

# EMOCIJU REGULĀCIJAS GRŪTĪBAS PACIENTIEM AR DEPRESIJU

## *Emotion Regulation Difficulties in Depression*

**Inese Paiča**

Rīgas Stradiņa Universitāte, Veselības psiholoģijas un pedagoģijas katedra  
Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs, Latvija

**Kristīne Mārtinsone**

Rīgas Stradiņa Universitāte, Veselības psiholoģijas un pedagoģijas katedra, Latvija

**Māris Taube**

Rīgas Stradiņa Universitāte, Psihiatrijas un narkoloģijas katedra  
Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs, Latvija

**Abstract.** *Patients diagnosed with depression often experience difficulty in regulating their emotions due to non-adaptive regulatory strategies (e.g., avoidance, suppression, rumination). Adaptive emotion regulation skills (e.g., awareness, acceptance, self-support) can be trained and improved through psychological treatment. The objective of this study was to identify differences in emotion regulation skills between a clinical group of patients with depression (n=56) and a non-clinical group (n=56), adults without symptoms of depression. Methods. The study was based on socio-demographic survey and three self-report questionnaires adapted for use in Latvia: Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004), Emotion Regulation Skills Questionnaire (ERSQ; Berking & Znoj, 2008) and Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Gross & John, 2003). Results. Compared to the non-clinical group, the clinical group presented significantly decreased scores in several scales of ERSQ: Understanding, Self-support, Tolerance, Acceptance, Modification ( $p<.001$ ) and increased scores in four scales of DERS: Lack of emotional clarity, Difficulty engaging in goal-directed behaviour, Non-acceptance of emotional responses and Limited access to effective emotion regulation strategies ( $p<.001$ ). Conclusions. This study helps to identify the main emotion regulation difficulties for depression patients in Latvia – the ability to understand, accept, tolerate and modify emotions.*

**Keywords:** *depression, emotion regulation, emotion regulation skills.*

## **Ievads**

### **Introduction**

Depresija ir viena no izplatītākajām psihiskajām slimībām, kas apgrūtina cilvēka ikdienas funkcionēšanu, ievērojami pazemina viņa dzīves kvalitāti, rada sociālu un ekonomisku slogu (World Health Organisation, 2017). Personas ar

depresiju ilgstoši izjūt nomāktību, pazeminātu garastāvokli, bezcerību, prieka trūkumu, interešu un motivācijas samazināšanos, var just arī nepamatotu spēcīgu vainas izjūtu – tāpat, nozīmīgas grūtības emocionālajā jomā. Kā papildus simptomi tiek minēti arī miega traucējumi, grūtības koncentrēties, negatīvi uzskati par sevi un dzīvi, psihomotorās aktivitātes traucējumi un citi (Rancāns, 2019).

Pētniecībā joprojām aktuāli ir jautājumi ne tikai par depresijas ārstēšanas iespējām un tās efektivitāti, bet arī par depresijas pamatā esošajiem un simptomus uzturošajiem mehānismiem (*underlying mechanisms*) (Joormann & Stanton, 2016). Balstoties uz pēdējos gados veikto metaanalīžu rezultātiem (Sloan et al., 2017; Visted, Vøllestad, Nielsen, & Schanche, 2018), vairāki pētnieki uzskata, ka viens no šiem pamata cēloņiem/mehānismiem ir cieši saistīts ar emociju regulācijas grūtībām jeb disfunkcionālām emociju regulācijas prasmēm/stratēģijām. Proti, nespēja pietiekami veiksmīgi regulēt emocijas rada nopietnu risku personas psihiskajai veselībai. Sistemātisko pārskatu rezultāti rāda, ka gandrīz visas psihiskās saslimšanas (ne tikai depresiju) raksturo emociju regulācijas grūtības vai pat tās iztrūkums (Sloan et al., 2017), kas var būt gan kā slimības simptoms, gan iemesls depresijas attīstībai (Hopfinger, Berking, Bockting, & Ebert, 2017).

Tā kā Latvijā emociju regulācijas prasmes saistībā ar depresiju līdz šim tikpat kā nav pētītas (Paiča, Taube, & Mārtinsone, 2019), publikācijas autoru mērķis bija noskaidrot, vai emociju regulācijas prasmes atšķiras pacientiem ar diagnosticētu depresiju (klīniskā grupa) salīdzinot ar neklīnisko grupu (pieaugušie bez depresijas simptomiem). Pētījums tika veikts Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centra (RPNC) ambulatorajos aprūpes centros „Veldre“ un „Pārdaugava“ no 2019. gada janvāra līdz martam.

## Literatūras apskats

### *Literature review*

Termina emociju regulācija raksturošanai pētnieki izmanto daudzveidīgas definīcijas. To kodols nosaka, ka emociju regulācija izskaidro un apraksta cilvēkā noritošos emocionālos procesus un to, kā šie procesi tiek vadīti. Līdz ar pētījumu skaita pieaugumu par šo tēmu ne tikai psiholoģijā, bet arī izglītībā, organizāciju vidē, sportā, izpratne par emociju regulāciju paplašinās un padziļinās. Proti, mūsdienās tiek attīstīti vairāki emociju regulācijas modeļi. Zināmākie ir *Emociju regulācijas procesa modelis (Process model of emotion regulation)* (Gross, 1998, 2014) un *Adaptīvās emociju regulācijas modelis (The adaptive coping with emotions, ACE model)* (Berking & Whitley, 2014).

Vēsturiski lūkojoties, 20. gadsimta 90. gados, kad sākās pamanāmāka pētnieku interese par emociju regulāciju, šis process tika skaidrots kā emocionālās

pieredzes uzraudzība (*monitoring*), novērtēšana (*evaluating*) un izmainīšana (*modification*) (Thompson, 1994). Laika gaitā šis skaidrojums kļuva plašāks, izskaidrojošāks, ietverot daudzus aspektus. Šobrīd emociju regulācija tiek saprasta kā daudzdimensionāls process, kurā ir novērojama ne tikai emocionālā, bet arī kognitīvā, uzvedības, fizioloģiskā un attieksmes komponente. Proti, emociju regulācija ir emocionālās pieredzes apzināšanās, izprašana un pieņemšana, spēja apvaldīt impulsīvu uzvedību, kad tiek piedzīvotas nevēlamas emocijas, spēja elastīgi lietot situācijai piemērotas emociju regulēšanas stratēģijas, lai ietekmētu emocionālo reakciju intensitāti un/vai ilgumu un sasniegtu sev nozīmīgu mērķi, gatavība piedzīvot arī negatīvas emocijas kā daļu no jēgpilnas dzīves (Gratz & Roemer, 2004; Sloan et al., 2017).

Emociju regulācija var notikt gan automātiski un neapzināti, gan apzināti, pieņemot lēmumu izmantot vienu vai otru regulācijas stratēģiju. Tāpat tā var būt iekšējs (cilvēks *pats iekšēji* regulē savas emocijas) vai ārējs process (kāds *cits* regulē personas emocionālo pieredzi) (Ford & Gross, 2018).

Zinātniskajā literatūrā bieži vien kā sinonīms tiek lietoti jēdzieni emociju regulācijas stratēģijas (*strategies*), emociju regulācijas prasmes (*skills*) un retāk – emociju regulācijas spējas (*abilities*) (Visted et al., 2018). Proti, tiek izdalītas emociju regulācijas prasmes, kas var būt veiksmīgas jeb adaptīvas, un tādas, kas ir problemātiskas jeb disfunkcionālas. Līdzīgi kā ar mēģinājumiem definēt emociju regulācijas konceptu, arī attiecībā uz emociju regulācijas prasmēm vērojama daudzveidība un atšķirības. Piemēram, viens no zināmākajiem pētniekiem emociju regulācijas jomā Stenforda universitātes profesors Džeimss Gross (*James Gross*) izdala divas galvenās regulatīvās stratēģijas: emocionālās reakcijas apspiešanu (*supression*) un kognitīvo pārvērtēšanu (*reappraisal*), ko var saprast kā citas jēgas un nozīmes piešķiršanu emocijas izraisošajam notikumam (Gross, 2014). Personām ar depresiju vai depresijas simptomiem izteikti raksturīga ir apspiešana (Visted et al., 2018). Citi autori kā disfunkcionālas stratēģijas min rumināciju (*ruminatation*) jeb domu “malšanu”, un izvairīšanos (*avoidance*). Arī pastiprināta ruminācija raksturīga personām ar depresiju, turklāt tā var būt kā viens no depresīvo simptomu uzturēšanas mehānismiem (Sloan et al., 2017).

Saistībā ar depresiju vai depresijas simptomiem vairāk aprakstītas un pētītas ir disfunkcionālās emociju regulācijas stratēģijas (Joormann & Stanton, 2016). Uz to pamata vēlāk tika definētas adaptīvās regulatīvās stratēģijas, turklāt primāri tieši klīniskiem, praktiskiem mērķiem – kā īstermiņa psiholoģiskās palīdzības uzdevums, lai palīdzētu pacientiem ar depresiju uzlabot un iemācīties “veselīgāku” emociju regulāciju (Berking et al., 2008).

Viens no jaunākajiem teorētiskajiem modeļiem ir vācu pētnieku un psihologu/psihoterapeitu izstrādāts *Adaptīvās emociju regulācijas modelis* (*The Adaptive Coping with Emotions Model; ACE*), kas ir “no situācijas atkarīga septiņu emociju regulācijas prasmju mijiedarbība” (Berking & Whitley, 2014;

p. 20). Šajā modelī var ieraudzīt sava veida hierarhiju, proti, tiek izdalītas dažas pamata prasmes, bez kurām nav iespējamas pārējās. Adaptīvās prasmes ir:

1. jūtu un ķermeņa sajūtu apzināta apzināšanās (*conscious awareness*)
2. identificēšana, nosaukšana vārdā (*identifying & labeling*)
3. izpratne un skaidrība par to, kādi cēloņi izraisa un uztur noteiktu emocionālo stāvokli (*understanding*)
4. spēja aktīvi mainīt nevēlamās emocijas intensitāti/ilgumu (*modification*)
5. spēja izturēt un pieņemt nevēlamas emocijas, ja tās mainīt nav iespējams (*acceptance & tolerance*)
6. gatavība konfrontēties ar nevēlamām emocijām, kad tas nepieciešams sev svarīga mērķa sasniegšanai (*readiness to confront*)
7. efektīvs sevis atbalsts stresa situācijās (*effective self-support*).

Modeļa autori uzskata, ka pašas svarīgākās regulācijas prasmes, kurām ir ietekme uz personas psihisko veselību, ir negatīvo emociju pieņemšana un izturēšana, kā arī spēja nevēlamās emocijas modificēt. Pārējās prasmes, piemēram, jūtu apzināšanās, nosaukšana vārdā, tikai nodrošina veiksmīgu iepriekšminēto prasmju pielietojumu (Berking & Whitley, 2014). Modeļa empīriskai pārbaudīšanai ir izstrādāta aptauja, kas ir adaptēta lietošanai arī Latvijā (Paiča & Mārtinsone, 2019).

Apkopojot pētījumu rezultātus un literatūrā paustās atziņas, var secināt, ka pacienti ar depresiju izjūt grūtības emocionālajā jomā, šo grūtību pamatā ir nepietiekami attīstītas un/vai slikti funkcionējošas emociju regulācijas prasmes un ierobežots adaptīvo stratēģiju “repertuārs” (Visted et al., 2018). Uzlabojot pat atsevišķas emociju regulācijas prasmes, paaugstinās kopējā emociju regulācijas kvalitāte, kas samazina depresijas simptomus vai to atkārtotāšanās risku (Hopfinger et al., 2017).

## Metode

### *Methodology*

#### **Pētījuma dalībnieki**

Pētījumā piedalījās 112 pieaugušie vecumā no 18 līdz 66 gadiem. Klīnisko grupu veidoja 56 pacienti, kuriem diagnosticēta depresija (diagnožu kodī F 32, F 33 pēc SSK-10) un kuri tobrīd ārstējās Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centra (RPNC) ambulatorajos aprūpes centros ar stacionāru „Veldre” un „Pārdaugava”. Pacientu vecums bija no 18 līdz 66 gadiem ( $M = 41.7$ ,  $SD = 14.9$ ), 84% sievietes un 16% vīrieši. Visi brīvi pārvaldīja latviešu valodu. Tika ievērota personas datu aizsardzība, saņemtas RPNC un Rīgas Stradiņa universitātes Ētikas komitejas atļaujas, kā arī respondentu piekrišana dalībai pētījumā. Pacientu anketēšana notika sākot no otrās nedēļas pēc iestāšanās klīnikā.

Neklīnisko grupu veidoja 56 pieaugušie<sup>1</sup> no 23 līdz 66 gadiem (M = 37.1, SD = 10.6), 82% sievietes un 18% vīrieši. Neklīniskās grupas iekļaušanas kritērijs bija depresijas diagnozes neesamība, tāpēc kā skrīninga instruments tika izmantota *Pacienta veselības aptauja – depresijas tests* (PHQ-9) un pētījumā iekļauti tikai tie respondenti, kam PHQ-9 kopējais vērtējums nepārsniedza septiņus punktus<sup>2</sup>. Neklīniskās grupas respondenti brīvi pārvaldīja latviešu valodu un piekrita dalībai pētījumā.

### **Instrumentārijs**

Respondenti sniedza par sevi īsu sociāli demogrāfisko informāciju un aizpildīja trīs aptaujas par dažādiem emociju regulācijas aspektiem papīra formātā klātienē. Visas aptaujas ir adaptētas lietošanai Latvijā un tika saņemtas atļaujas to lietošanai.

1. **Aptauja emociju regulācijas grūtību noteikšanai** (*Difficulties in Emotion Regulation Scale /DERS/*, Gratz & Roemer, 2004. Aptaujas adaptācija latviešu valodā: Jansone, 2011). Aptaujas 36 apgalvojumi novērtējami piecu punktu Likerta skalā no “gandrīz nekad” (1) līdz “gandrīz vienmēr” (5), un tie sagrupēti sešās skalās: emocionālās apzināšanās trūkums, emocionālās skaidrības (izpratnes) trūkums, emocionālo atbildes reakciju nepieņemšana, impulsu kontroles grūtības, grūtības iesaistīties uz mērķi orientētā darbībā un limitēta pieeja emociju regulācijai. DERS aptauja veidota tā, ka augstāks vidējais rādītājs skalā nozīmē izteiktākas grūtības emociju regulācijā. Aptaujas Kronbaha alfa  $\alpha = .92$  (skalām  $\alpha = .73 - .91$ ).
2. **Emociju regulācijas aptauja** (*Emotion Regulation Questionnaire /ERQ/*, Gross & John, 2003. Adaptācija latviešu valodā: Morozova, 2011). Aptauja izvērtē divas stratēģijas: kognitīvo pārvērtēšanu un emocionālās izpausmes apspiešanu. Aptauja sastāv no 10 apgalvojumiem, kuri jānovērtē septiņu punktu Likerta skalā: “pilnībā nepiekrītu” (1) līdz “pilnībā piekrītu” (7). Aptaujas iekšējā saskaņotība šī pētījuma izlasēm bija zema, Kronbaha alfa  $\alpha = .56$ .
3. **Emociju regulācijas prasmju aptauja** (*Emotion Regulation Skills Questionnaire /ERSQ/*, Berking & Znoj, 2008. Aptaujas adaptācija latviešu valodā: Paiča, Mārtinsone, 2019). Aptauju veido divas daļas – 50 dažādas emocijas un 27 apgalvojumi, kas jānovērtē piecu punktu Likerta skalā no “nekad” (0) līdz “gandrīz vienmēr” (4). Aptaujas otrās daļas apgalvojumi veido deviņas skalas: izjūtu apzināšanās, ķermeņa sajūtu apzināšanās, skaidrība, izpratne, pieņemšana, izturēšana (tolerance), gatavība konfrontēties, sevis atbalstīšana, modifikācija.

<sup>1</sup> Sākotnēji 75 dalībnieki, bet 19 respondenti neatbilda iekļaušanas kritērijiem

<sup>2</sup> Saskaņā ar Klīnisko algoritmu „Depresija pieaugušajiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe“ (Rancāns u.c. 2019), ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 5-7, depresijas pašlaik nav

Jo augstāks ir ERSQ skalu vidējais rādītājs, jo veiksmīgāk cilvēks konkrēto regulācijas prasmi pielieto. Aptaujas Kronbaha alfa  $\alpha = .94$  (skalām  $\alpha = .66 - .86$ ).

### Pētījuma rezultāti *Research results*

Dati tika aprēķināti programmā SPSS 24. Tā kā datu kopas neveido atbilstību normālsadalījumam, datu analīzē tika izmantotas neparametriskās statistikas metodes. Vispirms tika konstatēts, ka klīniskās un neklīniskās grupas nelielās vecuma un dzimumu atšķirības nav statistiski nozīmīgas ( $U = 1336, p = .235$  vecumam,  $U = 1505.5, p = .787$  dzimumam).

Kā redzams 1. tabulā, klīniskās grupas DERS rezultāti, salīdzinot ar neklīnisko grupu, ir augstāki četrās skalās: *emocionālās skaidrības (izpratnes) trūkums, emocionālo atbildes reakciju nepieņemšana, grūtības iesaistīties uz mērķi orientētā darbībā un limitēta pieeja emociju regulācijai* ( $p < .001$ ). ERQ abās skalās ir vērojamas vidējo rādītāju atšķirības, tomēr tikai *apspiešanas* skala atšķiras statistiski nozīmīgi ( $p < .05$ ).

*1.tabula. DERS un ERQ skalu salīdzinājums*  
*Table 1 The comparison of DERS and ERQ scores*

DERS skalas	Klīniskā grupa		Neklīniskā grupa		Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
	M (SD)	Mean Rank	M (SD)	Mean Rank		
Emocionālās apzināšanās trūkums	15.78 (4.63)	61.72	14.02 (3.79)	50.38	1225.50	.063
Emocionālās skaidrības (izpratnes) trūkums	12.09 (4.17)	68.15	9.36 (3.27)	44.07	872.00	.000*
Emocionālo atbildes reakciju nepieņemšana	17.82 (5.76)	73.11	11.52 (4.62)	39.20	599.00	.000*
Impulsu kontroles grūtības	15.61 (5.71)	64.29	12.98 (3.81)	47.86	1084.00	.007
Grūtības iesaistīties uz mērķi orientētā darbībā	17.87 (4.74)	71.13	13.32 (3.98)	41.14	708.00	.000*
Limitēta pieeja emociju regulācijai	25.55 (7.04)	76.55	15.79 (5.08)	35.82	410.00	.000*
<b>ERQ skalas</b>						
Apspiešana	16.98 (4.79)	66.59	13.8 (4.41)	45.60	957.00	.001**
Kognitīvā pārvērtēšana	25.65 (6.19)	49.93	27.77 (6.57)	61.96	1206.00	.048

*Piezīmes: klīniskā grupa n=56, neklīniskā grupa n=56. \* = statistiski nozīmīgas atšķirības  
\*\* = statistiski nozīmīgas atšķirības  $p < .05$*

Arī vairākās ERSQ skalās novērojama statistiski nozīmīga rezultātu atšķirība starp pacientu ar depresiju un neklīnisko grupu (sk. 2. tabulu). Pacientiem ar depresiju ir zemāki rādītāji skalās *izpratne, pieņemšana, izturēšana, gatavība konfrontēties, sevis atbalstīšana, modifikācija* ( $p < .001$ ), kā arī pazeminātas kopējās emociju regulācijas prasmes ( $p < .001$ ).

Atsevišķas skalas DERS un ERSQ aptaujās saturiski ir līdzīgas, tās izvērtē vienu un to pašu emociju regulācijas prasmi, piemēram, *apzināšanos, pieņemšanu, izpratni*. Abās aptaujās *apzināšanās* skalā netika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības, bet tādas ir abu aptauju *pieņemšanas* un *izpratnes* skalās.

2.tabula. *ERSQ* skalu salīdzinājums  
Table 2 *The comparison of ERSQ scores*

Skala	Klīniskā grupa		Neklīniskā grupa		Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
	M (SD)	Mean Rank	M (SD)	Mean Rank		
Izjūtu apzināšanās	2.47 (0.82)	49.98	2.76 (0.77)	61.91	1209.00	.049
Ķermeņa sajūtu apzināšanās	2.57 (0.85)	53.37	2.72 (0.77)	58.58	1395.50	.389
Skaidrība	2.46 (0.78)	48.37	2.86 (0.78)	63.49	1120.50	.012
Izpratne	2.22 (0.85)	42.71	2.96 (0.83)	69.05	809.00	.000*
Pieņemšana	2.24 (0.86)	42.34	2.94 (0.58)	69.42	788.50	.000*
Izturēšana	1.80 (0.99)	41.75	2.70 (0.84)	70.01	756.00	.000*
Gatavība konfrontēties	2.15 (0.96)	43.23	2.87 (0.68)	68.54	837.50	.000*
Sevis atbalstīšana	2.21 (0.97)	45.33	2.81 (0.68)	66.48	953.00	.000*
Modifikācija	1.63 (0.83)	41.11	2.39 (0.58)	70.63	721.00	.000*
Kopējā ERSQ	2.19 (0.67)	41.55	2.78 (0.51)	70.19	745.00	.000*

Piezīmes: klīniskā grupa n=56, neklīniskā grupa n=56. \* = statistiski nozīmīgas atšķirības

## **Diskusija un secinājumi** ***Discussion and conclusions***

Apkopojot pētījuma rezultātus, var secināt, ka pacienti ar depresiju biežāk izjūt emociju regulācijas grūtības (emocionālās izpratnes trūkums, grūtības iesaistīties uz mērķi orientētā darbībā), viņiem ir nepietiekami attīstītas adaptīvās emociju regulācijas prasmes (emociju pieņemšana, izturēšana, modifikācija, efektīvs sevis atbalsts), turklāt atsevišķas prasmes ir nozīmīgi pazeminātas (emociju modifikācija, pieņemšana, izturēšana).

To, kāpēc kādam trūkst emociju regulācijas prasmju, parasti ietekmē daudzi faktori ilgākā laika periodā, piemēram, ģenētika, temperaments, agrīnā negatīvā pieredze, attīstības traucējumi, paaugstināts stresa hormonu līmenis, bailes no emocijām, negatīvs paštēls, dzīves laikā apgūti uzvedības paradumi u.c. (Berking & Whitley, 2014). Ir pieredze, ko nav iespējams izmainīt, tomēr ir pietiekami daudz, ko dzīves gaitā var iemācīties. Piemēram, pētījuma rezultāti ir noderīgi klīniskajā praksē, jo tie palīdz identificēt konkrētas emociju regulācijas prasmes, ko iespējams mērķtiecīgi attīstīt un uzlabot psiholoģiskās palīdzības praksē. Citu valstu pieredze rāda, ka arī īstermiņa psiholoģiskās intervences, ja vien tās ir mērķtiecīgas, var nozīmīgi uzlabot pacientu emocionālo funkcionēšanu, palīdzot apgūt jaunus reaģēšanas veidus un veicot psihoizglītošanu (Berking, Ebert, Cuijpers, & Hofmann, 2013). Ir izveidotas vairākas psiholoģiskās intervences, kuras tieši vai netieši vērstas uz adaptīvo emociju regulācijas prasmju pilnveidi. *Dialektiskā biheiviorālā terapija* (Linehan, 1993) ir viena no pirmajām šādām intervencēm, kura mērķtiecīgi attīsta tādas regulācijas prasmes kā emociju identificēšana, pieņemšana un modificēšana. *Pieņemšanas un saistības terapija* (Hayes, 2004) māca neizvairīties un “nebēgt” no nevēlamām un grūti izturamām emocijām, kā arī sasniegt sev nozīmīgus mērķus. Var pieminēt arī *Apzinātībā balstīto kognitīvi biheiviorālo terapiju* (Stone, 2005), kura sākotnēji tika radīta ar mērķi uzlabot personu ar depresiju emocionālo apzināšanos un izpratni. Pēdējos dažos gados arvien lielāku atpazīstamību iegūst transdiagnostiskā pieeja, kuras pārstāvji uzskata, ka dažādu psihiatrisko diagnožu pacientiem novērojamas vienas un tās pašas emociju regulācijas grūtības. *Vienotais protokols (Unified protocol)* ir uz emocijām fokusēta intervence, lai uzlabotu emocionālo funkcionēšanu pacientiem neatkarīgi no viņu diagnozes (Sakiris & Berle, 2019).

Turpmāk būtu ieteicams pētīt emociju regulācijas prasmju, vecuma, dzimuma un personības iezīmju sakarības lielākā izlasē, kā arī emociju regulāciju pacientu grupām ar citiem garastāvokļa un afektīviem traucējumiem.



### Summary

From January to March 2019, a study was conducted to evaluate the emotion regulation skills of Latvian patients with depression. The clinical group were 56 adult patients with a depression diagnosis (F 32, F 33.2; ICD-10) who were treated at the Rīga Psychiatry and Narcology Centre. Mean age 41.7 (SD = 14.9, range 18-66), 83.9% female, 16.1% male. The non-clinical group were 56 adults without symptoms of depression. Mean age 37.1 (SD = 10.6, range 23-66), 82.1% female 17.9%. The study was based on three self-report questionnaires adapted for use in Latvia: *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004) is a 36-item self-report measure. Six aspects of emotion regulation were evaluated. The higher are the scores, the more are the difficulties in emotion regulation. *Emotion Regulation Skills Questionnaire* (ERSQ; Berking & Znoj, 2008) is a 27-item self-report measure. Nine facets of successful emotion regulation skills were evaluated. The higher are the scores, the more successful are the emotion regulation skills. The third was an *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Gross & John, 2003). The questionnaires were completed in paper/pencil form.

Compared to the non-clinical group, the clinical group presented significantly increased scores in four scales of DERS: Lack of emotional clarity, Difficulty engaging in goal-directed behaviour, Non-acceptance of emotional responses, Limited access to effective emotion regulation strategies ( $p < .001$ ) and decreased scores in several scales of ERSQ: Understanding, Self-support, Tolerance, Acceptance, Modification ( $p < .001$ ).

The results of this study are practical and help to identify the main difficulties for Latvian patients – the ability to understand, accept, tolerate and modify emotions. The overall emotion regulation of an individual can be improved if he or she receives a psychological care which specifically targets the acquisition of such skills (for example, acceptance of emotional responses, emotional clarity).

### Literatūra References

- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S.G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* <https://doi.org/10.1159/000348448>
- Berking, M., & Whitley, B. (2014). *Affect Regulation Training*. *Affect Regulation Training*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1022-9>
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005>
- Ford, B.Q., & Gross, J.J. (2018). Emotion regulation: Why beliefs matter. *Canadian Psychology*. <https://doi.org/10.1037/cap0000142>
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J.J. (2014). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. *Handbook of Emotion Regulation*. <https://doi.org/10.1080/00140130600971135>

- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. In *Behavior Therapy* (Vol. 35, pp. 639–665). [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hopfinger, L., Berking, M., Bockting, C.L.H., & Ebert, D.D. (2017). Emotion Regulation Protects Against Recurrence of Depressive Symptoms Following Inpatient Care for Major Depressive Disorder. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.03.003>
- Joormann, J., & Stanton, C.H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 35–49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive behavioural therapy of borderline personality disorder. *New York: Guilford*.
- Paiča, I., & Mārtinsons, K. (25.04.2019). *Emociju regulācijas prasmju aptaujas adaptācija Latvijā*. Mutisks ziņojums 5. starptautiskajā zinātniski praktiskajā konferencē "Veselība un personības attīstība: starpdisciplinārā pieeja", Rīga, Latvija
- Paiča, I., Taube, M., & Mārtinsons, K. (02.04.2019). *Emotion regulation and depression*. Paper presented at Rīga Stradiņš University International Conference on Medical and Health Care Sciences «Knowledge For Use in Practice». Rīga, Latvija
- Rancāns, E. (2019). *Klīniskais algoritms. Depresija pieaugušajiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe*.
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P.K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Stone, A.B. (2005). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. *Psychiatric Services*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1165>
- Thompson, R.A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, M.B., & Schanche, E. (2018). Emotion Regulation in Current and Remitted Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis, 9(May). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00756>
- World Health Organisation. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization.