než jeho intaktní rovesníci (Maxey, Beckert, 2016). Znova sa obraciame na vek vzniku postihnutia, čím skôr - tým sa jednotlivec lepšie na postihnutie adaptuje, akceptuje svoje možnosti (Bakula, et al., 2011; Vágnerová, 2014), a postihnutie má iný dosah na osobnosť jednotlivca (Jakabčic, Požár, 1995).

Naproti tomu, ak k postihnutiu prišlo v období adolescencie, môže to spôsobiť pocity frustrácie a ťažkosti v utváraní osobnosti. Pre adolescenta s postihnutím nie je ľahké prijať obmedzenia, môže dochádzať k vzniku depresií, k citovej labilite, objavuje sa pocit menejcennosti. Záleží aj od druhu postihnutia, do akej miery budú možnosti získavania istých skúseností a zážitkov obmedzené (Jakabčic, Požár, 1995; Požár, 2007; Novosad, 2011). Dospievajúci s postihnutím majú rovnaké túžby ako ostatní, chýbajú im však kognitívne, emočné či behaviorálne schopnosti na ich uskutočnenie (Maxey, Beckert, 2016). Bakula, et al.(2011) a Miraghaei, Azar (2017) na základe výskumov potvrdzujú lepšiu kvalitu života a pozitívnejší pohľad na seba u jednotlivcov, ktorí si na prítomnosť zdravotného postihnutia stihli zvyknúť a svoju situáciu sa naučili akceptovať.

So získaným postihnutím v priebehu života sa tak spája nižšia úroveň kvality života. V období dospievania dochádza k hľadaniu vlastnej identity, čo je v prípade prítomnosti postihnutia zložitejšie. Odlišnosť od rovesníkov môže pubescentnému s postihnutím obmedziť pocit spolupatričnosti v skupine (Vágnerová, 2014). Nižší pocit spolupatričnosti a znížené sebahodnotenie vo všeobecných sociálnych aktivitách u jednotlivcov s postihnutím potvrdila výskumom aj Kundrátová (2000). Od začiatku sa správanie ľudí k danému jednotlivcovi mení, čo ovplyvňuje aj predstavu o roli postihnutého (Požár, 2007). Zdravotné postihnutie znemožňuje ľudom plniť si svoje sociálne role. Pri vykonávaní sociálnych rolí sa nehodnotí úsilie jednotlivca, ale jeho realizovanie roli navonok. Očakávania ľudí sú však často spojené s nedôverou, podceňovaním, predsudkami (Jakabčic, Požár, 1995; Požár, 2007; Bakula, et al., 2011). Adolescenti s postihnutím sa ľahšie stávajú terčom šikanovania, kvôli ich nedostatočnej sociálnej zručnosti a dôvernejšiemu prístupu (Maxey, Beckert, 2016). Vnímanie vlastného tela a pocit sebaúcty, sa v dôsledku postihnutia zásadne mení (Bakula, et al., 2011). Hovoríme o istej odlišnosti postihnutého človeka od uznávaného ideálu, či už svojím vzhľadom, schopnosťami, alebo povahovými črtami. Aj keď sa väčšinou oni sami za iných nepovažujú, verejnosť môže dané odlišnosti vnímať ako cudzie, nevítané (Požár, 2007; Maxey, Beckert, 2016), neatraktívne či diskriminované (Mihálik, et al., 2011). Mládež si viac uvedomuje jednotlivé rozdiely medzi sebou, postihnutého začínajú vnímať inak, čo častokrát vedie až k odmietnutiu jednotlivca s postihnutím. Disponujú nižším sebavedomím, objavuje sa zahanbenie (Shields, 2006; Maxey, Beckert, 2016), chýba uspokojivá pozícia a názor ostatných (Vágnerová, 2014), čím u nich narastá potreba pozitívnych vzťahov s okolím (Jakabčic, Požár, 1995; Maxey, Beckert, 2016). Znížené sebahodnotenie totiž oslabuje schopnosť prispôsobenia sa, uskutočnenie možných životných príležitostí, čo sa prejaví v hlbších poruchách osobnosti.

Formovanie osobnosti postihnutého tiež záleží od sociálnych následkov postihnutia, prekonaných ťažkostí a citových vzťahov prostredia (Jakabčic, Požár, 1995; Požár, 2007). V prípade postihnutia sa nemusí jednotlivec vnímať v negatívnom svetle, ak

len zriedka zažíva ťažkosti spojené s okolím (Mathiowetz, Lee, 2004). V dôsledku pribúdajúcich skúseností, sa v danom období objavuje potreba adolescenta s postihnutím nejako vyniknúť. Ide o snahu ukázať sa, neostať nepovšimnutý v podceňovanej skupine (Vágnerová, 2014). Požár (2007) vysvetľuje postihnutie ako slabosť, isté obmedzenie podnecujúce k intenzívnejšiemu napredovaniu. Adolescenti si želajú mať príležitosti podobné svojím zdravým rovesníkom. Kvôli ťažkostiam s postihnutím sa nemôžu zúčastňovať na spoločenských aktivitách, čo môže zapríčiniť stres, osamelosť (Maxey, Beckert, 2016), redukovanie kontaktov až izolovanie (Požár, 2007). K príčinám vzniku istých odchýlok od normy, k zhoršenej kvalite života a k nespokojnosti sa pridružujú aj postoje spoločnosti k postihnutému (Jakabčic, Požár, 1995; Požár, 2007; Bakula, et al., 2011).

Postihnutie nepredstavuje neštandardnú situáciu len pre adolescenta, ale aj pre jeho rodinu či okolie. Práve rodinné vzťahy zohrávajú dôležitú úlohu, aj keď sa mladí ľudia snažia formovať identitu a emancipovať od rodiny (Jakabčic, Požár, 1995; Stevens, et al., 1996; Vágnerová, 2014; Maxey, Beckert, 2016). Prepájame dobré vzťahy s rodičmi so zvýšeným pocitom ochrany, väčšou pozornosťou, lepšími úspechmi v sociálnom a kognitívnom vývine (Torres, et al., 2013). Pre adolescentov je dôležitý prechod do dospelosti, schopnosť orientovať sa v živote, čo predstavuje nové výzvy aj pre jeho rodičov. Mnoho adolescentov s postihnutím zveruje svoju budúcnosť rodičom (Stevens, et al., 1996; Vágnerová, 2014).

Kvalita života a osobnosť postihnutého je tiež determinovaná možnosťami samostatne sa uživiť, vytvárať partnerstvá a zakladať rodinu, čo môže byť náročné, až nereálne (Jakabčic, Požár, 1995; Bakula, et al., 2011). K postihnutiu sa môžu pridružovať aj ďalšie ťažkosti, často súvisiace s psychosociálnymi faktormi ako sociálna izolácia, nezamestnanosť, stres a nízke sebavedomie. Hovoríme o sekundárnom znevýhodnení, najčastejšie ako výsledok rôznych sociálnych faktorov, ovplyvňujúce kvalitu života (Stevens, et al., 1996; Chow, Cummins, 2005; Vágnerová, 2014). Podľa Maxey a Beckert (2016), aj pre daných adolescentov znamená priateľstvo istú vzácnosť, avšak uspokojivé, stabilné vzťahy neuvádzajú so zdravými vrstovníkmi. Častokrát svoje priateľstvá považujú za menej uspokojivé, neintímne, obmedzujúce sa len na školské prostredie. Nedostatočné uspokojenie potrieb aj v týchto oblastiach znižuje sebahodnotenie postihnutého, neprejavujú dostatočnú zvedavosť, až sa celkom izolujú. Potreba autonómie sa síce zvyšuje, no dodatočná starostlivosť zo strany spoločnosti je požadovaná, čoho si je vedomý aj postihnutý (Jakabčic, Požár, 1995; Maxey, Beckert, 2016). Túto závislosť na ostatných musí jednotlivec s postihnutým prijať, akceptovať svoje obmedzenia a uvedomiť si svoje možnosti (Vágnerová, 2014).

Príležitosti na rozvoj identity, nezávislosti, sebavedomia či nadviazanie vzťahov prináša aj technológia, mimoškolské aktivity (Stevens, et al., 1996; Maxey, Beckert, 2016) či organizácia voľného času (Bakula, et al., 2011). Pri formovaní osobnosti adolescenta sa totiž zdôrazňuje psychický optimizmus, pohoda majúca vplyv aj na adekvátne správanie. Len schopnosť veriť samému sebe znamená dostatočnú kontrolu nad budúcimi udalosťami (Torres, et al., 2013).

2. VPLYV ZDRAVOTNÉHO POSTIHNUTIA NA EMOČNÚ REGULÁCIU U ADOLESCENTOV

Spojenie psychickej pohody a adekvátneho správania je síce dôležité (Torres, et al., 2013), ale ako túto skutočnosť ovplyvní zdravotné postihnutie? Nakoľko sa stretávame aj s nepríjemnými zážitkami a v určitých situáciách reagujeme istým spôsobom, svoje emócie sa musíme naučiť ovládať (Gross, 2002; Rottenberg, Gross, 2007; Stuchlíková, 2007; Koole, 2009). Predstavíme si istý súbor procesov pomáhajúci nám prekonať neželané emócie (Gross, 2002; Koole, 2009) a nájsť spôsob, ako obmedziť negatívne aspekty našich emócií (John, Gross, 2004). Nielen, že môžeme ovplyvniť naše prežívanie emócií (Stuchlíková, 2007), stať sa odolnejším v napätých situáciách (Young, Sandman, Craske, 2019), ale aj konkrétnym výberom stratégie emočnej regulácie prispieť k celkovej pohode, k lepšej kvalite života (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010; Miraghaei, Azar, 2017). Štúdie od Andreánskej (2002) a Miraghaei a Azar (2017) naznačujú spojitosť kvality života, nielen s naším fyzickým a psychickým stavom, materiálnou oblasťou, uspokojovaním fyziologických potrieb, ba aj s uspokojovaním vyšších potrieb v podobe sociálnych vzťahov, nezávislosti či pocitu prijatia medzi rovesníkmi.

Ku kvalite života jednotlivca so zdravotným postihnutím treba pripísať aj jeho zdravotný stav, závažnosť postihnutia, prijatie vlastného postihnutia a postoj spoločnosti k postihnutému (Jakabčic, Požár, 1995; Andreánska, 2002; Miraghaei, Azar, 2017). Obzvlášť prítomnosť postihnutia v období adolescencie, je pre jednotlivca oveľa náročnejšia (Vágnerová, 2014) aj pre jeho väčšiu citlivosť na zmeny spojené s dospievaním (Maxey, Beckert, 2016). Niekoľkými štúdiami (Gross, 2002; Vágnerová, 2014; Young, Sandman, Craske, 2019) spájame dané obdobie s rôznymi emočnými zmenami, formovaním osobnosti, potrebou emancipácie od rodiny, vyšším výskytom impulzívneho správania a nutnosťou socializácie.

Pri adolescentoch s postihnutím sa k spomínaným zmenám v dospievaní pridružujú ďalšie problémy, nedostatočné sociálne zručnosti, nesamostatnosť, časté odmietnutia, čo môže viesť až k zlému duševnému zdraviu (Požár, 2007; Vágnerová, 2014; Maxey, Beckert, 2016; Mohammad-Aminzadeh, et al., 2019 b). Mnohé aspekty ich života a formovanie osobnosti podliehajú zdravotnému postihnutiu (Požár, 2007; Mohammad-Aminzadeh, et al., 2019 a), objavuje sa emocionálna labilita, depresívne pocity, frustrácia, nízke sebavedomie (Andreánska, 2002; Novosad, 2011). Prikladáme výskum od Vágnerovej, Strnádovej a Krejčovej (2009), v ktorom sa v súvislosti s postihnutím uvádzajú problémy so sebaovládaním, výbušnosť, tvrdohlavosť, čo značí zníženú schopnosť ovládať svoje emočné reakcie. K faktorom ovplyvňujúcim výber stratégií emočnej regulácie pridávame okrem povahových vlastností, aj somatické zdravie, psychický stav, úroveň socializácie (Compare, et al., 2014).

Zdravotné postihnutie tak predstavuje istý deficit medzi osobou a prostredím, zapríčiňujúci problémy v emočnej regulácií (Miraghaei, Azar, 2017). Podľa Koubekovej (2004), sa osobnostné črty jednotlivca s postihnutím odrážajú v oblasti psychických potrieb a v ich následnom uspokojovaní, čo ovplyvňuje vnímanie seba, zvládanie, emocionálne naladenie, pocit istoty a spokojnosť. Neuspokojenie emocionálnych potrieb (Miraghaei, Azar, 2017), nedostatok kontroly nad budúcimi udalosťami a negatívne myslenie, môžu byť spôsobené práve zdravotným postihnutím. Považujeme ho za negatívnu skúsenosť, spájanú s tendenciou využívať negatívne stratégie emočnej regulácie (John, Gross, 2004; Mohammad-Aminzadeh, et al., 2019 b). Keďže sa emočná regulácia považuje za dôležitý aspekt zdravého psychického fungovania, prípadné nedostatky sa prejavia na vzniku duševných porúch (Gresham, Gullone, 2012; Young, Sandman, Craske, 2019; Daniel, Abdel-Baki, Hall, 2020).

Pripomíname hlavne vznik depresie a úzkosti, ako dôsledok emočnej dysregulácie (Garnefski, Kraaij, Spinhoven, 2001; Thomson, 2011; Compare, et al., 2014). Prostredníctvom neurobiologických a behaviorálnych procesov môže depresia negatívne vplývať na fyzické zdravie a zapríčiniť vznik fyzických chorôb (Compare, et al., 2014). Keď berieme do úvahy výber stratégií emočnej regulácie, ovplyvňujúci možný vznik psychopatológie, sociálnej dysfunkcie a depresie, prikláňame sa k dvom hlavným stratégiám - prehodnoteniu a potláčaniu. Práve

používaním potláčania naznačujeme prežívaný nesúlad medzi jednotlivcom a nepríjemnými skúsenosťami. Zvýšenou mierou výberu negatívnej stratégie sa znižuje kvalita života, optimizmus, pohľad na budúcnosť, sebavedomie, chápanie seba aj ostatných (John, Gross, 2004; Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010; Compare, et al., 2014; Miraghaei, Azar, 2017; Young, Sandman, Craske, 2019). V prípade adolescentov s postihnutím sa ukazuje značný rozdiel vo výbere stratégií potláčania a prehodnotenia. Intaktní adolescenti, pre nižšiu citlivosť na emočné problémy, považujú nepríjemné udalosti za menej dôležité, na rozdiel od ich rovesníkov s postihnutím (Mohammad-Aminzadeh, 2019 b). U jednotlivca so zdravotným postihnutím sa pre spomínané obmedzenia, nízke sebavedomie, prehnanú sebakritickosť, stres, citovú labilitu, vyššiu citlivosť na nepríjemné udalosti, preto predpokladá preferovanie negatívnych stratégií (Andreánska, 2002; Požár, 2007; Vágnerová, 2014; Mohammad-Aminzadeh, 2019 a, 2019 b).

Výsledok štúdie od Mohammad-Aminzadeh realizovanej v roku 2019 (b), naznačuje rozdiel v používaní stratégií emočnej regulácie u zdravotne postihnutých, v porovnaní s intaktnou skupinou študentov. V skupine študentov s postihnutím bola zistená nižšia schopnosť ovládať emočné reakcie, vyššia náchylnosť na prípadné stresové situácie a možný výskyt depresie. Tým, sa u daných študentov prejavila zvýšená miera výberu potláčania, kým zdraví študenti volili skôr prehodnotenie.

Miraghaei a Azar (2017) svojim výskumom dokonca uvádzajú aj rozdiely v stratégiách pri vrodenom a nadobudnutom postihnutí, kedy získané postihnutie znamená vyššie hodnoty v sebaobviňovaní, ruminácií a katastrofizovaní. Objavujúce sa negatívne stratégie nespájame, len s horším psychickým či fyzickým zdravím (John, Gross, 2004; Compare, et al., 2014), ale aj s nižšími sociálnymi zručnosťami a prispôsobovaním sa (Compare, et al., 2014; Mohammad-Aminzadeh, 2019 b).

Potláčanie sa všeobecne vzťahuje na nedostatok socializácie, blízkosti ostatných, podpory až úplne vyhýbanie sa (John, Gross, 2004), čo následne vysvetľuje pocit bezcennosti, trápenia, osamelosti a izolovanie u zdravotne postihnutých adolescentov (Požár, 2007; Maxey, Beckert, 2016; Mohammad-Aminzadeh, 2019 a). Jednotlivec s postihnutím oveľa viac závisí od postojov spoločnosti a pozitívnych vzťahov s okolím oproti zdravému adolescentovi, ako sa od kladných spoločenských hodnôt odvíja jeho osobnosť, odvíja sa aj emočná regulácia (Jakabčic, Požár, 1995; John, Gross, 2004; Mohammed-Aminzadeh, 2019 b).

Pre zdravých aj zdravotne postihnutých adolescentov znamená úspešné prekonanie vývinových zmien, menší výskyt psychických problémov a úspešný prechod do dospelosti. Emočná regulácia hrá v tomto prípade dôležitú úlohu pri udržiavaní emočnej rovnováhy, psychickej flexibility, vnímavosti, medziľudskom správaní a prijatí životných výziev (Compare, et al., 2014; Morrish, et al., 2018; Mohammad-Aminzadeh, et al., 2019 a; 2019 b). Požadované duševné zdravie, viac pozitívnych emócií, spokojnosť so životom dosiahneme len tréningom emočnej regulácie, zvýšeným výberom pozitívnych stratégií (Gross, 2014; Compare, et al., 2014; Mohammed-Aminzadeh, et al., 2019 a).

3. VYMEDZENIE VÝSKUMNÉHO PROBLÉMU, PRIEBEH A VÝSLEDKY VÝSKUMU

Podľa nás je skúmanie emočnej regulácie v spojení s telesným postihnutím u adolescentov dôležité, nielen z hľadiska priblíženia výberu stratégií v danom období, ale aj pre doplnenie nových zistení o pôsobení telesného postihnutia na procesy emočnej regulácie. Keďže zdravotné postihnutie predstavuje pre jednotlivca istú záťaž, ťažkosti s ním spojené sa prejavia i v prežívaní emócií. Rozvoj pozitívnych stratégií je, z ohľadom na znižovanie výskytu emočných problémov a depresie, nevyhnutný.

Pre malé množstvo štúdií venujúcim sa stanovenej problematike, by mohli byť výsledky prospešné pre prax pedagógov, špeciálnych pedagógov či rodičov pre lepšie porozumenie emočných prejavov a správnemu rozvoju efektívnej emočnej regulácie u adolescentov s telesným postihnutím.

Stanovili sme si čiastkové ciele:

- zistiť výber stratégií kognitívno-emočnej regulácie u adolescentov s telesným postihnutím;
- analyzovať rozdiely vo výbere stratégií kognitívno-emočnej regulácie u intaktných adolescentov a adolescentov s telesným postihnutím;
- zistiť prítomnosť rozdielov v pohlaví.

V našom výskume sme na zber potrebných dát použili dotazník v slovenskej adaptácii - Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ- short), ktorý meria špecifické stratégie kognitívno-emočnej regulácie, charakterizujúce reakcie jednotlivca na stresové životné udalosti.

CERQ dotazník sa skladá z 36 položiek, merajúcich 9 odlišných subškál: sebaobviňovanie (SO), obviňovanie druhých (OD), ruminácia (RU), katastrofizovanie (KA), akceptácia (A), uvedenie do perspektívy (UDP), pozitívne presmerovanie pozornosti (PPP), pozitívne prehodnotenie (PP), plánovanie (PL). Dotazník je určený pre respondentov od 12 rokov (Garnefski, Kraaij, Spinhoven, 2001; Garnefski, Kraaij, 2006).

Výskumu sa zúčastnilo 138 respondentov s postihnutím, dievčat bolo 79 a chlapcov 59. Vekové rozpätie respondentov bolo od 14 do 18 rokov, priemerný vek bol 16,76 rokov, smerodajná odchýlka 1,35. Pre účely nášho výskumu sa výskumný súbor delil do dvoch skupín, intaktní adolescenti a adolescenti s telesným postihnutím. U respondentov s telesným postihnutím sa vyskytli detská mozgová obrna (DMO), poruchy hybnosti, dysmélia, atrofie a dystrofie svalstva. Výskumnú vzorku intaktných adolescentov tvorilo 172 žiakov, z toho bolo 92 dievčat a 80 chlapcov.

Oslovili sme základnú školu v okrese Senec, 4 stredné školy v okrese Galanta a Bratislava a 3 špeciálne školy v okrese Bratislava, Košice a Vranov nad Topľou. Riaditeľom škôl bol zaslaný formálny mail pre získanie povolenia a nasledne sme získali informované súhlasy rodičov žiakov. Zber dát bol realizovaný v školských priestoroch, za prítomnosti pedagógov. Respondentom na začiatku boli podané tiež ústne inštrukcie a jednotlivé body dotazníka v prípade potreby vysvetlené. Vypĺňanie dotazníka bolo dobrovoľné a anonymné.

Pri výskumnej metóde dotazníka CERQ-short dosiahli respondenti v skupine intaktných adolescentov najvyššie priemerné skóre v Uvedení do perspektívy ako stratégií emočnej regulácie (AM=7,48) a najnižšie priemerné skóre v Obviňovaní druhých (AM=4,69). V skupine adolescentov s telesným postihnutím dosiahli respondenti najvyššiu hodnotu v Ruminácií (AM=7,80) a najmenšiu hodnotu mali v stratégií Plánovanie (AM=5,80).

Ďalej v Tabuľke 1 uvádzame hodnoty vo výbere určitých stratégií kognitívno-emočnej regulácie z hľadiska pohlavia v skupine intaktných adolescentov a adolescentov s telesným postihnutím. Intaktné dievčatá dosiahli najvyššie hodnotenie v Ruminácií (AM=7,57) a najnižšie v Obviňovaní druhých (AM=4,51). Intaktní chlapci získali najvyššiu hodnotu v Pozitívnom prehodnotení (AM=7,76) a najnižšiu v Katastrofizovaní (AM=4,24).

U dievčat s telesným postihnutím bola najvyššia hodnota v Ruminácií (AM=8,12) a najnižšia v Obviňovaní druhých (AM=6,08). Chlapci s telesným postihnutím mali najvyššiu priemernú hodnotu v Ruminácií (AM=7,50) a Uvedení do perspektívy (AM=7,50) a najnižšiu mali v Obviňovaní druhých (AM=5,54).

CERQ		Intaktní adolescenti		Adolescenti s TP	
		Chlapci	Dievčatá	Chlapci	Dievčatá
SO	M	5,68	6,16	6,75	6,42
	SD	1,95	1,89	1,11	1,5
OD	M	4,96	4,51	5,54	6,08
	SD	1,95	1,73	1,55	2,21
RU	M	6,2	7,57	7,5	8,12
	SD	2,16	1,88	1,32	1,4
KA	M	4,24	5,22	5,82	6,92
	SD	2,15	2,12	1,63	1,41
A	M	7,24	6,89	6,46	7,23
	SD	1,85	2,12	2,06	1,97
UDP	M	7,44	7,51	7,5	6,81
	SD	1,98	1,87	1,2	1,41
PPP	M	6,24	6,22	6,5	6,77
	SD	2,07	2,11	1,48	1,58
PP	M	7,76	7,11	6,57	6,65
	SD	1,92	2,32	1	1,74
PL	M	6,36	7,35	6,68	6,96
	SD	1,98	1,89	1,54	1,56

Tabuľka 1: Hodnoty vo výbere určitých stratégií kognitívno emočnej regulácie z hľadiska pohlavia v skupine intaktných adolescentov a adolescentov s telesným postihnutím

4. ODPORÚČANIA PRE PRAX

V rámci zabezpečenia emočnej rovnováhy a bezproblémového prechodu adolescenta do dospelosti, je podľa nás dôležité zamerať svoju pozornosť na efektívnosť emočnej regulácie v zmysle podpory a tréningu pozitívnych stratégií emočnej regulácie. Výberom pozitívnych stratégií, u intaktných adolescentov, ako aj u adolescentov s telesným alebo iným postihnutím, sa zabezpečí menší výskyt psychických porúch a väčšia spokojnosť so životom (Mohammad-Aminzadeh, 2019 b).

Dôležitosť vidíme aj v informovanosti spoločnosti, hlavne blízkeho okruhu ľudí v živote adolescenta so zdravotným postihnutím, nakoľko sa rozvoj jeho osobnosti odvíja od postojov a vzťahov okolia. Pocit spolupatričnosti, pomoci, všímavosti v rôznych negatívnych, stresových situáciách zo strany blízkych a rodiny, tak môže prispieť k celkovej pohode adolescenta, k lepšiemu sociálnemu a kognitívnemu vývinu (Kundrátová, 2000; Andreánska, 2002; Torres, et al., 2013).

5. ZÁVER

Na základe našich zistení môžeme konštatovať značný vplyv postihnutia na emočnú reguláciu u adolescentov. Prítomnosť zdravotného postihnutia pôsobí ako isté obmedzenie vplývajúce na osobnosť a zdravý vývin adolescenta, u ktorého sa môže objavovať znížené sebavedomie, pocit menejcennosti, zvýšená citlivosť na prípadné negatívne udalosti, a nakoniec aj nedostatočná schopnosť ovládať svoje emočné reakcie. Neefektívna emočná regulácia sa môže v dôsledku postihnutia prejavovať častejším využívaním negatívnych stratégií kognitívno-emočnej regulácie. Nakoľko majú procesy emočnej regulácie súvis s kvalitou života, celkovou pohodou adolescenta a menším výskytom psychických porúch, je preferovanie pozitívnych stratégií emočnej regulácie obzvlášť dôležité. V prípade adolescentov s postihnutím treba brať ohľad aj na pozitívne vzťahy s okolím, keďže postoje spoločnosti do značnej miery pôsobia na kvalitu života a úroveň spokojnosti adolescentov. Vyzdvihujeme preto uspokojovanie vyšších potrieb v oblasti podpory či spolupatričnosti, spojených s pozitívnejším myslením, vnímaním seba a lepšou emočnou reguláciou. Psychický aj fyzický stav jednotlivca pôsobí na výber stratégií kognitívno-emočnej regulácie avšak, ak sa len zriedka objavia ťažkosti spojené s okolím, adolescent sa môže vnímať v pozitívnejšom svetle a častejšie využívať práve adaptívne stratégie emočnej regulácie.

Zdroje

1. ALDAO, A., NOLEN-HOEKSEMA, S., & SCHWEIZER, S. (2010). *Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review*. Clinical Psychology Review, 30(2), 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
2. ANDREÁNSKA, V., (2002). *Psychologické faktory ovplyvňujúce kvalitu života jedincov s rozličnými druhmi postihnutia*. Bratislava: PdF UK. 183s. ISBN 80-88868-81-5.
3. BAKULA, M. A. et al. (2011). *Quality of life in people with physical disabilities* [online]. Collegium Antropologicum 35 Suppl 2 (2): 247-53 Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/221725286_Quality_of_life_in_people_with physical_disabilities.
4. COMPARE, A. et al. (2014). *Emotional Regulation and Depression: A potential mediator between Heart and Mind*. [online] Cardiovascular Psychiatry and Neurology, 2014. Article ID 324374. Dostupné na internete: https://www.hindawi.com /journals/cpn/2014/324374/.
5. DANIEL, S.K., ABDEL-BAKI, R. & HALL, G.B. (2020) *The Protective Effect of Emotion Regulation on Child and Adolescent Wellbeing*. [online] J Child Fam Stud 29, 2010–2027 (2020). Dostupné na internete: https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-020-01731- 3.
6. GARNEFSKI, N., KRAAIJ, V., & SPINHOVEN, P. (2001). *Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems*. [online] Personality and Individual Differences, 30(8), 1311–1327. Dostupné na internete: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886900001136.
7. GARNEFSKI, N., et al. (2004). *Cognitive emotion regulation strategies and Depressive symptoms: differences between males and females*. Personality and Individual Differences, 36(2), 267–276.
8. GARNEFSKI, N., & KRAAIJ, V. (2006). *Cognitive emotion regulation questionnaire - development of a short 18-item version (CERQ-short)*. Personality and Individual Differences, 41(6), 1045–1053.
9. GRESHAM, D.T., & GULLONE, E. (2012). *Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment.* Personality and Individual Differences, 52, 616-621.
10. GROSS, J. J. (2002). *Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequence*. Psychophysiology, 39(3), 281–291.
11. GROSS, J. J. (2014). *Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations*. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation (p. 3–20). [online] The Guilford Press. Dostupné na internete: https://www.guilford.com/excerpts/gross.pdf?t.
12. CHOW, S.M.K., Lo, S.K. & CUMMINS, R.A.(2005). *Self-perceived quality of life of children and adolescents with physical disabilities in Hong Kong* [online]. Qual Life Res 14,

415–423 (2005). Dostupné na internete: https://link.s pringer.com /article/10.1007/s11136-004-0728-8 60.
13. JAKABČIC, I., POŽÁR, L. (1995). *Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých*. IRIS ISBN 80-88778-11-5 JANKOVSKÝ, J. (2006). Ucelená rehabilitace dětí s tělesným nebo kombinovaným postižením. Praha: Triton. ISBN 80-7254-730-5.
14. JOHN, O. P., & GROSS, J. J. (2004). *Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development*. Journal of Personality, 72(6), 1301-1334.
15. KOOLE, S. L. (2009) *'The psychology of emotion regulation: An integrative review'* [online]. Cognition & Emotion, 23: 1, 4 - 41 Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/p ublication/240236228_The_psychology_of_emotion_regulation _An_integrative_review.
16. KOUBEKOVÁ, E. (2004). *Duševné zdravie adolescentov s telesným hendikepom a osobnostné determinanty subjektívnej pohody*. In: Psychológia a patopsychológia dieťaťa. Roč. 39, 2004, č. 2-3, s. 121-131.
17. KUNDRÁTOVÁ, B. (2000). *Sociálny vývin postihnutých detí integrovaných v bežných triedach ZŠ*. In Sociální procesy a osobnost. Sborník příspěvku. Brno: Vydavatelství MU. 2000. p. 106-111.
18. MATHIOWETZ, N., & LEE, S. (2004). *Perceptions of Disability: The Effect of Self- and Proxy Response* [online]. Journal of Official Statistics, 20, 671. Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/259497283_Perceptio ns_of_Disability_The_Effect_of_Self-_and_Proxy_Response.
19. MAXEY, M., BECKERT, T.E. (2017). *Adolescents with Disabilities* [online]. Adolescent Res Rev 2, 59–75. Dostupné na internete: https://link.springer.com/article/10.1007/s40894- 016-0043-y.
20. MIHÁLIK, J. a kol. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
21. MIRAGHAEI, S.Z., & AZAR, Z.A. (2017). *Comparing Life Quality Strategies and Emotion Regulation in People with Congenital and Non-Congenital Motor Disability* International Journal of Medical Research and Health Sciences, 6, 105-110.
22. MOHAMMAD-AMINZADEH, D. et al. (2019 a). *Mental Rehabilitation Based on Emotion Regulation Training to Reduce Depression in Students With Physical Disability*. Iranian Rehabilitation Journal. 2019; 17(2):97-104.
23. MOHAMMAD-AMINZADEH, D. et al. (2019 b). *Comparing Emotion Regulation Strategies and Adjustment Between Students With Physical Disability and Healthy Students*. Journal of Practice in Clinical Psychology, 7(4), 245-253.
24. MORRISH, L., et al. (2018). *Emotion Regulation in Adolescent Well-Being and Positive Education* [online]. J Happiness Stud 19, 1543–1564 (2018). Dostupné na internete: https://link.spring er.com/article/10.1007/s10902-017-9881-y.
25. NOVOSAD, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál. 168s. ISBN 978-80-7367-873-9.
26. POŽÁR, L. (2007). *Základy psychológie ľudí s postihnutím*. Universitatis Tyrnaviensis, 184 s. ISBN 978-80-8082-147-0.
27. ROTTENBERG, J., & GROSS, J. J. (2007). *Emotion and emotion regulation: A map for psychotherapy researchers* [online]. Clinical Psychology: Science and Practice, 14(4), 323-328. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00093.x Dostupné na internete: https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=1 0.1.1.589.1141&rep=rep1&type=pdf.
28. SHIELDS, N., et al. (2006). *A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy compared with children without disability*. [online] Developmental medicine and child neurology, 48(2), 151–157. Dostupné na internete: https://onl inelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1017/S0012162206000326.
29. STEVENS, S., E., et al. (1996). *Adolescents with physical disabilities: some psychosocial aspects of health* [online]. The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine. 1996 Aug;19(2):157-164. Dostupné na internete: https://www.sciencedirect.com/sci ence/article/pii/1054139X96000274?via%3Dihub.
30. STIKKELBROEK, Y., et al. (2016). *Adolescent Depression and Negative Life Events, the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation*. [online] PloS one, 11(8), e0161062. Dostupné na internete: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC50 03336/.
31. STUCHLÍKOVÁ, I. (2007). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál. 232s. ISBN 978-80- 7367-282-9.
32. THOMPSON, R. A. (2011). *Emotion and Emotion Regulation: Two Sides of the Developing Coin* [online]. Emotion Review, 3(1), 53–61. Dostupné na internete: https://www.researchgate. net/publication/254089642_Emotion_and_Emotion_Regulation _ Two_Sides_of_the_Developing_Coin.
33. TORRES, M., F. et al. (2013). *Quality of life in adolescents with hearing deficiencies and visual impairments* [online]. International archives of otorhinolaryngology, 17(2), 139–146. Dostupné na internete: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/arti cles/PMC4441283/.
34. VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L. (2009). *Mateřské postoje a hodnocení dětí s DMO*. In Psychológia a patopsychológia dieťaťa [online]: roč. 44, 2009, č. 1, s. 22-38. ISSN 0555-5574.
35. VÁGNEROVÁ, M. (2014). Současná Psychopatologie pro pomáhající profese (Vyd. 1.) Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
36. YOUNG, K. S., SANDMAN, C. F., & CRASKE, M. (2019). *Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression* [online]. Brain sciences, 9(4), 76. Dostupné na internete: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pmc/articles/PMC6523365/.